

تصميم إستراتيجية لإدارة أخطار الاختيار العكسي والخطر المعنوي للتأمين الصحي في شركات التأمين (دراسة حالة عملية في سوق التأمين المصري - شركة مصر للتأمين)

الباحثة: ديماء الديك 1

الملخص

يوجد الخطر المعنوي (الغش والاحتيال) في جميع مراحل العملية التأمينية بشركات التأمين بصور مختلفة وينسب متفاوتة بداية من مرحلة الاكتتاب وإصدار الوثيقة حتى مرحلة تقدير التعويضات وسداد المطالبات. وقد يقع هذا الخطر من جانب المؤمن له بمفرده أو بمساعدة عدة أطراف سواء من داخل الشركة أو من خارج الشركة. ويؤثر الخطر المعنوي على شركات التأمين تأثيراً سلبياً 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 سلبي على أرباح وعوائد هذه الشركات وعلى أسعار خدمات التأمين في السوق المحلي، وكذلك على جودة الخدمات المقدمة للعملاء.

وتناولت الباحثة اكتشاف الخطر المعنوي وتحديد وتحليل الصور المختلفة للغش والاحتيال في سوق التأمين ثم قياس هذا الخطر وتحديد عوامل انتشاره. وقد قامت الباحثة باستخدام بعض الأساليب الإحصائية المختلفة لاختبار فروض البحث مثل تحليل الانحدار المتعدد والتدرجي والتحليل العاملي واختبار مان وتني.

وتوصلت الباحثة إلى تصميم نظام مقترح لإدارة الخطر المعنوي في شركات التأمين يغطي كافة أطراف ومراحل العملية التأمينية ويحدد آليات مواجهة خطر الغش والاحتيال على شركات التأمين في السوق المصري وخاصة في فرع التأمين الطبي.

الكلمات المفتاحية: الخطر المعنوي - الاختيار العكسي - خطر الاحتيال - سوق التأمين - التأمين الطبي

¹ماجستير علوم مالية و مصرفية - قسم المصارف و التأمين - جامعة دمشق - سورية .

Designing a strategy for Adverse Selection Risks Management & Moral hazard of Medical Insurance in Insurance Companies (Case study in the Egyptian market – Misr Insurance Company)

Abstract

Moral hazard exists in all insurance phases as of issuance until compensation assessment and payment of claims. Hazards may occur as a result of the sole liability of the insured person or by the assistance of other parties from the company or from outside. Moral hazard has negative effects on the company in different forms such as the rise in loss rate that a company shall bear which reached more than (15%) out of the gross loss in some countries and this indeed affects profits and returns, Insurance services in local market as well as the quality of customer services. The researcher herein deals with detecting moral hazard and identifying different forms of fraud in insurance market, then measuring moral hazard and identifying its causes.

The researcher relies on different statistical techniques to test hypotheses such as Multiple Regression Analysis – Stepwise, Factor Analysis and Man Whitney Test. The researcher has been able to design a proposed system to moral hazard in insurance companies that can cover all insurances phases an its parties and identify the mechanisms for confronting fraud in insurance markets especially in medical insurance and motor insurance branches .

Keywords: Moral hazard – Adverse Selection – Fraud – Insurance Market– Medical Insurance

1- مقدمة:

تتعرض كافة الأنشطة الاقتصادية وخاصة القطاعات المالية لمحاولات الغش والاحتيال و بصور 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 فإنه من الصعب تحديد الخسائر الناجمة عن الغش و الاحتيال في التأمين بشكل دقيق.

وعلى الرغم من ذلك فإن هيئة التعاون ضد الغش والاحتيال في التأمين قدرت أن 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 سنويا.

وتعد ظاهرة الاحتيال إحدى المشكلات الرئيسية وذات أهمية بالغة في صناعة التأمين في أوروبا ، وقدرت جمعية المؤمنین البريطانيين أن سوق التأمين يتعرض لعمليات احتيالية بمختلف أنواعها ربما تسبب خسائر لصناعة التأمين البريطانية إلى ما يقرب من خمسة ملايين دولار سنويا ويوضح الجدول الآتي معدل الخسائر الناجمة عن حالات الغش والاحتيال في بعض أسواق التأمين الأوروبية والأمريكية¹.

²إصدارات الاتحاد المصري للتأمين .

جدول (1)

متوسط نسبة الخسائر الناجمة عن حالات الغش والاحتيال في أسواق التأمين الأوربية
والأمريكية²

الدولة	نوع التأمين	النسبة من إجمالي الخسائر
ألمانيا	جميع أنواع التأمين	10%
استراليا	جميع أنواع التأمين	10%
كندا	جميع أنواع التأمين	11%
اسبانيا	تأمين السيارات	13%
المملكة المتحدة	تأمينات الأشخاص	7%
الدول الإسكندنافية	جميع أنواع التأمين	7%
الولايات المتحدة	جميع أنواع التأمين	8%
الأمريكية	تأمين السيارات	11%

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 ريال 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 ريال خلال عام 2017، وتلك الخسائر تؤثر على التغطيات التأمينية تجاه المستفيدين ويدفع ذلك شركات التأمين لتعويض خسائرها السنوية، بواسطة رفع الأسعار.³

2- مشكلة البحث:

تتلخص المشكلة بكيفية وضع إستراتيجية لضبط أثر الخطر المعنوي على شركات التأمين والذي يؤثر تأثيرا سلبيا 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.

3- أهمية البحث وأهدافه:

3-1 أهمية البحث:

تتبع 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

³ عماد عبد الجليل إسماعيل، مؤشرات اكتشاف خطر الاحتيال على شركات التأمين الطبي بالمملكة العربية السعودية، مجلة المحاسبة والإدارة والتأمين، كلية التجارة جامعة القاهرة، العدد 75، 2019م.

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.
5. تخفيض العبء المالي عن ميزانية الدولة وخاصة في تحمل التكاليف الطبية للعلاج.
6. الحفاظ على المدخرات.

3-2 أهداف البحث:

- تصميم نظام إدارة أخطار الاختيار العكسي والخطر المعنوي في شركات التأمين وذلك من خلال:
 - 1- اكتشاف الخطر وتحديد صور الاختيار العكسي والخطر المعنوي في سوق التأمين.
 - 2- قياس خطر الاختيار العكسي والخطر المعنوي في سوق التأمين .
 - 3- تحديد المتغيرات التي تؤدي إلى تفاقم حجم الخطر المعنوي في شركات التأمين باستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة .
 - 4- تحديد العوامل التي لها تأثير إيجابي في الحد من الخطر المعنوي باستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة.
 - 5- تصميم نظام مقترح لإدارة أخطار الاختيار العكسي والخطر المعنوي في شركات التأمين.

4- فرضيات البحث:

1. يوجد فرق معنوي بين معدل خسائر التأمين الطبي لشركة مصر للتأمين وللسوق ككل.
2. يوجد فرق معنوي بين معدل خسائر الغش والاحتيال في التأمين الطبي لشركة مصر للتأمين وللسوق ككل.
3. يوجد تأثير معنوي للمتغيرات الآتية على احتمالية وجود الغش والاحتيال على شركات التأمين:
 - زيادة عدد المطالبات السابقة للعميل .
 - 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.
 - وجود مطالبات غير صحيحة للعميل خلال الفترات السابقة .
 - وجود تشخيصات متضاربة من مقدمي الخدمات الصحية .
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.
- تدريب موظفي المطالبات على التحقق والبحث عن المؤشرات التي قد تساعد في اكتشاف الاحتيال.
- عدم السماح للأشخاص غير المرخص لهم بممارسة نشاط التأمين والتعامل فقط مع شركات التأمين وشركات الوساطة والوكالات المرخص لها.
- تصميم نظام السجلات التأمينية وذلك لتوثيق المعلومات الشخصية، ومعطيات التأمين وفقا لحساب إلكتروني واحد لكل حامل وثيقة.
- اختيار الموظفين الأمناء وذوي الخبرة في مرحلة الإصدار وإجراء التسوية في حال حدوث المطالبات.
- ضرورة العمل على التحول الرقمي والإلكتروني في عمليات الإصدار والتسعير والمطالبات بشركات التأمين.
- يجب رفع قضايا المطالبات الاحتيالية للسلطات المختصة عن طريق الجهة المنظمة لأعمال التأمين.
- ضرورة إلغاء مقدم الخدمة الذي يعتمد الاحتيال وشطب تراخيصه من وزارة الصحة وهيئة الرقابة المالية.
- تصميم آلية لتنظيم أسعار الخدمات الصحية، بالتالي توجد مجموعة ضوابط تلتزم بها المستشفيات .
- قيام المستشفيات بتدريب موظفي الاستقبال والتأمين على اكتشاف حالات الاحتيال.
- استخدام تكنولوجيا الذكاء الاصطناعي لكشف الاحتيال في مجال التأمين.
- 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.

5- حدود البحث:

يتم تطبيق الدراسة على فرع التأمين الطبي بسوق التأمين المصري، وتم التركيز على بيانات شركة مصر للتأمين كأكبر مؤسسة تأمينية في السوق المصري.

6- 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 أنه 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 المتعدد والتحليل العاملي واختبار مان وتتي.

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:

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

7- الدراسات السابقة:

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

1- (Poterba. J and., A, Finkelstein-2004) بعنوان التطور

التاريخي لظهور الخطر المعنوي في شركات التأمين.

حيث أوضحت أن بواذر ظهور الخطر المعنوي كانت في تأمينات الحياة خلال القرن الثامن عشر في إنجلترا، 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 أثار الشكوك تجاه المستفيدين بالقتل العمد لهؤلاء المستأمنين.

2- دراسة مراد زريقات، 2008 بعنوان عوامل وطرق الاحتيال على شركات

التأمين السعودية

وركزت هذه الدراسة على طرق الغش والاحتيال في فرع التأمين الطبي والخسائر والآثار السلبية التي يسببها الغش والاحتيال على شركات التأمين.

3- دراسة عماد 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

وتوصلت الدراسة إلى تحديد العوامل التي تؤدي إلى زيادة احتمالية وجود خطر الغش والاحتيال في التأمين الطبي بالمملكة.

4- دراسة (Ahmed & Christina, 2011) بعنوان تأثير كل من الاختيار

العكسي والخطر المعنوي على عقود التأمين الصحي.

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.

5- دراسة Juha 2016 بعنوان أثر الخطر المعنوي والاختيار العكسي على

شركات التأمين.

أظهرت الدراسة أن للخطر المعنوي والاختيار العكس تأثير سلبي على سوق التأمين وقد يؤدي إلى انهيار بعض الشركات، وركزت الدراسة على محاولة قياس الخطر المعنوي من خلال دراسة عدة مشاهدات متعلقة بالخطر المؤمن ضده والاختلافات والتباين الديناميكي للخطر خلال فترة العقد

وبمراجعة وتقييم الدراسات السابقة اتضح أنها لم تتناول آليات مواجهة الخطر المعنوي بطرق علمية.

8- تبويب البحث:

لتحقيق أهداف الدراسة تم تقسيم البحث إلى:

- المبحث الأول: الإطار المفاهيمي للخطر المعنوي في سوق التأمين .
- المبحث الثاني: اكتشاف الخطر وتحديد صور الخطر المعنوي في سوق التأمين.
- المبحث الثالث: قياس الخطر المعنوي في سوق التأمين.
- المبحث الرابع: الدراسة التطبيقية واختبار فروض البحث.
- المبحث الخامس: تصميم إستراتيجية لإدارة أخطار الغش والاحتيال في شركات التأمين.
- مناقشة النتائج والتوصيات.

أولاً- الجانب النظري للبحث:

- المبحث الأول : الإطار المفاهيمي للخطر المعنوي في شركات التأمين:

يقوم نشاط التأمين على مجموعة من المبادئ الأساسية أبرزها مبدأ منتهى حسن النية من جميع أطراف العملية التأمينية، ومع ذلك تقع أحيانا بعض التجاوزات من أي طرف مما يضر بالأطراف الأخرى، ومن أبرز هذه التجاوزات الغش والاحتتيال، فالغش والاحتتيال هو فعل يرتكبه أي طرف للحصول على منافع غير مشروعة، وقد يقع الغش والاحتتيال من شركة التأمين أو وكيلها، أو مقدم الخدمة أو العميل نفسه .

مفهوم الخطر المعنوي Moral Hazard

الخطر المعنوي هو الخطر الذي تكون فيه نية أحد أطراف المعاملة سيئة، عن طريق تقديم معلومات مضللة عن أصوله أو التزاماته أو قدرته الائتمانية، أو يكون لديه 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 المقرض والمقرض، بالإضافة إلى صناعة التأمين. وقد يكون الاحتتيال 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 بأنه⁴: "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 أن 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 أن نسبة الاحتيال في التأمين الطبي يتراوح عالمياً ما بين 10% إلى 15% من إجمالي التعاملات.

ويعتبر الغش والاحتيال في التأمين من الأخطار العمدية المنتشرة في أسواق التأمين العالمية، فالغش والاحتيال يرفع خسائر التأمين السنوية بما يقدر بأكثر من 15% في بعض الدول، وهذه المطالبات الاحتيالية تؤدي إلى زيادة تكلفة الحماية التأمينية وبالتالي تدفع شركات التأمين إلى زيادة الأسعار المفروضة على حملة الوثائق (الحاليين والمرقبين) من أجل التعويض عن المطالبات المبالغ فيها. وعند ارتفاع الأسعار قد يلجأ حملة الوثائق إلى منافسين آخرين.

وقد يرجع انتشار الخطر المعنوي لعدة أسباب منها أن بعض من العملاء الذين يرتكبون هذا الخطأ ليس لديهم اقتناع بأن هذا الفعل يقع تحت طائلة الغش والاحتيال، وذلك لعدم التوعية وظن بعض جمهور المؤمن لهم أن 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.

⁴ مراد علي زريقات، عوامل الاحتيال على شركات التأمين السعودية، رسالة دكتوراه، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، 2018م

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، ويقضي 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 عملياً، أما الغش الأكثر خطورة فيتم عند إقدام المؤمن له تسجيل مطالبة لم تحدث بالأصل.

- المبحث الثاني: اكتشاف وتحليل الخطر المعنوي في سوق التأمين:

يظهر الخطر المعنوي في العديد من فروع التأمين، ولكن بنسب متفاوتة، ويمثل فرع التأمين الطبي أكثر فروع التأمين التي تتعرض لأكبر نسبة من هذا الخطر. يشكل 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 أن 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 كالإتفاق على تزوير معلومات أو إخفاء معلومات من الملف الطبي للمريض وخصوصاً الأمراض المزمنة والتاريخ المرضي للعمليات الجراحية.

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

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 كثيرا وبالأخص مع الأمراض المزمنة مثل الضغط والسكر والعمليات مثل استئصال المرارة وعمليات العمود الفقري وهذه تعد من أسهل حالات الاحتيال.

• إخفاء المستفيد منشأ الحالة أو المرض ولهذه الحالة مثال يتكرر يوميا وهو حالات إصابة العمل التي من المفترض أن تعالج على التأمينات الاجتماعية لكن المؤمن له يستسهل ويطلب العلاج على التأمين الطبي وقد يخفي سبب إصابته عن الطبيب المعالج.

• تقديم مطالبة من قبل مقدمي الخدمة مثل المستشفيات لحادث أو خدمات طبية غير مغطاة وإدراجها ضمن تكلفة الأخطار المغطاة .

• عدم إفصاح المؤمن له عن تاريخه المرضي .

• احتيال المؤمن له على مقدم الخدمة بادعاء مرض لا يعانيه للحصول على أدوية ومستلزمات علاجية.

• احتيال المؤمن له بالاتفاق مع الممارس الصحي للحصول على خدمات أو كسب غير مشروع.

• استغلال بعض العملاء لخدمة تقديم الأدوية والعلاج من خلال تكرار الزيارات للمرافق الصحية بهدف الحصول على أدوية مكررة أو غير ضرورية، والتحايل على شركات التأمين للحصول على الأدوية دون أن تكون هناك حاجة حقيقية .

• الإفراط في إجراء تحاليل وفحوص غير ضرورية طبيا للمؤمن له، وإرسال المطالبات لشركة التأمين.

احتيايل مقدم الخدمة :

تتعدد صور احتيال مقدم الخدمة الطبية ومن أهم هذه الصور ما يلي:

- 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.

- إرسال مطالبات بمعلومات طبية غير مطابقة لمعلومات الملف الطبي للمريض .
- تنويم المريض مع عدم حاجته لذلك ودون مبرر طبي .
- 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.

- المبحث الثالث: قياس الخطر المعنوي:

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 المصري، سيتم محاولة تقدير تلك الخسائر من خلال البيانات الخاصة بالعديد من الدول حيث أتضح أن نسبة خسائر الخطر المعنوي تتراوح بين 5 % إلى 15 % من إجمالي الخسائر. وعلى ذلك يمكن تقدير متوسط خسائر الخطر المعنوي في سوق التأمين المصري بنسبة 10 % من إجمالي الخسائر. مع الأخذ في الاعتبار وجود أخطاء تقدير في حدود مقبولة.

جدول (2)

معدل الخسائر في فرع التأمين الطبي⁵

الأعوام	شركة مصر للتأمين (%)	متوسط السوق (%)
2010/2009	78.6	67.4
2011/2010	73	58.5
2012/2011	67.5	63.1
2013/2012	144.2	104.2
2014/2013	126.2	86.1
2015/2014	98.2	79.4
2016/2015	88.9	75.7
2017/2016	89.8	73.1
2018/2017	140.4	85.2
2019/2018	83.3	72.2
المتوسط	99	76.5

جدول (3)

خسائر الغش والاحتيال في فرع التأمين الطبي في سوق التأمين المصري⁵

الأعوام	إجمالي المطالبات المدفوعة (بالمليون جنيه)	خسائر الغش و الاحتيال (مقدره) (بالمليون جنيه)
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

⁵الكتاب الإحصائي السنوي ، الهيئة العامة للرقابة المالية ، مصر ، أعداد مختلفة .

جدول (4)

خسائر الغش والاحتيال في فرع التأمين الطبي في شركة مصر للتأمين

الأعوام	إجمالي المطالبات المدفوعة (بالمليون جنيه)	خسائر الغش و الاحتيال (مقدره) (بالمليون جنيه)
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

تم تقدير خسائر الغش والاحتيال في فرع التأمين الطبي في السوق المصري 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 والعالمى.

ولاختبار فروض البحث ومعرفة هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين معدلات الخسارة وحجم الخطر المعنوي في فرع التأمين الطبي في سوق التأمين المصري وشركة مصر للتأمين، وأيضا لخسائر الغش والاحتيال في فرع التأمين الطبي في سوق التأمين المصري وشركة مصر للتأمين، وذلك من خلال استخدام اختبار Maan-Whitney Test، وهو من الاختبارات الإحصائية اللامعلمية ويستخدم الاختبار وجود فروق

لمعدلات الخسارة بين متوسطي عينتين مستقلتين لشركة مصر للتأمين وسوق التأمين خلال الفترة الزمنية (2009-2019):
وتم صياغة الفروض الإحصائية على النحو التالي:

- اختبار الفرض الآتي : يوجد فرق معنوي بين معدل الخسائر في التأمين الطبي لشركة مصر للتأمين وللسوق ككل

جدول رقم (5)

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 أن متوسط معدل الخسائر في التأمين الطبي لشركة مصر للتأمين وللسوق ككل هو 87.7 % بانحراف معياري 24%

جدول رقم (6)

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 أنه 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 بأنه يوجد فرق بين معدل الخسائر في التأمين الطبي لشركة مصر للتأمين و للسوق ككل.

• اختبار الفرض الآتي: يوجد فرق معنوي بين خسائر الغش والاحتيال في التأمين الطبي لشركة مصر للتأمين ولسوق التأمين المصري

جدول رقم (7)

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 أن متوسط خسائر الغش والاحتيال في التأمين الطبي لشركة مصر للتأمين ولسوق ككل هو 79521.5 جنيهه بانحراف معياري 68083.21 جنيهه.

جدول رقم (8)

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 أن القيمة المحسوبة لمستوي المعنوية للاختبار بلغت 0.029 ، وبالتالي نرفض الفرض العدمي ونقبل الفرض البديل القائل بأنه يوجد فرق بين خسائر الغش والاحتتيال في التأمين الطبي لشركة مصر للتأمين ولسوق التأمين المصري.

-المبحث الرابع نتائج الدراسة الميدانية واختبارات الفروض

مجتمع الدراسة وعينة البحث

لاستكمال تحقيق أهداف البحث تم تصميم قائمة استبيان لمجتمع العاملين بمجال التأمين الطبي بشركة مصر للتأمين كأكبر مؤسسة تأمينية بالسوق المصري 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 إلكترونياً وكان عدد الردود 142 بنسبة 90% وهي نسبة جيدة وكافية.

مراجعة قائمة الاستبيان :

أولاً: اختبار صدق وثبات الأداء:

تم 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 بأن قيمة معامل ألفا للمحاور الثلاثة قد تراوحت ما بين 0.84، 0.95 كما أن معامل الصدق على مستوي الأبعاد ككل وصل إلى 0.94، حيث أن العبارات تتمتع بالصدق

والثبات وعلى ذلك يمكن الاعتماد عليها في جمع البيانات الأولية وإجراء التحليل الإحصائي لها، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (9)

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:

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.848	7

بالنسبة للمحور الثاني

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.830	4

بالنسبة للمحور الثالث

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.948	14

اختبار الفرض الأول:

يوجد تأثير معنوي للمتغيرات الآتية على احتمالية وجود الغش والاحتيال على شركات التأمين.

- زيادة عدد المطالبات السابقة للعميل X1
 - الإصرار على التردد على مقدم خدمة بعينه دون مقدمي الخدمات الأخرى .
- X2
- المطالبة بسرعة إنهاء المطالبة ودفع التعويض X3.
 - الفترة المنقضية مابين تاريخ إصدار الوثيقة وتاريخ حدوث الحادث X4
 - التغيير المستمر في شركات التأمين المؤمن لديها X5
 - وجود مطالبات غير صحيحة للعميل خلال الفترات السابقة X6
 - وجود تشخيصات متضاربة من مقدمي الخدمات الصحية X7

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

Model Summary

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

Anova^b

Model	Sum of	df	Mean	F	Sig
1 Regression	66.828	7	6.075	63.204	.000 ^a
Residual	12.496	130	0.096		
Total	79.324	141			

Coefficients^a

Model	Unstandardized		Standardized	T	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
7	-.779-	.243		-3.211-	.002
X1	.415	.052	.404	7.974	.000
X2	.003	.045	.003	.074	.941
X3	-.016-	.036	-.022-	-.437-	.663
X4	.078	.038	.098	2.020	.045
X5	.347	.051	.333	6.801	.000
X6	.035	.045	.040	.771	.442
X7	.112	.039	.129	2.895	.004

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

• قيمة معنوية F تعادل 0.000، أي أقل من المستوى المطلوب % 5 ، أي أنه تقع في منطقة الرفض، مما يؤكد رفض فرض العدم القائل بأنه 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 أن هناك (4) متغيرات معنوية إحصائياً ، وذات تأثير على احتمالية وجود الغش والاحتيال على شركات التأمين وهي:

الرمز	المتغير
X1	زيادة عدد المطالبات السابقة للعميل
X4	الفترة المنقضية مابين تاريخ إصدار الوثيقة وتاريخ حدوث الحادث
X5	تغيير مستمر في شركات التأمين المؤمن لديها
X7	وجود تشخيصات متضاربة من مقدمي الخدمات الصحية

وباستخدام نظام (Stepwise) أظهرت النتائج الترتيب الآتي للمتغيرات التي لها تأثير معنوي بمعادلة الانحدار

Variables Entered / Removed

Model	Variables	Variables	Method
1	X1	-	Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= .050, Probability-of-F-to-remove >= .100).
2	X5	-	
3	X7	-	
4	X4	-	

Model Summary

Model	R	R square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.815 ^a	.664	.662	.436
2	.883 ^b	.781	.777	.354
3	.908 ^d	.825	.819	.319
4	.912 ^e	.832	.826	.313

Coefficients^a

Model	Unstandardized		Standardized	T	Sig.
	B	Std.Error	Beta		
4	-.704-	.212		-3.316-	.001
X1	.419	.052	.407	8.041	.000
X5	.368	.049	.353	7.465	.000
X7	.105	.034	.120	3.109	.002
X4	.075	.031	.094	2.413	.017

اختبار الفرض الثاني :

يوجد تأثير معنوي للمتغيرات الآتية على حجم الغش والاحتيال على شركات التأمين

- سياسات التسعير والمبالغة في إعطاء خصومات على القسط المطلوب X1
- 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 الخطي المتعدد والتدرجي وكانت النتائج كما يلي:

Model Summary

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

Anova^b

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

Coefficients^a

Model	Unstandardized		Standardized	T	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
4	-.597-	.204		-2.928-	.004
X21	.044	.031	.050	1.424	.157
X22	.236	.039	.258	6.085	.000
X23	.077	.039	.097	2.022	.043
X24	.059	.030	.077	1.963	.050

- ومن نتائج الاختبار بلغت قيمة معامل التحديد (84.9 %) (R square) مما يدل على أن التغير الكلي في المتغير التابع يمكن تفسيره أو يؤثر فيه مجموعة المتغيرات المستقلة السابقة الذكر بنسبة (84.9 %)
- قيمة معنوية F تعادل 0.000 ، أي أقل من المستوى المطلوب % 5 ، أي أنه تقع في منطقة الرفض ، مما يؤكد رفض فرض العدم القائل بأنه 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 أن هناك (3) متغيرات معنوية إحصائياً، وذات تأثير على حجم الغش والاحتتيال 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
X4	اهتمام العاملين بجهاز التسويق بإتمام التعاقد مع العملاء دون التركيز على نوعية الخطر وسلوك العملاء

وباستخدام نظام (Stepwise) أظهرت النتائج الترتيب الآتي للمتغيرات التي لها تأثير معنوي بمعادلة الانحدار

Variables Entered / Removed

Model	Variables	Variables	Method
1	X3	-	
2	X4	-	
3	X2	-	

Model Summary

Model	R	R square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.888 ^b	.789	.786	.350
2	.897 ^c	.806	.801	.332
3	.914 ^d	.835	.832	.311

Coefficients^a

Model	Unstandardized		Standardized	T	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
3	-.354-	.173		-2.048-	.042
X3	.33	.043	.376	8.429	.000
X4	.235	.041	.313	4.599	.000
X2	.246	.038	.269	6.465	.000

اختبار الفرض الثالث:

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 فيه X2 .
 - تريب موظفي المطالبات على التحقق والبحث عن المؤشرات التي قد تساعد في اكتشاف الاحتيال X3 .
 - عدم السماح للأشخاص غير المرخص لهم بممارسة نشاط التأمين والتعامل فقط مع شركات التأمين وشركات الوساطة والوكالات المرخص لها X4.
 - تصميم نظام السجلات التأمينية وذلك لتوثيق المعلومات الشخصية، ومعطيات التأمين وفقا لحساب إلكتروني واحد لكل حامل وثيقة X5.
 - اختيار الموظفين الأمناء وذوي الخبرة في مرحلة الإصدار وإجراءات تسوية المطالبات X6 .
 - رفع قضايا المطالبات الاحتيالية للسلطات المختصة عن طريق الجهة المنظمة لأعمال التأمين X7 .
 - ضرورة إلغاء مقدم الخدمة الذي تعمد الاحتيال وشطب تراخيصه من وزارة الصحة وهيئة الرقابة المالية X8 .
 - تصميم آلية لتنظيم أسعار الخدمات الصحية، بالتالي توجد مجموعة ضوابط تلتزم بها المستشفيات X9
 - قيام المستشفيات بتدريب موظفي الاستقبال والتأمين على اكتشاف حالات الاحتيال X 10 .
 - استخدام تكنولوجيا الذكاء الاصطناعي لكشف الاحتيال في مجال التأمين X
- .11

- تطبيق نسب تحمل إجبارية في الدفع وتحمل المريض جزء من تكاليف العلاج الطبي X 12 .
- ضرورة تخصيص بريد إلكتروني للإبلاغ عن الاحتيال حتى يتم التعامل معه X 13 .
- اقتراح العقوبات المناسبة لردع مرتكب ي الغش والمتورطين فيه والجهات والسلطات المختصة بتنفيذها X 14 .

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

Model 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		Standardized	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
14	-.112-	.281		-.400-	0.690
X31	.174	.056	.155	3.134	.002
X32	.082	.047	.081	1.753	.082
X33	-.063-	.060	-.063-	-1.041-	.300
X34	-.188-	.053	-.188-	-3.534-	.001
X35	.150	.053	.151	2.823	.006
X36	-.049-	.063	-.046-	-.781-	.436
X37	.101	.058	.106	1.735	.085
X38	.083	.056	.087	1.467	.145
X39	.114	.064	.094	1.767	.080
X310	.146	.053	.139	2.769	.007
X311	.241	.048	.281	4.974	.000
X312	.207	.055	.238	3.775	.000
X313	.021	.042	.025	.489	.626
X314	-.080-	.054	-.089-	-1.495-	.138

- ومن نتائج الاختبار بلغت قيمة معامل التحديد (85.2 %) (R square) مما يدل على أن 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 أنه تقع في منطقة الرفض ، مما يؤكد رفض فرض العدم القائل بأنه 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 أن هناك عدد (7) متغير معنوي إحصائيا ، وذات تأثير ايجابي على الحد من خطر الغش والاحتيال على شركات التأمين وهي:

الرمز	المتغير
X1	اقتراح إنشاء إدارة متخصصة لاكتشاف ومكافحة الغش والاحتيال
X4	عدم السماح للأشخاص غير المرخص لهم بممارسة نشاط التأمين والتعامل فقط مع شركات التأمين وشركات الوساطة والوكالات المرخص لها
X5	تصميم نظام السجلات التأمينية وذلك لتوثيق المعلومات الشخصية، ومعطيات التأمين وفقا
X9	تصميم آلية لتنظيم أسعار الخدمات الصحية، بالتالي توجد مجموعة ضوابط تلتزم بها
X10	قيام المستشفيات بتدريب موظفي الاستقبال والتأمين على اكتشاف حالات الاحتيال
X11	استخدام تكنولوجيا الذكاء الاصطناعي لكشف الاحتيال في مجال التأمين
X12	تطبيق نسب تحمل إجبارية في الدفع وتحمل المريض جزء من تكاليف العلاج الطبي

وباستخدام نظام (Stepwise) أظهرت النتائج الترتيب الآتي للمتغيرات التي لها تأثير معنوي بمعادلة الانحدار

Variables Entered / Removed

Model	Variables	Variables	Method
1	X312	-	Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= .050, Probability-of-F-to-remove >= .100).
2	X311	-	
3	X35	-	
4	X34	-	
5	X31	-	
6	X310	-	
7	X39	-	

Model Summary

Model	R	R square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.761 ^a	.579	.576	.496
2	.820 ^b	.672	.667	.440
3	.855 ^c	.731	.725	.399
4	.884 ^e	.781	.773	.363
5	.890 ^f	.792	.782	.356
6	.895 ^g	.801	.790	.349
7	.908 ^j	.824	.810	.332

Coefficients^a

Model	Unstandardized		Standardized	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
7	.046	.266		.173	.863
X312	.252	.051	.290	4.939	.000
X311	.301	.045	.351	6.637	.000
X35	.168	.048	.170	3.479	.001
X34	-.171-	.047	-.171-	-3.670-	.000
X31	.193	.049	.172	3.903	.000
X310	.166	.052	.159	3.190	.002
X39	.142	.060	.117	2.359	.020

- المبحث الخامس: تصميم إستراتيجية لمواجهة الخطر المعنوي في شركات التأمين:

يوجد الخطر المعنوي في معظم مراحل العملية التأمينية بداية من مرحلة الاكتتاب وإصدار الوثيقة حتى مرحلة المطالبات وتقدير التعويضات، وقد يقع هذا الخطر من جانب المؤمن له بمفرده أو بمساعدة عدة أطراف سواء من داخل الشركة أو من خارج الشركة، ولمواجهة هذا الخطر في سوق التأمين المصري، قامت الباحثة بتصميم إستراتيجية لمواجهة أخطار الاحتيال على شركات التأمين وذلك بالاستعانة بنتائج التحليلات الإحصائية السابقة، وتتكون هذه الإستراتيجية من مجموعة من المحاور والآليات على مستوى كافة المراحل وكذلك كافة أطراف العملية التأمينية كما يلي:

- المحور الأول: آليات داخلية خاصة بسياسات الاكتتاب وتقدير التعويضات بالشركة.
- المحور الثاني: آليات خاصة بمقدمي الخدمة (المستشفيات) .
- المحور الثالث: آليات خاصة بالاتحاد المصري للتأمين.
- المحور الرابع: استخدام تقنيات الذكاء الاصطناعي في الكشف عن الاحتيال في التأمين.
- المحور الأول: آليات داخلية خاصة بسياسات الاكتتاب وتقدير التعويضات بالشركة

أولاً: 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 والتحقق 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 سجلاً 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 بين 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.
- يجب رفع قضايا المطالبات الاحتمالية 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 .
- تدريب موظفي المطالبات على التحقق والبحث عن مؤشرات الاشتباه في حالات الغش والاحتيال قبل تسديد قيمة التعويض حيث تعتبر مرحلة المطالبات وتقدير التعويضات من أكثر المراحل التي تزداد فيها حالات الغش والاحتيال على شركات التأمين .

- إعمال مبدأ المصلحة التأمينية كشرط قانوني أساسي في عقد التأمين، فوجود مصلحة تأمينية للمؤمن له يمنع تعمله إحداث الخطر حرصاً 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 مصر، 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 حدا للاحتيال أو حتى أن تعمل على مواجهته بشكل جذري فالتكلفة المتكبدة بسبب هذه الأعمال كبيره جدا، 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 يسمى بالتحليلات التنبؤية يستند إلى قواعد بيانات محدد، 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 الصيدلانية، 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 بالاتحاد المصري 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 الاحتياطية 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 الهيئة العامة للرقابة المالية والاتحاد المصري للتأمين، 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 والتحايل.

- 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.

المحور الرابع: استخدام تقنيات الذكاء الاصطناعي في الكشف عن الغش والاحتيال:

تعتبر تطبيقات الذكاء الاصطناعي من الأدوات التكنولوجية الحديثة عالمياً والتي يمكن الاستفادة منها في مواجهة وكشف العديد من حالات الاحتيال على شركات التأمين، حيث ارتفع الطلب في الفترة الأخيرة نحو المزيد من الأمن السيبراني حتى بين المواطنين العاديين.

وزادت هذه الحاجة إلى تحقيق الأمن في قطاع التأمين، حيث تعمل شركات التأمين العالمية في الوقت الحالي بمحاولة إدخال برامج وتطبيقات الذكاء الاصطناعي وذلك لمواجهة ظاهرة الاحتيال وكشف الغش في المطالبات إلى قطاع التأمين.

تطبيقات الذكاء الاصطناعي الممكنة لكشف الاحتيال في مجال التأمين

تستخدم شركات التأمين الكبرى برمجيات اكتشاف الاحتيال القائم على الذكاء الاصطناعي، وخياراتها من المبرمجين، والحلول، والمعلومات المتعلقة بتنفيذها وتحديد كيف يمكن كشف حالات الغش في التأمين وكيف يمكن استخدام تحليلات التنبؤ في اكتشاف الاحتيال في التأمين.

تطبيقات الذكاء الاصطناعي التي يمكن تطبيقها للكشف عن الاحتيال في مجال التأمين باستخدام الأساليب والبرامج التي تستخدمها بعض شركات التأمين الكبرى في العالم للكشف عن حالات الاحتيال المستندة إلى الذكاء الاصطناعي وقد تم تطبيق عدة نماذج للكشف عن الاحتيال في عدة شركات التأمين منها:

- برامج تقوم على التركيز على المطالبات الأكثر إثارة للشبهات مع مسارات تحليلية محددة سلفا لتحليل الاحتيال، ويمكن استنتاج أن هذه البرامج هي تطبيق لتحليلات التنبؤ.

- برامج تقدم تحليلات تنبؤية لبرامج التأمين لمساعدتهم على إتمام عملية الكشف عن الاحتيال، و يمكن أن تساعد شركات التأمين الصحي على اكتشاف المطالبات الاحتيالية وتحديد معلومات مهمة لتحديد خطر الاحتيال في المطالبات الجديدة، ويمكن أن يستخدم البرنامج بيانات المؤسسة العميلة لإنشاء نموذج مطالبات يظهر حالات الغش المحتملة استنادا إلى المتغيرات بين نقاط البيانات في المطالبات السابقة.

وقد يكون أحد الأسباب الكبيرة لقبول الذكاء الاصطناعي في التأمين هو أن شركات التأمين جمعت تاريخيا كميات هائلة من البيانات على مدى العقد الماضي، وهذا يشمل البيانات الديموغرافية للعملاء، وبياناتهم الطبية، وبيانات مخاطر مقدم الطلب السابقة، وبيانات التسعير والأقساط، وتعتبر البيانات أساسية

لتطبيقات الذكاء الاصطناعي، وعلى هذا النحو، ليس من المستغرب أن يجد الذكاء الاصطناعي طريقه في الانتشار للمساعدة في كشف حالات الغش والاحتيال على شركات التأمين .

كيف يمكن كشف حالات الاحتيال في التأمين

يختلف اكتشاف الاحتيال القائم على كشف الانحراف عن نهج التحليلات التنبؤية الأقل شيوعاً في حلول الاحتيال للذكاء الاصطناعي، وبشبه نهج الكشف عن الانحراف تطبيقات الذكاء الاصطناعي الأخرى من حيث أن نماذج التعلم الآلي الخاصة بهم مدربة على تدفق البيانات المسماة، وهذا يسمح لنماذج التعلم الآلي بوضع خط أساس لما قد تبدو عليه المطالبة العادية، وبالتالي شعور عام بكيفية التعرف على أي انحراف، وعلى ذلك فعندما ينحرف حدث معين أو مطالبة عن النمط العادي المعمول به الآن، فإن البرنامج سوف يخطر الشخص المسؤول، ويجوز أن يقبل هذا المراقب الذي عادة ما يكون خبيراً في المطالبات أو عالم بيانات، هذا الإخطار أو يرفضه، وهذا يشير إلى أن استنتاج نموذج التعلم الآلي حول ما إذا كان ادعاء معين احتيالي هو صواب أو خطأ .

وهذا يزيد من تدريب نموذج التعلم الآلي ليفهم أن استنتاجه كان صحيحاً أو يسمح بانحراف مماثل في المستقبل إذا كان غير صحيح ، وفي الوقت نفسه سيتمكن خبير المطالبات أو عالم البيانات من استخدام استنتاجات نموذج التعلم الآلي بشأن ما هو احتيال أو عدم تحسينه.

ويمكن أيضاً استخدام الكشف عن الانحراف في الكشف عن الاحتيال في التأمين خارج عملية المطالبات، فقد تستخدم شركة التأمين الكشف عن الانحراف لتحديد السلوك المشبوه للمستخدمين على شبكة شركة التأمين، بالإضافة إلى ذلك، يمكن

الجمع بين هذا النوع من البرمجيات مع تطبيقات ذكاء اصطناعي أخرى في إطار حل واحد.

كيف تتيح تحليلات التنبؤ كشف الاحتيال في التأمين

يمكن استخدام نماذج التعلم الآلي للكشف عن الاحتيال في التأمين كأساس للتحليلات التنبؤية وبرامج التحليلات الوصفية، وتمضي برمجيات التحليل الوصفية بالتنبؤات المتصلة بالتحليل التنبؤية خطوة أخرى إلى الأمام وتزود المستخدم بتوصيات بشأن أفضل خطوة تالية يتخذها عند اكتشاف الاحتيال، ومع ذلك، فإن كل واحدة من هذه التوصيات تتطلب نفس البيانات ومتطلبات التدريب لتنفيذها وتطويرها على النحو السليم.

وتعمل برامج الكشف عن الاحتيال المستندة إلى التحليلات التنبؤية بشكل مختلف عن البرامج القائمة على اكتشاف الانحراف، سيحتاج خبراء المطالبات من شركة التأمين إلى وصف كمية كبيرة من المطالبات بأنها احتيالية ومشروعة على التوالي، وبهذه الطريقة فإن نموذج التعلم الآلي يميز أساليب الاحتيال وفقا لأساليب الاحتيال الموجودة في المطالبات الاحتيالية المسماة .

وتقوم بعض شركات التأمين والرعاية الصحية بتطوير منصات برمجية يمكنها استخدام الذكاء الاصطناعي لاقتراح عادات وسلوكيات صحية وقائية للمرضى، وقد يتضمن ذلك توصيات حول الاستراتيجيات الوقائية التي يمكن أن تساعد بدورها على تقليل التكاليف من مشاكل الرعاية الصحية التي يمكن الوقاية منها والتي تسببها العادات غير الصحية، ويشير الباحثون أنهم يطورون برنامج التعلم الآلي لتحليل مطالبات التأمين الصحي للتنبؤ بحالات الاحتيال.

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 لشركة مصر للتأمين وللسوق ككل، حيث توجد زيادة في متوسط معدل الخسائر لهذا الفرع بشركة مصر للتأمين عن متوسط معدل الخسائر للسوق ككل .

2- يوجد فرق بين خسائر الغش والاحتيال في التأمين الطبي لشركة مصر للتأمين وللسوق التأمين المصري حيث توجد زيادة في متوسط خسائر الغش والاحتيال لهذا الفرع بشركة مصر للتأمين عن متوسط خسائر الغش والاحتيال للسوق ككل .

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

- زيادة عدد المطالبات السابقة للعميل.
- تغيير مستمر في شركات التأمين المؤمن لديها .
- الفترة المنقضية ما بين تاريخ إصدار الوثيقة وتاريخ حدوث المطالبة.
- وجود تشخيصات متضاربة من مقدمي الخدمات الصحية.

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 .
- عدم السماح للأشخاص غير المرخص لهم بممارسة نشاط التأمين والتعامل فقط مع شركات التأمين وشركات الوساطة والوكالات المرخص لها.
- تصميم نظام السجلات التأمينية وذلك لتوثيق المعلومات الشخصية، ومعطيات التأمين وفقا لحساب إلكتروني واحد لكل حامل وثيقة.
- ضرورة تفعيل الفحص الطبي الدقيق، والتحقق من صحة البيانات التي قدمها العميل في طلب التأمين الطبي.
- ضرورة العمل على التحول الرقمي والإلكتروني في عمليات الإصدار والتسعير والمطالبات بشركات التأمين.
- قيام المستشفيات بتدريب موظفي الاستقبال والتأمين على اكتشاف حالات الاحتيال.
- استخدام تكنولوجيا الذكاء الاصطناعي لكشف الاحتيال في مجال التأمين.
- تطبيق نسب تحمل إجبارية في الدفع وتحمل المريض جزء من تكاليف العلاج في كل مرة يقوم فيها بزيارة الطبيب.

- 6- توجد علاقة بين حجم الخطر المعنوي ونوع التأمين؛ حيث يوجد الخطر المعنوي بصورة أكبر في فرع التأمين الطبي بالمقارنة بفروع التأمين الأخرى .
- 7- يساعد إنشاء قاعدة بيانات للعملاء في عمليات التسعير وتجديد الوثائق، والحد من الغش والاحتيال وتتبع مسار حالات الغش المشكوك فيها.
- 8- يساهم التحول الرقمي والإلكتروني في عمليات الإصدار والتسعير والمطالبات بشركات التأمين، في ضبط المطالبات والحد من حالات الغش والاحتيال.

ثانيا 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- منح خصومات عند تجديد الوثيقة للعميل الذي يخلو سجله من المطالبات.
- 5- ضرورة العمل على التحول الرقمي و الإلكتروني في عمليات الإصدار والتسعير والمطالبات بشركات التأمين في مصر.
- 6- 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 .
- 7- التعاون والتنسيق الدائم بين الهيئة العامة للرقابة المالية والاتحاد المصري للتأمين، 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 .
- 8- 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.
- 9- 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 .

10- قيام المستشفيات بتدريب موظفي الاستقبال والتأمين على اكتشاف حالات الاحتيال ودراسة الحالات التي تم اكتشافها للاستفادة منها في تكوين خبرة تراكمية في هذا المجال .

11 -إلغاء مقدم الخدمة الذي تعمد الاحتيال وشطب تراخيصه الصادرة من وزارة الصحة وهيئة الرقابة المالية و إيقاف وإلغاء رخصة الممارس الصحي المتعاون في عمليات الاحتيال .

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

قائمة المراجع:

- المراجع باللغة العربية :

- 1- عماد عبد الجليل إسماعيل، مؤشرات اكتشاف خطر الاحتيال على شركات التأمين الطبي بالمملكة العربية السعودية، مجلة المحاسبة والإدارة والتأمين، كلية التجارة جامعة القاهرة، العدد 75، 2019م .
- 2- (فرانسيز هول) ترجمة سعد جواد علي (الاحتيال على التأمين، الرائد العربي، العدد 68، 2014 م.
- 3- مراد علي زريقات، عوامل الاحتيال على شركات التأمين السعودية، رسالة دكتوراه، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، 2018م.

-المراجع باللغة الإنجليزية:

- 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- Bajari, P., Hong, H. and Khawaja, A. (2006) Moral hazard, adverse selection and health expenditures: A semiparametric analysis, NBER Working Paper no. 12445.
- 3- Browne, M.J. (1992) 'Evidence of adverse selection in the individual health insurance market', Journal of Risk and Insurance 59 (1): 13-33.
- 4- 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.
- 1- Christina Marsh & Ahmed Khwaja (2011) Moral Hazard, Adverse Selection and Health Expenditures: A Semiparametric Analysis, pp1-58.
- 6- Cutler, D.M. and Reber, S.J. (1998) 'Paying for health insurance: The trade-off between competition and adverse selection', Quarterly Journal of Economics 113 (2): 433-466.

- 7- Cutler, David M., and Richard J. Zeckhauser (1998) "Adverse Selection in Health Insurance Forum for Health Economics & Policy: Vol. 1.
- 8- Cohen A, Siegelman P. 2010. Testing for Adverse Selection in Insurance Markets. The Journal of Risk and Insurance (77)1, 39-84
- 9-Dahlby, Bev (1983), "Adverse Selection and Statistical Discrimination: An Analysis of Canadian Automobile Insurance," Journal of Public Economics, Vol. 20, pp. 121- 130.
- 10- 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.
- 11- Einav L., Finkelstein A, Ryan S, Schrimpf P., Cullen M. 2013. Selection on moral hazard in health insurance. American Economic Review 103.
- 12- Finkelstein, A., and J. Poterba (2004): "Adverse selection in insurance markets: Policyholder evidence from the UK annuity market," Journal of Political Economy, 112(1), 183-208. Feldman, R. and Dowd, D. (1991) 'Must adverse selection cause premium spirals?' Journal of Health Economics 10 (3): 350-357.

- 13- Jian Wen (2015) Empirical study of adverse selection and moral hazard in the reinsurance market, Journal of Finance and Accountancy 19, pp1-22.
- 14- Juha T., (2016) Measuring moral hazard using insurance panel data, pp1-75.
- 15- Liran y., Finkelstein S, , Mark C,(2011) Selection on Moral Hazard in Health Insurance, Stanford Institute for Economic Policy Research ,pp. 1-70.
- 16- Michel G., (2014), testing Adverse Selection and Moral Hazard on French car Insurance data, pp., 117-130.
- 17- Pauly, M.V. (2006) Adverse Selection and Moral Hazard: Implications for Health Insurance Markets, Oberlin College Health Economics Conference, Oberlin, OH, 8- 10 September.

ملحق رقم (1): استمارة الاستبيان

جامعة دمشق

كلية الاقتصاد

قسم المصارف والتأمين

السيدة / السيدة :

تقوم الباحثة بإعداد دراسة حول : (تصميم إستراتيجية لإدارة أخطار الاختيار العكسي والخطر المعنوي للتأمين الصحي في شركات التأمين) - دراسة حالة عملية في سوق التأمين المصري- شركة مصر للتأمين .

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

الباحثة : ديماء أحمد رضا الديك

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

أولاً : البيانات الشخصية و الوظيفية :

الجنس :		<input type="checkbox"/> ذكر	<input type="checkbox"/> أنثى
العمر :		<input type="checkbox"/> 35-22 سنة	<input type="checkbox"/> 45-36 سنة
المؤهل العلمي :		<input type="checkbox"/> دكتوراه	<input type="checkbox"/> ماجستير
الخبرة العملية :		<input type="checkbox"/> أقل من 3 سنوات	<input type="checkbox"/> بين 3 و 10 سنوات
		<input type="checkbox"/> بين 10 و 15 سنوات	<input type="checkbox"/> أكثر من 16 سنة
		<input type="checkbox"/> بكالوريوس	<input type="checkbox"/> ثانوية عامة
		<input type="checkbox"/> دبلوم	<input type="checkbox"/> دبلوم

ثانياً :

الرقم	الوصف	موافق جداً	موافق	غير متأكد	غير موافق	غير موافق إطلاقاً
1	زيادة عدد المطالبات السابقة للعميل تزيد من احتمال وجود الغش والاحتيال					
2	الإصرار على التردد على مقدم خدمة بعينه دون مقدمي الخدمات الأخرى يزيد من احتمال وجود					
3	المطالبة بسرعة إنهاء المطالبة ودفع التعويض تزيد من احتمال وجود الغش والاحتيال					
4	الفترة المنقضية ما بين تاريخ إصدار الوثيقة وتاريخ حدوث الحادث تزيد من احتمال وجود الغش					
5	التغيير المستمر في شركات التأمين المؤمن لديها يزيد من احتمال وجود الغش والاحتيال					
6	وجود مطالبات غير صحيحة للعميل خلال الفترات السابقة يزيد من احتمال وجود الغش والاحتيال					
7	وجود تشخيصات متضاربة من مقدمي الخدمات الصحية يزيد من احتمال وجود الغش والاحتيال					
8	سياسات التسعير والمبالغة في إعطاء خصومات على القسط المطلوب تزيد من حجم الغش والاحتيال					
9	التساهل في خطوات الاكتتاب وقبول الأخطار دون الفحص الدقيق لموضوع الخطر يزيد من حجم الغش					
10	مبالغة مقدم الخدمة الطبية (مستشفيات - عيادات) في تكاليف العلاج والفحوصات المختلفة في حالة وجود تأمين تزيد من حجم الغش والاحتيال					
11	اهتمام العاملين بجهاز التسويق بإتمام التعاقد مع دون التركيز على نوعية الخطر وسلوك العملاء يزيد					

					12	اقترح إنشاء إدارة متخصصة لاكتشاف ومكافحة الغش والاحتيال له تأثير إيجابي في الحد من الغش و الاحتيال
					13	تصميم نظام معلوماتي خاص باكتشاف الاحتيال وطرق التحكم فيه له تأثير إيجابي في الحد من
					14	تدريب موظفي المطالبات على التحقق والبحث عن المؤشرات التي قد تساعد في اكتشاف الاحتيال له تأثير إيجابي في الحد من الغش و الاحتيال
					15	عدم السماح للأشخاص غير المرخص لهم بممارسة نشاط التأمين والتعامل فقط مع شركات التأمين وشركات الوساطة والوكالات المرخص لها له تأثير
					16	تصميم نظام السجلات التأمينية وذلك لتوثيق المعلومات الشخصية، ومعطيات التأمين وفقا لحساب إلكتروني واحد لكل حامل وثيقة له تأثير
					17	اختيار الموظفين الأمناء وذوي الخبرة في مرحلة الإصدار وإجراءات تسوية المطالبات له تأثير إيجابي في الحد من الغش و الاحتيال
					18	رفع قضايا المطالبات الاحتيالية للسلطات المختصة عن طريق الجهة المنظمة لأعمال التأمين له تأثير إيجابي في الحد من الغش و الاحتيال
					19	ضرورة إلغاء مقدم الخدمة الذي تعمد الاحتيال وشطب تراخيصه من وزارة الصحة وهيئة الرقابة المالية له تأثير إيجابي في الحد من الغش و
					20	تصميم آلية لتنظيم أسعار الخدمات الصحية، بالتالي توجد مجموعة ضوابط تلتزم بها المستشفيات له تأثير إيجابي في الحد من الغش و الاحتيال

تصميم إستراتيجية لإدارة أخطار الاختيار العكسي والخطر المعنوي للتأمين الصحي في شركات التأمين

					قيام المستشفيات بتدريب موظفي الاستقبال والتأمين على اكتشاف حالات الاحتيال له تأثير إيجابي في الحد من الغش و الاحتيال	21
					استخدام تكنولوجيا الذكاء الاصطناعي لكشف الاحتيال في مجال التأمين له تأثير إيجابي في الحد من الغش و الاحتيال	22
					تطبيق نسب تحمل إجبارية في الدفع وتحمل المريض جزء من تكاليف العلاج الطيب له تأثير إيجابي في الحد من الغش و الاحتيال	23
					ضرورة تخصيص بريد إلكتروني للإبلاغ عن الاحتيال حتى يتم التعامل معه له تأثير إيجابي في الحد من الغش و الاحتيال	24
					اقتراح العقوبات المناسبة لردع مرتكب ي الغش والمتورطين فيه والجهات والسلطات المختصة بتنفيذها له تأثير إيجابي في الحد من الغش و الاحتيال	25