مجلة جامعة دمشق للعلوم الاقتصادية والسياسية

اسم المقال: نظام مقترح لإدارة أخطار الغش والاحتيال في التأمين الطبي (دراسة حالة عملية في سوق التأمين العراقي – الشركة الوطنية للتأمين)
اسم الكاتب: ديما أحمد رضا الديك، أ.د. عمار ناصر آغا
رابط ثابت: https://political-encyclopedia.org/index.php/library/6100
تاريخ الاسترداد: 2026/11/03 14:03 +03

الموسوعة السياسيّة هي مبادرة أكاديمية غير هادفة للربح، تساعد الباحثين والطلاب على الوصول واستخدام وبناء مجموعات أوسع من المحتوى العلمي العربي في مجال علم السياسة واستخدامها في الأرشيف الرقمي الموثوق به لإغناء المحتوى العربي على الإنترنت.
لمزيد من المعلومات حول الموسوعة السياسيّة – Encyclopedia Political، يرجى التواصل على info@political-encyclopedia.org

استخدامكم لأرشيف مكتبة الموسوعة السياسيّة – Encyclopedia Political يعني موافقتك على شروط وأحكام الاستخدام المتاحة على الموقع https://political-encyclopedia.org/terms-of-use

تم الحصول على هذا المقال من موقع مجلة جامعة دمشق للعلوم الاقتصادية والسياسية ورفده في مكتبة الموسوعة السياسيّة مستوفياً شروط حقوق الملكية الفكريّة ومتطلبات رخصة المشاع الإبداعي التي ينضوي المقال تحتها.

مجلة جامعة دمشق للعلوم الاقتصادية والسياسية
المجلد 40- 2- 2024 : 261-284

Damascus university Journal for the economic and political sciences
Vol 40 - 2- 2024 : 261-284

نظام مقترح لإدارة أخطار الغش والاحتيال في التأمين الطبي
(دراسة حالة عملية في سوق التأمين العراقي– الشركة الوطنية للتأمين)

ديما أحمد رضا الديك [1]، أ.د. عمّار ناصر آغا[2]

1. طالبة دكتوراه– جامعة دمشق– كلية الاقتصاد–قسم المصارف والتأمين.
dima.aldeek@damascusuniversity.edu.sy

2. أستاذ دكتور– جامعة دمشق– كلية الاقتصاد– قسم الإحصاء التطبيقي.
ammar.agha@damascusuniversity.edu.sy

الملخص:

يوجد خطر الغش والاحتيال في جميع مراحل العملية التأمينية بشركات التأمين بصور مختلفة وبنسب متفاوتة بداية من مرحلة الاكتتاب وإصدار الوثيقة حتى مرحلة تقدير التعويضات وسداد المطالبات، ويعتبر هذا الخطر من أحد الأخطار المعنوية في التأمين، وقد يقع هذا الخطر من جانب المؤمن له بمفرده أو بمساعدة عدة أطراف سواء من داخل الشركة أو من خارج الشركة. وهدف البحث إلى قياس وتحديد الصور المختلفة لخطر الغش والاحتيال في سوق التأمين وتحديد عوامل انتشاره، وقد قامت الباحثة باستخدام بعض الأساليب الإحصائية المختلفة لاختبار فروض البحث مثل تحليل الانحدار والتحليل العاملي واختبار مان وتني. وتوصلت الباحثة إلى تصميم نظام مقترح لإدارة أخطار الغش والاحتيال في شركات التأمين يغطي كافة أطراف ومراحل العملية التأمينية ويحدد آليات مواجهة خطر الغش والاحتيال على شركات التأمين في السوق العراقي وخاصة في فرع التأمين الطبي.

الكلمات المفتاحيّة: الغش والاحتيال –الخطر المعنوي – سوق التأمين –التأمين الطبي.

تاريخ الايداع: 2023/12/30
تاريخ النشر : 2024/1/21



حقوق النشر: جامعة دمشق – سورية، يحتفظ المؤلفون بحقوق النشر بموجب
CC BY-NC-SA

A Proposed System to Manage Fraud in Medical Insurance

(Case study in the Iraqi market – National Insurance Company)

Dima Ahmad Reda Al Deek[1] , Prof.Ammar Naser Agha [2]

[1] PhD student, Damascus University, Faculty of Economics, Department of Banking and Insurance.
dima.aldeek@damascusuniversity.edu.sy

[2] Professor, Damascus University, Faculty of Economics, Professor in Statistic Department.
ammar.agha@damascusuniversity.edu.sy

Received: 30/12/2023
Accepted: 21/1/24

Copyright:Damascus University-Syria
The authors retain the copyright under a CC BY- NC-SA

Abstract

Fraud exists in all insurance phases as of issuance until compensation assessment and payment of claims, and it considered one of moral hazard in insurance, this hazards may occur because of the sole liability of the insured person or by the assistance of other parties from the company or from outside. The research herein aim to measuring and identifying different forms of fraud in insurance market, then identifying its causes. The researcher relies on different statistical techniques to test hypotheses such as Multiple Regression Analysis, Factor Analysis and Man Whitney Test. The researcher has been able to design a proposed system to manage fraud in insurance companies that can cover all insurances phases and its parties and identify the mechanisms for confronting fraud in insurance markets especially in medical insurance branch.

Key words: Fraud -Moral Hazard – Insurance Market- Medical Insurance

المقدمة:

تتعرض كافة الأنشطة الاقتصادية وخاصة القطاعات المالية لمحاولات الغش والاحتيال وبصور مختلفة، ويعتبر التأمين أحد الأنشطة الاقتصادية المعرضة لمثل هذه المحاولات منذ فترة طويلة ويطلق عليه الخطر المعنوي (Moral Hazard)، وقد أدى ذلك إلى قيام العديد من المنظمات والهيئات والمكاتب بتركيز جهودها على دراسة هذه الظاهرة ومراقبتها، ونظرا لطبيعته الخاصة فإنّه من الصعب تحديد الخسائر الناجمة عن الغش والاحتيال في التأمين بشكل دقيق. وعلى الرغم من ذلك فإنّ هيئة التعاون ضد الغش والاحتيال في التأمين قدرت أنّ عمليات الاحتيال التي تمس صناعة التأمين العالمية قد تصل إلى 100 مليار دولار سنويا، وقدر مكتب جرائم التأمين القومي الأمريكي الخسائر الناتجة عن الاحتيال بأكثر من 40 مليار دولار سنوياً. وتعد ظاهرة الاحتيال إحدى المشكلات الرئيسية وذات أهمية بالغة في صناعة التأمين في أوروبا، وقدرت جمعية المؤمنين البريطانيين أنّ سوق التأمين يتعرض لعمليات احتيالية بمختلف أنواعها ربما تسبب خسائر لصناعة التأمين البريطانية إلى ما يقرب من خمسة ملايين دولار سنوياً. وتخسر شركات التأمين في الهند أكثر من 6 مليارات دولار سنويا بسبب عمليات الغش والاحتيال، وتخسر بعض شركات التأمين نحو 20 %من عوائدها جراء عمليات التحايل من قبل مقدمي الخدمات الصحية وسوء الاستخدام من قبل المستفيدين والارتفاع المتزايد المفاجئ في التكاليف المالية لعلاج المستفيدين في المستشفيات والمراكز الطبية الخاصة والأدوية. ولا تخلو شركات التأمين في الدول العربية من هذه المخاطر، بل ازدادت في الفترة الأخيرة مع ضعف الوازع الديني لدى الناس، وحامل وثيقة التأمين قد لا يقدم على الاحتيال بصورة فردية بل غالبا ما يتم التواطؤ مع جهة أخرى ذات علاقة لاكتمال حلقة الاحتيال، والشريك المحتمل للمؤمن له قد يكون طبيبا أو محاميا أو وكيل تصليح سيارات، أو موظفا لدى شركة التأمين، وأكثر هذه الحالات تظهر في التأمين الطبي وتأمين السيارات. وتكبد قطاع التأمين الطبي في المملكة العربية السعودية خسائر بلغت 3.5 مليار ﷼ على مدار السنوات الخمس الماضية بسبب أكثر من 1000 حالة احتيال تقع سنويا، حيث ارتفع حجم الخسائر الناجمة عن الغش والاحتيال بشركة "بوبا" للتأمين في مجال التأمين الطبي إلى ربع مليار ﷼ خلال عام 2017، وتلك الخسائر تؤثر على التغطيات التأمينية تجاه المستفيدين ويدفع ذلك شركات التأمين لتعويض خسائرها السنوية، بواسطة رفع الأسعار.

مشكلة البحث:

تتلخّص المشكلة بكيفية وضع آلية استراتيجية لضبط أثر خطر الغش والاحتيال على شركات التأمين والذي يؤثر تأثيراً سلبياً عليها في عدة اتجاهات، من أبرزها ارتفاع حجم الخسائر التي تتحملها شركات التأمين من جراء هذا الخطر، حيث وصلت في بعض الدول إلى أكثر من (15%) من إجمالي الخسائر، وما لذلك من تأثير سيء على أرباح وعوائد هذه الشركات وعلى أسعار خدمات التأمين في السوق المحلي وأيضا على جودة الخدمات المقدمة للعملاء.

أهمية البحث:

تنبع أهمية هذا البحث من الفوائد التي يقدمها التأمين على المجتمع ككل ومن عدة مجالات منها:

1. حماية مستقبل الفرد من الأخطار التي يمكن أن تهدد استقراره المادي من خلال تلافي الخسائر الكبيرة المحتملة.
2. تحقيق مبدأ التعاون المشترك بين عدد من الأشخاص المعرضين إلى المخاطر نفسها، وتأمين استقرار مستقبلهم من خلال المشاركة في تحمل الأخطار التي يمكن أن تواجههم.
3. المحافظة على الطاقة الإنتاجية للمنشآت.
4. يوفر الأمان والطمأنينة والوقاية للأفراد والشركات على حد سواء ويحافظ على المدخرات.
5. تخفيض العبء المالي عن ميزانية الدولة وخاصة في تحمل التكاليف الطبية للعلاج.

أهداف البحث:

تصميم آلية لإدارة أخطار الغش والاحتيال في شركات التأمين وذلك من خلال:

1- اكتشاف الخطر وتحديد صور الغش والاحتيال في سوق التأمين.
2- قياس خطر الغش والاحتيال في سوق التأمين.
3- تحديد المتغيرات التي تؤدي إلى تفاقم حجم خطر الغش والاحتيال في شركات التأمين باستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة.
4- تحديد العوامل التي لها تأثير إيجابي في الحد من خطر الغش والاحتيال باستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة.
5- تصميم نظام مقترح لإدارة أخطار الغش والاحتيال في شركات التأمين.

فرضيات البحث:

1. يوجد فرق معنوي بين معدل خسائر التأمين الطبي للشركة الوطنية للتأمين ولسوق التأمين العراقي ككل.
2. يوجد فرق معنوي بين معدل خسائر الغش والاحتيال في التأمين الطبي للشركة الوطنية للتأمين وللسوق ككل.
3. يوجد تأثير معنوي للمتغيرات الآتية على احتمالية وجود الغش والاحتيال على شركات التأمين:
   - الإصرار على التردد على مقدم خدمة بعينه دون مقدمي الخدمات الأخرى.
   - المطالبة بسرعة إنهاء المطالبة ودفع التعويض.
   - الفترة المنقضية ما بين تاريخ إصدار الوثيقة وتاريخ حدوث المطالبة.
   - تغيير مستمر في شركات التأمين المؤمن لديها.
4. يوجد تأثير معنوي للمتغيرات الآتية على حجم الغش والاحتيال على شركات التأمين:
   - سياسات التسعير والمبالغة في إعطاء خصومات على القسط المطلوب.
   - التساهل في خطوات الاكتتاب وقبول الأخطار دون الفحص الدقيق لموضوع الخطر.
   - مبالغة مقدم الخدمة الطبية (مستشفيات – عيادات) في تكاليف العلاج والفحوصات المختلفة في حالة وجود تأمين.
   - اهتمام العاملين بجهاز التسويق بإتمام التعاقد مع العملاء دون التركيز على نوعية الخطر وسلوك العملاء.
5. يوجد تأثير إيجابي للمتغيرات الآتية على الحد من خطر الغش والاحتيال على شركات التأمين:
   - اقتراح إنشاء إدارة متخصصة لاكتشاف ومكافحة الغش والاحتيال.
   - تصميم نظام معلوماتي خاص باكتشاف الاحتيال وطرق التحكم فيه.
   - تصميم نظام السجلات التأمينية وذلك لتوثيق المعلومات الشخصية، ومعطيات التأمين وفقا لحساب إلكتروني واحد لكل حامل وثيقة.
   - ضرورة إلغاء مقدم الخدمة الذي يتعمد الاحتيال وشطب تراخيصه من وزارة الصحة وهيئة الرقابة المالية.
   - تطبيق نسب تحمل إجبارية في الدفع وتحمل المريض جزء من تكاليف العلاج في كل مرة يقومون فيها بزيارة الطبيب.
   - ضرورة تخصيص بريد إلكتروني للإبلاغ عن الاحتيال حتى يتم التعامل معه.
   - اقتراح العقوبات المناسبة لردع مرتكبي الغش والمتورطين فيه والجهات والسلطات المختصة بتنفيذها.

منهجية البحث:

يتم استخدام المنهج الوصفي التحليلي الذي يقوم على مراجعة وافية للأدبيات ذات العلاقة بموضوع الدراسة، وكذلك تحليل البيانات الإحصائية المتوفرة، وهذا المنهج يعطي الفرصة للتعرف على الأبعاد المختلفة التي يتم عادة تناولها في مثل هذا النوع من الدراسات، كما أنّه يعطي الفرصة للتحليل والربط بين المتغيرات الداخلة في الدراسة بهدف التوصل إلى نتائج يمكن الاعتماد عليها، وقد تم الاعتماد على الإطار الفكري، مع الإطار العملي والتطبيقي في حدود البيانات المتاحة عن هذا الخطر،

وقامت الباحثة باستخدام بعض الأساليب الإحصائية المختلفة مثل تحليل الانحدار واختبار مان وتني. واعتمد في منهجية البحث جانبان نظري وميداني لتحقيق هدف البحث وهما:

أولاً: الجانب النظري:

ويتمثل في الاطلاع على البحوث والدراسات المنشورة والحصول على البيانات الثانوية المرتبطة بموضوع البحث وتحديد متغيرات الدراسة بغرض بناء الإطار الفكري النظري لموضوع البحث.

ثانياً: الجانب الميداني:

ويشمل دراسة آراء بعض المتخصصين في مجال التأمين الطبي، خاصة في إدارات الإصدار والتعويضات عن طريق تصميم قائمة استبيان خاصة بهم.

حدود البحث:

يتم تطبيق الدراسة على فرع التأمين الطبي بسوق التأمين العراقي، وتم التركيز على بيانات الشركة الوطنية للتأمين كمؤسسة تأمينية قديمة في السوق العراقي، وامتدت فترة الدراسة من عام 2009 إلى عام 2019.

الدراسات السابقة:

وقد تناولت عدة دراسات عربية وأجنبية بعض الجوانب الخاصة بهذا الخطر منها:

دراسة (Ahmed& Christina,2011) بعنوان تأثير كل من الاختيار العكسي والخطر المعنوي على عقود التأمين الصحي.

هدفت الدراسة إلى تحديد أثر الاختيار العكسي على شركات التأمين، واعتمدت الدراسة على نموذج الطلب على الرعاية الصحية وما تمثله من تكاليف تتأثر بالحالة الصحية للمستهلك وعند عدم دفع التكلفة الحقيقية للتغطية يظهر الخطر المعنوي، ويظهر ذلك من خلال مؤشرات السداد والعمر والحالة الصحية ومطابقتها بالنفقات واجبة السداد، وتوصلت الدراسة إلى أنّ للخطر المعنوي والاختيار العكسي تأثير سلبي على سوق التأمين وقد يؤدي إلى انهيار بعض الشركات.

ودراسة (عبد الجليل،2009) بعنوان مؤشرات اكتشاف خطر الاحتيال على شركات التأمين الطبي بالمملكة العربية السعودية، والعوامل التي تؤدي إلى زيادة حجم الغش والاحتيال في فرع التأمين الطبي بالمملكة.

ركزت الدراسة على محاولة قياس خطر الاحتيال على شركات التأمين وذلك من خلال دراسة عدة مشاهدات متعلقة بالخطر المؤمن ضده والاختلافات والتباين الديناميكي للخطر خلال فترة العقد، وتوصلت الدراسة إلى تحديد العوامل التي تؤدي إلى زيادة احتمالية وجود خطر الغش والاحتيال في التأمين الطبي بالمملكة.

ودراسة (زريقات، 2008) بعنوان عوامل وطرق الاحتيال على شركات التأمين السعودية.

وهدفت هذه الدراسة إلى تحديد طرق الغش والاحتيال في فرع التأمين الطبي والخسائر والآثار السلبية التي يسببها الغش والاحتيال على شركات التأمين، واستخدمت السلاسل الزمنية لتحليل وتائر ارتفاع نسب الاحتيال في السوق، وتوصلت الدراسة إلى قياس نسب الاحتيال وتحديد الطرق التي تؤثر بشكل كبير على زيادة هذه النسب.

و (Poterba. J and., A, Finkelstein, 2004) بعنوان التطور التاريخي لظهور الخطر المعنوي في شركات التأمين.

حيث هدفت هذه الدراسة إلى دراسة تطور خطر الاحتيال والذي يتمثل في الخطر المعنوي عبر مرّ السنوات، واعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي والأدبيات السابقة المتعلقة بالموضوع، وتوصلت الدراسة إلى أنّ بوادر ظهور خطر الغش والاحتيال كانت في تأمينات الحياة خلال القرن الثامن عشر في انجلترا، حيث انتشرت ظاهرة التأمين على القادة والمشاهير من أفراد المجتمع بواسطة أفراد عاديين لا تربطهم بهم أي صلة واقترن موت بعض هؤلاء الكثير من الغموض مما آثار الشكوك تجاه المستفيدين بالقتل العمد لهؤلاء المستأمنين.

ما يميز هذه الدراسة عن الدراسات السابقة:

بمراجعة وتقييم الدراسات السابقة اتضح أنّها لم تتناول آليات مواجهة خطر الغش والاحتيال بطرق علمية، وستقوم داستنا بتقديم آليات شاملة لمواجهة هذا النوع من الأخطار والتوصل لنظام يمكن الاعتماد عليه لمكافحة أخطار الغش والاحتيال.

الإطار النظري للدراسة:

أولاً: الإطار المفاهيمي لخطر الغش والاحتيال في شركات التأمين:

يقوم نشاط التأمين على مجموعة من المبادئ الأساسية أبرزها مبدأ منتهى حسن النية من جميع أطراف العملية التأمينية، ومع ذلك تقع أحياناً بعض التجاوزات من أي طرف مما يضر بالأطراف الأخرى، ومن أبرز هذه التجاوزات الغش والاحتيال، فالغش والاحتيال هو فعل يرتكبه أي طرف للحصول على منافع غير مشروعة، وقد يقع الغش والاحتيال من شركة التأمين أو وكيلها، أو مقدم الخدمة أو العميل نفسه. ويعتبر خطر الغش والاحتيال من أحد الأخطار المعنوية والذي تكون فيه نية أحد أطراف المعاملة سيئة، عن طريق تقديم معلومات مضللة عن أصوله أو التزاماته أو قدرته الائتمانية، أو يكون لدية حافز للحصول على مزايا غير تقليدية في محاولة يائسة لكسب الربح قبل تسوية العقد، ويمكن للخطر المعنوي أن يكون موجود في أي وقت يتفق فيه الطرفان مع بعضهما البعض، كما يمكن لكل شخص في العقد أن يحصل على فرصة الربح من التصرف مخالفا للمبادئ المنصوص عليها في العقد. ويحدث الخطر المعنوي عندما يكون لأحد الأطراف في إحدى المعاملات فرصة لتحمل مخاطر إضافية تؤثر سلبا على الطرف الآخر، ويمكن أن ينطبق هذا على الأنشطة داخل الصناعة المالية، مثل العقد المبرم بين المقترض والمقرض، بالإضافة إلى صناعة التأمين. وقد يكون الاحتيال داخلي أو خارجي، وقد يحدث في أي مرحلة من مراحل العقد، مثال ذلك التحريف المتعمد من قبل حامل الوثيقة أثناء اكتتاب المخاطر أو تزوير القيمة الحقيقية للبند المؤمن عليه، أو التأمين على بند غير موجود، أو تقديم المعلومات الخاطئة، أو تأمين البند بعد وقوع المطالبة وما إلى ذلك.

وتم تعريف الاحتيال في اللائحة التنفيذية الصادرة من مجلس الضمان الصحي التعاوني بالمملكة العربية السعودية بأنّه : "قيام أي طرف من أطراف العلاقة التأمينية بالخداع المتعمد الذي ينتج عنه الحصول على منافع أو أموال أو تقديم مزايا مستثناة أو تتجاوز الحدود المسموح بها إلى الفرد أو الجهة"، ومن هذا التعريف يتضح أنّ عمليات الاحتيال في التأمين الطبي تشمل جميع أطراف العلاقة التأمينية، فقد يصدر من شركات التأمين، مقدمي الخدمة، أصحاب العمل أو المؤمن لهم، وفي هذا البحث سيتم الإشارة إلى احتيال المؤمن له واحتيال مقدم الخدمة وبعض الإجراءات التي تساهم في مكافحة الاحتيال وتلافي أضراره، حيث يعتبر الاحتيال في التأمين الطبي أحد الظواهر السلبية التي تؤثر على سلامة سوق التأمين الطبي، وتشير بعض التقارير إلى أنّ نسبة الاحتيال في التأمين الطبي يتراوح عالميا ما بين 10 %إلى 15 %من إجمالي التعاملات.

وقد يرجع انتشار خطر الغش والاحتيال لعدة أسباب منها أنّ بعض من العملاء الذين يرتكبون هذا الخطأ ليس لديهم اقتناع بأنّ هذا الفعل يقع تحت طائلة الغش والاحتيال، وذلك لعدم التوعية وظن بعض جمهور المؤمن لهم أنّ أقساط التأمين المدفوعة تعتبر أموال مفقودة إلا في حال تخطت التعويضات المسددة من قبل شركات التأمين مبلغ هذه الأقساط مقابل الأقساط المدفوعة، وهذا الاتجاه نحو الغش والاحتيال في التأمين ينبع من تدني مستوى التوعية حول كيفية سير التأمين والدور الذي يلعبه في حماية الأشخاص والممتلكات.

وتهدف عمليات الغش والاحتيال إلى تحقيق فوائد مالية بعد حصول المطالبة (أو بعد تسجيل مطالبة مزورة)خلال الفترة القانونية للعقد المبرم بين حامل الوثيقة وشركة التأمين، وبشكل عام تنقسم حالات الغش إلى نوعين: الغش البسيط والغش الخطر، ويقتضي الغش البسيط إقدام المؤمن له تسجيل مطالبة تزيد على قيمتها السوقية بهدف الحصول على تعويض أكبر، على سبيل المثال

عندما يقوم الطبيب برفع الفاتورة من أجل الكسب المالي الشخصي أو عند المبالغة بالمطالبات عمليا، أما الغش الأكثر خطورة فيتم عند إقدام المؤمن له تسجيل مطالبة لم تحدث بالأصل.

ثانياً: اكتشاف وتحليل خطر الغش والاحتيال في سوق التأمين:

يظهر خطر الغش والاحتيال في العديد من فروع التأمين، ولكن بنسب متفاوتة، ويمثل فرع التأمين الطبي أكثر فروع التأمين التي تتعرض لأكبر نسبة من هذا الخطر.

ويشكل الغش والاحتيال في فرع التأمين الطبي جزءاً كبيراً بالمقارنة بفروع التأمين الأخرى ، حيث يمكن أن يحتال المؤمن له على مقدم الخدمة وعلى شركة التأمين ، كأن يدعي مرضاً ليس موجوداً وهنا دور الطبيب في كشف الاحتيال أو التواطؤ مع المؤمن له، كما أنّ مقدم الخدمة قد يحتال بتقديم مطالبات غير واقعية باختلاق مطالبات غير موجودة أو تضخيم مطالبات قائمة ، كما يمكن أن يشترك المؤمن له ومقدم الخدمة في الاحتيال كالاتفاق علي تزوير معلومات أو إخفاء معلومات من الملف الطبي للمريض وخصوصا الأمراض المزمنة والتاريخ المرضي للعمليات الجراحية.

وتتعدد صور الغش والاحتيال في فرع التأمين الطبي والتي يمكن حصرها فيما يلي:

أ-احتيال المؤمن له:

- سوء استخدام بطاقات التأمين من قبل المستفيد لمحاولة الحصول على مكاسب من خلال السماح للغير بالاستفادة من التغطية التأمينية عن طريق انتحال شخصية صاحب بطاقة التأمين واستخدامها من قبل شخص آخر غير المستفيد.
- يكون الاحتيال في نوع المرض، بحيث يحصل المريض على خدمة علاجية لأخطار غير مغطاة، مثل تنظيف أو تبيض الأسنان أو حتى تركيبات الأسنان، ويتم وصف الحالة باعتبارها من الحالات المغطاة، مثل خلع ضرس أو إزالة عصب وما إلى ذلك.
- إخفاء المستفيد حقيقة مرضه قبل التأمين، ثم بعد حصوله على الوثيقة يقوم بالتقدم بطلب العلاج لهذا المرض، وهذه الحالة منتشرة كثيراً وبالأخص مع الأمراض المزمنة مثل الضغط والسكر والعمليات مثل استئصال المرارة وعمليات العمود الفقري وهذه تعد من أسهل حالات الاحتيال.
- احتيال المؤمن له على مقدم الخدمة بادعاء مرض لا يعانيه للحصول على أدوية ومستلزمات علاجية دون أن تكون هناك حاجة حقيقية.
- الإفراط في إجراء تحاليل وفحوص غير ضرورية طبياً للمؤمن له، وإرسال المطالبات لشركة التأمين.

ب-احتيال مقدم الخدمة:

- قبول بطاقة تأمين لا تخص المريض بعلم مقدم الخدمة.
- رفع مطالبات لشركة التأمين تخص مؤمن له لم يقم بزيارة مقدم الخدمة.
- رفع مطالبات لشركة التأمين بخدمات طبية لم تقدم للمؤمن له عند زيارته لمقدم الخدمة.
- الاتفاق مع المؤمن له لإصدار فواتير حالات مرضية غير صحيحة.
- المبالغة في صرف الأدوية والإجراءات الطبية الأخرى كالتحاليل والأشعة.
- استخدام الوسائل التقنية الأكثر كلفة دون ضرورة طبية.
- معالجة حالات مرضية مستثناة ورفعها لشركة التأمين كخدمة مشمولة بالتأمين.
- إصدار فواتير كشف جديدة أثناء فترة المراجعة المجانية.
- تكرار رفع الفواتير العلاجية المسددة لشركة التأمين مرة أخرى.

الإطار العملي للدراسة:

أولاً: قياس خطر الغش والاحتيال في السوق العراقي وفي الشركة الوطنية للتأمين:

أوضحت الدراسات الخاصة بتقييم وتقدير الخسائر الناجمة عن الغش والاحتيال على شركات التأمين بالنسبة للاتحاد الأوروبي لشركات التأمين "اتحاد تأمين أوروبا"، حيث قدرت تكلفة الاحتيال في أوروبا بنسبة 10 %من المبلغ الإجمالي للمطالبات، وهذه النسبة قد تزيد بشكل ملحوظ في البلدان التي تعاني من ضعف أنظمة الإشراف والرقابة على التأمين، كما هو الحال في أفريقيا وفي بعض بلدان آسيا وأمريكا الجنوبية. وفي الولايات المتحدة الأمريكية قدرت خسائر الغش والاحتيال في سوق التأمين بصفة عامة نسبة 8 %من إجمالي الخسائر.

وفي ضوء عدم توافر بيانات دقيقة عن الخسائر التي يسببها خطر الغش والاحتيال في سوق التأمين العراقي، سيتم محاولة تقدير تلك الخسائر من خلال البيانات الخاصة بالعديد من الدول حيث أتضح أنّ نسبة خسائر خطر الغش والاحتيال تتراوح بين 5 %إلى 15 %من إجمالي الخسائر، وعلى ذلك يمكن تقدير متوسط خسائر خطر الغش والاحتيال في سوق التأمين العراقي بنسبة 10 %من إجمالي الخسائر، مع الأخذ في الاعتبار وجود أخطاء تقدير في حدود مقبولة.

الجدول (1) خسائر الغش والاحتيال في فرع التأمين الطبي في الشركة الوطنية للتأمين

الأعوام	إجمالي المطالبات المدفوعة (بالعشرة آلاف دينار)	خسائر الغش والاحتيال (مقدره) (بالعشرة آلاف دينار)
2010/2009	131680	15801.6
2011/2010	143349	17201.88
2012/2011	170641	20476.92
2013/2012	359856	43182.72
2014/2013	318590	38230.8
2015/2014	419211	50305.32
2016/2015	430820	51698.4
2017/2016	468256	56190.72
2018/2017	799101	95892.12
2019/2018	536953	64434.36
المتوسط	377845.7	45341.5

المصدر: منشورات الديوان العراقي للتأمين، أعداد مختلفة

الجدول (2) خسائر الغش والاحتيال في فرع التأمين الطبي في سوق التأمين العراقي

الأعوام	إجمالي المطالبات المدفوعة (بالعشرة آلاف دينار)	خسائر الغش والاحتيال (مقدره) (بالعشرة آلاف دينار)
2010/2009	266521	31982.52
2011/2010	323157	38778.84
2012/2011	367053	44046.36
2013/2012	640730	76887.6
2014/2013	666407	79968.84
2015/2014	779581	93549.72
2016/2015	945376	113445.12
2017/2016	1327383	159285.96
2018/2017	1987600	238512
2019/2018	2171320	260558.4
المتوسط	947512.8	113701.5

المصدر: منشورات الديوان العراقي للتأمين، أعداد مختلفة

الجدول (3) خسائر الغش والاحتيال في فرع التأمين الطبي في الشركة الوطنية للتأمين

الأعوام	إجمالي المطالبات المدفوعة (بالعشرة آلاف دينار)	خسائر الغش والاحتيال (مقدره) (بالعشرة آلاف دينار)
2010/2009	131680	15801.6
2011/2010	143349	17201.88
2012/2011	170641	20476.92
2013/2012	359856	43182.72
2014/2013	318590	38230.8
2015/2014	419211	50305.32
2016/2015	430820	51698.4
2017/2016	468256	56190.72
2018/2017	799101	95892.12
2019/2018	536953	64434.36
المتوسط	377845.7	45341.5

المصدر: منشورات الديوان العراقي للتأمين، أعداد مختلفة، وإعداد الباحثة

تم تقدير خسائر الغش والاحتيال في فرع التأمين الطبي في السوق العراقي بنسبة 12 %من إجمالي المطالبات المدفوعة وذلك لصعوبة الحصول على بيانات دقيقة بحجم مبالغ الغش والاحتيال في هذا الفرع وتم الاستعانة ببعض البيانات الخاصة بنسب الغش والاحتيال التقريبية بسوق التأمين العربي والعالمي.

ثانياً: اختبار فروض البحث

ولاختبار فروض البحث ومعرفة هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين معدلات الخسارة وحجم الخطر المعنوي في فرع التأمين الطبي في سوق التأمين العراقي وشركة العراق للتأمين، وأيضا لخسائر الغش والاحتيال في فرع التأمين الطبي في سوق التأمين العراقي وشركة العراق للتأمين، وذلك من خلال استخدام اختبارMaan–Whitney Test، وهو من الاختبارات الإحصائية اللامعلمية ويستخدم الاختبار وجود فروق لمعدلات الخسارة بين متوسطي عينتين مستقلتين للشركة الوطنية للتأمين وسوق التأمين خلال الفترة الزمنية (2009–2019)، وتم صياغة الفروض الإحصائية على النحو التالي:

• اختبار الفرضية الأولى: يوجد فرق معنوي بين معدل الخسائر في التأمين الطبي للشركة الوطنية للتأمين وللسوق ككل.

الجدول رقم (4) الإحصائيات الوصفية لمعدلات الخسائر في التأمين الطبي Descriptive Statistics

	N	Mean	Std.Deviation	Minimum	Maximum
VAR00008	20	87.7500	24.18285	58.5	144.2
VAR00009	20	1.5000	0.51299	1.00	2.00

نلاحظ من الجدول السابق أنّ متوسط معدل الخسائر في التأمين الطبي للشركة الوطنية للتأمين وللسوق ككل هو 87.7 % بانحراف معياري 24%

الجدول رقم (5) بيانات عن إحصائي الاختبار مان وتني

	VAR00008
Mann-Whitney U	23.000
Wilcoxon W	78.000
Z	-2.041
Asymp.Sig.(2-tailed)	0.041
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	0.043[b]

نلاحظ من الجدول السابق أنّه تم حساب القيمة المحسوبة لمستوي المعنوية للاختبار =Asymp.Sig.(2–tailed 0.041) وهذه القيمة أقل من مستوي المعنوية 0.05، وبالتالي نرفض الفرض العدمي ونقبل الفرض البديل القائل بأنّه يوجد فرق بين معدل الخسائر في التأمين الطبي لشركة العراق للتأمين وللسوق ككل.

• اختبار الفرضية الثانية: يوجد فرق معنوي بين خسائر الغش والاحتيال في التأمين الطبي للشركة الوطنية للتأمين ولسوق التأمين العراقي

الجدول رقم (6) الإحصائيات الوصفية لمعدلات الخسائر في التأمين الطبي Descriptive Statistics

	N	Mean	Std.Deviation	Minimum	Maximum
VAR00010	20	79521.5	68083.21	15801.6	260558.4
VAR00002	20	1.5000	0.51299	1.00	2.00

نلاحظ من الجدول السابق أنّ متوسط خسائر الغش والاحتيال في التأمين الطبي للشركة الوطنية للتأمين وللسوق ككل هو 79521.5 دينار بانحراف معياري 68083.21 دينار.

الجدول رقم (7) بيانات عن إحصائي الاختبار مان وتني

	VAR00010
Mann-Whitney U	21.000
Wilcoxon W	76.000
Z	−2.192
Asymp.Sig.(2-tailed)	0.028
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	0.029[b]

نلاحظ من الجدول السابق أنّ القيمة المحسوبة لمستوي المعنوية للاختبار بلغت 0.029، وبالتالي نرفض الفرض العدمي ونقبل الفرض البديل القائل بأنّه يوجد فرق بين خسائر الغش والاحتيال في التأمين الطبي للشركة الوطنية للتأمين ولسوق التأمين العراقي.
لاستكمال تحقيق أهداف البحث واختبار باقي الفرضيات تم تصميم قائمة استبيان لمجتمع العاملين بمجال التأمين الطبي بالشركة الوطنية للتأمين كأكبر مؤسسة تأمينية بالسوق العراقي والبالغ عددهم 255 موظف وباستخدام أسلوب العينة العشوائية البسيطة ومن خلال تطبيق معادلة ستيفن ثامبسون تم تحديد حجم العينة وهو 153 مفردة، وتم توزيع عدد 160 استبانة الكترونياً وكان عدد الردود 142 بنسبة 90% وهي نسبة جيدة وكافية.
وتم التحقق من صدق الأداء عن طريق عرضها على المتخصصين وتم إبداء رأيهم حول فقرات الاستبانة وذلك بالحذف والتعديل واقتراح فقرات جديدة ومناسبة الأداء لموضوع الدراسة.
وتم استخدام اختبار معامل ألفا كرونباخ لاختبار الثبات، حيث تبين من نتائج الاختبار بأنّ قيمة معامل ألفا للمحاور الثلاثة قد تراوحت ما بين 0.84، 0.95 كما أنّ معامل الصدق على مستوي الأبعاد ككل وصل إلى0.94، حيث أنّ العبارات تتمتع بالصدق والثبات وعلى ذلك يمكن الاعتماد عليها في جمع البيانات الأولية وإجراء التحليل الإحصائي لها، والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول (8)اختبار معامل ألفا كرونباخ

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	142	100.0
	Excluded[a]	0	.0
	Total	142	100.0

a. List wise deletion based on all variables in the procedures

بالنسبة للمحور الأول للاستبيان:

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.848	4

بالنسبة للمحور الثاني للاستبيان:

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.830	4

بالنسبة للمحور الثالث للاستبيان:

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.948	7

• اختبار الفرضية الثالثة: يوجد تأثير معنوي للمتغيرات الآتية على احتمالية وجود الغش والاحتيال على شركات التأمين.

-الإصرار على التردد على مقدم خدمة بعينه دون مقدمي الخدمات الأخرى. X1

-المطالبة بسرعة إنهاء المطالبة ودفع التعويض.X2

-الفترة المنقضية ما بين تاريخ إصدار الوثيقة وتاريخ حدوث الحادثX3 .

-التغيير المستمر في شركات التأمين المؤمن لديهاX4.

ولاختبار هذا الفرض تم استخدام تحليل الانحدار وكان ملخص النتائج كما يلي:

Summary

Model	R	R square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.918a	.842	.829	.310

Anovab

Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig
1 Regression	66.828	4	6.075	63.204	.000a
Residual	12.496	130	0.096		
Total	79.324	141			

Coefficients a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std.Error	Beta		
4 Constant	-.779-	.243		-3.211-	.002
X1	.003	.045	.003	.074	.941
X2	-.016-	.036	-.022-	-.437-	.663
X3	.078	.038	.098	2.020	.045
X4	.347	.051	.333	6.801	.000

ومن نتائج الاختبار بلغت قيمة معامل التحديد (84.2) (R square %)مما يدل على أنّ التغير الكلي في المتغير التابع يمكن تفسيره أو يؤثر فيه مجموعة المتغيرات المستقلة السابقة الذكر بنسبة (84.2%)

قيمة معنوية F تعادل0.000، أي أقل من المستوى المطلوب5 %، أي أنّه تقع في منطقة الرفض، مما يؤكد رفض فرض العدم القائل بأنّه ليس هناك علاقة بين التابع ومجموعة المتغيرات سابقة الذكر وذلك بدرجة ثقة% 95 .

بالرجوع إلى قيمة Beta وقيمة t المحسوبة الخاصة بالمتغيرات المستقلة وكذلك الأرقام الدالة على معنوية t يتضح أنّ هناك متغيران معنويان إحصائيان، وذا تأثير على احتمالية وجود الغش والاحتيال على شركات التأمين وهي

الرمز	المتغير
X3	الفترة المنقضية ما بين تاريخ إصدار الوثيقة وتاريخ حدوث الحادث
X4	تغيير مستمر في شركات التأمين المؤمن لديها

• اختبار الفرضية الرابعة: يوجد تأثير معنوي للمتغيرات الآتية على حجم الغش والاحتيال على شركات التأمين.

-سياسات التسعير والمبالغة في إعطاء خصومات على القسط المطلوبX1 .

-التساهل في خطوات الاكتتاب وقبول الأخطار دون الفحص الدقيق لموضوع الخطر .X2

-مبالغة مقدم الخدمة الطبية) مستشفيات – عيادات (في تكاليف العلاج والفحوصات المختلفة في حالة وجود تأمين .X3

-اهتمام العاملين بجهاز التسويق بإتمام التعاقد مع العملاء دون التركيز على نوعية الخطر وسلوك العملاء. X4

ولاختبار هذا الفرض تم استخدام تحليل الانحدار وكانت النتائج كما يلي:

Model Summary

Model	R	R square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.922a	.849	.840	.302

Anovab

Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig
1 Regression	68.625	4	8.578	93.791	.000a
Residual	12.164	133	0.91		
Total	80.789	141			

Coefficients a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized	T	Sig.
	B	Std.Error	Beta		
4 Constant	-.597-	.204		-2.928-	.004
X1	.044	.031	.050	1.424	.157
X2	.236	.039	.258	6.085	.000
X3	.077	.039	.097	2.022	.043
X4	.059	.030	.077	1.963	.050

ومن نتائج الاختبار بلغت قيمة معامل التحديد ((84.9) (R square %مما يدل على أنّ التغير الكلي في المتغير التابع يمكن تفسيره أو يؤثر فيه مجموعة المتغيرات المستقلة السابقة الذكر بنسبة (84.9%)

قيمة معنوية F تعادل0.000، أي أقل من المستوى المطلوب 5 %، أي أنّه تقع في منطقة الرفض، مما يؤكد رفض فرض العدم القائل بأنّه ليس هناك علاقة بين التابع ومجموعة المتغيرات سابقة الذكر وذلك بدرجة ثقة 95%.

بالرجوع إلى قيمة Beta وقيمة t المحسوبة الخاصة بالمتغيرات المستقلة وكذلك الأرقام الدالة على معنوية t يتضح أنّ هناك (3) متغيرات معنوية إحصائية، وذات تأثير على حجم الغش والاحتيال على شركات التأمين وهي:

الرمز	المتغير
X2	التساهل في خطوات الاكتتاب وقبول الأخطار دون الفحص الدقيق لموضوع الخط
X3	مبالغة مقدم الخدمة الطبية (مستشفيات – عيادات) في تكاليف العلاج والفحوصات المختلفة في حالة وجود تأمين
X4	اهتمام العاملين بجهاز التسويق بإتمام التعاقد مع العملاء دون التركيز على نوعية الخطر وسلوك العملاء

- اختبار الفرضية الخامسة: يوجد تأثير إيجابي للمتغيرات الآتية على الحد من خطر الغش والاحتيال على شركات التأمين.

– اقتراح إنشاء إدارة متخصصة لاكتشاف ومكافحة الغش والاحتيال X1 .

– تصميم نظام معلوماتي خاص باكتشاف الاحتيال وطرق التحكم فيهX2 .

– تصميم نظام السجلات التأمينية وذلك لتوثيق المعلومات الشخصية، ومعطيات التأمين وفقا لحساب إلكتروني واحد لكل حامل وثيقة .X3

– ضرورة إلغاء مقدم الخدمة الذي تعمّد الاحتيال وشطب تراخيصه من وزارة الصحة وهيئة الرقابة المالية X4 .

– تطبيق نسب تحمل إجبارية في الدفع وتحمل المريض جزء من تكاليف العلاج الطبيب X 5 .

– ضرورة تخصيص بريد إلكتروني للإبلاغ عن الاحتيال حتى يتم التعامل معه X 6 .

– اقتراح العقوبات المناسبة لردع مرتكبي الغش والمتورطين فيه والجهات والسلطات المختصة بتنفيذهاX 7 .

ولاختبار هذا الفرض تم استخدام تحليل الانحدار وكانت النتائج كما يلي:

Summary

Model	R	R square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.923[a]	.852	.825	.319

Anova[b]

Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig
1 Regression	69.813	14	3.173	31.258	.000[a]
Residual	12.081	119	.102		
Total	81.894	141			

Coefficients [a]

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized	t	Sig.
	B	Std.Error	Beta		
7 Constant	−.112−	.281		−.400−	0.690
X1	.174	.056	.155	3.134	.002
X2	.082	.047	.081	1.753	.082
X3	.150	.053	.151	2.823	.006
X4	.083	.056	.087	1.467	.145
X5	.207	.055	.238	3.775	.000
X6	.021	.042	.025	.489	.626
X7	−.080−	.054	−.089−	−1.495−	.138

ومن نتائج الاختبار بلغت قيمة معامل التحديد (85.2) (R square %) مما يدل على أنّ التغير الكلي في المتغير التابع يمكن تفسيره أو يؤثر فيه مجموعة المتغيرات المستقلة السابقة الذكر بنسبة 85.2 %)). قيمة معنوية F تعادل 0.000، أي أقل من المستوى المطلوب 5%، أي أنّه تقع في منطقة الرفض، مما يؤكد رفض فرض العدم القائل بأنّه ليس هناك علاقة بين التابع ومجموعة المتغيرات سابقة الذكر وذلك بدرجة ثقة 95%. وبالرجوع إلى قيمة Beta وقيمة t المحسوبة الخاصة بالمتغيرات المستقلة وكذلك الأرقام الدالة على معنوية t يتضح أنّ هناك عدد (3) متغيرات معنوية إحصائية، وذات تأثير ايجابي على الحد من خطر الغش والاحتيال على شركات التأمين وهي:

الرمز	المتغير
X1	اقتراح إنشاء إدارة متخصصة لاكتشاف ومكافحة الغش والاحتيال
X3	تصميم نظام السجلات التأمينية وذلك لتوثيق المعلومات الشخصية، ومعطيات التأمين وفقا لحساب إلكتروني واحد لكل حامل وثيقة
X5	تطبيق نسب تحمل إجبارية في الدفع وتحمل المريض جزء من تكاليف العلاج الطبيب

تصميم استراتيجية لمواجهة خطر الغش والاحتيال في شركات التأمين:

لمواجهة خطر الاحتيال والغش في سوق التأمين العراقي، قامت الباحثة بتصميم استراتيجية لمواجهة أخطار الاحتيال على شركات التأمين وذلك بالاستعانة بنتائج التحليلات الإحصائية السابقة، وتتكون هذه الاستراتيجية من مجموعة من المحاور والآليات على مستوى كافة المراحل وكذلك كافة أطراف العملية التأمينية كما يلي:

المحور الأول: آليات خاصة بشركات التأمين

<u>أولًا:</u> اقتراح إنشاء إدارة متخصصة لاكتشاف ومكافحة الغش والاحتيال

تقترح الباحثة إنشاء إدارة أو وحدة متخصصة بكل شركة تأمين لاكتشاف ومكافحة الغش والاحتيال وتكون تبعية هذه الإدارة للهيئة العامة للرقابة المالية وتكون مهامها:

- تصميم نظام معلوماتي خاص باكتشاف الاحتيال وطرق التحكم فيه.
- التعاون مع الجهات المختصة كمقدمي الخدمات والمستشفيات في المساعدة في كشف الاحتيال.
- تدريب موظفي المطالبات على التحقق والبحث عن المؤشرات الحمراء التي قد تساعد في اكتشاف الاحتيال قبل تسديد قيمة التعويض.
- التعاون مع شركات التأمين الأخرى لمنع أو تقليل حدوث الغش والاحتيال، وذلك بإجراء التدقيق والتحقيق وقت إصدار الوثائق والتعويض.
- إيجاد الوسائل الخاصة بالتحري والكشف عن الاحتيال، ودراسة الاحتمالات والافتراضات، والمراقبة الصارمة، وتبادل المعلومات بين الشركات.
- تسجيل من يثبت احتياله على شركات التأمين من خلال تبادل المعلومات أو إيجاد آلية لربط شركات التأمين لتقدم سجل لتعويضات المؤمن له، وعمل قائمة سوداء لكل من ثبت عليه الغش والاحتيال، وذلك بالتعاون والتنسيق مع الشركات الأخرى، وإخطارها بذلك، وبذلك يكون ذلك نوعاً من الردع.
- تخصيص بريد إلكتروني للإبلاغ عن الاحتيال حتى يتم التعامل معه.
- التعاون مع شركات التأمين لنشر الوعي بخطورة الاحتيال وأثره في المجتمع وعلى أسعار التأمين.
- مساعدة إدارة التعويضات في تحديد بعض مؤشرات الاشتباه التي تساعد على اكتشاف الاحتيال عند مراجعة المطالبة من قبل مسؤولي التعويضات.
- رفع قضايا المطالبات الاحتيالية للسلطات المختصة عن طريق الجهة المنظمة لأعمال التأمين.

ثانياً: آليات داخلية خاصة بالشركة في مراحل الاكتتاب والتسعير والمطالبات

يعتبر الهدف من شراء وثيقة التأمين هو تخفيض الخسارة الناتجة عن الأخطار غير المتوقعة التي قد تصيب الأشخاص أو الممتلكات وذلك وفق الشروط المبينة في الوثيقة، أما التعويض المستحق عن حدوث الأخطار فيجب أن يكون صحيحاً ومستنداً إلى المبدأ التأميني الأخلاقي المعروف بـ "مبدأ حسن النية" ، لذلك يجب أن تستهدف جهود مكافحة الغش والاحتيال بالضرورة أنشطة الاكتتاب والتسعير وفحص المطالبات وتقدير التعويضات، حيث تبدأ جهود وآليات مكافحة الاحتيال بداية من طلب التأمين حتى دفع المطالبات، وتتمثل آليات مواجهة خطر الغش والاحتيال في مراحل الاكتتاب والتسعير وتقدير التعويضات فيما يلي:

- مساهمة المهنيين والخبراء في التوعية وتدريب موظفي التأمين خاصة في مراحل الاكتتاب والتسعير وفحص المطالبات.
- اختيار الموظفين الأمناء الأكفاء في مرحلة الإصدار وإجراء التسوية في حال حدوث المطالبات.
- إبلاغ الشركة فوراً عند اكتشاف أو الاشتباه بفعل احتيالي من أي طرف.
- إعمال مبدأ المصلحة التأمينية كشرط قانوني أساسي في عقد التأمين، فوجود مصلحة تأمينية للمؤمن له يمنع تعمده إحداث الخطر حرصا منه على بقاء النفع المادي والمعنوي للشيء موضوع التأمين.
- إلغاء التأمين، وتحميل صاحب الوثيقة المرتكب للغش بالفواتير لكافة مبالغ التعويض، وإحالة أوراقه إلى الجهات الرسمية لاتخاذ الإجراءات اللازمة.
- ضرورة العمل على التحول الرقمي والإلكتروني في عمليات الإصدار والتسعير والمطالبات بشركات التأمين في العراق، وقد طبقت بعض الدول العربية هذا الاتجاه، حيث عرف العالم العربي التحول الإلكتروني من أجل محاربة عقود التأمين المزورة من خلال قاعدة معطيات الكترونية ووطنية.
- محاولة العمل على قاعدة بيانات إلكترونية توثق المعلومات الشخصية للعملاء، ومعطيات التأمين وفقاً لحساب تأميني إلكتروني واحد لكل حامل وثيقة، وسيساعد الحساب في عمليات التسعير وتجديد الوثائق، والحد من الغش والاحتيال.

المحور الثاني: آليات خاصة بمقدمي الخدمة الطبية

- إلغاء مقدم الخدمة الذي تعمد الاحتيال وشطب تراخيصه من وزارة الصحة وهيئة الرقابة المالية.
- إيقاف وإلغاء رخصة الممارس الصحي المتعاون في عمليات الاحتيال.
- توافر الثقة المتبادلة بين مقدم الخدمة وشركة التأمين وكذلك عقوبات رادعة لمن يثبت في حقه الاحتيال وعدم تعاون الأطباء مع المؤمن له الذي يطلب شيئاً ليس من حقه والطبيب يعلم ذلك.
- تفعيل العقوبات التي يفرضها القانون، وتحويل بعض الحالات المشتبه فيها إلى النيابة العامة.
- تصميم آلية لتنظيم أسعار الخدمات الصحية، مع وجود مجموعة ضوابط تلتزم بها المستشفيات.
- يجب على شركات التأمين أن تضع حداً للاحتيال أو حتى أن تعمل على مواجهته بشكل جذري فالتكلفة المتكبدة بسبب هذه الأعمال كبيره جداً، وهي تؤدي إلى زيادة أقساط التأمين بشكل لا يتفق مع توقعات المستهلك.
- تخصيص المزيد من الموارد لمكافحة الغش والاحتيال، كذلك من حيث التعاون مع السلطات أو مع الكيانات الخاصة.
- قيام المستشفيات بتدريب موظفي الاستقبال والتأمين على اكتشاف حالات الاحتيال ودراسة الحالات التي تم اكتشافها للاستفادة منها في تكوين خبرة تراكمية في هذا المجال.
- وضع التكنولوجيا الجديدة للكشف عن السلوكيات المشبوهة، وما يسمي بالتحليلات التنبؤية يستند إلى قواعد بيانات محدده، وتطوير إجراءات الوقاية والكشف بفضل إنشاء أنظمة تكنولوجيا المعلومات.

• انتداب طبيب في التأمين الصحي لا يتبع إلى المستشفى لكشف ملفات المرضى والتحقق من طبيعة المرض ونوع العلاج، وفي حالة إخفاء المستفيد حقيقة مرضه قبل التأمين، وهذه تعد من أسهل حالات الاحتيال التي يتم اكتشافها، بمقارنة التصريح الذي يقدمه المريض عن حالته الصحية قبل التأمين.

• تطبيق بوابة المطالبات الإلكترونية، بالإضافة لخدمة إدارة الفوائد الصيدلية، التي تقوم بتحديد رمز خاص لكل حالة.

• وضع أدوات تكنولوجية حديثة لرقابة الأدوية وأنظمة رقابة المطالبات الطبية، وحل المشاكل بين شركات التأمين والمستشفيات دون اللجوء للمحاكم.

• تطبيق نظام الرعاية الصحية الأولية وخفض قيمة التكاليف المتعلقة بالحصول على الرعاية المختصة، وحماية المرضى أنفسهم من خطر الإفراط في تقديم الخدمات لهم.

• وجود هيئة قانونية لصياغة العقود ما بين شركات توريد خدمات الرعاية الصحية وشركات التأمين.

المحور الثالث: آليات خاصة بالديوان العراقي للتأمين وهيئة الرقابة المالية

• إلزام شركات التأمين بوجود إدارة مختصة لمكافحة الاحتيال وتدريب منسوبيها على كشف الغش في أنشطتها المختلفة ومحافظ أعمالها، ولتكون مسئولة أمام هيئة الرقابة المالية بالالتزام ومتابعة سياسات منع وتقليل حالات الغش والاحتيال بالشركة.

• العمل على استحداث نظام الكتروني لربط معلومات عملاء شركات التأمين في حساب واحد لكل عميل، مع ضرورة إنشاء قاعدة بيانات حتى تتمكن الشركات من تتبع مسار حالات الغش المعروفة أو المشكوك فيها.

• إصدار لوائح تنظيمية لمكافحة الاحتيال في شركات التأمين، والوسائل والإجراءات والمعايير التي يجب على شركات التأمين تطبيقها للحد من الاحتيال، وإجراءات كشف الاحتيال والمطالبات الاحتيالية والحد منها، وهذه الوسائل تختلف باختلاف أنواع التأمين.

• تطبيق مبدأ المشاركة في الدفع وتحمل المريض جزء من تكاليف العلاج في كل مرة يقوم فيها بزيارة الطبيب.

• التعاون والتنسيق الدائم بين الديوان العراقي وشركات التأمين، عن طريق تنظيم ورش عمل متخصصة لمناقشة صور الغش والاحتيال في قطاع التأمين.

• اقتراح بعض التعديلات على التشريعات وتطويرها بما يساعد على تطوير وتفعيل ضوابط وإجراءات وسياسات قمع وتقليل تلك الظاهرة السلبية المتكررة.

• إضافة نصاً ملزماً لشركات التأمين بإمساك سجل خاص بحالات الغش والاحتيال التي تتعرض لها الشركات من خلال ممارسة أنشطتها وتعاملها سواء مع المؤمن عليهم أو وسطاء التأمين أو مقدمي الخدمة مع تقديم تقارير إجبارية للجهات الرقابية عن هذه الحالات.

• توعية المهتمين والعاملين في صناعة التأمين لمواجهة قضايا وحالات الغش والاحتيال.

• التعامل مع عملية الاحتيال كحالة جنائية وتحويلها للجهات الأمنية، ومن يثبت عليه الاحتيال يتحمل إعادة المبالغ التي تم دفعها بالإضافة إلى ما يصدر من عقوبات نظامية.

• إيقاف وإلغاء بطاقة المؤمن له الذي مارس عملية الاحتيال.

• عدم السماح للأشخاص والجهات غير المرخص لهم بممارسة نشاط التأمين، فهناك بعض الممارسات غير النظامية التي تمارس من قبل عدد من الجهات غير المرخصة.

• العمل على توعية العملاء للتعامل فقط مع شركات التأمين وشركات الوساطة والوكالات المرخص لها والمنشورة على موقع هيئة الرقابة المالية.

النتائج والتوصيات

أولاً: النتائج

توصلت الباحثة من خلال هذه الدراسة للعديد من النتائج أهمها:

1- يوجد فرق معنوي بين معدل الخسائر في فرع التأمين الطبي للشركة الوطنية للتأمين وللسوق ككل، حيث توجد زيادة في متوسط معدل الخسائر لهذا الفرع بالشركة الوطنية للتأمين عن متوسط معدل الخسائر للسوق ككل.

2- يوجد فرق بين خسائر الغش والاحتيال في التأمين الطبي للشركة الوطنية للتأمين ولسوق التأمين العراقي حيث توجد زيادة في متوسط خسائر الغش والاحتيال لهذا الفرع بالشركة الوطنية للتأمين عن متوسط خسائر الغش والاحتيال للسوق ككل.

3- يوجد تأثير معنوي للمتغيرات الآتية على احتمالية وجود الغش والاحتيال على شركات التأمين:

- تغيير مستمر في شركات التأمين المؤمن لديها.
- الفترة المنقضية ما بين تاريخ إصدار الوثيقة وتاريخ حدوث المطالبة.

4- يوجد تأثير معنوي للمتغيرات الآتية على حجم الغش والاحتيال على شركات التأمين:

- التساهل في خطوات الاكتتاب وقبول الأخطار دون الفحص الدقيق لموضوع الخطر.
- مبالغة مقدم الخدمة الطبية في تكاليف العلاج والفحوصات المختلفة في حالة وجود تأمين.
- اهتمام العاملين بجهاز التسويق بجذب العميل للتعاقد دون التركيز على نوعية الخطر وسلوك العملاء.

5- يوجد تأثير إيجابي للمتغيرات الآتية على الحد من خطر الغش والاحتيال على شركات التأمين:

- اقتراح إنشاء إدارة متخصصة لاكتشاف ومكافحة الغش والاحتيال.
- تصميم نظام السجلات التأمينية وذلك لتوثيق المعلومات الشخصية، ومعطيات التأمين وفقا لحساب إلكتروني واحد لكل حامل وثيقة.
- تطبيق نسب تحمل إجبارية في الدفع وتحمل المريض جزء من تكاليف العلاج في كل مرة يقوم فيها بزيارة الطبيب.

ثانياً: التوصيات

1- ضرورة إنشاء إدارة أو وحدة متخصصة بكل شركة تأمين لاكتشاف ومكافحة الغش والاحتيال وتكون تبعية هذه الإدارة للهيئة العامة للرقابة المالية.

2- ضرورة العمل على استحداث نظام الكتروني لربط معلومات عملاء شركات التأمين في حساب واحد لكل عميل، مع ضرورة إنشاء قاعدة بيانات حتى تتمكن الشركات من تتبع مسار حالات الغش المعروفة أو المشكوك فيها، ويساعد ذلك في عمليات التسعير وتجديد الوثائق، والحد من الغش والاحتيال وتتبع مسار حالات الغش المعروفة أو المشكوك فيها.

3- ضرورة إنشاء قاعدة بيانات للعملاء عن طريق العمل على تصميم نظام السجلات التأمينية وهي قاعدة معطيات تأمينية إلكترونية وفقا لحساب تأميني إلكتروني واحد لكل حامل وثيقة.

4- وضع لائحة تنظيمية لمكافحة الاحتيال في شركات التأمين، ووضع الإطار التنفيذي لمكافحة الغش التأميني، وتحديد الوسائل والإجراءات والمعايير التي يجب على شركات التأمين تطبيقها للحد من الاحتيال.

5- التعاون والتنسيق الدائم بين الهيئة العامة للرقابة المالية والديوان العراقي، عن طريق تنظيم ورش عمل متخصصة لمناقشة صور الغش والاحتيال في قطاع التأمين وذلك من خلال عرض بعض صور الغش والاحتيال والحالات التي كشفت عنها الأجهزة الرقابية بهدف الوقوف على الدروس المستفادة من تلك الحالات.

6- اقتراح بعض التعديلات على التشريعات وتطويرها بما يساعد على تطوير وتفعيل ضوابط وإجراءات وسياسات قمع وتقليل تلك الظاهرة السلبية المتكررة، واقتراح العقوبات المناسبة لردع مرتكبي الغش والاحتيال.

7- إضافة نص ملزم لشركات التأمين بإمساك سجل خاص بحالات الغش والاحتيال التي تتعرض لها الشركات من خلال ممارسة أنشطتها وتعاملها سواء مع المؤمن عليهم أو وسطاء التأمين أو خبراء المعاينة وتقدير الأضرار أو أية أطراف أخرى.
8- تطبيق مبدأ المشاركة في الدفع وتحمل المريض جزء من تكاليف العلاج في كل مرة يقوم فيها بزيارة الطبيب.

معلومات التمويل :
هذا البحث ممول من جامعة دمشق وفق رقم التمويل (501100020595).

المراجع:

المراجع باللغة العربية:

1- عبد الجليل، عماد (2019). مؤشرات اكتشاف خطر الاحتيال على شركات التأمين الطبي بالمملكة العربية السعودية، مجلة المحاسبة والإدارة والتأمين، كلية التجارة جامعة القاهرة، العدد 75.

2- هول، فرانسوا، (2014). الاحتيال على التأمين، الرائد العربي، العدد 68 ترجمة سعد جواد علي.

3- زريقات، مراد علي، (2018). عوامل الاحتيال على شركات التأمين السعودية، رسالة دكتوراه، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.

4- شوقل، سامر، (2023). دور استخدام أساليب التنقيب في البيانات في تعزيز فاعلية اكتشاف غش الإدارة "دراسة تطبيقية باستخدام خوارزمية سرب الجسيمات، *مجلة العلوم الاقتصادية والسياسية، جامعة دمشق، "*، المجلد رقم 39-2-2023: 44-161.

5- تم الاستشهاد بالبحث دور استخدام أساليب التنقيب في البيانات في تعزيز فاعلية اكتشاف غش الإدارة "دراسة تطبيقية باستخدام خوارزمية سرب الجسيمات" من مجلة العلوم الاقتصادية والسياسية، جامعة دمشق، المجلد رقم 39-2-2023: 44-161.

المراجع باللغة الإنكليزية:

1- Abbring J, Chiappori P-A, Heckman J, Pincquet J, (2003).Adverse Selection and Moral Hazard in Insurance: Can Dynamic Data Help to Distinguish,(Journal of the European Economic Association 1(2-3), 512-521.

2- Finkelstein, A., and J. Poterba, (2004). "Adverse selection in insurance markets: Policyholder evidence from the UK annuity market," Journal of Political Economy.

3- Bajari, P., Hong, H. and Khawaja, A, (2006). Moral hazard, adverse selection and health expenditures: A semiparametric analysis, NBER Working Paper no. 12445.

4- Pauly, M.V, (2006). Adverse Selection and Moral Hazard: Implications for Health Insurance Markets, Oberlin College Health Economics Conference, Oberlin, OH, 8– 10 September.

5- -Buchmueller, T.C, (2008) 'Community rating, entry-age rating and adverse selection in private health insurance in Australia', The Geneva Papers on Risk and Insurance—Issues and Practice 33 (4): 588–609.

6- Cohen A, Siegelman P, (2010). Testing for Adverse Selection in Insurance Markets. The Journal of Risk and Insurance (77)1, 39-84.

7- Liran y., Finkelstein S, , Mark C,(2011). Selection on Moral Hazard in Health Insurance, Stanford Institute for Economic Policy Research ,pp. 1-70.

8- Christina Marsh& Ahmed Khwaja ,(2011). Moral Hazard, Adverse Selection and Health Expenditures: A Semiparametric Analysis, pp1-58.

9- Dionne G., Michaud P-C, Dahchour M, (2013). Separating Moral Hazard from Adverse Selection and Learning in Automobile Insurance: Longitudinal Evidence from France. Journal of the European Economic Association (11)4, 897-917.

10-Einav L., Finkelstein A, Ryan S, Schrimpf P., Cullen M, (2013). Selection on moral hazard in health insurance. American Economic Review 103.

11-Michel G., (2014). Testing Adverse Selection and Moral Hazard on French car Insurance data, pp., 117-130.

12- Jian Wen, (2015). Empirical study of adverse selection and moral hazard in the reinsurance market, Journal of Finance and Accountancy 19, pp1-22 .

13- Juha T., (2016). Measuring moral hazard using insurance panel data, pp1-75. 15-

ملحق رقم (1): استمارة الاستبيان

جامعة دمشق كلية الاقتصاد

قسم المصارف والتأمين السيّد / السيّدة:

تقوم الباحثة بإعداد دراسة حول: نظام مقترح لإدارة أخطار الغش والاحتيال في التأمين الطبي –دراسة حالة عملية في سوق التأمين العراقي– الشركة الوطنية للتأمين.

إنّ مساهمتك الكريمة في الإجابة عن أسئلة هذا الاستقصاء بدقة وحياد سيساعد الباحثة في الوصول إلى نتائج البحث المرجوة، علماً أنّ المعلومات التي سيتم الحصول عليها ستستخدم فقط ضمن إطار علمي أكاديمي.

الباحثة: ديما أحمد رضا الديك.

يرجى قراءة فقرات الاستبيان بدقة ووضع إشارة (√) أمام الإجابة التي تعكس الواقع فعلاً:

أولاً : البيانات الشخصية و الوظيفية :				
الجنس :	☐ ذكر		☐ أنثى	
العمر :	☐ 22–35 سنة	☐ 36–45 سنة	☐ 46–55 سنة	☐ أكثر من 56 سنة
المؤهل العلمي :	☐ دكتوراه	☐ ماجستير	☐ دبلوم	☐ بكالوريوس	☐ ثانوية عامة
الخبرة العملية :	☐ أقل من **3** سنوات	☐ بين **3** و 10 سنوات	☐ بين 10 و 15 سنوات	☐ أكثر من 16 سنة

ثانياً: أسئلة الاستبيان						
الرقم	**الوصف**	**موافق جداً**	**موافق**	**غير متأكد**	**غير موافق**	**غير موافق إطلاقاً**
1	الإصرار على التردد على مقدم خدمة بعينه دون مقدمي الخدمات الأخرى يزيد من احتمال وجود الغش والاحتيال.					
2	المطالبة بسرعة إنهاء المطالبة ودفع التعويض تزيد من احتمال وجود الغش والاحتيال.					
3	الفترة المنقضية ما بين تاريخ إصدار الوثيقة وتاريخ حدوث الحادث تزيد من احتمال وجود الغش والاحتيال.					
4	التغيير المستمر في شركات التأمين المؤمن لديها يزيد من احتمال وجود الغش والاحتيال.					
5	سياسات التسعير والمبالغة في إعطاء خصومات على القسط المطلوب تزيد من حجم الغش والاحتيال.					
6	التساهل في خطوات الاكتتاب وقبول الأخطار دون الفحص الدقيق لموضوع الخطر يزيد من حجم الغش والاحتيال.					
7	مبالغة مقدم الخدمة الطبية (مستشفيات – عيادات) في تكاليف العلاج والفحوصات المختلفة في حالة وجود تأمين تزيد من حجم الغش والاحتيال.					
8	اهتمام العاملين بجهاز التسويق بإتمام التعاقد مع دون التركيز على نوعية الخطر وسلوك العملاء يزيد من حجم الغش والاحتيال.					
9	اقتراح إنشاء إدارة متخصصة لاكتشاف ومكافحة الغش والاحتيال له تأثير إيجابي في الحد من الغش والاحتيال.					

10	تصميم نظام معلوماتي خاص باكتشاف الاحتيال وطرق التحكم فيه له تأثير إيجابي في الحد من الغش والاحتيال.					
11	تصميم نظام السجلات التأمينية وذلك لتوثيق المعلومات الشخصية، ومعطيات التأمين وفقا لحساب إلكتروني واحد لكل حامل وثيقة له تأثير إيجابي في الحد من الغش والاحتيال.					
12	ضرورة إلغاء مقدم الخدمة الذي تعمّد الاحتيال وشطب تراخيصه من وزارة الصحة وهيئة الرقابة المالية له تأثير إيجابي في الحد من الغش والاحتيال.					
13	تطبيق نسب تحمل إجبارية في الدفع وتحمل المريض جزء من تكاليف العلاج الطبيب له تأثير إيجابي في الحد من الغش والاحتيال.					
14	ضرورة تخصيص بريد إلكتروني للإبلاغ عن الاحتيال حتى يتم التعامل معه له تأثير إيجابي في الحد من الغش والاحتيال.					
15	اقتراح العقوبات المناسبة لردع مرتكب ي الغش والمتورطين فيه والجهات والسلطات المختصة بتنفيذها له تأثير إيجابي في الحد من الغش والاحتيال.					