

Fraud Detection in Supplementary Health Insurance and Ways to Compete

Sajad Ramandi¹, Leili Niakan^{2*}, Saeedeh Rajaei Harandi³, Hadi Asheghi⁴

¹Department of Health Economics, School of Management and Medical Information, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

²Insurance Research Center, Tehran, Iran

³Faculty of Social and Economic Sciences, Alzahra University, Tehran, Iran

⁴Department of Health Economics, School of Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

*Corresponding Author: Leili Niakan, Assistant Professor, PhD in Economics, Insurance Research Institute, Tehran, Iran.
Email: niakan@irc.ac.ir

Received: March 14, 2020

Revised: August 27, 2020

Accepted: September 26, 2020

Online Published: November 25, 2020

Abstract

Introduction: Fraud has direct and indirect effects on insurers and insured. Due to the nature of the insurance industry, the decisions of managers and officials will not achieve the desired result without conducting sufficient research. Therefore, this research has studied and investigated fraud in complementary health insurance and ways to deal with it through a practical approach.

Methods: In this regard, by comparative study of successful experiences of leading countries in the fight against fraud in the field of complementary health insurance and also interviews with experts in this field, processes, underlying factors and effects of fraud in complementary health insurance, obstacles and challenges in these processes was identified. Finally solutions were provided to prevent and control this phenomenon. The interviews were uploaded in text format to MAXQDA software and then analyzed.

Results: In total, 34 factors that cause fraud in the complementary health insurance industry have been identified and divided into six groups of “Rules and Regulations”, “Process Solutions”, “Technology Solutions”, and “Solutions related to institutions and organizations, “Educational Strategies” and “Cultural Strategies”. Findings showed that among the underlying factors of fraud, the most influential factor was “inefficiency of central insurance of Iran” and “ignoring the phenomenon of insurance fraud.”

Conclusion: If insurance companies design and launch comprehensive and integrated systems, it will be possible to prevent a high level of fraud.

Keywords: Supplementary Health Insurance, Fraud, Text Mining

Citation:

Ramandi S, Niakan L, Rajaei Harandi S, Asheghi H. Fraud detection in supplementary health insurance and ways to compete. Iran J Health Insur. 2020;3(3): 178-87.

بررسی تقلب در بیمه‌های درمان تکمیلی و راه‌های مقابله با آن

سجاد رامندی^۱، لیلی نیاکان^{۲*}، سعیده رجائی هرندی^۳، هادی عاشقی^۴

^۱ گروه اقتصاد سلامت، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

^۲ پژوهشکده بیمه، تهران، ایران

^۳ دانشکده علوم اجتماعی و اقتصادی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران

^۴ گروه اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: لیلی نیاکان، استادیار، دکترای اقتصاد، پژوهشکده بیمه، تهران، ایران. پست الکترونیک: niakan@irc.ac.ir

تاریخ انتشار آنلاین: ۱۳۹۹/۰۹/۰۵

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۷/۰۶

تاریخ تصحیح: ۱۳۹۹/۰۶/۰۶

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۱۲/۲۴

بیمه

مقدمه: تقلب، آثار مستقیم و غیرمستقیمی بر بیمه‌گران و بیمه‌گذاران دارد. با توجه به ذات و ماهیت صنعت بیمه، تصمیم‌های مدیران و مسئولان بدون انجام بررسی و پژوهش کافی به نتیجه مطلوب نخواهد رسید. بنابراین، این پژوهش به مطالعه و بررسی تقلب در بیمه‌های درمان تکمیلی و راه‌های مقابله با آن با رویکرد کاربردی پرداخته است.

روش بررسی: با مطالعه تطبیقی تجربیات موفق کشورهای پیشرو در زمینه مبارزه با تقلب در رشته بیمه درمان تکمیلی و همچنین مصاحبه با خبرگان حوزه، فرایندها، عوامل زمینه‌ساز و آثار تقلب در بیمه درمان تکمیلی، موانع و چالش‌های موجود در فرایندهای مذکور شناسایی و در نهایت، به ارائه راهکارهای پیشگیری و کنترل این پدیده پرداخته شد. مصاحبه‌ها در قالب متن در نرم‌افزار MAXQDA بارگذاری و سپس به متن کاوی پرداخته شد.

یافته‌ها: در مجموع، ۳۴ عامل که زمینه بروز تقلب در صنعت بیمه درمان تکمیلی را ایجاد می‌کنند، شناسایی و در ۶ گروه راهکارهای مربوط به قوانین و مقررات، راهکارهای مربوط به فرایندها، راهکارهای مربوط به تکنولوژی، راهکارهای مربوط به نهادها و سازمان‌های مرتبط، راهکارهای آموزشی و راهکارهای فرهنگی دسته‌بندی شدند. یافته‌های پژوهش نشان دادند از بین عوامل زمینه‌ساز تقلب بیشترین عامل تأثیرگذار مربوط به ناکارایی نهاد ناظر و چشم‌پوشی از پدیده تقلب در بیمه بود.

نتیجه‌گیری: در صورتی که شرکت‌های بیمه اقدام به طراحی و راه‌اندازی سامانه‌ای جامع و یکپارچه کنند، امکان جلوگیری از میزان بالایی از تقلب‌ها فراهم خواهد شد.

واژگان کلیدی: بیمه درمان تکمیلی، تقلب، متن کاوی

مقدمه

حجم بالایی از هزینه‌ها که بر شرکت‌های بیمه تحمیل می‌کند به یکی از موضوع‌ها و دغدغه‌های اصلی شرکت‌های بیمه تبدیل شده است؛ به‌ویژه در عصر حاضر که پیشرفت فناوری باعث ایجاد راه‌ها و ابزارهای پیچیده‌تر، برای انجام تقلب‌های شده است [۱].

تقلب‌های بیمه‌ای در بخش اموال و حوادث در آمریکا سالانه حدود ۳۰ میلیارد دلار و در انگلیس، یک میلیارد پوند به شرکت‌های بیمه زیان وارد می‌کند. تقلب بیمه‌ای برخلاف سایر جرائم بین تمامی گروه‌های قومی، سطوح درآمدی مختلف، سطوح تحصیلی گوناگون و تمامی مناطق جغرافیایی وجود دارد [۴]. با توجه به اینکه تقلب، هزینه‌های شرکت‌های بیمه را افزایش و درآمدهای آنها را کاهش می‌دهد و از طرف دیگر، سبب افزایش حق بیمه می‌شود، در نتیجه باعث تحلیل رفتن سیستم و افت

امروزه تقلب به یکی از بزرگ‌ترین مشکلات صنعت بیمه تبدیل شده است. تقلب متشکل از محدوده وسیعی از فعالیت‌های نامشروع و اقدام‌های غیرقانونی شامل فریب عمدی یا ارائه اطلاعات نادرست از روی عمد و افشانشدن اطلاعات است [۱]. تقلب‌های بیمه‌ای عبارتند از اعلام عمدی خسارت‌های جعلی، اعلام خسارت بیش از مقدار واقعی یا هر روش دیگر برای به‌دست آوردن مبلغی بیش از آنچه بیمه‌گذار قانوناً مستحق دریافت آن است [۲]. این نوع از کلاهبرداری‌ها را می‌توان برحسب معیارهای متفاوت به انواع مختلفی تقسیم کرد. برای مثال کلاهبرداری ممکن است برنامه‌ریزی شده، فرصت‌طلبانه یا ناشی از ادعای شخص بیمه‌شده یا شخص ثالث باشد [۳]. تقلب بیمه‌ای، مسئله جهانی است و به دلیل

باورهای نادرست مردم، تبلیغات، نظارت ناکافی، رایج نبودن راهنماهای بالینی، ضعف در سیستم آموزشی و نادیده گرفتن اخلاق پزشکی بر بروز مخاطرات اخلاقی و استفاده بیش از حد از خدمات بهداشتی و درمانی مؤثر است. در پژوهش اُوسو اُوار و همکاران [۹] نیز به بررسی چگونگی استفاده از فناوری بیومتریک برای مقابله با تقلب در بیمه درمانی ملی در کشور غنا پرداخته شده است. نتایج این پژوهش نشان داد با استفاده از راه حل سیستم‌های یکپارچه اجتماعی و فنی شامل ثبت نام آنلاین بیومتریک اعضا و تأیید صحت هنگام ارائه خدمات درمانی، استفاده از فناوری‌های مکمل مانند بیمه‌نامه الکترونیکی و سیاست‌های عملیاتی مانند استفاده از پزشکان در بررسی ادعاهای ارائه‌دهندگان خدمات، می‌توان کلاهبرداری در بیمه درمانی را کاهش داد.

اکثر پژوهش‌های انجام شده در این زمینه با استفاده از روش‌های مختلف داده‌کاوی [۱۰-۱۲]، روش بیزین [۱۳-۱۴]، تحلیل شبکه‌های اجتماعی [۱۵] و الگوریتم‌های خوشه‌بندی و طبقه‌بندی [۱۶] به شناسایی تقلب بیمه پرداخته‌اند، اما هیچ کدام راهکاری برای مقابله با آن ارائه نکرده‌اند. علاوه بر این، در ایران هنوز به این مسئله به‌عنوان یک دغدغه توجه نشده است. بر همین اساس، این سؤال مطرح می‌شوند که عوامل زمینه‌ساز تقلب در بیمه‌های درمان تکمیلی کدامند؟ پیامدهای تقلب در بیمه‌های درمان تکمیلی چه هستند؟ مصادیق تقلب در بیمه‌های درمان تکمیلی کدامند؟ راهکارهای جلوگیری از تقلب در بیمه‌های درمان تکمیلی کدامند؟ با توجه به اینکه در ایران، بیمه خدمات درمانی نقش قابل توجهی در تأمین هزینه‌های درمان افراد برعهده دارد و نظر به اینکه به دلیل در دسترس نبودن اطلاعات کامل از تابع توزیع احتمال خطر، مخاطره اخلاقی رخ می‌دهد و این پدیده به شکست یا ناتوانی بازار بیمه درمان منجر می‌شود. بدین ترتیب این پژوهش به بررسی تحقیق‌های انجام شده در این زمینه و همچنین نظر ارزیابان خسارت درمان کشور در خصوص تقلب، تخلف بیمه‌های درمان تکمیلی و راه‌های مقابله با آن با رویکرد کاربردی می‌پردازد.

روش بررسی

با توجه به بدیع بودن موضوع تقلب و ماهیت و سرشت آن، این پژوهش به صورت کیفی انجام شده است. پس از مطالعه و بررسی پیشینه پژوهش، با استفاده از مصاحبه نیمه ساختاریافته و با رویکرد گلوله برفی، نظر کارشناسان در حوزه درمان ایران درباره تقلب بیمه‌های تکمیلی، دریافت و بررسی شد. پژوهش در صنعت بیمه سلامت در کشور در بازه زمانی ۱۳۹۸ تا ۱۳۹۹ انجام شده است. برای رسیدن به اهداف پژوهش، با تعدادی از صاحب نظران و متخصصان حوزه بیمه‌ای مصاحبه شده

عملکرد در سازمان‌ها می‌شود. چنانچه شرکت‌های بیمه منابع و انرژی بیشتری را روی این مسئله متمرکز کنند، پس اندازه‌های بالقوه قابل توجهی به دست خواهد آمد. همچنین شرکت‌ها می‌توانند از محل این پس‌اندازها برای سرمایه‌گذاری بیشتر استفاده کنند و نقش مؤثرتری در اقتصاد ملی ایفا کنند که این روند، برای شرکت‌های بیمه افزایش سود در پی خواهد داشت. بنابراین کاهش نرخ حق بیمه‌ها از آثار غیرمستقیم کشف تقلب خواهد بود [۵]. یکی از اقدام‌های مهم در صنعت بیمه تصمیم‌گیری در مورد نحوه برخورد با ریسک‌هاست [۶]، بنابراین کشف تقلب برای پیشگیری و جلوگیری از پیامدهای نابودکننده تقلب‌های مالی، حیاتی و ضروری به نظر می‌رسد و این در حالی است که رویکردهای سنتی برای شناسایی تقلب، ناکافی هستند. تحقیق‌های اخیر نشان داده است که بررسی ادعاهای مشکوک به تقلب، باعث کاهش پرداخت به ادعاهای دروغین تا حدود ۱۸ درصد می‌شود که از یک سو، صرفه‌جویی منابع شرکت را به دنبال دارد و از سوی دیگر، تأثیر مستقیم بر سودآوری شرکت می‌گذارد [۵]. بر همین اساس هم شرکت‌های بیمه در بخش عملی و کاربردی و هم پژوهشگران در بخش‌های نظری، به دنبال راه‌های جدیدتر و دقیق‌تر برای کشف و پیشگیری از بروز تقلب‌های هستند. برای مثال، نتایج مطالعه آکومایی فریمپنگ و همکاران [۷] در غنا نشان داده است که عواملی همچون نظارت و کنترل‌های داخلی ضعیف، پاداش ضعیف کارمندان، دست بردن در اسناد، آموزش‌های ناکافی و اقدام‌های عمدی برای کسب سود و منفعت از قراردادهای بیمه، زمینه‌ساز تقلب در صنعت بیمه هستند. پژوهش نیکولامورلی و همکاران [۱] به بررسی موفقیت و شکست در تشخیص تقلب بیمه خدمات درمانی پرداخته است. نتایج این پژوهش نشان داد که تمرکز روی شیوه‌های کشف تقلب می‌تواند رویکردهای قانونی و پایگاه داده در تشخیص کلاهبرداری بالقوه بیمه‌نامه‌ها را تکمیل و تقویت کند. علاوه بر این، نتایج نشان دادند که ۳ عامل آثار سازمانی، نقش افراد و ملاحظات فناورانه مبتنی بر سطوح فردی و سازمانی فعالیت‌های شرکت بر توانایی شرکت در تشخیص تقلب، مؤثر هستند.

کیوان آرا و همکاران [۷] در مطالعه خود در خصوص نقش بیمه‌های تکمیلی نشان دادند که عواملی چون غیر تخصصی بودن بیمه‌ها، رویکرد تجاری آنها، ورود بیمه‌های تکمیلی به پوشش خدمات تشخیصی گران قیمت، دولتی بودن بیمه تکمیلی، افزایش مراجعه بیماران با حضور بیمه‌های تکمیلی، فقدان نظارت دقیق، نظارت بیمه‌ها محدود به خدمات تحت تعهد به صورت کمی، نظارت بعد از عمل در بیمه‌ها، نبود نظارت قوی بر نسخه‌ها و خدمات بستری و سرپایی در بیمه، نبود امکان نظارت بر صحت دستورات پزشک در بیمه، پیچیده بودن پزشکی، متقارن نبودن اطلاعات بین ارائه‌دهنده و دریافت‌کننده خدمت، عدم قطعیت بالینی،

مضامین اصلی و زیر مضمون‌ها بازخوانی و سپس مضامین اصلی با معنای مشابه با یکدیگر دسته‌بندی شدند و طبقات تشکیل شد. کدبندی و تعیین طبقات توسط محققان انجام و سپس مضامین تعیین شده توسط محققان با یکدیگر مقایسه شد. برای اعتباربخشی نتایج، مصاحبه‌ها مکرر خوانده و از نظرات همکاران به‌طور مرتب استفاده شد. همچنین برای افزایش پایایی آن از نظارت خارجی نیز استفاده شد؛ بدین صورت که بخشی از داده‌ها به محقق‌هایی که ارتباطی با مطالعه نداشتند و به منزله ناظر خارجی بود، ارائه شد تا مشخص شود آیا او نیز درک مشابهی از داده‌ها دارد یا خیر. طول هر مصاحبه بسته به شرایط شرکت‌کنندگان از ۳۰ تا ۶۰ دقیقه متغیر بود. مصاحبه با کارشناسان خبره بیمه‌های درمان تکمیلی، ارزیابان خسارت و مدیران، اشخاص بیمه‌های درمان تکمیلی و شرکت‌های تجهیزات درمانی انجام شد. با توجه به نظر این کارشناسان، تقلب را در ۴ زمینه تأثیر تقلب بیمه‌های درمان تکمیلی بر صنعت بیمه، عوامل زمینه‌ساز تقلب، مصادیق تقلب و راهکارهایی برای ساختار کنترل تقلب می‌توان بررسی کرد. علاوه بر این، مصادیق تقلب را می‌توان به ۴ فرایند صدور، خسارت، ارزیابان خسارت و ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی و درمانی تقسیم‌بندی کرد. در مجموع در این مطالعه، ۳۴ عامل که زمینه بروز تقلب در صنعت بیمه درمان تکمیلی را ایجاد می‌کنند، شناسایی و در دسته‌بندی موضوعی مناسب به شرح جدول ۱ ارائه شد.

از بین عوامل زمینه‌ساز تقلب با توجه به نظر خبرگان، بیشترین عامل تأثیرگذار «ناکارایی نهاد ناظر» و «چشم‌پوشی از پدیده تقلب در بیمه» بیان شد. به‌طور کلی مصادیق تقلب در ۴ فرایند صدور، خسارت، ارزیابان خسارت و ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی و درمانی قابل تقسیم‌بندی است که در جدول ۲ آورده شده‌اند. براساس نظر خبرگان جعل سند، تجویز خدمات غیرضروری و فرهنگ غلط، بیشترین مصادیق تقلب بودند. بررسی‌ها نشان می‌دهند با وجود پیشرفت‌های فراوان در شناسایی تقلب‌ها، هزینه‌های ایجادشده برای شرکت‌های بیمه خسارت زیادی را به آنها تحمیل می‌کند. تقلب می‌تواند پیامدهای دیگری در بیمه‌های درمان تکمیلی داشته باشد که در جدول ۳ بیان شده است.

بررسی‌ها نشان می‌دهد از نظر خبرگان صنعت بیمه درمان تکمیلی، مهم‌ترین پیامد تقلب بر صنعت بیمه، غیرواقعی بودن ۲۰ تا ۳۰ درصد خسارت‌هاست. درخصوص راهکارهای جلوگیری از تقلب در بیمه‌های درمان، ۶ طبقه‌بندی راهکارهای مربوط به قوانین و مقررات، راهکارهای مربوط به فرایندها، راهکارهای مربوط به تکنولوژی، راهکارهای مربوط به نهادها و سازمان‌های مرتبط، راهکارهای آموزشی و راهکارهای فرهنگی ارائه شده و راهکارهای هر حوزه به تفکیک طبقات موضوعی در جدول ۴ ارائه شده است.

است. با توجه به هدف موردنظر که کسب اطلاعات عمیق درخصوص موضوع مورد مطالعه است، از مصاحبه نیمه‌ساختاریافته برای ایجاد زمینه‌ای قوی در ماهیت معانی استفاده شد. تمامی مصاحبه‌ها به‌صورت غیررسمی و حضوری به‌وسیله پژوهشگران مطالعه، انجام شد. برای انجام مصاحبه ضمن هماهنگی با مصاحبه‌شوندگان برای ثبت اطلاعات، علاوه بر یادداشت‌برداری کتبی، از ضبط صدا با کسب اجازه از مصاحبه‌شوندگان استفاده شد. گردآوری داده‌ها با استفاده از پرسش‌های نیمه‌ساختاریافته توسط پژوهشگران انجام شد. به‌دلیل سختی جمع‌آوری مشارکت‌کنندگان از راه‌های رایج، نیاز بود از مشارکت‌کنندگان در مصاحبه‌های اولیه درخواست شود افراد همسان خود در سایر سازمان‌های مشابه را معرفی کنند. بنابراین در انتخاب نمونه، رویکرد گلوله برفی نیز استفاده شده است. ابتدا حجم نمونه ۳۵ نفر در نظر گرفته شد و مصاحبه با خبرگان زن و مرد شاغل در شرکت‌های بیمه‌های درمان در پست‌های مدیریت و کارشناس انجام شد و تا زمان اشباع داده‌ها و دست نیافتن به داده‌های جدید، با ۲۰ نفر مصاحبه انجام شد. پس از جمع‌آوری داده‌های اولیه، از تحلیل محتوایی برای تحلیل داده‌ها استفاده شد. روایی و پایایی مطالعه حاضر با مراجعه به شرکت‌کنندگان و به تأیید رساندن بیانیتهای حاصل، محقق شد. در این پژوهش ابتدا با کارشناسان و خبرگان بیمه درمان تکمیلی مصاحبه انجام شد، سپس مصاحبه‌ها در قالب متن در نرم‌افزار MAXQDA بارگذاری و سپس به تجزیه و تحلیل و متن‌کاوی پرداخته شد. یکی از دلایل انتخاب MAXQDA بی‌نیازی به کدگذاری دستی است [۱۷].

یافته‌ها

در این پژوهش سعی شد ضمن برقراری ارتباط و تعامل مؤثر با شرکت‌کنندگان و هدایت آنها به موضوع مورد نظر، اطلاعات غنی درمورد تجارب و نظرهای آنها درباره اهداف پژوهش کسب شود. همچنین هنگام مصاحبه‌ها، یادداشت‌برداری شد تا در زمان برگزاری و پایان هر مصاحبه با بیان مجدد و بازگرداندن نکات برجسته یا خلاصه‌ای از پاسخ‌های مشارکت‌کنندگان، درستی و صحت داده‌ها به تأیید برسد. با توجه به اینکه ثبت فوری داده‌ها در پژوهش کیفی لازمه کار محققان است، متن مصاحبه‌ها پس از چندین بار گوش کردن به‌صورت کلمه به کلمه دست‌نویس شد تا تجزیه و تحلیل شوند. تحلیل داده‌ها از زمان مصاحبه اول و به موازات انجام مصاحبه‌ها شروع شد (تحلیل هم‌زمان). ابتدا کدگذاری سطح اول انجام شد، به این صورت که جملاتی که پاسخ سؤالات مطرح شده در مصاحبه بودند مشخص شدند. سپس به مفاهیم اصلی در این جملات، یک مضمون داده شد. با مقایسه مضامین با یکدیگر، فهرستی از مضامین اصلی و زیر مضمون‌ها به‌دست آمد. در کدگذاری سطح دوم،

جدول ۱ | عوامل زمینه‌ساز تقلب در بیمه‌های درمان تکمیلی

ردیف	دسته‌بندی	عوامل زمینه‌ساز
۱	عوامل مربوط به فرایند	افزایش روزافزون حق بیمه‌ها و در نتیجه، تشویق افراد به ایجاد هزینه‌های اضافی
		پیشگیری نکردن از وقوع تقلب و کنترل و مبارزه پس از وقوع
		حذف ارزیابی‌های اولیه سلامت
		تأخیر شرکت‌های بیمه در پرداخت مطالبات شرکت‌های تجهیزات پزشکی
		فقدان فرایند ساختاریافته برای برخورد با متقلب و کنترل تقلب
		مبلغ بالای اسناد تجهیزات پزشکی
		تنوع بالای کالاهای تجهیزات پزشکی
۲	عوامل مربوط به نهادها و سازمان‌های مرتبط	سهولت در ارائه مجوز پرداخت خسارت توسط نهاد ناظر
		تدوین نشدن آیین‌نامه با جزئیات کامل درخصوص تقلب‌های توسط نهاد ناظر
		فقدان استانداردهای مرتبط با برون‌سپاری ارزیابی خسارت
		ورود نکردن نهاد ناظر در مقوله تقلب و کارایی نامناسب این نهاد
		از بین رفتن فضای اعتماد بین شرکت‌های بیمه و مراکز درمانی
		فقدان نهادهای ناظر و کارا نبودن سیستم نظارتی موجود
		همکاری نامناسب بیمه‌ها با نهاد ناظر
۳	عوامل مربوط به قوانین و مقررات	قراردادهای بدون سقف
		بیمه‌های بدون سقف
		وجود چندین نرخ در صنعت بیمه
		فقدان دستورالعمل‌های مرتبط از نهاد ناظر
		روابط پشت پرده
		فقدان قوانین و مکانیزم‌های برخورد متناسب با تقلب
		کارا نبودن نرم‌افزارهای موجود در صنعت بیمه
۴	عوامل مربوط به تکنولوژی	غیرسیستمی بودن فرایند بررسی پرونده‌ها
		فقدان سایت یا پایگاه داده‌ای در موضوع تقلب
۵	عوامل آموزشی	وجود نداشتن دوره‌های آموزشی منسجم
		به‌روز نبودن کارشناس ارزیاب خسارت تجهیزات پزشکی
۶	عوامل فرهنگی	نگرش و ذات افراد
		باور و اعتقاد به موضوع تقلب، همراه همیشگی بیمه
		دیدگاه مدیران به موضوع تقلب
		ایجاد هزینه‌های غیرضروری به دلیل فرهنگ ذهنی نادرست هزینه‌تراشی برای بیمه
		چشم‌پوشی از تقلب‌ها برای حفظ مشتری
		نرخ‌شکنی شرکت‌های بیمه برای حفظ مشتری
		فقدان پژوهش در حوزه تخلف و تقلب در ایران
۷	عوامل مربوط به مشتریان	وضعیت اقتصادی نامطلوب افراد بیمه‌شده
		ناآگاهی افراد بیمه‌شده از انجام تقلب

جدول ۲ | مصادیق تقلب بر بیمه‌های درمان تکمیلی

مصادیق تقلب	فرایند
<ul style="list-style-type: none"> - عضو نبودن افراد در سازمان بیمه‌گذار - دست‌کاری تاریخ عضویت فرد در سازمان بیمه‌گذار برای حذف محدودیت دوره انتظار - ثبت بیمه‌گذار با کد اختصاری دیگر 	<p>صدور، الحاقیه</p>
<ul style="list-style-type: none"> - جعل سربرگ پزشک - عمل تلافی‌جویانه - منفعت مالی - جعل سند - ساخت مهر به اسم افراد مختلف - فرهنگ غلط - کپی کردن چندین باره یک سرفصل هزینه - تکرار اسناد تکراری با رقم بالا - عضویت در ۲ بیمه تکمیلی 	<p>خسارت</p>
<ul style="list-style-type: none"> - رسیدگی توسط کارشناس غیرمرتبط - رسیدگی از روی اجبار شغلی 	<p>ارزیابان خسارت</p>
<ul style="list-style-type: none"> - تجویز خدمات غیرضروری - استفاده از لیبل‌های تجهیزات به جای یکدیگر - دریافت نشدن ویزیت تعیین شده - سندسازی - منفعت مالی - برون‌سپاری فعالیت داروخانه - ارائه نشدن دارو از داروخانه به صورت کامل - استفاده از جنس نامرغوب و درخواست کد جنس مرغوب - ارائه نشدن برگ دفترچه به داروخانه - ارائه داروهای گران قیمت 	<p>ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی و درمانی</p>

جدول ۳ | تأثیر تقلب بر بیمه‌های درمان تکمیلی

پیامد	دسته‌بندی	ردیف
غیرواقعی بودن حدود ۲۰ تا ۳۰ درصد خسارات	آثار مالی	۱
کسری بودجه		
افزایش حق بیمه		
کاهش درآمد و سودآوری شرکت‌های بیمه		
بار مالی ناشی از کشف اسناد جعلی		
افزایش ضریب خسارت شرکت‌های بیمه		
محدود شدن ارائه خدمات	اثر خدماتی	۲
فقدان رشد، توسعه و نوآوری		
از بین رفتن اعتماد و فضای شفاف در صنعت بیمه	اثر روانی	۳
کاهش رضایت‌مندی جامعه هدف		

جدول ۴ | راهکارهایی برای کنترل تقلب در بیمه‌های درمان تکمیلی

ردیف	دسته‌بندی	راهکار
۱	راهکارهای مربوط به قوانین و مقررات	اجرای کردن طرح‌های تنبیهی و تشویقی پزشکان و داروخانه‌ها در خصوص تقلب‌های جرمی شدن نمایندگان و کارگزاری‌های بیمه، در صورت انجام تقلب
		تنظیم احکام حقوقی سخت‌گیرانه برای متقلبان
۲	راهکارهای مربوط به فرایند	نظارت مراکز درمانی و افراد بیمه‌شده توسط ناظران شرکت بیمه
		استفاده نکردن از توزیع‌کننده تجهیزات پزشکی، به خصوص در شهر تهران
		تدوین آیین‌نامه جامع و کامل در زمینه تجهیزات پزشکی
		کسر مالیات از صورت حساب پزشک و مراکز تشخیصی و درمانی به ازای صدور هر سند
		جذب نیروی متخصص برای بررسی پرونده‌های با هزینه بالای تجهیزات پزشکی
		عقد قرارداد با شرکت‌های تجهیزات پزشکی تک‌برندی
		استفاده هم‌زمان از چندین روش کشف تقلب و مقایسه خروجی روش‌ها
		فیلتر برگه‌های دفترچه براساس شماره صفحه یا سریال دفترچه
		تدوین شیوه‌نامه رسیدگی به اسناد توسط کارشناسان مجرب بیمه
		انجام امور نظارت و بعد فنی و اجرا و پرداخت در یک مجموعه منسجم
۳	راهکارهای مربوط به تکنولوژی	چک کردن مهر، تاریخ، امضا و سربرگ قبوض مراکز فیزیوتراپی
		کنترل فرایندها و صدور دستورالعمل برخورد با متقلبان توسط نهاد ناظر
		استفاده از شیوه‌نامه‌های بالینی
		راه‌اندازی سامانه یکپارچه و جامع به منظور ثبت اطلاعات، تعیین سقف خدمات، تشکیل پرونده الکترونیک و...
۴	راهکارهای مربوط به نهادها و سازمان‌های مرتبط	دسترسی بیمه‌ها به سیستم HIS بیمارستان‌ها
		طراحی نرم‌افزار جامع با مشارکت کارشناس تقلب‌های بیمه
		راه‌اندازی سایت جامع به منظور بارگذاری بخش‌نامه‌ها و ابلاغیه‌ها
		صدور معرفی‌نامه بیماران به صورت سیستماتیک
		تعیین نرخ ثابت برای همه شرکت‌های بیمه
		تشکیل کمیته‌ای متشکل از جراحان و شرکت‌های بیمه و شرکت‌های تجهیزات پزشکی توسط نهاد ناظر برای تعیین تعرفه اعمال جراحی و تجهیزات مرتبط با آن
		استعلام پرونده‌ها از مراکز درمانی در صورت بالا بودن تعداد قبض‌ها
		کاهش میزان اختلاف قیمت بین بیمارستان‌های خصوصی و دولتی
		تعیین تعرفه دندان پزشکی از سوی وزارت بهداشت
		تعیین سهمیه تعداد قرارداد شرکت‌ها توسط نهاد ناظر
۵	راهکارهای آموزشی	تعامل بین بیمه‌های پایه و تکمیلی
		تعیین نرخ واحد خدمات توسط نهاد ناظر
		استعلام گرفتن هویت مراجع درمانی و پزشکان از سامانه نظام پزشکی
		برون‌سپاری ارزیابی خسارت
		نظارت بر برون‌سپاری
		ارتباط سازمان‌های بیمه با یکدیگر و داشتن قوانین یکسان
		تشکیل دایره شناسایی تقلب‌های توسط ناظر
		برخورد سندیکا با مراکز درمانی متقلب
		یکسان‌سازی پروتکل‌های پرداخت شرکت‌های بیمه توسط ناظر
		افزایش تعامل ناظر با شرکت‌های بیمه
۶	راهکارهای فرهنگی	آموزش کارشناسان بیمه در خصوص چگونگی کشف تقلب‌های
		جذب نیروهای متخصص
		چشم‌پوشی نکردن از تقلب‌ها
		ارتقای سطح فرهنگ بیمه‌شدگان و آگاه‌سازی

بحث

به‌طور سنتی، شرکت‌های بیمه از بازرسی‌های انسانی و قوانین ابتکاری برای کشف تقلب استفاده می‌کنند. با افزایش اندازه پایگاه داده‌ها، رویکردهای سنتی بخش بزرگی از تقلب‌ها را به ۲ دلیل اصلی از دست می‌دهند؛ اول اینکه تشخیص همه تقلب‌ها در مراقبت‌های بهداشتی با بازرسی دستی روی پایگاه‌های داده بزرگ، غیرممکن است و دوم، انواع جدید تقلب در مراقبت‌های بهداشتی به‌طور مداوم ظاهر می‌شود. بنابراین این پژوهش با استفاده از متن‌کاوی به مطالعه و بررسی این پدیده برای ارائه راهکارها و استراتژی‌های مدیریت تقلب پرداخته است.

نتایج پژوهش نشان داد که عوامل مربوط به فرایند، عوامل مربوط به نهادها و سازمان‌های مرتبط، عوامل مربوط به قوانین و مقررات، عوامل مربوط به تکنولوژی، عوامل آموزشی، عوامل فرهنگی و عوامل مربوط به مشتریان از جمله عوامل زمینه‌ساز تقلب هستند که با نتایج پژوهش‌های [۱] و [۷] مطابق بود. عوامل زمینه‌ساز تقلب در صنعت بیمه خاستگاه‌های متفاوتی دارند و شناسایی و تقسیم‌بندی آنها به سهولت در یافتن راهکارهای کنترل تقلب‌های منجر می‌شود. از عوامل مهم زمینه‌ساز می‌توان به فرهنگ اشاره کرد. چشم‌پوشی از تقلب‌های برای حفظ مشتری نیز می‌تواند از جمله عوامل فرهنگی زمینه‌ساز تقلب‌های باشد. فقدان آموزش نیز عامل مؤثر دیگری در بروز تقلب است. عامل مهم دیگر، عملکرد سازمان‌های مرتبط با بیمه است؛ به‌طور مثال نهاد ناظر آیین‌نامه‌ای درباره تقلب‌های تدوین نکرده است.

مصادیق تقلب در صنعت بیمه بیان‌گر تقلب‌هایی است که توسط افراد و سازمان‌های مختلف انجام می‌شود و شناسایی و تقسیم‌بندی آنها به سهولت در یافتن راهکارهای کنترل تقلب‌ها منجر می‌شود. سندسازی از مهم‌ترین مصادیق تقلب به شمار می‌رود. انجام خدمات غیرضروری نیز از دیگر مصادیق مهم تقلب به شمار می‌رود که مطابق با نتایج پژوهش [۸] است. تجویز خدمات غیرضروری یا تقاضای القایی، موجب می‌شود تا پزشکان به بیمارانی که دارای دفترچه بیمه هستند به چشم یک منبع درآمد مازاد نگاه کنند یا با قراردادهایی که با مراکز خدمات تشخیصی چون آزمایشگاه‌ها، سونوگرافی‌ها، مراکز تصویربرداری و غیره دارند مراجعان بیمار خود را به استفاده از این خدمات ترغیب و هزینه‌های غیرضروری اضافی را بر شرکت‌های بیمه تحمیل کنند.

در بحث تجهیزات پزشکی نیز برخی اوقات شرکت‌ها و توزیع‌کننده‌ها از چند برجسب متفاوت از برندهای مختلف استفاده می‌کنند و این در حالی است که در صورت حساسی که برای شرکت‌های بیمه ارسال می‌کنند از تجهیزات پزشکی برندی نام می‌برند که محصولات این برند بالاترین قیمت را در بازار تجهیزات پزشکی دارد. تنها کاری که شرکت‌های بیمه‌گر برای کنترل این تقلب می‌توانند انجام دهند این است که با شرکت‌هایی که واردکننده یک برند تجهیزات پزشکی هستند، قرارداد ببندند. پیشنهاد می‌شود برای کنترل تقاضای القایی آگاهی افراد جامعه باید افزایش یابد

و انگیزه‌های مالی ارائه‌دهندگان خدمات سلامت به کمک سیاست‌گذاری مناسب کنترل شده و از راهنماهای بالینی به‌عنوان یک ابزار قدرتمند برای نظارت بر عملکرد پزشکان استفاده شود. همان‌طور که اووسو آوار و همکاران [۹] نشان دادند استفاده از سیستم‌های یکپارچه و فناوری‌های مکمل مانند بیمه‌نامه الکترونیکی از جمله راهکارهایی هستند که با استفاده از آنها می‌توان کلاهبرداری در بیمه درمانی را کاهش داد که نتایج این پژوهش نیز تأییدکننده این موارد بود.

از آنجاکه بیمه مرکزی به‌عنوان مرجع شرکت‌های بیمه، چارچوب و کلیت بیمه‌گری را از طریق دستورالعمل‌ها و آیین‌نامه‌ها تدوین کرده است، باید در ارائه دستورالعمل‌ها و آیین‌نامه‌ها از حالت کلی‌گویی فاصله بگیرد و با جزئیات بیشتری به تدوین دستورالعمل‌ها و آیین‌نامه‌ها بپردازد. به‌عنوان نمونه در آیین‌نامه‌ها و دستورالعمل‌های ابلاغی از سمت نهاد ناظر در خصوص تجهیزات پزشکی بحث جدی انجام نشده و همین امر موجب برخورد سلیقه‌ای پرسنل شرکت‌های بیمه و مراکز درمانی در خصوص اسناد تجهیزات پزشکی شده است. بنابراین بهتر است در خصوص هر یک از مواردی که به‌عنوان پوشش بیمه در قرارداد بین بیمه‌گر و بیمه‌گذار در نظر گرفته شده است، در آیین‌نامه‌های نهاد ناظر به تفصیل صحبت شود که جای ابهام و هیچ‌گونه برخورد سلیقه‌ای باقی نماند. از طرفی در برخی از ماده‌ها و تبصره‌ها از واژه «و غیره» استفاده شده که همین امر باعث ایجاد برخوردهای سلیقه‌ای می‌شود. غیرسیستمی (غیر اتوماسیونی) بودن از مواردی است که هم زمینه‌ساز تقلب می‌شود و هم کنترل و شناسایی تقلب را سخت می‌کند. وجود سامانه‌ای برای ثبت تقلب و همچنین پایگاه داده‌ای که شامل لیست سیاه تمامی شرکت‌های بیمه، می‌تواند حالت بازدارندگی داشته باشد. در پوشش بیمه‌ای تجهیزات پزشکی، چون اسنادی که برای تجهیزات پزشکی صادر می‌شود در بیشتر اوقات رقم بالایی دارد و این رقم بسیاری از افراد را وسوسه می‌کند تا به سمت تقلب در سند تجهیزات پزشکی بروند، از این رو تدوین آیین‌نامه ارزیابی خسارت تجهیزات پزشکی مفصل و حذف توزیع‌کننده‌ها را به‌عنوان راهکار می‌توان اتخاذ کرد.

نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های پژوهش، به‌طور کلی می‌توان نتیجه گرفت در حال حاضر، اقدام‌های جدی و قابل توجهی از سوی شرکت‌های بیمه تکمیلی برای کنترل تقلب صورت نگرفته و آنچه انجام می‌شود، روش‌های غیرسیستمی، یکسان و دستی است. از این رو نیاز است ساختاری منسجم و یکپارچه برای کنترل تقلب از سوی شرکت‌های بیمه ایجاد شود و این ساختار، باید به‌گونه‌ای باشد که فرایند بررسی دستی و غیرسیستمی اسناد و پرونده‌ها را حذف و در مسیر سیستمی شدن حرکت کند. با ورود شرکت‌های فناوری و حذف اسناد فیزیکی تا حد بسیار زیادی از ایجاد تقلب جلوگیری خواهد شد.

فرهنگ‌سازی و ترویج اخلاق صحیح نیز فرهنگ غلط حاکم بر بیمه‌های درمان را از بین برده و به ایجاد فضایی قابل اعتماد و شفاف کمک می‌کند.

References

- Morley Nicola J, Linden J. Ball, Thomas C. Ormerod. How the detection of insurance fraud succeeds and fails. *Psychology, Crime & Law*. 2006;12(2):163-80.
 - Gill KM, Woolley A, Gill M. Insurance fraud: the business as a victim?. In *Crime at work 2005* (pp. 73-82). Palgrave Macmillan, London.
 - Seidi AA, Sehhat S, Salehi R. Investigation and analysis of fraudulent factors in the third-party civil liability car insurance (third-party insurance-physical damage). 23rd National Conference and 9th International Conference on Insurance and Development. Tehran: Insurance Research Institute, 2015. [Persian]
 - Rahchamani A. Fraud and fraud are a constant threat to the insurance industry. *Asia Quarterly Journal*. 2006;38:16-19.
 - Derrig RA. Insurance fraud. *Journal of Risk and Insurance*. 2002;69(3):271-87.
 - Ghasemi S, Yavari K, Mahmoudvand R, Sahabi B, Naeim A. A new method for determining insurability of risks in gas refineries using the failure mode and effect analysis method. *Journal of Economic Policy*. 7(13):1-26. [Persian]
 - Akomea-Frimpong I, Andoh C, Dei Oforu-Hene E. Causes, effects and deterrence of insurance fraud: evidence from Ghana. *Journal of Financial Crime*. 2016;23(4):678-99.
 - Keyvanara M, Karimi S, Khorasani E, Jafarian Jazi M. Are health institutions involved in health care induced demand? (A qualitative study), *Payavard Salamat*. 2014;8(4):280-93. [Persian]
 - Owusu-Oware E, Effah J, Boateng R. Biometric Technology for Fighting Fraud in National Health Insurance: Ghana's Experience. *Twenty-fourth Americas Conference on Information Systems*, New Orlea, 2018.
 - Ortega PA, Figueroa CJ, Ruz GA. A Medical Claim Fraud/Abuse Detection System based on Data Mining: A Case Study in Chile. *DMIN*. 2006;6:26-9.
 - Peng Y, Kou G, Sabatka A, Chen Z, Khazanchi D, Shi Y. Application of clustering methods to health insurance fraud detection. In *2006 International Conference on Service Systems and Service Management 2006 Oct 25*
- طبق نظر کارشناسان در حال حاضر ۲۰ تا ۳۰ درصد خسارت‌ها غیرواقعی بوده که به دلیل وجود انگیزه‌های مالی و فرهنگ غلط حاکم بر صنعت بیمه یا پاسخ تلافی‌جویانه به کسوراتی که شرکت بیمه در پرونده‌های قبلی لحاظ کرده، رخ می‌دهند. میزان قابل توجهی از تقلب‌ها نیز به دلیل غیرسیستمی بودن فرایند رسیدگی به اسناد پزشکی اتفاق می‌افتد. بنابراین در صورتی که شرکت‌های بیمه اقدام به طراحی و راه‌اندازی سامانه‌ای جامع و یکپارچه کنند، امکان جلوگیری از میزان بالایی از تقلب‌ها فراهم خواهد شد. علاوه بر این، از یافته‌های این مطالعه می‌توان نتیجه گرفت که نهاد ناظر تاکنون در موضوع تقلب وارد نشده و این نهاد، بیشتر بر عملکرد شرکت‌های بیمه تمرکز کرده است. از طرفی دستورالعمل‌ها و آیین‌نامه‌های صادره از سوی نهاد ناظر در حوزه بیمه بسیار کلی بوده و همین امر به اعمال سلیقه از سوی بیمه‌گران و بیمه‌گذاران منجر شده و زمینه ایجاد تقلب را فراهم ساخته است.
- در حوزه بیمه درمان تکمیلی متاسفانه آیین‌نامه منسجم و کاملی در خصوص تجهیزات پزشکی وجود ندارد که می‌توان با تشکیل کمیته‌ای متشکل از جراحان، شرکت‌های تجهیزات پزشکی و شرکت‌های بیمه مبادرت به تدوین آیین‌نامه مربوطه کرد. ورود بیشتر نهاد ناظر در حوزه تقلب و توجه به جزئیات در تدوین دستورالعمل‌ها احتمال بروز تقلب را کاهش می‌دهد. از طرفی دیگر، برخی از شرکت‌های بیمه با برون‌سپاری بخش ارزیابی خسارت، بیشترین ضربه را به خود وارد کرده‌اند؛ زیرا به‌رغم آنکه به‌کارگیری ارزیابان خسارتی که مدرک ارزیابی خسارت خود را از نهاد ناظر دریافت کرده‌اند، به‌عنوان یکی از الزام‌های نهاد ناظر تعیین شده، اما در عمل مشاهده می‌شود ارزیابان فاقد اطلاعات کامل از حوزه درمان بیمه‌های تکمیلی بوده و توانایی بررسی دقیق پرونده‌های را ندارند. بنابراین شرکت‌های بیمه باید نیروهای انسانی خود را متخصص این حوزه‌ها کرده و از به‌کارگیری نیروهای غیرمرتبط در بخش رسیدگی و ارزیابی خودداری کنند.
- بر اساس نتایج این پژوهش، تقلب‌ها در بیمه‌های بدون سقف و به‌عبارتی بدون فرانشیز به میزان بسیار زیادی رخ می‌دهد. بنابراین نیاز است برای این نوع بیمه‌نامه‌ها چاره‌ای اندیشیده شود. به‌نظر می‌رسد اگر سیستم الکترونیک جامع و یکپارچه‌ای برای ثبت اسناد وجود داشته باشد، از جعل اسناد تا حدود بسیار زیادی جلوگیری خواهد شد. وجود شیوه‌نامه برای جلوگیری از پذیرش و بستری‌های غیرضروری بیماران نیز کمک‌کننده خواهد بود. اگر طرح‌های نظارتی تشویقی و تنبیهی در خصوص نسخ پزشکان اجرایی شود و نسخه هر پزشک با توجه به شیوه‌نامه‌های بالینی در حیطه قضاوت گذاشته شود، می‌توان تا حدودی از تجویز خدمات غیرضروری که بار مالی زیادی را به شرکت‌های بیمه تحمیل می‌کند جلوگیری کرد. ورود وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به‌عنوان متولی نظام سلامت کشور در بحث تعرفه‌گذاری مربوط به دندان‌پزشکی از بروز تقلب تا حدودی جلوگیری می‌کند. علاوه بر این،

- (Vol. 1, pp. 116-120). IEEE.
12. Sithic HL, Balasubramanian T. Survey of insurance fraud detection using data mining techniques. arXiv preprint arXiv:1309.0806. 2013 Sep 3.
 13. Dua P, Bais S. Supervised learning methods for fraud detection in healthcare insurance. In Machine learning in healthcare informatics 2014 (pp. 261-285). Springer, Berlin, Heidelberg.
 14. Ekina T, Leva F, Ruggeri F, Soyer R. Application of bayesian methods in detection of healthcare fraud. Chemical Engineering Transaction. 2013;33:151-6.
 15. Bisker JH, Dietrich BL, Ehrlich K, Helander ME, Lin CY, Williams P, inventors; International Business Machines Corp, assignee. Health insurance fraud detection using social network analytics. United States patent application US 11/622,740, 2008.
 16. Akbari M, Ramezani MR, Ghasemi Shams M, Rasuli HR. Investigating the moderating role of Machiavellianism on the relationship between dissatisfaction and fraud of insured people. Iranian Journal of Insurance Research, 2019;3(131):41-58. [Persian]
 17. Ghaedi M, Golshani A. Content analysis method: from quantity-orientation to quality-orientation. Journal of Psychological Methods and Models. 2016;7(5):57-82. [Persian]