

طراحی الگوی مقابله با تقلب و تخلف پزشکی در سازمان تأمین اجتماعی (پیشگیری، کشف و برخورد)^۱

الهه هوشمند^۲، علی وفایی نجار^۳، هادی طهرانی^۴، وحید قوامی^۵، الهه دقیق‌بین^۶،
مرجان وجدانی^۷، هادی زمردی نیت^۸، نجمه بخت‌آزما^۹

چکیده

هدف: باتوجه به اهمیت موضوع تقلب و تخلف پزشکی در سازمان تأمین اجتماعی، هدف از این تحقیق طراحی الگوی مقابله با تقلب و تخلف پزشکی در سازمان تأمین اجتماعی (پیشگیری، کشف و برخورد) است.

روش: این پژوهش مطالعه‌ای ترکیبی است که به روش کیفی - کمی و در سه مرحله انجام شد. مرحله اول فاز مطالعاتی، بررسی متون سایر کشورها در زمینه حوه شناسایی، پیشگیری، مقابله و برخورد با انواع تقلب و تخلفات در حوزه پزشکی و بیمه‌های سلامت؛ مرحله دوم فاز کیفی، مصاحبه با خبرگان، تبیین مصداق‌های تقلب و تخلف فراهم‌کنندگان خدمات سلامت و بیمه‌شدگان در حوزه بیمه‌های سلامت سازمان تأمین اجتماعی و مرحله سوم فاز کمی، ارائه الگو و راهکارهای پیشنهادی جهت پیشگیری از تقلب و تخلف بیمه‌ای در سازمان تأمین اجتماعی است.

یافته‌ها: در رابطه با مرحله اول، بر اساس چک‌لیست بررسی مقالات و پروتکل تحقیق، ۳۱ مقاله با حوزه‌های زیر انتخاب شدند: طبقه‌بندی، تعریف تقلب و تخلف پزشکی (۹ مقاله)، روش‌های کشف و شناسایی تقلب و تخلف پزشکی (۱۸ مقاله)، روش‌های پیشگیری از تقلب و تخلف پزشکی (۱۳ مقاله)، (۲ فعالیت)، توانمندسازی (۳ فعالیت)، نظارتی (۴ فعالیت)، فناوری (۴ فعالیت)

۱- این پژوهش با سفارش و حمایت مالی مؤسسه عالی پژوهش‌های تأمین اجتماعی در سال ۱۴۰۰ انجام شده است.
۲- دکتری مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشیار مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد (نویسنده مسئول) houshmande@mums.ac.ir

- ۳- دکتری مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، استاد مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد.
- ۴- دکتری آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشیار مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد.
- ۵- دکتری آمار زیستی، استادیار مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد.
- ۶- دکتری مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد.
- ۷- دکتری مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد.
- ۸- دانشجوی دکتری مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد.
- ۹- کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد.

قوانین بیمه‌ای (۴ فعالیت) و ساختاری (۴ فعالیت)، چارچوب کلی مقابله با تقلب و تخلف پزشکی در سازمان‌های بیمه سلامت برای کشور ایران را تشکیل داد.

در رابطه با یافته‌های مرحله سوم در نهایت، الگوی نهایی در سه حوزه اصلی توانمندسازی گیرندگان و ارائه‌کنندگان خدمت، اصلاح و به‌روزرسانی سیستم کنترل و اصلاح و به‌روزرسانی عوامل عملکردی انجام شد، و طی دو راند دلفی تأیید اعتبار شد.

نتیجه: به‌طور کلی جمع‌بندی نهایی حاکی از آن است که مدیریت مشارکتی دولت با سازمان تأمین اجتماعی، به‌عنوان متولی سلامت در امر تعرفه‌گذاری و به‌طبع آن افزایش قدرت نظارتی سازمان بیمه‌گر از طریق تعریف شاخص‌های دقیق و قابل اندازه‌گیری به‌منظور ارزیابی عملکرد ارائه‌کنندگان، می‌تواند تا حد زیادی موارد بروز تقلب و تخلف را کاهش دهد.

واژه‌های کلیدی: بیمه، تأمین اجتماعی، تخلف، تقلب



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

۱. مقدمه

کلاهبرداری به عنوان "فریب عمدی یا ارائه نادرست خدمات توسط شخص یا نهاد، با علم به اینکه فریب می‌تواند منجر به برخی از انواع مزایای غیرمجاز برای آن شخص یا نهاد شود"، تعریف شده است. به دلیل پیچیدگی‌های تعریف رفتار متقلبانه و تشخیص موارد کلاهبرداری، اندازه‌گیری تلفات کلاهبرداری در مراقبت‌های بهداشتی دشوار است. در بسیاری از موارد فردی، ممکن نیست بتوان تشخیص داد که نسخه تقلبی است یا خیر. باین‌حال، تخمین زده می‌شود که ۳ تا ۱۰ درصد از هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی به دلیل کلاهبرداری و سوءاستفاده از مراقبت‌های بهداشتی از بین می‌رود که بالغ بر میلیاردها دلار در سال است (آرال^۱، ۲۰۱۲: ۵۰).

کلاهبرداری به اشکال مختلف رخ می‌دهد و توسط شرکت‌کنندگان مختلف در حوزه مراقبت‌های بهداشتی انجام می‌شود: بیماران، تأمین‌کنندگان دارو و وسایل فنی پزشکی و ارائه‌دهندگان خدمات پزشکی و غیره. تقلب در مراقبت‌های بهداشتی یک فریب عمدی است که برای به‌دست آوردن مزایای غیرمجاز استفاده می‌شود (هیلرمان^۲، ۲۰۱۷: ۹۷).

با توجه به پیچیدگی فرآیندهای سیستم‌های بیمه سلامت و تعداد زیاد مشارکت‌کنندگان، نظارت بر این سیستم‌ها بسیار چالش‌برانگیز است و به همین دلیل تقلب و سوءاستفاده ارائه‌دهندگان خدمات درمانی، به یک مشکل جدی تبدیل شده است (هریس^۳، ۲۰۱۷: ۹). شیوه‌هایی مانند صدور صورتحساب برای خدماتی که هرگز ارائه نشده است، انجام خدمات پزشکی غیر-ضروری و ارائه نادرست از درمان‌های تحت پوشش و غیره نه تنها به مشکل افزایش هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی دامن می‌زند بلکه بر سلامت بیماران نیز تأثیر می‌گذارد و این در حالی است که روش‌های سنتی تشخیص کلاهبرداری و سوءاستفاده از خدمات درمانی زمان‌بر و ناکارآمد است (گوس^۴، ۲۰۱۷: ۹۲). در عین حال پرونده‌های الکترونیکی سلامت و استفاده روزافزون از سیستم‌های کامپیوتری منجر به ایجاد فرصت‌های جدیدی برای تشخیص بهتر کلاهبرداری و سوءاستفاده شده است. سوءاستفاده از مراقبت‌های بهداشتی هنگامی ایجاد می‌شود که شیوه‌های ارائه‌دهنده با شیوه‌های مالی، تجاری یا پزشکی منطبق نباشد و منجر به هزینه غیرضروری یا بازپرداخت خدماتی شود که از نظر پزشکی ضروری نیستند یا استانداردهای شناخته‌شده حرفه‌ای برای مراقبت‌های بهداشتی را برآورده نمی‌کنند (هیلرمان^۵، ۲۰۱۷: ۹۷). یکی از عوامل بارز و مهم در افزایش هزینه‌های بخش سلامت، تقلب و تخلف بیمه‌ای است. مؤسسه ملی

1- Aral
2- Hillerman
3- Harris
4- Goss
5- Hillerman

ضد تقلب در مراقبت سلامت در کشور آمریکا، تقلب را یک نیرنگ یا فریب عمدی یا تحریف واقعیت به صورت آگاهانه جهت کسب سود تعریف نموده است. این مؤسسه هزینه ناشی از تقلب را حدود ۱۰۰ تا ۱۷۰ میلیارد دلار در سال برآورد کرده است که به طور تقریبی ۳ تا ۱۵ درصد از کل بودجه سلامت را به خود اختصاص داده است.

بنابراین دولت آمریکا برای مبارزه با تقلب در نظام سلامت، یک برنامه کنترلی را آغاز کرده و با وجود صرف هزینه‌های زیاد در این راه، کمتر از ۵ درصد هزینه‌های هدررفته ناشی از تقلب، قابل برگشت و جبران است (گاسکوئینی^۱، ۲۰۱۷: ۲). در رابطه با گروه‌های متقلب در آمریکا، این مؤسسه ملی ضد تقلب در آن کشور برآورد نموده است که ۸۰ درصد از موارد تخلف در نظام سلامت توسط ارائه‌کنندگان خدمات، ۱۰ درصد توسط مصرف‌کنندگان و مابقی توسط کارکنان شاغل در این نظام انجام می‌شود (گوئل^۲، ۲۰۲۰: ۴۱).

در کشور ایران کل اعتبارات تخصیص یافته به حوزه سلامت در بودجه سال ۱۳۹۸ به حدود ۱۰ هزار میلیارد تومان رسیده است که اگر درصد برآورد سوءاستفاده بر اساس کشور آمریکا را برای آن در نظر بگیریم، مبلغی بین ۳۰۰ تا ۱۵۰۰ میلیارد تومان حاصل می‌شود که برابر با ۱/۳ تا ۶/۷ بدهی سازمان بیمه خدمات درمانی در سال ۱۳۸۹ است (اخبار سلامت، ۲۰۱۰). به طور مختصر، تقلب گفته‌ای غلط است که عمداً برای رسیدن به چیزی غیرمنصفانه و غیرقانونی، رواج داده شده است. درحالی که سوءاستفاده به‌عنوان رفتاری متناقض و نامناسب با هدفی غیرقانونی تعریف می‌شود؛ بدون اینکه لزوماً عواقب قانونی داشته باشد. تقلب، مفاهیم قانونی وسیعی دارد، اما به طور عمومی، فعلی است ارادی جهت به‌دست آوردن مزایای غیرمنصفانه و غیرقانونی. تخلف، نیز سوء رفتاری است که به نقض قوانین، مقررات، رویه‌ها و عدم توجه به انتظارات اطلاق می‌شود. با توجه به تعریف تقلب و تخلف، کلیه عملیاتی که منجر به تحلیل رفتن اعتماد شهروندی (به طور عام) و خدشه وارد شدن بر اعتبار بنگاه (به طور خاص) شود، از جمله مفاهیم تقلب و تخلف است (ولفسون^۳، ۲۰۱۸: ۱۴۵).

سهم قالب هزینه صنعت بیمه سلامت در ایران، توسط دو نهاد اصلی سازمان بیمه سلامت ایران و سازمان تأمین اجتماعی پرداخت می‌شود. سازمان‌های بیمه‌گر پس از دریافت اسناد هزینه از ارائه‌دهندگان خدمات سلامت اعم از مراکز درمانی، پزشکان، داروخانه‌ها، آزمایشگاه‌ها، فرآیند بررسی هزینه‌ها و تطبیق آنها با معیارها و جداول هزینه شده توسط آن را که به آن رسیدگی به اسناد می‌گویند، آغاز می‌نمایند. این رسیدگی هم‌اکنون به صورت دستی و توسط افراد خبره در سازمان صورت می‌گیرد.

1- Gasquoise
 2- Goel
 3- Wolfson

باتوجه به انسانی بودن فعالیت فوق محدودیت‌هایی نظیر خطای انسانی، کمبود نیروی انسانی خبره، محدودیت‌های زمانی فعالیت انسانی، عدم کیفیت یکسان در رسیدگی، احتمال وجود تعاملات انسانی ارزیاب و ارزیابی‌شونده و سایر موارد بر رسیدگی تأثیرگذار است و امکان بروز تقلب و تخلف را برای ارائه‌دهنده خدمت ایجاد می‌کند. بنابراین، طراحی الگوی مقابله با تقلب و تخلف پزشکی برای بهبود کیفیت و کاهش هزینه خدمات درمانی ضروری است.

سازمان تأمین اجتماعی یک سازمان دولتی نیست، بلکه این سازمان عمومی و غیردولتی بوده که بخش زیادی از منابع مالی آن از حق بیمه‌ها تأمین می‌شود. این سازمان متکی به منابع دولتی نیست. درحقیقت، هر یک از کارفرماها و کارگران، هر ماه باید مبلغ مشخصی را به‌عنوان حق بیمه به این سازمان پرداخت کنند.

بیمه‌گذاران با این پرداختی، هم خود را بیمه کرده، هم منابع مالی این سازمان را تأمین می‌کنند. بنابراین باتوجه به ماهیت مالی این سازمان، شناسایی الگوهای تقلب و تخلف پزشکی به‌منظور کنترل هزینه‌ها و مدیریت هدر رفت منابع بسیار اهمیت دارد.

سازمان تأمین اجتماعی یک سازمان بیمه‌گر اجتماعی است که مأموریت اصلی آن پوشش کارگران مزد و حقوق‌بگیر (به‌صورت اجباری) و صاحبان حرف و مشاغل آزاد (به‌صورت اختیاری) است. از مجموع جمعیت تحت پوشش این سازمان، ۳۷ میلیون و ۳۱۵ هزار و ۴۶۹ نفر بیمه‌شده و ۷ میلیون و ۲۰۹ هزار و ۵۴۲ نفر مستمری‌بگیر هستند (سازمان تأمین اجتماعی، ۱۴۰۰). اصول و مبانی بیمه‌گری این سازمان به‌نحوی تنظیم‌شده که بین اهداف اصلی آن با اهداف کلان نظام اقتصادی کشور، همسویی کامل وجود دارد. از یک سو رونق فعالیت‌های تولیدی و صنعتی موجب افزایش جمعیت تحت پوشش بیمه و تقویت منابع مالی این سازمان می‌شود و از سوی دیگر پوشش بیمه‌ای کارگران به افزایش اطمینان خاطر، ایجاد امنیت روحی و سلامت جسمی و درنهایت ارتقای بهره‌وری نیروی کار منجر می‌شود. همچنین همه عواملی که فعالیت‌های اقتصادی و صنعتی را تحت تأثیر قرار دهد بر منابع و مصارف سازمان تأمین اجتماعی نیز اثرگذار است. از جمله این عوامل می‌توان به بحران بیکاری، افزایش نرخ سالمندی، بی‌ثباتی در فعالیت‌های اقتصادی، افزایش حوادث و سوانح در کشور و رشد روزافزون هزینه‌های درمان اشاره کرد که البته باتوجه به گستردگی سازمان در حوزه بیمه‌های سلامت و ارائه خدمات سلامت به‌صورت مستقیم و غیرمستقیم، همواره امکان تقلب و تخلف فراهم است.

باتوجه به اهمیت موضوع تقلب و تخلف پزشکی در سازمان تأمین اجتماعی هدف از این تحقیق شناسایی مصداق‌ها و بخش‌های مستعد تخلف و تقلب در بخش پزشکی و بیمه‌های سلامت تأمین اجتماعی و ارائه الگویی جامع و کاربردی جهت شناسایی، پیشگیری و برخورد با تخلفات است تا از این طریق بتوان

با تأثیر بر کنشگران حوزه بیمه، باعث ترویج رفتارهای قانونمند و رعایت اخلاق حرفه‌ای جهت ترویج رقابت سالم و کمک به ایفای نقش مؤثر بیمه‌های سلامت به‌خصوص سازمان تأمین اجتماعی شد. بر همین اساس این طرح با هدف طراحی الگوی مقابله با تقلب و تخلف پزشکی در سازمان تأمین اجتماعی (پیشگیری، کشف و برخورد) طراحی شده است.

۲. روش پژوهش

این پژوهش مطالعه‌ای ترکیبی است که به روش کیفی - کمی صورت گرفت که بر اساس نتایج کاربردی و از لحاظ زمانی، جزء پژوهش‌های مقطعی طبقه‌بندی می‌شود و در سه مرحله به شرح زیر انجام شده است:

مرحله اول: بررسی متون سایر کشورها در زمینه نحوه شناسایی، پیشگیری، مقابله و برخورد با انواع تقلب و تخلفات در حوزه پزشکی و بیمه‌های سلامت در مرحله اول مطالعه، هدف پاسخ به سؤالات زیر بود:

- انواع معمول تقلب و تخلف در پزشکی و بیمه‌های سلامت چیست؟
- روش‌های شناسایی تقلب و تخلف پزشکی و بیمه‌های سلامت کدام‌اند؟
- روش‌های پیشگیری از تقلب و تخلف پزشکی و بیمه‌های سلامت چه هستند؟
- روش‌های برخورد با تقلب و تخلف پزشکی و بیمه‌های سلامت چیست؟

بر اساس سؤالات فوق، جامعه پژوهش کلیه مقالات و پژوهش‌های الکترونیک و غیر الکترونیک صورت گرفته در زمینه ارائه تعاریف تقلب و تخلف در حوزه بیمه‌های سلامت، شناسایی مصداق‌های تقلب و تخلف فراهم‌کنندگان خدمات سلامت و بیمه‌شدگان در حوزه بیمه‌های سلامت، راهکارهای پیشگیرانه جهت مقابله با تقلب و تخلف در بیمه‌های سلامت و شناسایی روش‌های کشف و برخورد با تقلب و تخلف در بیمه‌های سلامت در دیگر کشورها است.

به‌منظور جمع‌آوری و بازیابی مقالات و پژوهش‌های مرتبط از روش جستجوی الکترونیک در بانک‌های اطلاعاتی، مکاتبه با نویسندگان و پژوهشگران و بررسی مجلات و ژورنال‌های علمی مرتبط، بر اساس پروتکل تحقیق استفاده شد. بدین صورت که واژه‌های کلیدی استفاده شده برای جستجو عبارت بودند از: ("health Insurance", "abuse", "fraud"). این واژه‌های کلیدی در سایت Google Scholar جستجو شده و ۱۰ صفحه اول لینک‌های یافت شده (مجموعاً ۱۰۰ لینک اول در هر سایت برای هر کدام از واژه‌های کلیدی) مورد بررسی قرار گرفته و پس از حذف همپوشانی‌ها به‌صورت دستی، اطلاعات مرتبط استخراج شد.

بر این اساس موارد زیر در مقالات مورد بررسی لحاظ شده است:

- تعاریف تقلب و تخلف در حوزه بیمه‌های سلامت
- شناسایی مصداق‌های تقلب و تخلف فراهم‌کنندگان خدمات سلامت و بیمه‌شدگان در حوزه بیمه‌های سلامت
- راهکارهای پیشگیرانه جهت مقابله با تقلب و تخلف در بیمه‌های سلامت
- شناسایی روش‌های کشف تقلب و تخلف در بیمه‌های سلامت
- مطالعاتی که زمان آنها از سال ۲۰۰۰ تاکنون باشد.

همچنین مطالعات زیر از بررسی خارج شدند:

- مطالعاتی که در رابطه با تخلف در بیمه‌های سلامت نباشند (سایر بیمه‌ها)
- در رابطه با پیامدهای تقلب و تخلف پزشکی باشد.
- مقالاتی که به توصیف به‌کارگیری یک روش خاص در شناسایی تقلب و تخلف بیمه‌ای پرداخته باشند.
- شرح یا تفسیر توصیفی از یک موقعیت که استانداردهای پژوهش را ندارد.
- مطالعاتی که به بررسی و شرح مسائل مالی و اقتصادی ناشی از تقلب و تخلف پرداخته باشند.
- مطالعاتی که دربرگیرنده دیدگاه افراد مشخصی است و در قالب مطالعه پژوهشی ارائه نشده است.
- مواردی که در آن پروتکل تحقیق مشخص نبوده است.

کلیه مقالات و پژوهش‌های الکترونیک و غیر الکترونیک صورت‌گرفته در زمینه ارائه تعاریف تقلب و تخلف در حوزه بیمه‌های سلامت، شناسایی مصداق‌های تقلب و تخلف فراهم‌کنندگان خدمات سلامت و بیمه‌شدگان در حوزه بیمه‌های سلامت، راهکارهای پیشگیرانه جهت مقابله با تقلب و تخلف در بیمه‌های سلامت و شناسایی روش‌های کشف و برخورد با تقلب و تخلف در بیمه‌های سلامت در دیگر کشورها که منطبق با پروتکل تحقیق بود، به‌عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند.

واژه‌های کلیدی در بانک‌های اطلاعاتی الکترونیکی معتبر خارجی جستجو شد که شامل موارد زیر بودند:

direct/ Medline/ Scopus/Elsevier/Pub-Med/BMJ /Science

علاوه بر این وبسایت‌های سازمانی از جمله انجمن ملی مبارزه با کلاهبرداری مراقبت‌های بهداشتی (<http://www.nhcaa.org>)، انجمن متخصصان ممیزی کننده کلاهبرداری (<http://www.acfe.org>)، شبکه تقلب در مراقبت‌های بهداشتی اروپا (<http://www.ehfcn.org>)، مراکز خدمات Medicare و Medicaid (<http://www.cms.gov>)، سرویس مقابله با کلاهبرداری NHS (<http://www.nhsbsa>)

، ائتلاف علیه تقلب در بیمه (http://www.insurancefraud.org)، و دفتر بازرسی کل وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده (http://oig.hhs.gov) مورد جستجو قرار گرفت.

با مراجعه به مقالات یافت شده از جستجوی الکترونیکی و بررسی منابع آن‌ها مقالات مرتبط دیگر جستجو شد. مقالات بازیابی شده بر اساس پروتکل تحقیق با بررسی عنوان و چکیده مقالات مورد ارزیابی قرار گرفته و مقالات منتخب مشخص شدند.

کیفیت مقالات یافت شده بر اساس چک‌لیست استاندارد گزارش‌دهی RAMESES به شرح زیر مورد بررسی قرار گرفت تا از تطبیق مقالات با استانداردهای نگارش مقالات علمی اطمینان حاصل شود (پیوست شماره یک) همچنین برای افزایش اعتبار یافته‌ها، ارجاع‌دهی به منابع اصلی مدل‌ها در یافته‌ها صورت گرفت.

داده‌های به دست آمده در بررسی متون و در قالب ۴ حیطه اصلی، طبقه‌بندی و تعریف تقلب و تخلف پزشکی، روش‌های کشف و شناسایی تقلب و تخلف پزشکی، روش‌های پیشگیری از تقلب و تخلف پزشکی و روش‌های مقابله با تقلب و تخلف پزشکی دسته‌بندی شدند.

مرحله دوم: مصاحبه با خبرگان، تبیین مصداق‌های تقلب و تخلف فراهم‌کنندگان خدمات سلامت و بیمه‌شدگان در حوزه بیمه‌های سلامت سازمان تأمین اجتماعی این قسمت از پژوهش یک مطالعه کیفی است که با استفاده از مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته انجام شده است.

به منظور اجرای این مرحله از تحقیق از نظر خبرگان و متخصصین که دارای دانش و مهارت در این زمینه بودند و به صورت هدفمند انتخاب شده بودند، استفاده شد.

این افراد شامل خبرگان حوزه بیمه سلامت و سازمان تأمین اجتماعی نظیر کارشناسان با سابقه رسیدگی به اسناد پزشکی، که دارای دانش و مهارت در زمینه برخورد و شناسایی تخلفات پزشکی و بیمه‌ای می‌باشند، بودند که به صورت هدفمند انتخاب شدند.

در مطالعات کیفی، حجم نمونه مطرح نیست و مصاحبه‌ها تا زمان اشباع داده‌ها ادامه یافت.

مشخصات و پست سازمانی این افراد در جدول شماره ۱ ارائه شده است:

جدول شماره ۱. مشخصات دموگرافیک مشارکت کنندگان در فاز کیفی

سازمان تأمین اجتماعی	بیمه سلامت
معاون خرید راهبردی	کارشناس مسئول داروخانه
مسئول اداره بازرسی	کارشناس مسئول بیمارستان
کارشناس نظارت بیمارستانی	کارشناس امور دارو
رئیس اداره نظارت بیمارستانی	کارشناس نظارت بیمارستانی
رئیس اداره مراکز سرپایی	مسئول پاراکلینیک
رئیس اداره کنترل صورت حساب	
رئیس اداره بازرسی مراکز ملکی	

طراحی الگوی مقابله با تقلب و تخلف پزشکی در سازمان تأمین اجتماعی (پیشگیری، کشف و برخورد)

در این مرحله از مطالعه، ۷ نفر از سازمان تأمین اجتماعی و ۵ نفر از سازمان بیمه سلامت مشارکت داشتند. بعد از شناسایی اقدامات سایر کشورها در زمینه نحوه شناسایی، پیشگیری، مقابله و برخورد با انواع تقلب و تخلفات در حوزه پزشکی و بیمه‌های سلامت و بررسی دستورالعمل‌هایی که بدین منظور در بیمه سلامت و سازمان تأمین اجتماعی، به منظور تکمیل اطلاعات جهت طراحی سؤالات راهنمای مصاحبه برای مرحله بعدی پژوهش، جمع‌بندی حاصل بر این شد تا وضعیت فعلی سازمان تأمین اجتماعی و بیمه سلامت در این رابطه در قالب سه سؤال اصلی زیر مشخص شود:

۱- انواع معمول تقلب و تخلف پزشکی در اسناد و نسخ مربوط به سازمان تأمین اجتماعی و بیمه سلامت چیست؟

۲- روش‌هایی که در حال حاضر به منظور شناسایی تقلب و تخلف پزشکی در سازمان تأمین اجتماعی و بیمه سلامت به کار گرفته می‌شوند چه هستند؟

۳- روش‌های برخورد با تقلب و تخلف بیمه پزشکی در سازمان تأمین اجتماعی و بیمه‌های سلامت چه هستند؟

سپس به منظور طراحی الگوی نهایی سه سؤال تکمیلی دیگر به شرح زیر مطرح شد:

۱- به نظر شما دلایل بروز تقلب و تخلف چیست؟

۲- به چه شکلی می‌توان روش‌های برخورد با تخلفات را به شکل مؤثرتری به کار گرفت؟

۳- چگونه می‌توان از بروز تقلب و تخلف پیشگیری نمود؟

جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته بر اساس سؤالات راهنمای مصاحبه انجام شد و از صاحب‌نظران خواسته شد تا نظرات خود را در خصوص سه سؤال اصلی مطرح کنند.

به منظور اطمینان از مفهوم بودن سؤالات، سؤالات راهنمای مصاحبه به رؤیت ۵ نفر از کارشناسان خبره اداره بازرسی سازمان تأمین اجتماعی رسانده شد و پس از اعمال نظرات ایشان سؤالات نهایی شد.

برای انجام مصاحبه با افراد مورد نظر به صورت تلفنی تماس گرفته و نامه‌ای حاوی هدف طرح، معرفی طرح و درخواست تنظیم قرار ملاقات برای افراد فرستاده شد. تعداد ۱۰ مصاحبه به صورت تلفنی، یک مصاحبه رودررو و یک مصاحبه نیز از طریق ایمیل انجام شد. تمام مصاحبه‌ها ضبط و پیاده‌سازی شدند. به طور متوسط هر مصاحبه بین ۴۰ تا ۶۵ دقیقه به طول انجامید. بعد از جمع‌آوری داده‌های مربوط به مصاحبه‌ها که از طریق ضبط مصاحبه‌ها صورت گرفت، پژوهشگر داده‌ها را پیاده‌سازی و تایپ نمود؛ بدین‌صورت که داده‌های مصاحبه در فرم‌هایی که شامل نام فرد مصاحبه‌شونده، تاریخ و مکان مصاحبه است ثبت شد. علاوه بر این خلاصه موضوعات مهم مطرح‌شده در طی مصاحبه، به رؤیت مصاحبه‌شونده رسانده شد تا اطمینان حاصل شود که درک پژوهشگر با مصاحبه‌شونده یکسان است.

به منظور اطمینان از صحت یافته‌های پژوهش کیفی چهار معیار (اعتبار یا مقبولیت، قابلیت اعتماد یا همسان بودن، قابلیت انتقال، تأیید پذیری) پیشنهادی گابا و لینکلن (جوآوردی، ۲۰۱۲: ۱۴۲) مورد توجه قرار گرفته و پژوهشگر تلاش کرده است تا یافته‌ها، بازتاب تجارب حقیقی مشارکت‌کنندگان باشد.

پژوهشگر با صرف زمان کافی، تأیید فرآیند پژوهش توسط چند متخصص، همچنین استفاده از دو کدگذار برای کدگذاری تعدادی از مصاحبه‌ها، جهت کسب اطمینان از یکسانی دیدگاه کدگذاران و نگارش یادداشت‌ها در طول پژوهش، میزان موثق بودن داده‌های پژوهش را به حد قابل قبولی افزایش داد. برای نایل شدن به این مورد، زمان زیادی برای جمع‌آوری داده‌ها اختصاص داده شد.

در این مرحله برای حصول اطمینان از انتقال‌پذیری یافته‌های پژوهشی، در تمامی مراحل یافته‌ها، به‌دقت ثبت و ضبط شد. تعدادی از مصاحبه‌های کدبندی‌شده به مشارکت‌کننده‌ها عودت داده شد تا با بازنگری مورد تأیید بیشتر قرار گیرد. برای بازبینی مشارکت‌کنندگان علاوه بر بازگرداندن گفتار و تجربیات آن‌ها در طول مصاحبه، پژوهشگر، متن کامل تایپی چند مصاحبه اولیه را به همراه کدهای اولیه به افرادی که از آن‌ها مصاحبه اولیه به‌عمل‌آمده بود، به‌منظور تأیید و یا اصلاح برگرداند که همه موارد مورد تأیید آن‌ها قرار گرفت. لازم به ذکر است که تمامی مشارکت‌کنندگان و همکاران، صحت و درستی نحوه انجام کدگذاری و طبقه‌بندی را مورد تأیید قرار داده و اصلاحات جزئی را در این زمینه مبذول داشتند.

برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل چارچوبی داده‌ها، مشتمل بر ۵ مرحله: آشنایی؛ شناسایی یک چارچوب موضوعی؛ نمایه کردن؛ ترسیم جداول؛ کشیدن نقشه و تفسیر استفاده شد (لیسی^۲، ۲۰۰۱).

1- Framework Analysis
2- Lacey

۲۵). طی مرحله آشنایی، فرمی حاوی اطلاعات مربوط به افراد و خلاصه‌هایی از محتوای هر مصاحبه تدوین شد. سپس این چارچوب مفهومی با بررسی مکرر هرکدام از مصاحبه‌ها - مرحله آشنایی - مورد بررسی قرار گرفت. پژوهشگر هرکدام از مصاحبه‌ها را به صورت جداگانه کدگذاری کرده و فهرستی از این کدها به همراه ارتباط آن‌ها با چارچوب مفهومی از این مصاحبه‌ها استخراج کرد. در این مرحله، به هرکدام از بخش‌های دارای اطلاعات مرتبط در مصاحبه‌ها یک یا دو کد اختصاص داده شد. سپس این کدها با برگزاری جلسه با سایر اعضای تیم تحقیق مورد بررسی قرار گرفته و در صورت لزوم تغییر داده شدند. این فرآیند برای هرکدام از مصاحبه‌ها چند بار تکرار شد. سپس مرحله ترسیم جدول‌ها انجام گرفت تا نظر مصاحبه‌شوندگان در مورد هرکدام از معیارها با یکدیگر مقایسه شود. هرچاکه لازم بود برای درک بهتر گفته‌های افراد، به اصل مصاحبه نیز رجوع و مطالب لازم به آن اضافه شد. ضمن آنکه در تمامی مراحل بالا از نرم‌افزار Atlas.Ti استفاده شده است.

مرحله سوم: ارائه الگو و راهکارهای پیشنهادی جهت پیشگیری از تقلب و تخلف بیمه‌ای در سازمان تأمین اجتماعی

این مرحله از پژوهش به صورت کمی و به روش دلفی انجام شد.

افرادی که در این مرحله از پژوهش مشارکت نمودند عبارت‌اند از:

خبرگان حوزه بیمه سلامت و سازمان تأمین اجتماعی نظیر کارشناسان اداره نظارت بیمارستانی، خرید راهبردی و درمان غیرمستقیم و بازرسی‌هایی که دارای دانش و مهارت در زمینه برخورد و شناسایی تخلفات پزشکی و بیمه‌ای بودند به صورت هدفمند با شرایط زیر انتخاب شدند:

- تجربه ۳ سال فعالیت در اداره مربوطه
- داشتن حوزه پژوهشی مرتبط
- عضویت در کمیته و ستادهای مرتبط

بر این اساس معیار ورود در جامعه پژوهش چک‌لیست مذکور برای ۵۰ نفر از متخصصین فرستاده شد که در نهایت ۲۷ نفر در این مرحله از پژوهش مشارکت داشتند.

در این مرحله از پژوهش، تم‌ها و ساب‌تم‌هایی^۱ که در مرحله کیفی، تحت عنوان چارچوب کلی مقابله با تقلب و تخلف پزشکی در سازمان‌های بیمه سلامت برای کشور ایران از دیدگاه متخصصین استخراج شده بود، به منظور تأیید اعتبار به روش دلفی در قالب چک‌لیست با طیف لیکرت ۵ گزینه (موافقم - تا حدودی موافقم - نظری ندارم - مخالفم - کاملاً مخالفم) تنظیم شد.

چک‌لیست مذکور به دو صورت حضوری و پست الکترونیک برای مشارکت‌کنندگان در مرحله دلفی فرستاده شد. بدین‌منظور طی نامه‌ای رسمی، ضمن معرفی پژوهشگر و توضیح در مورد هدف، از افراد خواسته شد که نظرات خود را در چک‌لیست وارد نمایند. در نهایت پژوهشگر چک‌لیست‌ها را جمع‌آوری و تحلیل نمود.

به‌منظور نمره‌دهی سیستم امتیازدهی صفر تا ۱۰۰ در نظر گرفته شد که بعد از تحلیل داده‌ها، گزینه‌هایی که امتیازی کمتر از ۶۰ درصد مجموع امتیاز سؤال را کسب کرده بودند مورد بررسی مجدد قرار گرفته و پیشنهادات اصلاحی در آن‌ها لحاظ شد.

سپس سؤالات تازه تدوین شده برای نظرخواهی مجدد ارسال و باتوجه به اجماع حاصل شده در داده‌ها، دلفی در دو راند انجام شد. در این مرحله از تحقیق داده‌ها با نرم‌افزار SPSS ۲۵ مورد تحلیل قرار گرفت.

۳. یافته‌های پژوهش

بر این اساس بررسی متون سایر کشورها در زمینه نحوه شناسایی، پیشگیری، مقابله و برخورد با انواع تقلب و تخلفات در حوزه پزشکی و بیمه‌های سلامت، در مجموع ۱۴۷۲ مطالعه در جستجو یافت شد که بر اساس چک‌لیست بررسی مقالات و پروتکل تحقیق، ۳۱ مقاله به شرح زیر انتخاب شدند:

جدول شماره ۲: مقالات یافت‌شده بر اساس استراتژی جستجو

حوزه مورد بررسی	تعداد مقالات
طبقه‌بندی و تعریف تقلب و تخلف پزشکی	۹
روش‌های کشف و شناسایی تقلب و تخلف پزشکی	۱۸
روش‌های پیشگیری از تقلب و تخلف پزشکی	۱۳
روش‌های مقابله با تقلب و تخلف پزشکی	۹

بر اساس یافته‌های مقالات اهم تقلب و تخلف‌ها به شرح زیر قابل بررسی است:

- ۱) جعل در صورت حساب (۲) تقلب در هویت (۳) دست‌کاری قیمت خدمات (۴) کد نویسی و کدگذاری نادرست (۵) تفکیک مراحل درمان (۶) ارائه صورت‌حساب‌های دوگانه (۷) صورت‌حساب خدمات ارائه نشده (۸) ارائه مراقبت‌های غیرضروری و حداکثر کردن مراقبت‌ها (۹) استفاده از تشخیص اشتباه (۱۰) صورت‌حساب خدمات ارائه‌شده توسط کارکنان غیرمجاز (۱۱) ارجاع به خود (۱۲) دروغ در مورد واجد شرایط بودن (۱۳) سوء‌مصرف دوز دارو (۱۴) آزمایشات تکراری

۱۵) داروهای غیرمرتبط ۱۶) خدمات غیرمرتبط ۱۷) داروهایی با اثرات مشابه ۱۸) فراوانی بیش از حد سرپایی

در رابطه با روش‌های کشف و شناسایی تقلب و تخلف پزشکی در بیمه‌های سلامت، یافته‌ها نشان می‌دهد دو روش اساسی برای تشخیص تقلب در سیستم مراقبت‌های بهداشتی وجود دارد. این روش‌ها شامل روش حسابرسی و تکنیک‌های داده‌کاوی است. استراتژی‌های حسابرسی از نظر کویپلند، استفاده از کارکنان آموزش دیده برای ارزیابی فرآیندهای سیستم مراقبت‌های بهداشتی است، در حالی که روش‌های داده‌کاوی برای شناسایی ناهنجاری‌های احتمالی به مجموعه داده‌های بزرگ متکی هستند. محدودیت عمده استراتژی حسابرسی این است که غیردقیق، پرهزینه و وقت‌گیر هستند. روش‌های داده‌کاوی به روش‌های تحت نظارت، بدون نظارت و نیمه نظارتی تقسیم‌بندی می‌شوند. روش‌های تحت نظارت مستلزم نمونه‌گیری از سوابق متقلبانه و غیرکلاهبرداری هستند تا بتوان ویژگی‌های متمایز سوابق کلاهبردار و غیرمقلوب را مدل کرد. روش‌های بدون نظارت برای تشخیص کلاهبرداری در مراقبت‌های بهداشتی از فناوری برای شناسایی معاملات بالقوه کلاهبردار استفاده می‌کند.

در رابطه با روش‌های پیشگیری از تقلب و تخلف پزشکی در بیمه‌های سلامت به‌طور کلی جمع‌بندی یافته‌ها نشان می‌دهد، موارد زیر می‌تواند در پیشگیری از تقلب و تخلف پزشکی مؤثر باشد:

- استفاده از روش‌های نوین شناسایی تقلب و تخلف مانند داده‌کاوی
 - فرهنگ‌سازی و آموزش ارائه‌دهندگان و گیرندگان خدمت
 - سیاست‌های استخدامی در خصوص انتخاب کارکنان متعهد و توانمند
 - اتخاذ تدابیر قاطع و قانونی در برابر تقلب و تخلف
 - نظارت مؤثر بر مراکز ارائه‌دهنده خدمت
- به‌منظور تلاش برای پیشگیری از وقوع تقلب و تخلف ابتدا باید تعریف دقیقی از انواع تقلب و تخلف در سیستم بیمه سلامت تعریف شود و سپس بر اساس آن، روش کشف و شناسایی خطاها مشخص شود. سپس می‌توان از طریق ایجاد فرهنگ مبارزه با کلاهبرداری، بهبود آموزش کارکنان و ناظرین و اصلاح پروتکل‌ها و دستورالعمل‌ها برای جلوگیری از تقلب در مراقبت‌های سلامت استفاده نمود.

در رابطه با روش‌های برخورد با تقلب و تخلف پزشکی در بیمه‌های سلامت، به‌طور کلی یافته‌ها حاکی از آن است که برای برخورد با تقلب و تخلف پزشکی می‌توان از موارد زیر بهره برد:

- تنظیم قوانین و مقررات مدون در این حوزه
- اقدامات قانونی شامل جریمه کلاهبرداران

- اجرایی کردن عملی طرح‌های تشویقی و تنبیهی
- تشکیل کارگروه‌های بین بخشی در این زمینه

در حقیقت مقابله با تقلب و تخلف پزشکی با هدف جبران پول ازدست‌رفته، جریمه کلاهبرداران و مجازات قانونی برای جلوگیری از کلاهبرداری در آینده انجام می‌شود. همچنین در این راستا ممکن است مداخلاتی از قبیل تغییر و بهبود سیستم یا ابتکارات اجرای قانون نیز به‌منظور کاهش احتمال تقلب در آینده صورت گیرد. تنظیم قوانین و مقررات و استفاده از قوه قهریه قانون‌گذار، دو رویکرد اصلی این حوزه هستند که بر این اساس کشورها، قوانینی را برحسب شرایط سیاسی، اقتصادی و اجتماعی خود تنظیم نموده‌اند. مهم‌ترین نکته در این حوزه همانند راه‌های پیشگیری از تقلب و تخلف، تعریف و شناسایی تقلب‌های شایع و تدوین قوانین بر این پایه است. مطالعات نشان می‌دهد بیشتر این اقدامات شامل قوانین تنبیهی و محرومیت خاطی از همکاری است اما در بعضی موارد اقداماتی از قبیل آموزش و توانمندسازی بیماران و ارائه‌دهندگان خدمات نیز به چشم می‌خورد که ناشی از ماهیت غیرعمدی تقلب و تخلف در بعضی از موارد ارائه خدمت است که به‌علت ناآگاهی افراد شکل می‌گیرد. همچنین به‌نظر می‌رسد تعریف یک کارگروه مشترک بین نهادهای درگیر جهت وضع قوانین و مقررات در این حوزه، از جمله اقداماتی است که توسط برخی کشورها مورد توجه قرار گرفته است.

در فاز کیفی از متخصصین خواسته شد تا نظرات خود را در رابطه با دلایل بروز تقلب و تخلف در سازمان‌های بیمه‌ای در کشور بیان کنند، جدول شماره ۳ این دلایل را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۳: دلایل بروز تقلب و تخلف در سازمان‌های بیمه سلامت کشور ایران از دیدگاه متخصصین

زیر کدها	کد اصلی
استفاده از روش‌های منسوخ دستی جهت شناسایی خطاها	عدم نظارت مؤثر
نبود سازوکارهای قوی نظارتی	
عدم پایش مستمر ارائه‌کنندگان خدمت طرف قرارداد	نقایص سیستمی
عدم امکان شناسایی حفره‌های موجود در سیستم	
عدم کفایت قوانین	سکوت قوانین
عدم ضمانت اجرایی قوانین	

زیر کدها	کد اصلی
تعارض منافع	سوءاستفاده از قدرت
عدم تقارن اطلاعاتی	
فشار از جانب بیمار برای تجویزهای خاص	

بر اساس نظرات متخصصین یکی از دلایل اصلی در بروز تقلب و تخلف در سازمان‌های بیمه سلامت، عدم نظارت مؤثر است. در این راستا متخصصین اظهار داشتند که خیلی از روش‌های کلاهبرداری از بیمه، به سرعت در حال دگرگونی است و این در حالی است که سازمان‌های بیمه‌ای در ایران از روش‌های دستی بررسی نسخ و بررسی‌های غیرسیستمی اسناد و پرونده‌ها استفاده می‌کنند که این روش‌ها عملاً در سایر کشورهای دنیا منسوخ شده است و نیاز است که نظارت سیستمی از طریق نرم‌افزارها تقویت شود.

علاوه بر این متخصصین اعتقاد داشتند، کمبود افرادی که توانایی برنامه‌نویسی برای شناسایی متخلفین را داشته باشند، از جمله مواردی است که می‌تواند باعث بروز نقایص سیستمی شود. به عنوان مثال ارائه خدمت به بیماری که کد ملی وی

مورد سوءاستفاده قرار گرفته و بدون آگاهی وی خدمت برایش تجویز شده است، که می‌توان این مورد را با ارسال پیامک دریافت خدمت برای بیمار کاهش داد؛ اما به شرطی که افراد جامعه نیز نسبت به دریافت چنین پیامک‌هایی هوشیار بوده و در صورت مغایرت به سازمان بیمه مراجعه نمایند. همچنین عدم پایش مستمر عملکرد ارائه‌کنندگان خدمت طرف قرارداد و عدم وجود سامانه ارزیابی عملکرد آنان به منظور تجدید یا لغو قرارداد هم از مشکلات موجود در این حوزه است که از دیدگاه متخصصین عملاً باعث بروز تقلب و تخلف می‌شود. بر این اساس بررسی‌های میدانی و مطالبه اسناد می‌تواند راهگشا باشد. همچنین متخصصین بر این باور بودند که سکوت قوانین و عدم کفایت قوانین و ضوابط نیز از عوامل زمینه‌ساز بروز تقلب و تخلف است. به عنوان مثال در مورد مقرری‌های بازماندگی و طلاق سوری جهت دریافت مستمری قوانین، شفافیت لازم را ندارند. بنابراین اصلاحات قانونی و تدوین دستورالعمل‌ها و ضوابط به صورت شفاف و روشن در این حوزه ضروری است.

۴۷ نکته مهم دیگری که مشارکت‌کنندگان تأکید نمودند بحث تعارض منافع و عدم تقارن اطلاعاتی بین گیرندگان و ارائه‌کنندگان خدمت است که خود می‌تواند زمینه‌ساز سوءاستفاده‌های بسیاری شود. متخصصین اعتقاد داشتند از آنجاکه در حوزه تعیین ضوابط بخش‌های درمانی و صلاحیت‌ها، پزشکان نقش تعیین‌کننده‌ای دارند، ممکن است برای جلب منافع خود چه به صورت آشکار و چه پنهان

اقدام به ایجاد منافع برای خویش نمایند. علاوه بر این ممکن است پزشک برای از دست ندادن بیمار به خواسته‌های نابجای وی، برای تجویز دارو و آزمایشات تن دهد که این موضوع به خصوص زمانی که بیمار از پوشش بیمه‌های تکمیلی برخوردار است نمود بیشتری خواهد داشت و عملاً قابل شناسایی نیز نیست. در نهایت از متخصصین خواسته شد بر اساس اظهاراتی که در مورد دو سؤال قبلی داشته‌اند راهکارهای مقابله با بروز تقلب و تخلف را در سازمان‌های بیمه سلامت مشخص نمایند. جدول شماره ۴ چارچوب کلی مقابله با تقلب و تخلف پزشکی در سازمان‌های بیمه سلامت برای کشور ایران را از دیدگاه متخصصین نشان می‌دهد.

جدول شماره ۴: چارچوب کلی مقابله با تقلب و تخلف پزشکی در سازمان‌های بیمه سلامت برای کشور ایران از دیدگاه متخصصین

فعالیت	راهکار
فرهنگ‌سازی در آحاد جامعه به منظور استفاده درست از دفترچه بیمه	فرهنگی
فرهنگ‌سازی در ارائه‌دهندگان خدمت به خصوص پزشکان برای اجتناب از تجویزهای غیرضروری	
آموزش و اطلاع‌رسانی به مدیران در خصوص اهمیت تقلب و تخلف	توانمندسازی
آموزش کارکنان جهت روش‌های کشف تقلب و تخلف	
استفاده از تکنیک‌های داده‌کاوی و توانمندکردن مدیران و کارکنان بر آن اساس	
تبیین قوانین شفاف در رابطه با توضیح و نحوه برخورد تقلب و تخلف	نظارتی
پیگیری و اجرایی کردن مجازات گیرنده و ارائه‌کننده خدمت در صورت تقلب و تخلف	
تنظیم قوانین سختگیرانه به منظور کنترل تقلب و تخلف	
پیشبینی جرائم سنگین برای تخلفات (تعلیق پروانه و مجوز فعالیت)	
توسعه پرونده الکترونیک سلامت و استخراج دیتاهای نظارتی بر اساس آن	فناوری
استفاده از روش‌های داده‌کاوی	
تطبیق تکنولوژی‌های موجود با خواست و انتظارات کاربران و سازمان	
راه‌اندازی سیستم احراز هویت الکترونیکی	

راهکار	فعالیت
قوانین بیمه‌ای	تعیین شروط همکاری برای پزشکان و کنترل جدی آن
	پایش مستمر عملکردهای طرف قرارداد
	افزایش پوشش‌های بیمه‌ای برای همه اقشار جامعه
	تعیین سقف هزینه‌ای برای خدمات بیمه‌ای
ساختاری	تعیین حق بیمه و سهم بیمه پرداختی با متولی‌گری دولت با مشارکت بیمه تأمین اجتماعی و خدمات درمانی با همکاری یکدیگر
	خارج شدن تعرفه‌گذاری و نظارت از انحصار پزشکان به دلیل تضاد منافع
	تعیین حق بیمه و سهم بیمه پرداختی با متولی‌گری دولت با مشارکت بیمه تأمین اجتماعی و خدمات درمانی با همکاری یکدیگر
	تدوین شاخص‌های عملکردی از جانب وزارت بهداشت مانند کنترل سزارین از طریق شاخص‌های نظارتی برای بیمارستان‌ها

از مجموع متخصصین مشارکت‌کننده در مرحله دلفی ۱۲ نفر زن و ۱۵ نفر مرد بودند که بیشترین آنها مدرک کارشناسی داشتند. شایان‌ذکر است میانگین سنی مشارکت‌کنندگان ۳۸,۹ سال و میانگین سابقه کار ۱۰ سال بود.

به‌منظور نمره‌دهی سیستم امتیازدهی صفر تا ۱۰۰ در نظر گرفته شد که بعد از تحلیل داده‌ها، گزینه‌هایی که امتیازی کمتر از ۶۰ درصد مجموع امتیاز سؤال را کسب کرده بودند مورد بررسی مجدد قرار گرفته و پیشنهادات اصلاحی در آن‌ها لحاظ شد. به‌عنوان مثال فعالیت تعیین سقف هزینه‌ای برای خدمات بیمه‌ای بر اساس نمره میانگین و نیز فعالیت استفاده از تکنیک‌های داده‌کاوی در زیرمجموعه توانمندسازی حذف شدند.

آموزش کارکنان جهت روش‌های نوین کشف تقلب و تخلف به آموزش روش‌های نوین کشف تقلب و تخلف به کارکنان تغییر یافت. سپس سؤالات تازه تدوین شده برای نظرخواهی مجدد ارسال شد و باتوجه‌به اجماع حاصل‌شده در داده‌ها، دلفی در دو راند انجام شد. در این مرحله از تحقیق داده‌ها با نرم‌افزار SPSS ۲۵ مورد تحلیل قرار گرفت.

بر اساس یافته‌های مرحله دلفی تبیین قوانین شفاف در رابطه با تقلب و تخلف، پیگیری و اجرایی نمودن مجازات گیرنده و ارائه‌کننده متخلف و راه‌اندازی سیستم احراز هویت الکترونیکی، از مواردی بودند که مورد تأیید تمامی متخصصان قرار گرفتند که این مسئله دلالت بر اهمیت موارد مذکور دارد.

۳-۱. الگوی پیشنهادی برای سازمان تأمین اجتماعی جهت مقابله با تقلب و تخلف

بر اساس مفاهیم تائید اعتبار شده در مرحله قبلی، الگوی راهکارهای پیشنهادی برای سازمان تأمین اجتماعی جهت مقابله با تقلب و تخلف به شرح زیر است:

جدول شماره ۵: الگوی راهکارهای پیشنهادی برای سازمان تأمین اجتماعی جهت مقابله با تقلب و تخلف

فعالیت	راهکار
فرهنگ‌سازی در آحاد جامعه به‌منظور استفاده درست از دفترچه بیمه	راهکار فرهنگی
فرهنگ‌سازی در ارائه‌دهندگان خدمت به‌خصوص پزشکان برای اجتناب از تجویزهای غیرضروری	
آموزش روش‌های نوین کشف تقلب و تخلف به کارکنان	راهکار آموزش مدیران و کارکنان
آموزش کارکنان جهت روش‌های کشف تقلب و تخلف	
تبیین قوانین شفاف در رابطه با توضیح و نحوه برخورد تقلب و تخلف	راهکار بازنگری قوانین نظارتی
پیگیری و اجرایی نمودن مجازات گیرنده و ارائه‌کننده خدمت در صورت انجام تقلب و تخلف	
تنظیم قوانین سخت‌گیرانه به‌منظور کنترل تقلب و تخلف	
پیش‌بینی جرائم سنگین برای تخلفات (تعلیق پروانه و مجوز فعالیت)	
تعیین شروط همکاری برای پزشکان و کنترل جدی آن	راهکار بازنگری قوانین بیمه‌ای
پایش مستمر عملکرد ارائه‌کنندگان طرف قرارداد	
افزایش پوشش‌های بیمه‌ای برای همه اقشار جامعه	
توسعه پرونده الکترونیک سلامت و استخراج دیتاهای نظارتی بر اساس آن	راهکار به‌روزرسانی فناوری
استفاده از روش‌های داده‌کاوی	
تطبیق تکنولوژی‌های موجود با خواست و انتظارات کاربران و سازمان	
راه‌اندازی سیستم احراز هویت الکترونیکی	

فعالیت	راهکار
تعیین حق بیمه و سهم بیمه پرداختی با متولی گری دولت با مشارکت سازمان‌های بیمه گر (تعامل سازمان بیمه تأمین اجتماعی و سازمان بیمه سلامت)	راهکار بازنگری مسائل ساختاری
خارج شدن تعرفه گذاری و نظارت از انحصار پزشکان، به دلیل تضاد منافع	
مشارکت بیمه تأمین اجتماعی و خدمات درمانی جهت تعیین حق بیمه و سهم بیمه پرداختی با متولی گری دولت	
تدوین شاخص‌های عملکردی از جانب وزارت بهداشت مانند کنترل سزارین از طریق شاخص‌های نظارتی برای بیمارستان‌ها	

همان‌طور که نتایج جدول شماره ۵ نشان می‌دهد الگوی راهکارهای پیشنهادی برای سازمان تأمین اجتماعی، جهت مقابله با تقلب و تخلف در ۳ حوزه اصلی توانمندسازی گیرندگان و ارائه‌کنندگان خدمت، اصلاح و به‌روزرسانی سیستم کنترل و اصلاح و به‌روزرسانی عوامل عملکردی قابل طبقه‌بندی است.

۴. بحث

این مطالعه با هدف طراحی راهکار برای مبارزه با تقلب و تخلف بیمه‌ای برای سازمان تأمین اجتماعی در قالب شش راهکار بازنگری مسائل ساختاری، بازنگری قوانین بیمه‌ای، بازنگری قوانین نظارتی، به‌روزرسانی فناوری، توانمندسازی مدیران و کارکنان و راهکارهای فرهنگی در سه حوزه اصلی توانمندسازی گیرندگان و ارائه‌کنندگان خدمت، اصلاح و به‌روزرسانی سیستم کنترل و اصلاح و به‌روزرسانی عوامل عملکردی انجام شد.

نتایج مطالعه حاکی از آن است که در حال حاضر، اقدام‌های جدی و قابل توجهی از سوی شرکت‌های بیمه برای کنترل تقلب صورت‌نگرفته و آنچه انجام می‌شود، روش‌های غیرسیستمی، یکسان و دستی است. از این‌رو 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 استفاده از فناوری‌های نوین و حذف اسناد فیزیکی تا حد زیادی از بروز تقلب جلوگیری خواهد شد (اکبری، ۲۰۱۹: ۵). بر همین اساس نتایج دلفی نیز حاکی از آن است که استفاده از روش‌های داده‌کاوی به‌منظور شناسایی تقلب مورد تأکید متخصصان قرار گرفته است؛ چراکه میزان قابل توجهی از تقلب‌ها نیز به‌دلیل 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 (ضفری^۱، ۲۰۱۸: ۱۵). یکی دیگر از مواردی که در مرحله دلفی مورد تأیید ۷۸٪ از متخصصین قرار گرفت، تأثیر مسائل فرهنگی بر کاهش بروز تقلب و تخلف بود. طبق نظر کارشناسان در حال حاضر تقلب 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 می‌دهد.

تعریف استانداردها، آموزش مداوم در مورد اخلاق و پیشگیری از تقلب در مشاغل بخش بهداشت، آموزش کارشناسان در خصوص چگونگی کشف تقلب‌ها، چشم‌پوشی نکردن از تقلب‌ها و ارتقای سطح فرهنگ جامعه و آگاه‌سازی از جمله مواردی است که در الگوهای مبارزه با تقلب و تخلف بیمه‌ای در کشور ترکیه مطرح شده است (گالییورت^۲، ۲۰۱۸: ۳۰). که در الگوی مطالعه حاضر نیز مورد تأکید قرار گرفته است.

در رابطه با راهکارهای فرهنگی، مطالعات مرتبط حاکی از آن است که یکی از راه‌های کنترل بروز تقلب و تخلف بیمه‌ای، فرهنگ‌سازی در گیرندگان و ارائه‌دهندگان خدمت است. به عبارت دیگر این مسئله با رفع ابهامات بیماران در رابطه با نحوه هزینه‌کرد حق بیمه‌ها و تأثیرات مخرب سوءاستفاده از پوشش بیمه‌ای می‌تواند تا حد زیادی تقاضای القایی را کاهش دهد (زوریج^۳، ۲۰۱۵: ۱۶).

در برنامه‌هایی که در کشور آمریکا به منظور پیشگیری از تقلب و تخلف بیمه سلامت پیاده می‌شود، مواردی از قبیل توانمندسازی بیماران در خصوص شناسایی موارد تقلب و تخلف، تشویق ارائه‌کنندگان به گزارش موارد مشکوک به هیئت‌های نظارتی، آموزش و توانمندسازی ارائه‌دهندگان و بیماران، افزایش نظارت فدرال بر کلاهبرداری و سوءاستفاده، استفاده از مدل‌های داده‌کاوی، ترویج فرهنگ اخلاق‌مداری، اجرای قانون و عدالت کیفری، پاسخ مناسب به تخلفات شناسایی‌شده و اقدامات اصلاحی، اجرای استانداردهای انضباطی و اتخاذ تدابیر قاطع در برابر کلاهبرداری‌هایی مورد

تأکید قرار گرفته است (اندرسون^۴، ۲۰۱۷: ۴) که با یافته‌های مطالعه حاضر در مرحله دلفی تطبیق دارد و مورد تأیید ۱۰۰٪ متخصصین قرار گرفته است.

در برنامه‌های مشابه در کشور هند نیز دو مورد آموزش ارائه‌دهندگان و گیرندگان خدمت و ارتقاء ظرفیت و آگاهی نهادهای قانونی مطرح شده است که ۶۳٪ از متخصصین در مرحله دلفی نیز به این مسئله تأکید داشته‌اند (فدراسیون پزشکی هند، ۲۰۱۷)

1- Zafari
2- Caliyurt
3- Zourrig
4- Anderson

در کشور مالزی نیز به مواردی از قبیل نظارت مراکز درمانی و افراد بیمه‌شده توسط نهادهای قانونی و تدوین آیین‌نامه درخصوص برخورد با تقلب و تخلف جهت طراحی برنامه‌های پیشگیری از تقلب و تخلف بیمه‌ای اشاره شده است (عبدالله^۱، ۲۰۱۶: ۳۵) که با نتایج این مطالعه همخوانی دارد.

مبحث راهکارهای نظارتی، یکی از مواردی بود که مورد تأکید متخصصین دلفی قرار گرفت. بر همین اساس مطالعات حاکی از آن است که یکی دیگر از عوامل زمینه‌ساز تقلب در سازمان‌های بیمه سلامت، نبود نظارت دقیق است؛ چراکه نظارت در بیمه‌ها بعد از ارائه خدمت به بیمار انجام می‌شود و مانع از آن می‌شود که مشخص نیست که آیا تجویز پزشک به‌درستی انجام شده است یا خیر. بنابراین سندسازی از مهم‌ترین مصادیق تقلب به‌شمار می‌رود. انجام خدمات غیرضروری نیز از دیگر مصادیق مهم تقلب به‌شمار می‌رود (کیوان آرا، ۲۰۱۴: ۲۹).

در این راستا راهنماهای بالینی به‌عنوان یک ابزار قدرتمند می‌تواند برای نظارت بر عملکرد پزشکان استفاده شود. همان‌طور که اسو و همکاران 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 (اوسانو^۲، ۲۰۱۸: ۱۲) همچنین در رابطه با راهکارهای فناوری که ۶۷٪ متخصصین در مورد آن اجماع داشتند، می‌توان گفت حوزه سلامت به علت وسعت عملکرد مالی و همچنین وسعت کاربرد آن، یکی از سیستم‌های ایدئال برای تقلب است و با وجود راهکارهای مختلف در این زمینه، شناسایی داده‌های تقلب هنوز یکی از چالش‌ها برای ارائه‌دهندگان خدمات سلامت است (فنگ^۳، ۲۰۱۷: ۵). کشف تقلب، یک مرحله و فرایند مهم در مواجهه با داده‌ها به‌خصوص داده‌های مالی است. تقلب به‌عنوان یک فریب عمده شناخته می‌شود که می‌تواند صورت‌های مختلفی را به خود بگیرد. تقلب در حوزه سلامت، سالانه موجب زیان مالی قابل توجهی می‌شود، به‌گونه‌ای که تقلب و سوءاستفاده در درخواست‌های پزشکی تبدیل به نگرانی عمده برای شرکت‌های بیمه سلامت در دهه‌های گذشته شده است (روگلاسکی^۴، ۲۰۱۶: ۲۸). پرداخت نامناسب توسط شرکت‌های بیمه یا پرداخت‌کننده شخص ثالث، معمولاً به‌علت خطا، سوءاستفاده یا تقلب رخ می‌دهد. مقیاس این پرداخت‌های نامناسب به‌قدری بزرگ است که آن را به‌عنوان یک چالش اصلی در سیستم سلامت تبدیل کرده است (پیلون^۵، ۲۰۱۵: ۴۵). بسیاری از سیستم‌های بیمه سلامت، وابسته به متخصصان انسانی برای بازبینی درخواست‌ها و شناسایی موارد مشکوک هستند. این امر سبب زمان‌بر شدن فرایند بازبینی درخواست‌ها می‌شود.

1- Abdallah
2- Owusu
3- Fang
4- Roglaski
5- Pilon

ظهور فناوری‌های مختلف، فرصت‌هایی برای کشف بهتر تقلب فراهم ساخته است. در این بین، نگرش داده‌کاوی به‌عنوان روشی مؤثر و کارآمد مطرح می‌شود. تکنیک‌های داده‌کاوی امکان شناسایی الگوهای رفتاری را در بین حجم زیادی از داده فراهم می‌آورد که این امر امکان شناسایی و کشف الگوهای مشکوک و یا حتی تقلب را میسر می‌سازد (وسرهللی^۱، ۲۰۱۵: ۳۲). توجه و پیگیری راهکارهای نظارتی هم از جمله مواردی بود که توسط ۱۰۰٪ متخصصین مورد تأکید قرار گرفت. بر اساس مطالعه قدوسی و همکاران با عنوان "مطالعه موارد مغایر با ضوابط و مقررات مندرج در پرونده پزشکان طرف قرارداد بیمه خدمات درمانی استان اصفهان" پژوهشگران توصیه می‌کنند سازمان‌های بیمه‌گر از طریق تعامل با انجمن‌های پزشکی اطلاع‌رسانی به جامعه پزشکی نسبت به قوانین و مقررات را فراهم آورند. همچنین سازمان‌های بیمه‌گر با حذف برخی قوانین و مقررات دست‌وپاگیر، تدوین قوانین و مقررات یکسان، طراحی و استقرار نظام بیمه‌ای واحد در کشور، حذف دفاتر بیمه، استفاده از مکانیسم‌های تشویقی مناسب، برگزاری سمینارهای بازآموزی در خصوص اخلاق حرفه‌ای و آرایه بازخورد مناسب به پزشکان در خصوص عملکردشان، تشکیل تیم‌های نظارتی از خود بیمه‌شدگان و تجدیدنظر در نام پرداخت زمینه پیشگیری از بروز موارد تقلب و تخلف را فراهم آورند (قدوسی، ۲۰۱۲: ۱۰).

در مطالعات مختلف الگوهایی برای مقابله با تقلب و تخلف در حوزه بیمه‌های سلامت ارائه شده است که در ادامه به شرح آنها پرداخته می‌شود:

مورلی^۲ در مطالعه خود با عنوان "چگونه روش‌های شناسایی تقلب می‌تواند موفقیت‌آمیز باشد" چنین نتیجه‌گیری می‌کند که می‌توان راهکارهای مقابله با تقلب و تخلف را در قالب عوامل سازمانی و فناورانه طبقه‌بندی نمود که با راهکارهای مطالعه حاضر همخوانی دارد. در رابطه با بحث راهکارهای سازمانی، مورلی اعتقاد دارد که زمانی که شرکت بیمه‌ای اهداف سازمانی قوی داشته باشد که در آن ماهیت رویه ادعای آنها در رابطه با نحوه برخورد سازمان با مشکل تقلب تعریف شده باشد، می‌توان انتظار داشت که مقابله با تقلب و تخلف به طور جدی از سوی سازمان بیمه‌ای پیگیری شود. در این راستا سه موضوع اصلی مطرح می‌شود که مسئولیت و مشوق‌های کشف تقلب، مالکیت پرونده و بازخورد در مورد نتایج و ارتباطات و ادغام کشف تقلب در فعالیت‌های رسیدگی منظم به پرونده‌ها را دربرمی‌گیرد (مورلی، ۲۰۰۶: ۲۹).

در رابطه با مسائل فناورانه، وی چنین ادعا می‌کند که فرآیند کشف کلاهبرداری به‌شدت بر ارتباط دقیق و جامع اطلاعات و داده‌ها و شبهات متکی است، که لزوم شناسایی آن به استفاده از فناوری‌های به‌روز و نوین بر می‌گردد.

1- Vasarhelyi
 2- Morley

به‌طور کلی نتایج مطالعه او نشان می‌دهد عوامل سازمانی مانند استانداردهای بالای خدمات مشتری، سرعت، کارایی، فعال بودن، ارزیابی کارکنان و اهداف بهره‌وری، همگی به عنوان متغیرهایی هستند که بر ساختار، کارایی ادعاها و فرآیندهای شناسایی تقلب توسط سازمان‌ها تاثیر دارند. این عوامل به همراه فرهنگ، آموزش و بازخورد کمک می‌کند تا فرایند شناسایی تخلف‌ها توسط کارکنان سازمان‌های بیمه‌ای به‌درستی انجام شود.

علاوه‌براین، فرآیندهایی که برای تشویق کشف تقلب با استفاده از رویه‌های مبتنی بر شاخص‌های تقلب به کار می‌روند، ممکن است به‌طور فعال مانع از شناسایی موارد جدید تقلب شود. همچنین، نشان داده شد که سیستم‌های نرم‌افزاری قدیمی و غیرقابل انعطاف برای کشف تقلب مضر هستند، زیرا از استخراج اطلاعات مربوطه یا مستندسازی و ارسال شبهات پشتیبانی نمی‌کنند.

بر این اساس ۶ پیشنهاد برای سازمان‌های بیمه‌ای مطرح می‌شود (مورلی، ۲۰۰۶: ۲۹).

۱. ارائه مشوق‌ها و حذف عوامل بازدارنده برای کارکنان در تشخیص و گزارش‌های تقلب.

۲. توسعه نرم‌افزار و فرآیندهایی که از مستندسازی و اطلاع‌رسانی تقلب‌های شناسایی‌شده توسط متصدیان خسارت و عوامل خارجی پشتیبانی می‌کنند. برای مثال، سیستم‌های نرم‌افزاری را می‌توان با استفاده از رابط‌های مبتنی بر وب توسعه داد که اشتراک‌گذاری یادداشت‌های موردی را در چندین سایت تسهیل می‌کند.

۳. ارائه بازخورد در مورد نتایج پرونده، برای همه کارکنان درگیر در رسیدگی به یک پرونده متقلبانه، و استفاده از این بازخورد برای اصلاح شاخص‌های تقلب ارائه‌شده به کارکنان.

۴. فراهم‌آوردن فرصت‌های آموزشی بیشتر و منظم‌تر برای کارکنان رسیدگی‌کننده به مطالبات.

۵. تشویق به استفاده بهتر از پایگاه‌های اطلاعاتی صنعت و آموزش بهتر برای استفاده موثر از این پایگاه‌ها. به عنوان مثال، ترسیم استراتژی‌های جستجوی موثر.

۶. توسعه فرآیندهای سازمانی که روش‌های کشف تقلب را با رسیدگی به ادعاهای عمومی به درستی ادغام می‌کند، به‌ویژه با توجه به اینکه کشف تقلب باید به‌طور مکرر در طول چرخه رسیدگی به ادعاها انجام شود.

مطالعات نشان می‌دهد در طراحی برنامه‌ها و راهکارهای پیشگیری از تقلب و تخلف بیمه‌ای باید به عواملی از قبیل ارائه‌کنندگان و گیرندگان خدمت و سازمان‌های بیمه‌گر توجه داشت و باید یک برنامه جامع تمامی این حوزه‌ها را در برگیرد (یوسف^۱، ۲۰۱۵: ۵). در همین راستا آکوم^۲ در مطالعه خود با

1- Yusuf

2- Akomea

عنوان "تأثیرات و بازدارنده‌های تقلب بیمه‌ای: شواهد غنا" چنین نتیجه‌گیری می‌کند که عملکردهای ضعیف مدیریتی و کنترل‌های داخلی، تلاش برای دستیابی به سودهای مالی سریع و عدم آموزش در مورد تقلب بیمه به مصرف‌کنندگان و واسطه‌ها، از دلایل اصلی تقلب بیمه‌ای هستند. نتایج حاصل از مدل رگرسیون مقطعی نشان می‌دهد که تقلب بیمه‌ای از نظر آماری، تأثیر منفی معناداری بر بازده سالانه دارایی‌ها (عملکرد مالی) بیمه‌گران دارد. علاوه بر این، کنترل‌های داخلی مؤثر، سیاست‌های کلاهبرداری عمدی توسط سازمان‌های بیمه، روبه‌های دقیق پذیرش مشتریان و ادعاها، استفاده از ابزارهای مدرن فناوری اطلاعات می‌تواند با تقلب بیمه مبارزه کند (آکوم، ۲۰۱۶: ۴۳).

برای این منظور توصیه‌هایی به شرح زیر ارائه شده است:

- ایجاد واحد ویژه یا دفتر تقلب بیمه‌ای در سازمان‌های بیمه‌ای برای تنظیم مسائل مربوط به تقلب بیمه‌ای که باید مجهز به ابزارهای مدرن برای عملکرد کامل باشد و باید وظایف و مسئولیت‌های کامل آنها تعیین شود.
 - بودجه یا صندوقی باید توسط بیمه‌گذاران برای آموزش و ایجاد آگاهی در مورد تقلب بیمه‌ای به کارکنان، کارگزاران و مصرف‌کنندگان اختصاص یابد.
 - مدیریت و همچنین کارکنان تمام سازمان‌های بیمه‌ای باید به‌طور منظم و دقیق در مورد نحوه مبارزه با تقلب بیمه‌ای آموزش ببینند.
 - شیوه‌های نظارت مؤثر باید به همه مدیران در تمام بخش‌های شرکت‌های بیمه به‌ویژه مدیران بخش خسارت و پذیره‌نویسی ابلاغ شود.
 - ایجاد انگیزه، پاداش فوری و شرایط بهتر خدمات به مدیران، کارکنان، نمایندگان بیمه و کارگزاران از سوی بیمه‌گر به مهار تقلب بیمه‌ای کمک می‌کند.
 - کارکنان بخش خسارت، حسابداری، امور مالی و پذیره‌نویسی شرکت‌های بیمه باید کاملاً بر اساس دانش عمیق، صداقت، روندها و حرفه‌ای انتخاب شوند.
 - باید یک واحد تحقیق و توسعه ویژه برای تحقیق در این زمینه و کشف تکنیک‌های جدید مبارزه با این تهدید ایجاد شود. که پیشنهادات وی با راهکارهای آموزشی و نظارتی مطالعه حاضر تطبیق دارد.
- در مطالعه کانگا^۱ و همکاران که در کشور کره انجام شده است، راهکارهای زیر جهت مقابله با تقلب و تخلف ارائه شده است (گانگا، ۲۰۱۰: ۵):
- یکپارچه‌سازی بیمه‌های سلامت

- گسترش پوشش بیمه‌ای
- تدوین صحیح بسته بیمه پایه
- تعامل صحیح بین نهادهای درگیر
- بررسی دقیق چگونگی تعیین حق بیمه و فرانشیز
- شفاف‌سازی روابط بین سازمان‌های بیمه‌ای و ارائه‌کنندگان خدمات که با راهکارهای قوانین بیمه‌ای، نظارتی و ساختاری مطالعه حاضر همخوانی دارد.

۵. نتیجه‌گیری و پیشنهادات

براساس جمع‌بندی یافته‌های مطالعه اقدامات زیر برای کاهش تقلب و تخلف توصیه می‌شود:

استخدام کارکنان حامی ارزش‌های مثبت و اخلاق پزشکی

دانشکده‌های پزشکی و مراکز ارائه خدمات سلامت باید در تمام سطوح به دنبال کارآموزان (دانشجویان پزشکی، رزیدنت‌ها، فلوشیپ‌ها)، پزشکان و کارکنانی باشند که تعهد خود را به ارزش‌های اصلی پزشکی مانند مراقبت از افراد، نوع دوستی، شایستگی، شفقت و احترام به خودمختاری بیمار نشان دهند؛ چرا که تمرکز بر تعهد به ارزش‌های مثبت در پیشبرد مأموریت پزشکی تاثیر بیشتری خواهد داشت. پایش و نظارت بر این مساله می‌تواند از طریق نظرسنجی از بیماران، نظرسنجی چند منبعی یا ۳۶۰ درجه یا مشاهده مستقیم رفتارها باشد (کورشی^۱، ۲۰۱۱: ۴۵).

۲. آموزش رهبران برای ایجاد فرهنگ صداقت حرفه‌ای: بسیاری از مشکلات مشاهده شده در امور پزشکی ناشی از فرهنگ سازمانی است که فرد در آن مشغول به کار می‌باشد. بنابراین تغییر فرهنگ ملی و سازمانی به نحوی که احترام به همه افراد را نشان دهد و از رفتار حرفه‌ای حمایت کند، ضروری است. رهبران باید به نقش خود در اعمال سیاست‌ها و حمایت از مداخلات برای پایان دادن به تخلفات جدی پزشکان حساس باشند. اغلب اوقات، موارد نقض اخلاقی فاحش توسط رهبران نادیده گرفته شده و حتی سرپوش گذاشته می‌شود. فرهنگ یکپارچگی حرفه‌ای می‌تواند از بیماران و کسانی که اقدام به گزارش تقلب می‌نمایند بیش از قوانین فعلی محافظت کند. برای تحقق این هدف، رهبران باید به موقع شکایات را بررسی کنند و نباید رفتاری را که ایمنی بیمار را تهدید می‌کند یا محیط کار خصمانه ایجاد می‌کند، تحمل نمایند.

رهبران حوزه سلامت باید با توجه به شخصیت، تجربه و توانایی‌های خود انتخاب شوند و آموزش‌های

رسمی به آنها ارائه شود تا از مهارت‌های لازم برای رهبری موثر با صداقت اطمینان حاصل شود (اولکن^۱، ۲۰۱۷: ۲۵).

۳. ارائه بازخورد به پزشکان: مطالعات نشان می‌دهد که بررسی و ممیزی عملکرد پزشکان توسط همکاران خودشان و افراد همپایه، تغییرات مثبتی در رفتار آنها ایجاد می‌کند. چنین بازخوردی می‌تواند ضمن حفظ اعتبار ارزیاب، منجر به ایجاد اصلاح رفتار شود. به عنوان مثال، برنامه‌های نظارت بر داروهای تجویزی، می‌تواند نه تنها برای ردیابی الگوهای "بیماران جویای دارو" استفاده شود بلکه برای ارائه بازخورد به پزشکان در مورد الگوهای تجویز آنها در برابر همکاران در تخصص‌های مشابه مورد استفاده قرار گیرد. این امر می‌تواند ضمن افزایش نظارت همتایان پزشک، از نقض اخلاقی نیز جلوگیری کند (آهرن^۲، ۲۰۱۹: ۶).

۴. افزایش نظارت توسط همتایان پزشک و همکاران: برخی از داده‌ها نشان می‌دهد که نظارت همکاران و شیوه‌های گروهی ممکن است از بروز تخلفات جلوگیری کند. به عنوان مثال جوامع پزشکی می‌توانند از نظارت همتا برای تایید اعمال خطرناک و تهاجمی استفاده کنند یا اینکه با استفاده از سوابق پزشکی الکترونیکی، می‌توان از راه دور نظر همکاران را بررسی نمود و از صحت تشخیص و تجویز اطمینان حاصل کرد (وب^۳، ۲۰۱۶: ۱۴).

۵. پیگیری اشتباهات و پیامدها: ردیابی تخلفات برای حفاظت از بیماران و ارائه داده‌های مرتبط به کمیته‌های انضباطی برای اخذ تصمیمات، ضروری می‌باشد. پیگیری پیامدها امکان ارزیابی شفاف توسط هیئت‌های پزشکی دولتی و سایر نهادهای نظارتی را فراهم می‌آورد. ایجاد یک سیستم ردیابی ملی برای ردیابی اقدامات انضباطی جدی علیه افرادی که اقدام به تقلب و تخلف می‌نمایند اقدامی است که از سوی کشورها بدین منظور انجام شده است.

چنین پایگاه داده‌ای باید بسیار محرمانه بوده و فقط برای کسانی که در حال بررسی یا داوری پرونده‌ها هستند قابل دسترسی باشد. گزارش بی‌احتیاطی‌ها، تأیید صلاحیت، امتیازدهی و عدم گزارش پزشکان تحت نظارت انضباطی توسط موسسات باید قابل بررسی باشد (مطلوب^۴، ۲۰۲۰: ۴۴).

۶. لغو قرارداد افراد خاطی: به منظور محافظت از بیماران سازمان‌های بیمه‌ای باید دارای اختیار لغو دائمی مجوزهای پزشکی برای جرایم سنگین، جرایمی که مغایر با ارزش‌های اصلی پزشکی هستند (به عنوان مثال تجاوز جنسی یا روش‌های تهاجمی غیرضروری خطرناک که برای سود انجام می‌شود) و یا

1- Olken
2- Ahern
3- Webb
4- Matloob

برای تخلفات مکرر، باشند (ویلسون^۱، ۲۰۱۹: ۷).

۷. آموزش به بیمار: توانمندسازی بیماران از طریق ارائه اطلاعات برای آگاهی از انتظاراتی که باید از پزشک خود داشته باشند، می‌تواند تا حد زیادی بر کاهش تقلب و تخلف‌ها تاثیر بگذارد. همچنین حق درخواست مشاوره، به‌ویژه در صورتی که بیماران در مورد ضرورت پزشکی روش‌های درمانی اعتراضی داشته باشند، باید به آنان داده شود (ساتمن^۲، ۲۰۱۹: ۹).

۸. انجام تحقیقات در حوزه عوامل ایجادکننده تقلب و تخلف: داده‌های بسیار کمی وجود دارد که به توضیح چگونگی و چرایی وقوع نقض‌های اخلاقی شدید در ارائه خدمات کمک می‌کند. اقدامات موثر پیشگیری و اصلاح نیاز به دسترسی به داده‌های دقیق در مورد موارد و رویکردهای تحلیلی جدید برای شناسایی عوامل ایجادکننده دارد. انجام تحقیقات با هدف شناسایی موانع و تسهیل‌کنندگان در اجرای اصلاحات و ردیابی و ارزیابی پیشرفت در اجرای اصلاحات بسیار مهم است.

به‌طور کلی مقالات بر مواردی مانند آموزش‌های مستمر یکپارچه در مورد اخلاق، پاسخگویی، حاکمیت شرکتی و مسئولیت اجتماعی در پیشگیری از تقلب و تخلف تاکید دارند. به‌طور کلی مطالعات حاکی از آن است که انجام اقدامات پیشگیرانه برای شناسایی موارد متعدد تقلب و مقابله با آنها، بدون ایجاد تغییرات اساسی در قوانین و اصلاح روش‌های شناسایی تقلب و تخلف ممکن نخواهد بود.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

منابع

1. Abdallah A, Aizaini Maarof M and Zainal A. (2016). "Fraud detection system: A survey." *Journal of Network and Computer Applications*, 68: 90-113.
2. Akbari M, Ramezani MR, Ghasemi Shams M and Rasuli HR. (2019). "Investigating the moderating role of Machiavellianism on the relationship between dissatisfaction and fraud of insured people." *Iranian Journal of Insurance Research* 3(131): 41-58.
3. Aral KD, Güvenir HA, Sabuncuoğlu İ and Akar AR. (2012). "A prescription fraud detection model. ." *Comput Methods Programs Biomed.* 106: 37-46.
4. Anderson M. H. (2021). "Why do some inter-organisational collaborations in healthcare work when others do not? A realist review." *Syst Rev* 10(1): 82.
5. Akomea-Frimpong I, Andoh C and Dei Ofosu-Hene E. (2016). "Causes, effects and deterrence of insurance fraud: evidence from Ghana." *Journal of Financial Crime* 23(4): 678-699.
6. Aunger JA, Millar R, Greenhalgh J, Mannion R and Rafferty AM, M. H. (2021). "Why do some inter-organisational collaborations in healthcare work when others do not? A realist review." *Syst Rev* 10(1): 82. doi: 10.1186/s13643-13021-01630-13648. PMID: 33752755; PMCID: PMC37984506.
7. Caliyurt, K. (2018). "Fraud Prevention in Health Sector: Proposals of Solution." *SSRN Electronic Journal* DOI: 10.2139/ssrn.3121738
8. Fang, H. and Q. Gong. (2017). "Detecting potential overbilling in Medicare reimbursement via hours worked." *Amer. Econ. Rev* 107(2): 562–591.
9. Federation of Indian Chambers of Commerce & Industry. (2014). Working Paper on Health Insurance Fraud. India Source: <http://ficci.com/publication-page.asp?spid=20185>
10. Gasquoine, P. G. and Jordan, T. L. (2009). "Medicare/medicaid billing fraud and abuse by psychologists. ." *Professional Psychology: Research and Practice* 40(3): 279–283. <https://doi.org/210.1037/a0013645>
11. Ghodoosi, A, Abedi, HA, Mansouri, A. and Riaziat, A. (2012). "Evaluating the Cases of Violating the Regulations of Medical Services Insurance Organization in Isfahan Province, Iran." *Health Information Management*, 9(3): 347.
12. Hillerman, T., Souza, J. C. F., Reis and Carvalho, R. N. (2017). "Applying clustering and AHP methods for evaluating suspect health care claims." *Journal of Computational Science*, 19: 97–111.
13. Javadnoori, M. (2012). Exploring meaning and constructs of sexual health education for female adolescents: developing a modle using exploratory mixed methods research. A thesis submitted in partial fulfillment of the requirement for the degree of philoso-

phy(ph.D) in reproductive health Mixed method, Mashhad university of medical sciences school of nursing and midwifery.

14. Keyvanara, M., Karimi, S., Khorasani, E. and Jafarian Jazi, M. (2014). "Are health institutions involved in health care induced demand? (A qualitative study)." *Payavard Salamat*, 8(4): 280-293. [Persian].
15. Lacey, A. and Luff, D. (2001). "Trent focus for research and development in primary health care: an introduction to qualitative data analysis. Nottingham: Trent Focus Group."
16. Matloob, I., S. Khan, H. ur Rahman and Hussain, F. (2020). "Medical Health Benefit Management System for Real-Time Notification of Fraud Using Historical Medical Records." *Appl. Sci*, 10: 5144.
17. Morley, Nicola J, Ball, Linden J. and Ormerod, Thomas C. (2006). "How the detection of insurance fraud succeeds and fails." *Psychology, Crime & Law* 12(2): 163-180.
18. Olken, BA. (2017). "Monitoring Corruption: Evidence from a Field Experiment in Indonesia." *Politic Econ*, 115: 200–249.
19. Owusu-Oware, E., Effah, J. and Boateng, R. (2018). "Biometric Technology for Fighting Fraud in National Health Insurance: Ghana's Experience." *Twenty-fourth Americas Conference on Information Systems*, New Orlea.
20. Pilon, Kanga and Murillo-Fuentes, J. (2015). "Gaussian process for regression in business intelligence: a fraud detection application." *Joint Conf. on Knowledge Discovery, Knowledge Engineering, and Knowledge Management*, 3: 39- 49.
21. Pilvan, JM, Anderson, EE, Chibnall, JT, Diakov, L, Doukas, DJ, Holmboe, ES, Koenig, HM, Krause JH, McMillan G, Mendelsohn M, Mozersky J, Norcross WA and Whelan, AJ. (2018). "Preventing Egregious Ethical Violations in Medical Practice: Evidence-Informed Recommendations from a Multidisciplinary Working Group." *J Med Regul*, 104(4): 23-31. doi: 10.30770/32572-31852-30104.30774.30723. PMID: 30984914 PMCID: PMC36461379.
22. Qureshi, Zaina P, Liu, Ying, Sartor, Oliver. (2011). "Enforcement Actions Involving Medicaid Fraud and Abuse." *Arch Intern Med* 171: 785– 787.
23. Roglaski, S. (2016). "Business intelligence: 360 insight: the intelligence challenge." *DM Review Magazine*, 68: 90-113.
24. Staman, JA. (2019). "Health care fraud and abuse laws affecting Medicare and Medicaid: an overview." Available at: <https://fas.org/sgp/crs/misc/>.
25. Waserlehi, LE, Dmochowski, RR, Moore, IN and e. al. (2016). "Using coworker observations to promote accountability for disrespectful and unsafe behaviors by physicians and advanced practice professionals." *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 42(4): 149– 161.
26. Webb, LE, Dmochowski, RR, Moore, IN and e. al. (2016). "Using coworker observations

- to promote accountability for disrespectful and unsafe behaviors by physicians and advanced practice professionals.” The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety, 42(4): 149– 161.
27. Wilson, J. (2019). “Major Types of Health Insurance Frauds And Their Punishments.” Empowering medical practice, 2(7): 15-26.
28. Wolfson, J., Smith, JL. and Proper, SA. (2018). “Avoiding and managing Medicare fraud and abuse investigations of Mohs surgery: Mohs in the crosshairs.” JAMA Dermatol 154(11): 1249-1250.
29. Yusuf, T. O. and Ajemunigbohun, S. (2015). “Effectiveness, Efficiency, And Promptness Of Claims Handling Process In The Nigerian Insurance Industry.” European Journal of Business and Economics, 10(2).
30. Zafari, B. and Ekin, T. (2018). “Topic modelling for medical prescription fraud and abuse detection. ” Journal of Royal Statistical Society: Series C. Advance online publication.
31. Zourrig, H., Park, J., Hedhli, K. El and Zhang, M. (2018). “The effect of cultural tightness–looseness on fraud perception in insurance services.” Int Journal Quality & Service Sciences, 10(2): 138–148.

