

العنوان

تحليل مخاطر التأمين الصحي وتصميم استراتيجيات ادارتها لتحسين الكفاءة والربحية
(العالمية للتأمين الصحي)

إعداد الطالب / أسامة احمد محمد عقلان

إشراف /

العام الدراسي:

2023

4	 المستخلص
الفصل الاول	
5	 المقدمة
6	 مشكلة الدراسة
7	 أهمية الدراسة
8	 أهداف الدراسة
9	 تساؤلات الدراسة (الفروض).
الفصل الثاني	
10	 الدراسات السابقة
11	 حدود الدراسة
12	 صعوبات الدراسة
الفصل الثالث	
13	 المنهجية وطرق البحث
14	 تاريخ التأمين الصحي
18	 تعريفات التأمين الصحي
20	 أهمية التأمين الصحي
21	 المصطلحات الإجرائية في التأمين الصحي
23	 التأمين في اليمن
30	 المخاطر التي تواجه شركات التأمين الصحي
36	 استراتيجيات تفادي مخاطر التأمين الصحي
38	 أدوات الدراسة (أدوات جمع البيانات)
39	 مجالات الدراسة
الفصل الرابع	
40	 الملخص
40	 التوصيات
41	 المراجع والمصادر

المستخلص : Abstract

يتناول هذا البحث دراسة تحليل مخاطر التأمين الصحي وانطلاقاً من أهمية التأمين ودوره في الحد من المخاطر التي تتعرض لها شركات التأمين الصحي إضافة إلى دوره في تحسين الاقتصاد الوطني ودفع عجلة التنمية والتطور نحو الأمام، سنحاول في هذا البحث التوسع بمفهوم المخاطر، حيث ننتقل بدايةً بالمنهجية العلمية ثم نبدأ باستعراض لمحة عن المخاطر والتي تتضمن تعريف الخطر، خصائصه وأركانه، وتقسيماته، ودرجاته، طرق قياس الخطر وتاريخ التأمين في اليمن وصولاً إلى المخاطر التي تواجهها شركات التأمين الصحي والمخاطر المالية المرتبطة بها، وبعدها نستعرض بدراسة تحليلية بالمنهجية التاريخية مؤشر الأقساط و الربحية والخسارة لكل شركة من شركات التأمين الصحي الخاصة العاملة في اليمن و تأثير الأقساط في ربحية شركات التأمين الصحي وقد تمت الاستعانة بالجدول اللازمة للتوضيح، وأخيراً نتطرق إلى أهم النتائج والتوصيات والمراجع

الفصل الأول

المقدمة :

الحمد لله رب العالمين، وأشهد أن لا إله إلا الله، وحده لا شريك له، وأشهد أن محمداً عبده ورسوله، صلى الله عليه وعلى آله وصحبه، وسلم تسليماً كثيراً.

أما بعد: نظراً لأهمية التأمين الصحي في حياتنا فإنه يقوم أساساً على مفهوم توزيع وإدارة الخطر المتوقع الذي قد يواجهه الفرد، مما يؤدي إلى تخفيف الأعباء والتكاليف المترتبة عند معالجة الحالات المرضية التي يتعرض لها المؤمن عليهم، وهو بذلك نظام اجتماعي يقوم على التعاون والتكافل بين الأفراد لتحمل ما يعجز عن تحمله أحدهم بمفرده، وشركات التأمين الصحي تنظم الاستفادة من توزيع وإدارة الخطر لقاء أجر معلوم وهذا يعني أيضاً إدارة الأموال لتحقيق الأرباح للشركة.

ويمكن القول إن شركات التأمين الصحي تواجه بعض المخاطر والتحديات مما يؤثر على أرباحها واستدامتها، ولكنه يبقى أحد الطرق الرئيسية لتوفير الرعاية الصحية للأفراد والمجموعات، ومصدراً للربح لشركات التأمين الصحي.

مشكلة الدراسة.

تظهر أسباب اختياري لهذه الدراسة في ان شركات التأمين الصحي تواجه العديد من الأسباب التي تؤدي إلى تكبدها خسائر، ومن أهم هذه الأسباب **والتلاعب والاحتيال**.

إضافة الى عدة أسباب قد تؤدي إلى الخسائر، ومن بين هذه الأسباب:

1. زيادة تكاليف الرعاية الصحية

2. زيادة المخاطر الصحية

3. تحديات التسعير والتنافسية

4. التحكيم والغش

5. قوانين وتنظيمات التأمين الصحي

هذه بعض الأسباب الرئيسية التي يمكن أن تؤدي إلى خسائر شركات التأمين الصحي. يجب على الشركات تحديد وتقييم هذه المخاطر وتطوير استراتيجيات إدارة قوية وفعالة للمخاطر للتعامل مع هذه التحديات والحفاظ على استدامة الأعمال

أهمية الدراسة.

تظهر أهمية إدارة مخاطر التأمين الصحي لشركات التأمين في انها تمتلك أهمية كبيرة وتؤثر على عدة جوانب من أنشطتها واستدامتها. وإليك بعض الأسباب التي تجعل إدارة مخاطر التأمين الصحي مهمة لشركات التأمين:

1. تقليل المخاطر المالية
 2. تحسين تقديم الخدمات
 3. التحكم في التكاليف
 4. الامتثال للتشريعات واللوائح
 5. تطوير المنتجات والابتكار
- بشكل عام، إدارة مخاطر التأمين الصحي لشركات التأمين تساعد على تحقيق الاستدامة المالية وتحسين تقديم الخدمات والامتثال للتشريعات والتحكم في التكاليف. كما تعزز التطوير والابتكار في صناعة التأمين وتساهم في تلبية احتياجات العملاء بشكل أفضل.

أهداف الدراسة.

يهدف البحث في هذا الموضوع إلى إدارة المخاطر في شركات التأمين الصحي لتحقيق التوازن بين توفير التغطية الصحية الجيدة للمؤمن عليهم وحمايتهم، وضمان الربحية والاستدامة المالية للشركة، والامتثال للتشريعات والتنظيمات وتحسين الكفاءة التشغيلية والتعامل مع التحديات القانونية والتشريعية. وذلك من خلال:

1 - تحديد وتحليل مخاطر التأمين الصحي الداخلية والخارجية (التأمينية - المالية) وتطبيق الأدوات المناسبة لتحليل المخاطر

2 -تقييم مخاطر التأمين الصحي واثارها الداخلية والخارجية (التأمينية - المالية)

3 -معالجة اثار مخاطر التأمين الصحي مما يساهم في نجاح واستدامة شركة التأمين الصحي

4- تطبيق استراتيجيات وخطط لإدارة المخاطر في شركة التأمين الصحي

تساؤلات الدراسة (الفروض).

والتي سيتم صياغتها بسؤال على النحو التالي :

وماهي نتائج تطبيق استراتيجيات إدارة المخاطر في شركات التأمين الصحي لزيادة الكفاءة والربحية؟

التساؤلات الفرعية:

- إلى أي مدى تقوم شركات التأمين الصحي بتطبيق خطوات إدارة المخاطر؟

- هل تتوفر لدى شركات التأمين الصحي مقومات تدعم إدارة المخاطر بها ؟

فرضيات البحث:

- شركة العالمية للتأمين الصحي لا تقوم بأي خطوة من خطوات إدارة المخاطر

- لا تتوفر لدى شركات التأمين الصحي مقومات تدعم إدارة المخاطر بها

الفصل الثاني

-الدراسات السابقة.

- من خلال البحث عن مواضيع تتطرق لهذا الموضوع خاصة (شركات التأمين الصحي) لم اجد أي بحث محلي او إقليمي في نطاق المنطقة وانما وجدت العديد من البحوث التي تتحدث عن التأمين بشكل عام وعن الاستراتيجيات والطرق الخاصة بإدارة المخاطر للتأمين بشكل عام ومن هذه البحوث :
- عادل علي محمد زيد الهاملي ، أثر الخصائص النوعية للمعلومات المحاسبية في تقييم نظام إدارة المخاطر دراسة ميدانية في شركات التأمين العاملة بالجمهورية اليمنية - جامعة العلوم والتكنولوجيا - مايو 2019
 - محمد محمد علي طاهر ، مدى تطبيق شركات التأمين اليمنية للتخطيط الاستراتيجي في إدارة المخاطر - جامعة St Clements 2011-2012 وعلى المستوى العربي وجدت البحوث التالية :
 - د. حيدر حيدر- محددات ربحية شركات التأمين - مجلة جامعة تشرين للعلوم الاقتصادية والقانونية - المجلد 45- العدد 3- 2023
 - د.احمد اديب احمد - العلاقة بين الربحية وبعض النسب المالية في شركات التأمين السورية باستخدام الارتباط القانوني (دراسة حالة شركة المشرق العربي) - مجلة جامعة تشرين. العلوم الاقتصادية والقانونية المجلد 45 العدد 3 2023
 - شويرب الحاج ، بلواضح محمد - ادارة مخاطر في شركات التأمين دراسة حالة الشركة الجزائرية للتأمينات CAAT وكالة المسيلة - جامعة محمد بوضياف - المسيلة - أطروحة ماجستير - 2019
 - نورة بلجودي - إستراتيجية إدارة المخاطر في شركات التأمين -جامعة محمد بوضياف - أطروحة ماجستير 2015
 - فاطمة الزهراء حملة - دور التسيير الاستراتيجي لمخاطر التأمين في تحسين أداء شركات التأمين - أطروحة دكتوراه - 2015
 - اميرة زيري - دور إدارة المخاطر في تحسين أداء شركات التأمين - جامعة محمد بوضياف - 2022

حدود الدراسة:

حدود موضوعية : سوف تقتصر الدراسة الحالية على واقع شركات التأمين العاملة في اليمن في ضوء تحقيق اهداف تطبيق استراتيجيات إدارة المخاطر

حدود مكانية : سوف يقتصر تطبيق الدراسة على شركة العالمية للتأمين الصحي – الجمهورية اليمنية – صنعاء

الحدود البشرية : سوف تقتصر الدراسة الميدانية على الموظفين وأعضاء مجلس الادارة

حدود زمنية: ستطبق الدراسة للفترة الزمنية منذ بداية العام 2021 وحتى نهاية العام 2022 م

صعوبات الدراسة:

واجهتنا العديد من العراقيل لإتمام هذا البحث أهمها:

- عدة صعوبات ناتجة أساسا عن طبيعة الموضوع محل البحث وقلة المتخصصين في هذا المجال.
- قلة المراجع المتعلقة بالنسب المالية لشركات التأمين عامة وشركة العالمية للتأمين الصحي خاصة ، وذلك لاختلافها عن النسب المالية المعلنة من قبل الاتحاد اليمني للتأمين.
- عدم تمكننا من الحصول على المعلومات الكافية والتحفظ عليها من قبل الشركة محل الدراسة

الفصل الثالث

المنهجية وطرق البحث.

تحليل مخاطر ادارة التأمين الصحي في شركة العالمية للتأمين الصحي للأعوام من 2021 وحتى 2022 م في حالة عدم وجود إدارة لإدارة المخاطر في الشركة وتطبيق استراتيجيات إدارة المخاطر لتحسين الكفاءة والربحية حيث لوحظ حجم الخسارة في إدارة عقود التأمين نتيجة لعدة أسباب داخلية وخارجية مما أدى الى تراجع في حصة الشركة السوقية رغم حداثة انشاؤها وحجم العقود التأمينية التي لديها.

وسيتم الاعتماد في البحث على تطبيق المنهج التاريخي للفترة من 2021 م وحتى 2022 م لتحديد عوامل وأسباب المخاطر التي تعرضت لها الشركة وتطبيق الاستراتيجيات المناسبة لإدارة المخاطر والاستفادة منها في العقود القادمة لتحقيق الربحية وزيادة كفاءة العمل

تاريخ التأمين الصحي

عرف الناس التأمين منذ زمن طويل، لكن التأمين الطبي عرف لأول مرة في أوروبا اثناء القرون الوسطى عندما قامت نقابات الحرفيين بإنشاء صناديق لمساعدة أعضائها ماليا عند تأثر دخولهم بسبب المرض، وكان تمويل هذه الصناديق عن طريق مساهمات الأعضاء المنتظم، ومع مرور الزمن وانتشار التصنيع، وخاصة في بداية القرن التاسع عشر الميلادي اتضحت الحاجة لمثل هذه التنظيمات مع زيادة الخطر على الصحة وبالتالي انتشرت الفكرة انتشارا كبيرا بين زملاء المهنة الواحدة، وان كانت لا تزال في ذلك الحين تكاد تكون اجتماعية بحتة حيث كان ينظر إليها على أنها مشاركة بين الزملاء في تحمل ما قد يصيب بعضهم وكلهم معرض للإصابة.

ونظرا لطبيعة الصحة وحساسية أغلب ما يتعلق بها وطبيعة نظرة المجتمعات التعاطفية للمرض واستعداد الناس الفطري للتضحية لرفع مثل هذه المعاناة حتى عن الآخرين بل والعمل على الوقاية منها، فقد ركب الساسة في ذلك الوقت الموجة واستغلوا مثل هذا الموضوع الحساس لكسب التعاطف، فبدأ طرح موضوع مشاركة أرباب الأعمال في توفير نوع من التأمين الطبي للعمال أي عدم ترك العمال يتحملون الأعباء وكما هو متوقع وجد مثل هذا الطرح مساندة الحركات العمالية ولعل هذا أحد أسباب انتشار التأمين في أنحاء العالم. وكان أول قانون يلزم رب العمل بالمشاركة فيما يمكن أن يُعد تأميناً صحياً على العمال كان في أواخر القرن التاسع عشر في ألمانيا، وتحديدا في عام 1883م، ثم تبعتها في هذا النمسا ثم النرويج وبريطانيا وفرنسا قبل أن يعم هذا الإلزام بالتأمين دول أوروبا الصناعية خلال الخمسين عاماً التالية. وقد تخلى كثير من الدول عن نظام التأمين فيما بعد ولعل أحد الأسباب هو الاستجابة لدعوة منظمة العمل الدولية التي أنشئت في أواخر العقد العشرين والتي دعت إلى ما يسمى "الخدمات الطبية لجميع أفراد المجتمع من مهام الحكومات باعتبارها من الخدمات العامة الضرورية وينظر إليها على إنها نوع من أنواع التأمين أو الضمان الصحي.

وفي اوائل القرن التاسع عشر تم اصدار قوانين في بروسيا لتنظيم الخدمات لعمال المناجم والمستخدمين المدنيين. وبعد ثورة 1848م تم صدور قانون يسمح للبلديات بإجبار العمال على الالتحاق بصناديق الخدمة الاجتماعية التعاونية للحصول على خدمات طبيه. وفي عام 1865م كان يوجد في بروسيا وحدها أكثر من نصف مليون عضو منتمين لحوالي 4000 صندوق تعاوني. وفي عام 1887م قامت النمسا بإدخال التأمين الصحي فيها. وفي بداية القرن العشرين توسع التأمين الصحي في اغلب الدول الصناعية في اوروبا وذلك تحت ما سمي التأمين ضد المرض والشيخوخة وقد قامت الحكومة النرويجية بتطبيق التأمين الصحي عام 1902م والمملكة المتحدة عام 1910 م. اصبح التأمين في بريطانيا اجباري للعمال ذوي الدخل البسيطة بموجب قانون رسمي. وبحلول عام

1946م تم تأسيس الخدمة الصحية الوطنية في بريطانيا .وفي اليابان ظهر التأمين اول مرة عام 1905م عندما حاولت جمعية ان تغطي اعضائها بمنفعة تعاونه الى ان صدر قانون للتأمين الصحي عام 1922م .وفي عام 1928 قامت فرنسا بإصدار قانون للتأمين الصحي ولكن تم تنفيذه عام 1930م .حيث كان التأمين الصحي الفرنسي عبارة عن مجموعة من الجمعيات التعاونية .بعد الحرب العالمية الثانية قامت ادارة الضمان الاجتماعي بتمويل مشروع للحكومة لتغطية جميع المواطنين واصبح المريض يسترد من مدفوعات 80% .و تم تطبيق نظم مشابهه في بلجيكا واستراليا عام 1930 م. ويعود تاريخ تطبيق الخدمات الصحية في الولايات المتحدة الأمريكية الى عام 1798م عندما قام الكونجرس الامريكي بتأسيس خدمات مستشفى البحرية .وكان يتم اقتطاع اجباري من رواتب البحارة مقابل تقديم خدمات طبيه لهم .

وكانت اول بوليصة تأمين صحي حررتها شركة فرانكلين للتأمين الصحي عام 1850م. حيث بلغ قسط التأمين لهذه البوليصة خمسة عشر سنتا يدفع مقابلها مبلغ 200 دولار امريكي عند الاصابة في حوادث قطارات السكك الحديدية والبواخر. وإذا كانت نتيجة الحادث العجز الكلي تدفع البوليصة مبلغ 400 دولار.

وفي العام 1863 دخلت شركة التأمين على المسافرين مجال التأمين وكان لها فضل تطوير التأمين على الحوادث. وخلال الاعوام 1870- 1880 قامت شركات في صناعات متعددة مثل المناجم، الاخشاب، طرق السكك الحديدية بتأسيس خطط تغطي الخدمات الطبية.

في عام 1889م قامت شركة ايتنا للتأمين على الحياة بتقديم خطة صحية من نوع جديد بموجبها تقدم تأمين صحي مع تغطية ضد العجز الكلي المؤقت الناتج عن جميع الامراض باستثناء السل والامراض التناسلية وادمان الكحول والمخدرات.

في عام 1910م قامت شركة (مونتجومري وارد) بوضع خطة لعمالها من اجل حمايتهم من الخسارة المالية الناتجة عن المرض او الإصابة وكان ينظر لها كأول بوليصة تأمين صحي جماعية في الولايات المتحدة الأمريكية. وقد قام بتحرير هذه البوليصة شركة لندن للضمان والحوادث في نيويورك. وفي كندا تم اقتراح التأمين الصحي الشامل عام 1919م نتيجة لتواجد عدد كبير من موظفي الخدمات وبسبب التوسع في اكتشاف الامراض الصحية.

وبعد الحرب العالمية الثانية عقد مؤتمر عام 1945م وضعت فيه مسودة لنموذج قريب لنظام صحي وطني في المملكة المتحدة. وفي عام 1912 انشئت منظمة العمل الدولية حيث كانت سياسات التأمين الصحي من اهم المواضيع التي تمت مناقشتها خلال عقد مؤتمرات ذات صلة بالتأمين ضد الامراض.

بعد انشاء منظمة العمل الدولية تغيرت نظرة مواطني الدول الأوروبية للرعاية الطبية ونظروا لها على ان التأمين الصحي حق اساسي واضح لكل مواطن. في عام 1944م وجهت منظمة العمل الدولية نداء خاصا بالرعاية الطبية الى الحكومات كي تلبي احتياجات الافراد من الرعاية الصحية لمنع نمو المرض وتخفيف المعاناة عند الإصابة بالمرض والوقاية الصحية.

من اهم الاسباب التي ادت الى تطبيق نظام التأمين الصحي في اواخر الاربعينيات وبداية الخمسينيات ما يلي:

1- انخفاض معيشة سكان القرى.

2- انتشار سوء التغذية والامراض المعدية بشكل واسع

3- النقص الشديد في أعداد الهيئة الطبية

4- عدم كفاية وسائل النقل

وعندما انتشر قانون التأمين الاجتماعي في اوروبا اصبحت هناك قناعة من اجل استبدال نظام الدفع حسب العدد الى نظام الدفع حسب الخدمة.

وفي عام 1975 قام حزب العمال الاسترالي بتأسيس ميدي بنك (الفرع الطبي): وهو برنامج تأمين عام واجباري للرعاية الصحية.

ان التطور التاريخي للتأمين الصحي في الدول النامية غير معروف بشكل جيد حيث حدثت معظم التطورات في التأمين الصحي تدريجيا بالدول النامية وعل سبيل المثال انشئت نظم التأمين الصحي الاجباري في كوبا عام 1979، اما نيكاراغوا انشئ التأمين فيها عام 1982 بحيث تغطي قطاعات مختاره من السكان من خلال نظام الاشتراكات المستقطعة من رواتب العمال واصحاب العمل. وفي عام 1963 طبقت كل من حكومتي كوريا ولبنان نظام رد جزئي للمصاريف الطبية التي قام الافراد المؤمن عليهم بدفعها طبقا لجدول اتعاب مقابل الخدمة ثم التفاوض بشأنه رسميا ومتفق عليه بين ادارة التأمين الصحي ومقدمي الخدمات العامة والخاصة. وفي عام 1978 عقد المؤتمر العالمي التاريخي حول الرعاية الصحية الأولية في الاتحاد السوفيتي سابقا وتم فيه وضع شعار الصحة للجميع بحلول عام (2000).

وفي عام 1981 تم وضع استراتيجية صحية شاملة تهدف الى تشجيع نشر مفهوم الرعاية الصحية الأولية من اجل احتواء التكاليف في الخدمات الصحية والطبية وكيفية تمويلها.

وعلى هذا الاساس قامت اغلب الدول النامية بالتصديق الكامل على الاهداف والسياسات المقررة في المؤتمر التاريخي اعلاه. اما في المملكة العربية السعودية توالت الدراسات المتأنية حول البدائل المتاحة في هذا الصدد، حتى كانت موافقة مجلس الشورى على تطبيق نظام الضمان الصحي التعاوني في 30 شوال من العام 1417 هجري. ومن مميزات نظام الضمان الصحي التعاوني الإسهام في تطوير الخدمات الصحية وتنظيمها، إضافة إلى تخفيف العبء على المرافق الحكومية وحل مشكلة سوء استخدام الخدمات المتاحة (مجاناً) وتفعيل دور الرعاية الصحية الأولية.

كما سيسهم في تطوير القطاع الصحي الخاص ويخلق فرصاً استثمارية واسعة نتيجة للارتفاع المتوقع في الطلب على خدمات القطاع الخاص، إضافة لخلق فرص وظيفية أمام الباحثين عن وظائف، سواء في مستشفيات ومستوصفات القطاع الخاص أو في شركات الضمان الصحي التعاوني. وفي عام 1960 قامت وزارة الصحة التونسية بإدارة اغلب البنية التحتية ومعالجة المرضى على ان تقوم ادارات التأمين الاجتماعي بدفع مبلغ اجمالي سنوي لها.

تعريفات التأمين الصحي:

تعريف التأمين الصحي: هو وسيلة لدفع بعض أو كل تكاليف الرعاية الصحية ويشكل حماية للأشخاص المؤمن عليهم من دفع تكاليف العلاج المرتفعة في حالة المرض.

وهو نظام يجسد مفهوم الكامل والتعاون من قبل المجموعة مع الفرد في تحمل تكاليف العناية الصحية. اي يستهدف توزيع عبئ التكلفة على أكبر عدد ممكن بدلا من ان يتحملها فردا واحدا.

التعريف القانوني للتأمين: هو عقد بين طرفين يلتزم المؤمن "شركة التأمين" بمقتضاه بدفع تعويض للمؤمن له "طالب التأمين" عند وقوع حادث معين ويتعهد الثاني بسداد القسط.

التعريف الفني للتأمين: هو وسيلة لتعويض الفرد عن الخسارة التي تحل به نتيجة لوقوع الخطر.

تعريف وثيقة التأمين: هي عقد بين طرفين يتعهد فيه الطرف الأول "المؤمن" نظير مقابل "قسط التأمين" بأن يدفع للطرف الثاني "المؤمن له" مبلغاً من المال أو ما يعادله في صورة عينية "العوض المالي" عند حدوث حادث يسبب خسارة لمصالح المؤمن عليها أو يسبب خسارة لطرف آخر يكون المؤمن مسئوفاً عنها.

تعريف عقد التأمين: اتفاق يلتزم بمقتضاه الطرف الأول (المؤمن) أن يؤدي إلى الطرف الثاني (المؤمن له) الذي اشترط التأمين لصالحه، مبلغاً من المال، أو إيراداً أو مرتباً، أو أي عوض مالي آخر (مبلغ التأمين). في حال وقوع الحادث أو تحقق الخطر المبين بالعقد وذلك نظير قسط أو أية دفعة مالية أخرى يؤديها المؤمن له للمؤمن.

تعريف المؤمن: شركة التأمين أو فرع شركة التأمين الأجنبية التي حصلت على إجازة لمزاولة أعمال التأمين بموجب أحكام القانون. وتقوم بتغطية قيمة التأمين لطالب التأمين ضد خطر معين.

تعريف المؤمن له: الشخص الذي أبرم عقد التأمين مع المؤمن، أو المستفيد الذي اكتسب حقوق عقد التأمين ابتداءً أو حولت إليه بصورة قانونية.

أو هو الطرف (شخص أو شركة) الذي يتعرض لخطر في شخصه أو في ماله، فيعتمد إلى طلب التأمين ضد هذا من المؤمن (شركة التأمين)، يؤدي لها القسط المتفق عليه مقابل التزامها بدفع مبلغ معين عند تحقق الخطر.

رؤية التأمين الصحي: تقديم خدمات صحية رائدة ومتميزة لمستفيدي التأمين الصحي المدني.

رسالة التأمين الصحي: تحسين وتعزيز صحة كافة مستفيدي التأمين الصحي المدني من خلال تمكينهم من الحصول على الخدمة الصحية المتميزة بما يتماشى واحتياجاتهم بعدالة وشفافية.

يعتبر التأمين الصحي أحد أهم أنواع التأمين وأكثره ارتباطاً وحساسية بأفراد المجتمع ومنظماته وذلك نتيجة لما له من أثر إيجابي في توفير الأمان، الادخار، حماية الأسرة، الوقاية من الأمراض ومساهمته في التنمية الاقتصادية حيث تنبع أهمية التأمين الصحي من عدة عوامل اجتماعية واقتصادية يمكن ذكر بعضها:

أهمية التأمين الصحي:

أهمية التأمين الصحي بالنسبة للفرد:

- توفير الأمن والأمان من المخاطر.
- نقل التكلفة الكارثية من الفرد إلى المجموعة.
- تهتم بدوي الدخل الضعيفة والمتوسطة وتقديم الخدمة الصحية متى احتاجها الفرد وأسرته.
- وسيلة ادخار فعالة للأفراد.
- تحقيق الاستقرار النفسي والاجتماعي والاقتصادي لفئات العمال والموظفين.

أهمية التأمين الصحي بالنسبة للمجتمع:

- تحقيق الرفاهية للمجتمع وتحقيق العدل الاجتماعي.
- يساهم في تحسين الخدمة الصحية للفقراء.
- أن زيادة الانخراط في التأمين الصحي سوف يساهم في تحسين الصحة بالنسبة للفرد والمجتمع والبيئة وتحقيق التنمية للمجتمعات.
- يوفر فرص العمل في مرافق تقديم الخدمات الصحية أو مؤسسات التأمين نفسها.

أهمية التأمين الصحي بالنسبة للدولة:

- يساهم في تحقيق أهداف السياسة الصحية.
- رفع مؤشر الوضع الصحي.
- يلعب دورا كبيرا في الاستثمار في القطاع الصحي.
- التمويل وتقديم الخدمة والرقابة.
- يعمل على زيادة الانتاج بسبب الاستقرار في العمل.

المصطلحات الإجرائية في التأمين الصحي:

نستعرض فيما يلي بعض المصطلحات والمفاهيم المستخدمة في التأمين والتي لها علاقة بمخاطر التأمين الصحي:

1. **الشركة:** شركة التأمين المصّرح لها بالعمل من قبل المؤسسة والتي تم تأهيلها لممارسة أعمال التأمين.
2. **التأمين:** البَيْتَةُ الدالة على قيام التغطية التأمينية بموجب هذه الوثيقة مع جدولها وملاحقها أو مرفقاتها.
3. **حدود التغطية:** الحد الأقصى لمسؤولية الشركة كما هو محدد في جدول الوثيقة بالنسبة لأي شخص مؤمن له وذلك قبل تطبيق أي اقتطاعات / تحمّلات.
4. **حامل الوثيقة:** الشخص الطبيعي أو المعنوي الذي صدرت الوثيقة باسمه.
5. **الأخطار الشخصية:** أي ممارسه يقوم بها الشخص لنشاطات متعارف على أنها منطوية على مخاطر التعرض للإصابة بمرض أو حادث، أو متوقع أن تحدث مضاعفه لمرض أو إصابة سابقة.
6. **مقدم الخدمة:** المرفق الصحي المعتمد والمرخص له وفقاً للأنظمة المعمول بها، بتقديم الخدمات الطبية، وعلى سبيل المثال مستشفى أو مركز تشخيص أو عيادة أو صيدلية أو مختبر أو مركز علاج طبيعى أو مركز علاج بالإشعاع.
7. **الحادث:** إصابة عرضية أو حَدَث عَرَضِي غير مُتَوَقَّع يقع خلال مدة التأمين.
8. **العلة:** المرض أو الداء الذي يصيب الشخص المؤمن له، ويتطلب بالضرورة الحصول على معالجة طبية من طبيب مرخص قبل وخلال مدة التأمين.
9. **المنفعة:** نفقات توفير الخدمة الصحية التي تشملها التغطية التأمينية ضمن الحدود المبينة في جدول الوثيقة.
10. **القسط (الاشتراك):** هو المبلغ المتوجب الدفع من قبل حامل الوثيقة مقابل التغطية التأمينية التي توفرها الوثيقة خلال مدة التأمين.
11. **التغطية التأمينية:** هي المنافع الصحية الأساسية المتاحة للمستفيد المحددة بوثيقة التأمين.
12. **نسبة الاقتطاع/ التحمّل (المشاركة في الدفع):** هي النسبة المحددة في جدول الوثيقة التي يدفعها المستفيد (المؤمن له) عند زيارة طبيب العيادات الخارجية شاملاً جميع ما يقوم به الطبيب من مشورة وما يطلبه من فحوصات مخبرية وأشعة وأدوية وأي مستلزمات علاجية وكذلك زيارة المتابعة والتحويل لنفس العلة وليس لكل إجراء على حده.

13. الموظف: أي شخص يزاول العمل فعلياً لدى حامل الوثيقة ومسجل بتلك الصفة في سجلاته

14. المأل:

• الزوج / الزوجات المسجلون بهذه الصفة في سجلات حامل الوثيقة.

• أولاد الموظف أو أولاد أي من الزوج أو الزوجات أو الأولاد المكفولون نظاماً المعتمدون في إعالتهم على الموظف والمسجلين بتلك الصفة في سجلات حامل الوثيقة.

• الوالدين: اب وام الموظف او احدهما

15. المستندات المؤيدة للمطالبة: جميع المستندات التي تثبت وتؤيد عمر الشخص المؤمن له وجنسيته وهويته وسريان التغطية التأمينية وملابسات وقوع الحدث الناشئة عنه تلك المطالبة وسداد التكاليف، كما تشمل مستندات أخرى مثل تقرير الشرطة، والفواتير، والإيصالات، والوصفات الطبية، تقرير الطبيب، الإحالة والتوصيات، وأية مستندات أصلية أخرى قد تطلبها الشركة.

16. الاحتيال: التضليل المتعمد من قبل شخص أو جهة بغرض استغلال الرعاية الصحية وتشويه الحقائق، أو الخداع المتعمد الذي ينتج عنه الحصول على منافع أو تقديم مزايا مستثناة أو تتجاوز الحدود المسموح بها إلى الفرد أو الجهة.

17. إساءة الاستخدام: ممارسات غير متعمده من قبل أفراد أو جهات قد تؤدي إلى الحصول على منافع أو مزايا غير مخولين للحصول عليها ولكن بدون قصد التدليس والاحتيال أو تعمد الكذب وتشويه الحقائق بغرض الحصول على المنفعة.

وقطاع التأمين شديد الحساسية بالمتغيرات من حوله، مثل غيره من القطاعات الاقتصادية الحيوية. فهو يتأثر سلباً بالآزمات والإشكالات والصراعات وحالات عدم الاستقرار والأعمال الإرهابية والفوضوية والتمردات المسلحة. والأحداث التي شهدتها الساحة الوطنية خلال السنوات المنصرمة، كان لها تأثيراتها السلبية على التنمية الوطنية بشكل عام والاقتصادية بشكل خاص

التأمين في اليمن:

بدأ التأمين في اليمن مع بداية الحركة التجارية عبر ميناء عدن التجاري بواسطة الشركات البريطانية والهندية آنذاك ومن خلال مراكزها خارج اليمن ووكالات البلدان المصدرين للبضائع الواصلة والعابرة من وإلى ميناء عدن. واستمرت تلك الوكالات حتى الاستقلال، حيث أمت في شركة واحدة بموجب القرار (37) لعام 1969م، على أنقاض عدد من فروع شركات التأمين الأجنبية التي كانت عاملة حينها في عدن تحت اسم (الشركة اليمنية للتأمين وإعادة التأمين)، وكانت السلطات البريطانية قد أدخلت بعض نظم التأمين الاجتماعي الخاص بموظفيها في مستعمرة عدن وأفراد المؤسسات الأمنية والدفاعية المحلية التابعة لها.

وتطور هذا النظام في الشطر الشمالي من البلاد بشكل متدرج بعد الاستقلال الوطني، ومع انطلاق حركة الاقتصاد والتجارة تكونت وكالات لبعض الشركات العربية والأجنبية ومنها تلك التي كانت في عدن.

وفي بداية عام 1974م تم في الشطر الشمالي إنشاء أول شركة تعمل في مجال التأمين، أكتتب فيها البنك اليمني للإنشاء والتعمير ومجموعة من التجار وممثلين الشركات الأجنبية للتأمين وأسسوا شركة (مأرب اليمنية للتأمين).

وعندما اشترطت الدولة ضرورة التأمين على الواردات إلى اليمن لحماية التاجر والمستورد، توسعت الحاجة للتأمين وظهرت شركات نتيجة لهذه الحاجة ولموقف الدولة، ولما أدركه التجار من أهمية التأمين وذلك حماية لأموالهم فكان تأسيس ثلاث شركات:

● 1977م تأسست الشركة اليمنية العامة للتأمين.

● 1981م تأسست الشركة المتحدة للتأمين.

● 1989م تأسست شركة اليمن للتأمين.

أسست هذه الشركات الثلاث من قبل بيوت تجارية تمتلك الحصة الأكبر من العمل التجاري والبحري، وذلك لتأمين احتياجاتها وتمثيل الشركات الخارجية التي ساهمت في إنشائها.

ويعتبر سوق التأمين في اليمن من الأسواق الحديثة نسبياً، وإن كانت بداياته الأولى تعود إلى العام 1969م بتأسيس الشركة اليمنية للتأمين وإعادة التأمين في محافظة عدن، وقد أصدرت الدولة أول قانون بشأن الإشراف والرقابة على التأمين عام 1976م، إلا أن التشريعات القانونية الحديثة لتطوير هذا القطاع جاءت بشكل متأخر، وبالذات بعد الوحدة اليمنية المباركة عام 1990م، وتطور هذا القطاع ضمن سياق الانفتاح والحرية

والاصلاحات الإدارية والاقتصادية، التي شرعت بها الحكومة منذ النصف الثاني لتسعينات القرن الماضي، والتي وجدت في التأمين أحد القطاعات الحيوية المساهمة بفاعلية في التنمية الاقتصادية.

وقد أصدرت الدولة عدة قوانين لتنظيم أعمال التأمين. ففي عام 1976م تم إصدار قانون الإشراف والرقابة على شركات وسطاء التأمين، وبعد قيام الوحدة اليمنية عام 1990م تم تعديل القانون بمقتضى القانون رقم (37) لسنة 1991م، وجرى تعديل ثانٍ بالقانون رقم (9) لسنة 1997م.

وفي عام 1991م تم إصدار قانون التأمين الإلزامي من المسؤولية المدنية الناشئة عن حوادث السيارات. وفي عام 2011م تم إصدار قانون التأمين الصحي الاجتماعي.



وقد أنشأت وزارة الصناعة والتجارة إدارة للرقابة على التأمين ضمن الإدارة العامة للشركات كخطوة للوصول إلى إيجاد هيئة رقابية وإشرافية على التأمين، لما لهذه الصناعة من أهمية في حماية الاقتصاد وللمسؤولية التي تتحملها الدولة تجاه شركات التأمين أمام حملة الوثائق وشركات إعادة الخرجية.

وهذه المسؤولية تفرض أن تكون مستوى الرقابة على مستوى المسؤوليات التي تتحملها الشركات، إلى جانب ما تحتفظ به الدولة من ضمانات مالية لدى الوزارة المشرفة (وزارة الصناعة والتجارة)، لتكون الوزارة قادرة على ضمان قيام الشركات بالدفع للجهة التي أسندت أخطارها.

كما أن من مسؤولية الرقابة والإشراف معالجة القصور في أوضاع الشركات أو التشريعات وصولاً إلى إيجاد صناعة تأمينية ناجحة

وفي نهاية عام 1998م تأسس الاتحاد اليمني للتأمين بالقرار رقم 270 لسنة 98 بتاريخ 10/ 10/ 1998م ليعمل على تنظيم ودعم هذه الصناعة في البلاد.

التحديثات والتطورات التي طالت مختلف مكونات النظام التأميني في اليمن:

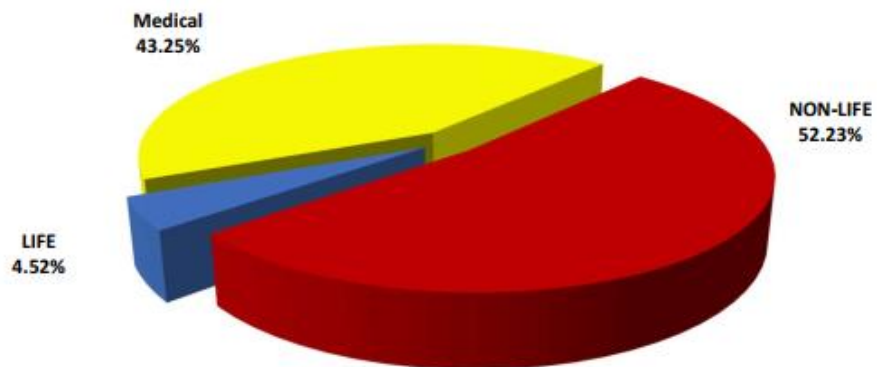
- تطوير جملة من التشريعات القانونية الخاصة بتحديث النظام التأميني، وتحديد وتنظيم مدى سريان تغطياته التأمينية بالنسبة لفروع التأمين المختلفة، وطرق تمويله ومزاياه المختلفة وشروط استحقاقها.
- زيادة عدد المؤسسات المتخصصة التي تقوم بالعمل على تنفيذ هذا النظام من حيث مصادر التمويل واستثمارها وتأدية المزايا المالية والعينية وفقاً للشروط المحددة لها.
- تطوير نظام الرقابة الفنية والإشرافية بما يحقق ضمان تطبيق النظام على الفئات التي يحددها التشريع ووفقاً للأهداف المتوخاة منه وبما يساعد على نشر النظام التأميني والتوسع في مزاياه.

شركات السوق التأميني في اليمن :

م	اسم الشركة	تاريخ التأسيس
1.	شركة مأرب اليمنية للتأمين	1974
2.	الشركة اليمنية العامة للتأمين	1977
3.	الشركة المتحدة للتأمين	1981
4.	شركة سبأ اليمنية للتأمين	1990
5.	شركة اليمن للتأمين	1990
6.	شركة أمان للتأمين	1993
7.	الشركة الوطنية للتأمين	1993
8.	شركة ترست يمن للتأمين وإعادة التأمين	1995
9.	الشركة العربية للتأمين	1997
10.	الشركة الإسلامية للتأمين	2001
11.	الجزيرة للتأمين وإعادة التأمين	2004
12.	المتخصصة للتأمين الصحي	2005
13.	الشركة اليمنية القطرية للتأمين	2010
14.	شركة كاك للتأمين	2010
15.	شركة فور هيلث للتأمين الصحي	2012
16.	شركة تكافل لإدارة النفقات الصحية	2017
17.	الشركة العالمية للتأمين الصحي وإدارة النفقات الصحية	2019
18.	شركة اسناد لإدارة النفقات الصحية	2019
19.	شركة جلوبال للتأمين	2021

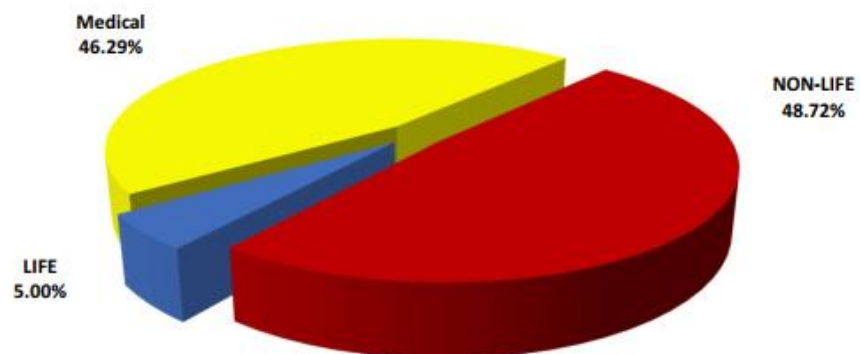
والجدول أعلاه يمثل عدد الشركات العاملة في اليمن في مجال التأمين وتعمل جميعها في كافة المجالات التأمينية بما فيها التأمين الصحي حيث تمثل نسبة الاتفاق على التأمين الصحي مبالغ طائلة وبالمقابل تتولد لدى الشركات خسائر مادية غير عادية في هذا القطاع ومن خلال سرد البيانات التي تم الحصول عليها من الجهات ذات الاختصاص (تقارير الاتحاد اليمني للتأمين) وجد ان الاتفاق يعادل ما يقارب 50% من باقي التأمينات الأخرى بحسب الاشكال الموضحة للاعوام 2021-2022 م :

YEMEN INSURANCE MARKET **STATISTIC 2021**



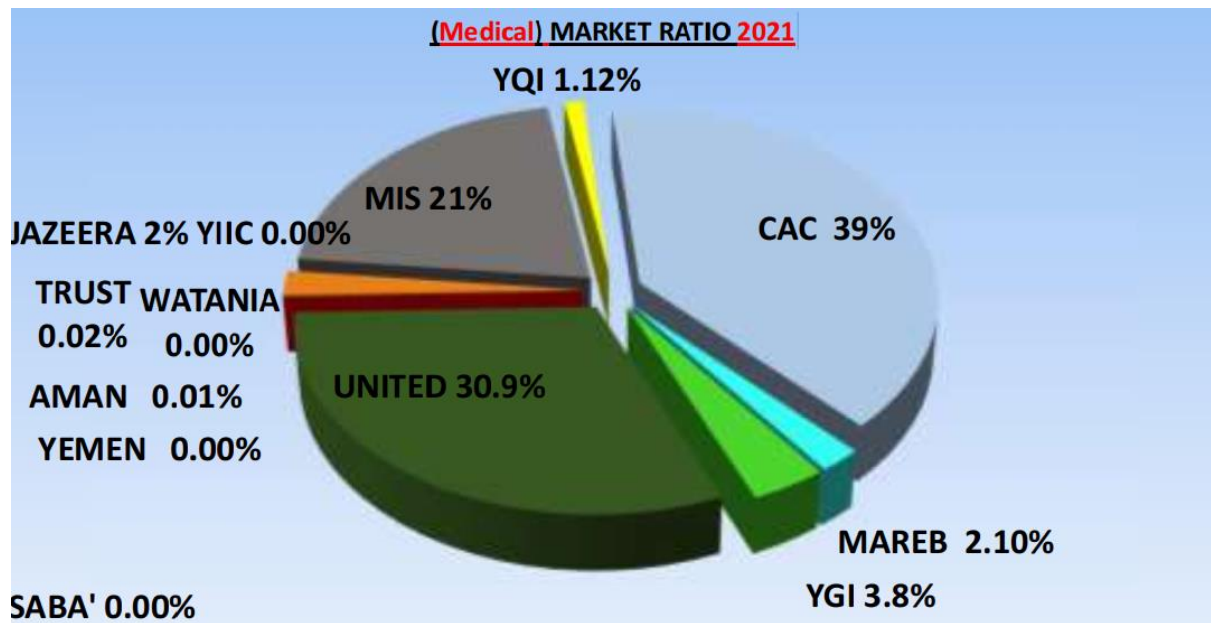
Prepared By Statistic Department In United Insurance CO In Coordination With Yemen Insurance Federation.

YEMEN INSURANCE MARKET **STATISTIC 2022**



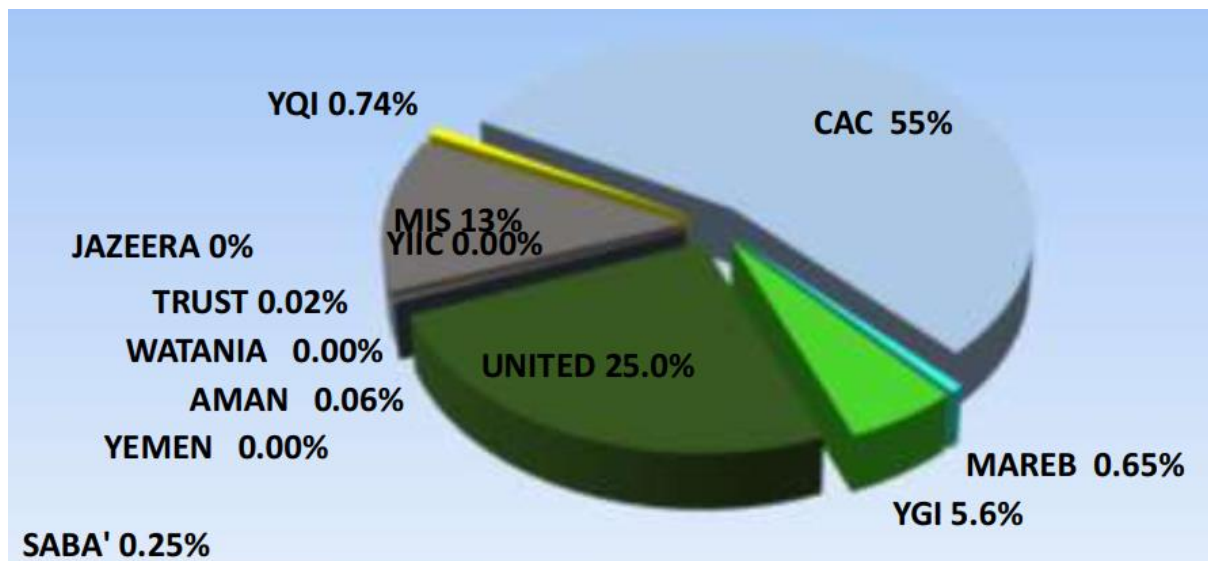
Prepared By Statistic Department In United Insurance CO In Coordination With Yemen Insurance Federation.

ومن الشكل التالي نلاحظ عدد الشركات التي رفعت تقارير التأمين الصحي وحصة كل شركة في السوق التأميني الصحي كالتالي:



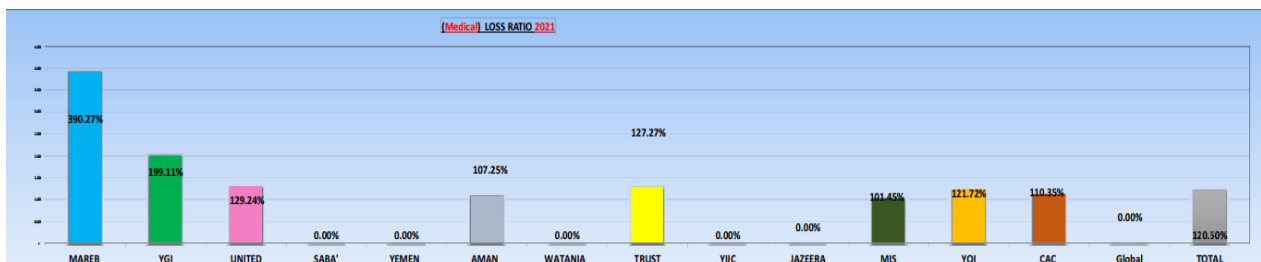
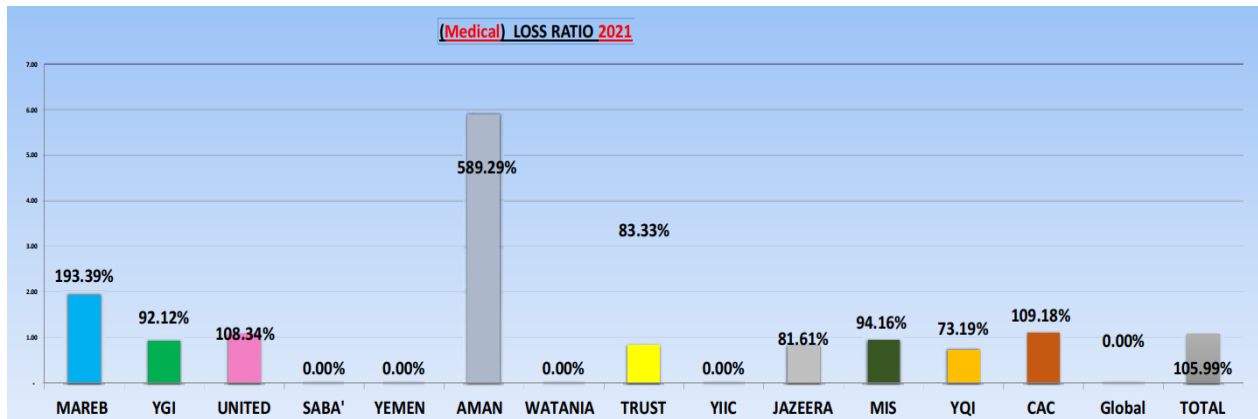
Prepared By Statistic Department In United Insurance co In Coordination With Yemen Insurance Federation

(Medical) MARKET RATIO 2022



Prepared By Statistic Department In United Insurance co In Coordination With Yemen Insurance Federation

وبالمقابل حجم الخسائر في هذا القطاع بالشكل التالي :



حيث من الملاحظ ان الخسائر وصلت الى 105,99% للعام 2021 والخسائر للعام 2022 وصلت الى 120,50% وهذه الخسائر بسبب العديد من عوامل الخطر الداخلية والخارجية في شركات التأمين

المخاطر التي تواجه شركات التأمين الصحي

تواجه شركات التأمين الصحي مجموعة متنوعة من المخاطر، والتي يمكن تقسيمها إلى مجموعتين رئيسيتين:

مخاطر اكتتابيه (خارجية): تتعلق هذه المخاطر بإمكانية وقوع الحدث المؤمن عليه، مثل وقوع مرض أو إصابة. تعتمد شركات التأمين الصحي على البيانات الإحصائية لتقييم هذه المخاطر، ولكن من الممكن أن تحدث أحداث غير متوقعة تؤدي إلى خسائر كبيرة.

مخاطر إجرائية (داخلية): تتعلق هذه المخاطر بالعمليات الداخلية لشركات التأمين الصحي، مثل إدارة المطالبات أو مخاطر الاحتيال. يمكن أن تؤدي الأخطاء أو الإهمال في هذه العمليات إلى خسائر مالية كبيرة.

فيما يلي بعض الأمثلة على أنواع مخاطر شركات التأمين الصحي:

مخاطر التكرار: تتمثل هذه المخاطر في احتمال وقوع الحدث المؤمن عليه عدة مرات لدى نفس المؤمن عليه. على سبيل المثال، قد يكون شخص ما أكثر عرضة للإصابة بمرض معين، مما يؤدي إلى زيادة مخاطر مطالبات التأمين الصحي له.

مخاطر التسعير: تتمثل هذه المخاطر في عدم تسعير أقساط التأمين الصحي بشكل صحيح. إذا كانت الأقساط منخفضة جدًا، فقد تواجه شركات التأمين الصحي خسائر مالية. أما إذا كانت الأقساط مرتفعة جدًا، فقد تفقد شركات التأمين الصحي العملاء.

مخاطر الاحتيال: تتمثل هذه المخاطر في تقديم مطالبات التأمين الصحي بشكل غير صحيح أو احتيالي. يمكن أن يؤدي الاحتيال إلى خسائر مالية كبيرة لشركات التأمين الصحي.

مخاطر الامتثال: تتمثل هذه المخاطر في عدم الالتزام بالقوانين واللوائح المعمول بها في قطاع التأمين. يمكن أن يؤدي عدم الامتثال إلى فرض غرامات أو عقوبات على شركات التأمين الصحي.

شركة العالمية للتأمين الصحي:

بما أننا في هذا البحث نركز بشكل خاص على شركة العالمية للتأمين الصحي والمخاطر التي واجهتها في العقود التأمينية للأعوام 2021-2022 م والتي تم ادارتها لوحظ اثناء عمل التحليلات لعمل الشركة خلال هذه الفترة السابقة التالي :

المخاطر الداخلية :

- عدم وجود مصفوفة صلاحيات للشركة توضح صلاحيات اعداد واعتماد المعاملات الرئيسية والفرعية في الشركة مما يترتب عليه ضعف في الرقابة الداخلية باعتبار وجود تلك المصفوفة تمثل حجر الأساس في النظام الرقابي لاي مؤسسة .
- عدم وجود خطة استراتيجية وتشغيلية للشركة حيث ان الخطة الاستراتيجية أداة فعالة للقيادة والإدارة لتحقيق افضل مستوى من النجاح والنمو ومواجهة التحديات مما يؤدي الى العشوائية في الأداء
- عدم وجود هيكل وتوصيف وظيفي معتمد محدد فيه مهام ومسؤوليات واهداف كل قسم في الشركة مما يؤثر في ازدواج المهام والوظائف وهذا يتعارض مع أسس الرقابة الداخلية واجراءاتها
- عدم وجود سياسات دليل إجراءات مكتوبة تحدد المهام والصلاحيات والاختصاصات كلا بحسب طبيعة عملة ووضعة في الهيكل التنظيمي
- عدم قيام الشركة بإعداد موازنة تقديرية في بداية كل عام بحيث تعكس كافة الأنشطة والعمليات المختلفة داخل الشركة . وعدم وجود تخطيط للاحتياجات النقدية يعرض الشركة الى عجز في التزاماتها المالية وعدم وجود مثل هذه الموازنة لايساعد الشركة في تحقيق اعلى معدل للربح
- عدم وجود اجتماعات او محاضر اجتماعات موثقة مما يترتب عليه زيادة المخاطر التي تؤدي الى الفساد وانخفاض قيمة الشركة وتعرض مصالح المساهمين للخطر
- عدم وجود مصفوفة صلاحيات متكاملة لجميع المعاملات والعمليات المالية والإدارية داخل الشركة
- عدم اثبات العمليات المالية وقت حدوثها أولا بأول مما يؤدي الى اظهار التقارير على غير حقيقتها مما يترتب على ذلك صعوبة في اكتشاف أي تلاعب بأموال الشركة في الوقت المناسب
- عدم وجود سياسة واضحة لتقييم عملاء الشركة الراغبين بالتأمين الصحي او إدارة النفقات وعدم دراسة وتحليل وضع العميل مسبقا قبل اتخاذ قرار الموافقة على قبول العميل او التعاقد معه على تقديم الخدمة مما يترتب عليه التزامات مالية للجهات الطبية وضياع أموال الشركة وتحويل ارصدة العملاء الى ديون معدومة.
- التأخر في تحصيل المديونية من العملاء أدى الى عدم قدرة الشركة على توفير السيولة لمواجهة الالتزامات الامر الذي أدى الى تراكم المديونية لدى الشبكة الطبية (مقدمي الخدمة)

- عدم وجود مخصص لديون مشكوك في تحصيلها أدى الى ظهور ارصدة العملاء على غير حقيقتها في القوائم المالية
- عدم عمل مخالصات مع العملاء او الشبكة الطبية أولاً بأول بشكل دوري مما نتج عنه اختلاف في ارصدة العملاء والشركة ونتج عنه تعثر عملية التحصيل والسداد نتيجة لصعوبة المخالصة بعد مرور فترات طويلة والقبول بمنح خصومات وتحمل مبالغ كخسارة كان ممكن تجنبها.
- عدم ترتيب الأرشف (أرشف مطالبات التأمين الصحي) مما أدى الى ضياع مطالبات وبمبالغ كبيرة وهذا يندرج تحت اطار ضعف الرقابة الداخلية الامر الذي قد يؤدي الى عدم اكتشاف الأخطاء والفوق حال وقوعها وعدم وجود المطالبات للتأكد من إجراءاتها وحساباتها وصعوبة تسوية أي فروقات قد تنشأ مع مقدمي الخدمة.
- عدم التقيد بالإجراءات التأمينية ومنح التسهيلات اثناء المعالجة او عمل الإجراءات الطبية يؤدي الى تجاوز الرقابة الداخلية الذي بدوره يؤدي الى زيادة في مصروفات التعويضات
- القيام بالتعويض النقدي المباشر لمعظم المطالبات دون وجود أي مستندات تؤيد التعويض او صرف تعويضات بصور من إجراءات المعالجة وهذا مخالف للإجراءات التأمينية المتبعة
- عدم وجود عقود اتفاق مع جهات طبية (مقدمي الخدمة) مما يترتب عليه وجود مخاطر تتمثل في عدم وجود مرجعية لإثبات استحقاق الجهة الطبية وفق الشروط والخصومات المحددة في العقد وارتفاع مخاطر ضياع الخصم المكتسب الواجب الحصول عليه من الجهات الطبية.
- وجود قصور في إجراءات اصدار وثائق التأمين مما يزيد من حالات الخطأ
- عدم احتساب مقابل إدارة الخدمة بشكل صحيح أدى الى ظهور ارصدة العملاء والايادات بخلاف مما يجب.
- عدم تسجيل تشخيص الحالة عند ادخال المطالبات في نظام المطالبات الفنية والمالية مما يصعب من إجراءات الرقابة الداخلية وينشئ اختلالات مالية

المخاطر الخارجية :

مخاطر من مقدمي الخدمة الطبية :

- الاحتيال

الاحتيال في التأمين الصحي هو أي فعل يسعى فيه شخص ما إلى الحصول على تعويض غير مستحق من شركة تأمين صحية. يمكن أن يحدث هذا من قبل أي طرف في العلاقة التأمينية، بما في ذلك المؤمن له، أو صاحب العمل، أو شركة التأمين الصحي، أو مقدم الخدمة الصحية.

خطورة الاحتيال في المستشفيات

يشكل الاحتيال في المستشفيات خطرًا على شركات التأمين الصحي، حيث يمكن أن يؤدي إلى خطورة ارتفاع معدلات الاشتراكات وانخفاض الأرباح. كما يمكن أن يؤدي إلى نقص الموارد المالية المتاحة لتوفير الرعاية الصحية للمرضى المستحقين.

أساليب الاحتيال في المستشفيات

تتعدد أساليب الاحتيال في المستشفيات لشركات التأمين الصحي، ومن أبرزها ما يلي:

- **التشخيص الخاطئ أو المبالغة في التشخيص:** قد يقوم مقدم الخدمة الصحية بتشخيص مريض بشكل خاطئ أو المبالغة في التشخيص من أجل الحصول على تعويض أكبر من شركة التأمين.
- **العلاج غير الضروري أو المبالغة في العلاج:** قد يقوم مقدم الخدمة الصحية بإجراء علاج غير ضروري أو المبالغة في العلاج من أجل الحصول على تعويض أكبر من شركة التأمين.
- **الفواتير الزائفة:** قد يقوم مقدم الخدمة الصحية بإصدار فواتير مزيفة أو مبالغ فيها من أجل الحصول على تعويض أكبر من شركة التأمين.
- **الادلاء ببيانات خاطئة أو مضللة:** قد يقوم المؤمن له أو صاحب العمل أو مقدم الخدمة الصحية بإدلاء ببيانات خاطئة أو مضللة من أجل الحصول على تعويض أكبر من شركة التأمين.

- عدم التزام مقدمي الخدمة بقائمة الاستثناءات

- الإصرار على اخذ موافقة طبية لإجراءات غير مغطاة أو مستثناة في الوثيقة التأمينية

- القيام بإجراءات طبية إضافية دون ابلاغ شركة التأمين ورفعها مع المطالبة الطبية وبجدة ان الاجراء الذي تم ضمن إجراءات الحالة المرضية.
- استغلال كود الموافقة بإجراء إجراءات أخرى غير الموافق عليها و تجاوز مبلغ الفاتورة عن مبلغ الموافقة
- عدم الالتزام بمطابقة المريض و حدوث حالات دخول اشخاص غير صاحب البطاقة التأمينية
- اصدار سندات وتقارير طبية يدوية بدلا عن الالكترونية بحسب الاتفاق في العقود
- التساهل في الإبلاغ عن الحالات الطارئة والتي تم ترقيدها ويتم الإبلاغ عنها حال الخروج من المستشفى
- تكرار عمل الإجراءات في نفس اليوم ورفع سندات بها دون ابلاغ شركة التأمين عن سبب التكرار
- عدم الالتزام بقائمة الأسعار المتفق عليها والتي يتم الاتفاق عليها اثناء توقيع العقد.
- رفع اجمالي المطالبات بالكشف الطائي للمطالبات والاكسل المرفق مخالف تماما لإجمالي المطالبات في الفواتير والسندات المرفقة.
- القيام بإجراءات لا تناسب الشكوى الطبية للمريض (فحوصات - اشعه الخ)
- تكرار صرف الادوية والفيتامينات بفترات متقاربة
- القيام بعمل إجراءات بدون طلب طبيب
- صرف ادوية مزمنة لحالات لا تعاني من أي مرض مزمن لغرض تثبيت وصفة تصرف شهريا دون حاجة المريض اليه
- عدم الالتزام بتعبئة كافة بيانات نموذج المعالجة
- عدم الالتزام بأخذ توقيع المستفيد من التأمين مما يشكك من ان العميل قام بالإجراء
- عمل إجراءات تدرج ضمن الإجراءات التجميلية والتي لا تغطيها وثائق التأمين (جلدية - اسنان)
- عدم كتابة التشخيص على الوصفة او نموذج المعالجة في المستشفى
- القيام بعمل الإجراءات الكبرى مباشرة دون المرور بالإجراءات الصغرى (الاشعة - العمليات) مما يضاعف من قيمة الفاتورة مع علم الطبيب ان الحالة المرضية لا تحتاج لكذا اجراء
- القيام بإجراء إجراءات طبية دون اخذ موافقة طبية (فحوصات- اشعه- ادوية ... الخ)

- عدم ارفاق نتائج وتقارير (الفحوصات - الأشعة التشخيصية- الاشعة التلفزيونية - العمليات - القسطرة القلبية الخ) وهذا يترك انطباع لدى شركات التأمين ان الاجراء لم يتم عملة . وتم رفع السند فقط
- تحويل المريض من عيادة لأخرى وبسند معاينة جديد
- اخذ موافقة على عملية والقيام بإجراء أكثر من عملية وتبرير انها ضمن إجراءاتها الروتينية ورفع مطالبة مالية مرتفعة غير المتفق عليها مما يزيد من المخاطر المالية .

استراتيجيات تفادي مخاطر التأمين الصحي

تسعى شركات التأمين الصحي إلى إدارة هذه المخاطر من خلال مجموعة من الإجراءات، مثل:

الاكتتاب الدقيق: تسعى شركات التأمين الصحي إلى الحصول على معلومات دقيقة عن المؤمن عليهم من أجل تقييم المخاطر بشكل صحيح.

إدارة المطالبات الفعالة: تسعى شركات التأمين الصحي إلى معالجة المطالبات بشكل سريع وعادل لتجنب أي خسائر محتملة.

المراقبة الداخلية الفعالة: تسعى شركات التأمين الصحي إلى وضع إجراءات مراقبة داخلية فعالة لمنع الاحتيال ومخاطر الامتثال.

من خلال إدارة المخاطر بشكل فعال، يمكن لشركات التأمين الصحي حماية أنفسهم من الخسائر المالية وضمان استمرارية أعمالهم.

و تعد معالجة الاحتيال في شركات التأمين الصحي أمراً حيوياً للحفاظ على استدامة النظام وتوفير الخدمات للمؤمن عليهم. إليكم بعض الطرق التي يمكن اتخاذها لمكافحة الاحتيال في هذا السياق:

1. تكنولوجيا التحقق الإلكتروني:

- استخدام التكنولوجيا لتحسين عمليات التحقق والتحقق من البيانات.

- تطوير نظم التحقق الإلكتروني والتحقق من هويات المرضى.

2. تحليل البيانات:

- استخدام تحليل البيانات والذكاء الاصطناعي لاكتشاف أنماط غير طبيعية أو انحرافات في المطالبات.

- تقديم تحليلات استناداً إلى البيانات لتحديد الاختلافات غير المبررة.

3. نظام رصد الأداء:

- إنشاء نظام فعال لرصد أداء المستفيدين وتحليل المطالبات.

- تحديد الأماكن الرئيسية للمخاطر وتطوير استراتيجيات مكافحة الاحتيال استناداً إلى البيانات المرصودة.

4. التعاون مع السلطات:

- التعاون مع الجهات الرسمية والهيئات الحكومية لتبادل المعلومات والتحقيق في القضايا المحتملة للاحتيال.

5. التدريب والتوعية:

- تدريب موظفي الشركة والمتعاملين مع المطالبات على كيفية التعرف على علامات الاحتيال والتصدي لها.

- توعية المؤمن عليهم حول أهمية تقديم معلومات صحيحة والإبلاغ عن أي نشاط مشبوه.

6. تحسين عمليات المطالبات:

- تطوير عمليات المطالبات لتكون شفافة وفعالة.

- استخدام تقنيات التحقق المتقدمة للتحقق من المعلومات المقدمة في المطالبات.

7. فحص عيادي:

- إجراء فحوص طبية دورية للحالات الشديدة والمطالبات الكبيرة للتحقق من صحتها.

8. فحص الشبكة الطبية:

- تقييم شبكة مقدمي الخدمات الصحية لضمان أنها تلتزم بالمعايير وتقديم الخدمات بشكل صحيح. حيث ان معظم حالات الاحتيال يشارك فيها مقدمي الخدمة مما يسبب في خسائر مادية لشركات التأمين

وتكامل هذه الإجراءات يمكن أن يساهم في تحسين كفاءة الشركة في التعامل مع التحديات المتعلقة بالاحتيال وضمان تقديم الخدمات الصحية بشكل فعال وعادل للمؤمن عليهم.

وبما ان إدارة المخاطر في شركات التأمين الصحي تهدف إلى تحديد وتقييم المخاطر التي تواجه الشركة واتخاذ إجراءات للتعامل معها بشكل فعال. فإنها تهدف أيضا إلى تحقيق الأهداف التالية:

1. حماية المؤمن عليهم

2. الحفاظ على الربحية.

3. الامتثال للتشريعات والتنظيمات

4. تحسين الكفاءة والكفاءة التشغيلية

5. التحكم في التحديات القانونية والتشريعية.

أدوات الدراسة (أدوات جمع البيانات).

أدوات الدراسة (أدوات جمع البيانات)

اعتمد الباحث في إطار إنجاز هذا البحث الأدوات التالية :

- الأبحاث والمراجع والكتب التي صدرت في هذا المجال
- البحث عن طريق مواقع الانترنت
- اجتماعات العصف الذهني لموظفي شركة العالمية للتأمين الصحي
- مقابلات شخصية مع المختصين في شركة العالمية للتأمين الصحي

مجالات الدراسة (بشري، مكاني، زماني).

مجال الدراسة: شركة العالمية للتأمين الصحي (احدى شركات مجموعة النهدي الطبية – اليمن – صنعاء)
ولغرض تحليل إجراءات إدارة التأمين الصحي والمخاطر التي تعرضت لها للأعوام 2021- 2022 م وتطبيق استراتيجيات إدارة المخاطر لزيادة الكفاءة والربحية
وتم اختيار هذه الفترة لما لها من أهمية في تقييم مسار الشركة حيث كانت فترة التأسيس 2019 وبدأت الشركة بتجهيز شبكة طبية لها في محافظات الجمهورية اليمنية المختلفة وفي هذه المرحلة فترة الاستقرار السياسي والاقتصادي في اليمن خاصة في المحافظات الشمالية وبما ان شركات التأمين الصحي تسعى الى تقديم الخدمات لمشركي التأمين وتحقيق الربحية

الفصل الرابع

الملخص: Summary

ان تطبيق استراتيجيات إدارة المخاطر (تجنب - نقل - تقليل - تحمل - استراتيجيات مختلطة) يساهم في حدوث تغييرات في نشاط الشركة من حيث القدرة على التعامل مع كافة مخاطر التأمين الصحي ووضع خطط طوارئ وتطوير القدرة على التعامل مع المخاطر المحتملة

التوصيات:

- تساعد تطبيق استراتيجيات إدارة المخاطر في شركة العالمية للتأمين الصحي في :
 - الاستعداد لما هو غير متوقع الحدوث وخلق بيئة عمل آمنة
 - وضع الإجراءات الاستباقية للتقليل من المخاطر والتكاليف الإضافية قبل حدوثها
 - وجود خطة قوية لإدارة المخاطر تساعد على وضع إجراءات لتجنب التهديدات المحتملة وتقليل تأثيرها الى ادنى حد ممكن وحماية مصالح جميع الأطراف المعنية والأصول من الضرر المحتمل ويقلل من المسؤولية القانونية
 - توفير الحماية من الاحداث التي قد تضر بالشركة وتزيد من استقرار العمليات الفنية والإدارية والمالية داخل الشركة
- يجب ان تكون إدارة المخاطر متوافقة مع بيئة الشركة وطبيعة عملها وجزء من منظومة اتخاذ القرار وان تتسم بالشفافية والشمولية والاستجابة والمسؤولية وذلك لتحسين اتخاذ القرار وتقليل التكاليف (الحد من الخسائر المالية المحتملة) وزيادة الفعالية وتحسين جودة المنتجات والخدمات .

المراجع والمصادر:

- الشركة العالمية للتأمين - كتاب الملاحظات عن السنوات المالية 2020-2022 - شركة جلال الغزالي وشريكة
- شويرب الحاج ، بلواضح محمد - ادارة مخاطر في شركات التأمين دراسة حالة الشركة الجزائرية للتأمينات CAAT وكالة المسيلة - جامعة محمد بوضياف - المسيلة - أطروحة ماجستير - 2019
- نورة بلجودي - إستراتيجية إدارة المخاطر في شركات التأمين -جامعة محمد بوضياف - أطروحة ماجستير 2015
- فاطمة الزهراء حملة - دور التسيير الاستراتيجي لمخاطر التأمين في تحسين أداء شركات التأمين - أطروحة دكتوراه - 2015
- اميرة زيري - دور إدارة المخاطر في تحسين أداء شركات التأمين - جامعة محمد بوضياف - 2022
- طارق نبيل محمد الدسوقي - إدارة المخاطر والأزمات - جامعة القاهرة -كلية التجارة - مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع - 2019
- هارون نصر - التأمين في مواجهة الخطر - دار امجد للنشر والتوزيع - 2014

Midocean University

College of Management

Department of Risk Management



Title in English

**Analysis of health insurance risk and design strategies management
to improve efficiency and profitability**

(Global Health Insurance)

Prepared by:

Osama Ahmed Mohammed Aqlan

Supervised by:

Year:2023