



Fraud Detection and Providing Mitigation Solutions in Iran Health Insurance Organization

Mehri. Milad¹, Efatpanah. Mohammad², Jaafariipooyan. Ebrahim³, Arab. Mohammad^{3*}

1- MSc, Department of Health Management, Policy & Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2- MD & MPH, National Center for Health Insurance Research, Health Insurance Organization, Tehran, Iran.

3- PhD, Department of Health Management, Policy & Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Received Date:

2025.2.3

Accepted Date:

2025.2.19

*Corresponding

Author Email:

arabmoha@tums.ac.ir

Abstract

Background and purpose: Abuse within health insurance systems represents a significant challenge for health systems globally, leading to substantial negative repercussions. This study investigates instances of abuse in the Iranian Health Insurance Organization and proposes strategies to mitigate such abuses within its primary insurance processes.

Methods: This applied study employs a qualitative methodology, with data collected via semi-structured interviews. Experts from the Iranian Health Insurance Organization were interviewed to gather their insights. Data analysis was performed using conventional content analysis, and MAXQDA 20 software was used for coding and categorizing the findings.

Results: Instances of abuse within Iran's health insurance system were classified into two main categories: "providers" and "service recipients," which were further divided into 18 subcategories. The underlying causes of these abuses were analyzed on two levels: macro-level factors (economic, cultural-social, legal, and technological) and micro-level factors (implementation processes, oversight, and service delivery). Based on these findings, strategies for reducing abuse were proposed in three primary areas: "planning," "execution," and "control." These strategies included revising and amending relevant laws and regulations, enhancing technological infrastructure, and improving information systems in the planning phase; verifying the identities of service recipients and providers during service delivery; and strengthening oversight personnel, alongside continuous inspections, in the control phase.

Conclusion: This study indicates that revising laws and regulations within the insurance sector, upgrading technological infrastructures, providing continuous training for claims assessors, enhancing inter-organizational communication, and strengthening oversight of service providers are essential strategies for preventing abuse in the Iranian Health Insurance Organization.

Keywords: Fraud, Abuse, Health Insurance, Iran



Copyright©2024 Scientific Association of Hospital Affairs, and Tehran University of Medical Sciences. Published by Tehran University of Medical Sciences. This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>). Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.

Journal of Hospital, Volume 23, Issue 3, Autumn 2024

بررسی موارد سوءاستفاده و ارائه راهکارهای کاهش آن‌ها در فرآیندهای بیمه پایه

سازمان بیمه سلامت ایران

میلاد مهری^۱، محمد عفت پناه^۲، ابراهیم جعفری پویان^۳، محمد عرب^{۳*}

۱- کارشناسی ارشد، گروه مدیریت، سیاست‌گذاری و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۲- سرپرست مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت، سازمان بیمه سلامت ایران، تهران، ایران.

۳- استاد، گروه مدیریت، سیاست‌گذاری و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

چکیده:

زمینه و هدف: سوءاستفاده از سیستم‌های بیمه درمانی یکی از چالش‌های اساسی نظام سلامت است که می‌تواند آسیب‌های جدی به همراه داشته باشد. این مطالعه به تحلیل موارد سوءاستفاده و ارائه راهکارهای کاهش آن‌ها در فرآیندهای بیمه پایه سازمان بیمه سلامت ایران می‌پردازد.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر از نوع کاربردی و به روش کیفی می‌باشد که داده‌های آن با استفاده از مصاحبه نیمه ساختاریافته جمع‌آوری شده است. برای انجام مصاحبه‌ها از دیدگاه صاحب‌نظران سازمان بیمه سلامت ایران استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل محتوای قراردادی با کمک نرم‌افزار MAXQDA 20 استفاده شد.

نتایج: مصادیق سوءاستفاده در بیمه سلامت ایران در دو دسته اصلی «ارائه‌دهندگان» و «گیرندگان خدمات سلامت» و ۱۸ زیرمجموعه طبقه‌بندی شد. سپس، علل و عوامل زمینه‌ساز در دو بعد کلان (عوامل اقتصادی، فرهنگی-اجتماعی، قانونی و تکنولوژیک) و خرد (فرآیندهای اجرا، نظارت و ارائه خدمات) تحلیل گردید. در نهایت، راهکارهای کاهش در سه حوزه اصلی «برنامه‌ریزی»، «اجرایی» و «کنترلی» ارائه شد که شامل بازنگری و اصلاح قوانین و مقررات، توسعه زیرساخت‌های تکنولوژیک و تقویت اطلاعات در حوزه برنامه‌ریزی، احراز هویت خدمت‌گیرندگان و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت در حوزه اجرایی و تقویت نیروهای نظارتی و انجام بازرسی‌های مستمر در حوزه کنترلی بود.

نتیجه‌گیری: بازنگری و اصلاح قوانین و مقررات در حوزه بیمه‌گری، بهبود و ارتقاء زیرساخت‌های فناوری، آموزش مستمر ارزیابان خسارت، بهبود ارتباطات بین‌سازمانی و تقویت نظارت بر عملکرد ارائه‌دهندگان خدمات سلامت می‌تواند از جمله راهکارهای مؤثر در جهت جلوگیری از بروز سوءاستفاده‌ها در سازمان بیمه سلامت ایران بودند.

کلیدواژه: سوءاستفاده، بیمه درمان، سازمان بیمه سلامت ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۱/۱۵

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۲/۱

* نویسنده مسئول مقاله:

arabmoha@tums.ac.ir

مقدمه

طبق ماده ۲۵ اعلامیه جهانی حقوق بشر، همه افراد حق برخورداری از زندگی سالم و دسترسی به امکانات اساسی مانند غذا، پوشاک، مسکن و خدمات پزشکی را دارند (۱). همچنین، اصل ۲۹ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران تأمین اجتماعی را به عنوان یک حق همگانی در زمینه‌های مختلف از جمله خدمات بهداشتی و درمانی تعریف کرده است (۲). بیمه‌های درمان با توزیع احتمال خسارت بین افراد بیمه‌شده، بار هزینه‌های پزشکی را کاهش می‌دهند و امنیت مالی بیشتری برای آن‌ها فراهم می‌کنند (۳). به موازات رشد و پیشرفت صنعت بیمه، راه‌های انحرافی کسب درآمد از آن نیز افزایش یافته است. در گذشته، بسیاری از مدیران و سیاستگذاران این صنعت به سوءاستفاده از بیمه توجه کافی نداشتند و بر این باور بودند که این موضوع مسئله‌ساز نیست. نظام سلامت نیز از این قاعده مستثنا نبود و سیاستگذاران آن به تأثیر سوءاستفاده‌ها بر کیفیت و هزینه‌های مراقبت‌های سلامت توجه نمی‌کردند (۴)؛ اما با کاهش درآمدهای حق بیمه و افزایش خسارت‌ها، اهمیت استراتژی‌های کاهش هزینه بیشتر مورد توجه قرار گرفت (۵). در نتیجه، سوءاستفاده به یکی از بزرگ‌ترین چالش‌های بیمه در جهان تبدیل شده است. سوءاستفاده در ادبیات بیمه به معنای استفاده نادرست و غیرقانونی از سیستم بیمه است (۶). عمده‌ترین نوع سوءاستفاده در بیمه شامل اعلام عمدی خسارت‌های جعلی، اعلام خسارت بیش از مقدار واقعی و سایر روش‌هایی است که به منظور به دست آوردن مبالغی بیشتر از آنچه که بیمه‌گر قانوناً ملزم به پرداخت آن‌هاست، انجام می‌شود (۷). این نوع رفتارها می‌توانند به طرق مختلفی صورت بگیرند. برای مثال، سوءاستفاده ممکن است به صورت برنامه‌ریزی شده، فرصت‌طلبانه یا ناشی از ادعای شخص بیمه شده یا شخص ثالث انجام شود (۸). این نوع رفتارها معمولاً با

عنوان تقلب هم شناخته می‌شوند. سوءاستفاده از خدمات درمانی به افزایش هزینه‌ها و کاهش سودآوری سازمان‌های بیمه منجر می‌شود. سوءاستفاده یا تقلب در نظام سلامت می‌تواند شامل ارائه اطلاعات نادرست یا تغییر در وضعیت سلامت افراد به منظور کسب پوشش و خدمات بیشتر، ارائه اسناد و مدارک پزشکی، نسخ دارویی و صورتحساب‌های بیمارستانی جعلی با هدف دریافت خدمات با پرداخت کمتر و آسیب رساندن عمدی یا بزرگنمایی میزان و شدت آسیب به منظور کسب منافع بیشتر توسط حداقل یکی از گروه‌های گیرندگان و ارائه‌دهندگان خدمت باشد (۹، ۱۰). هر یک از این گروه‌ها می‌توانند به تنهایی یا با همکاری یکدیگر انواع مختلفی از تقلب و سوءاستفاده را بروز دهند. سوءاستفاده در بیمه می‌تواند منجر به افزایش هزینه‌های بیمه، ایجاد بار مالی سنگین بر روی سیستم بهداشت و درمان و کاهش منافع و پوشش برای سایر خدمت‌گیرندگان شود (۱۱).

تحقیقات انجام شده در این حوزه نشان می‌دهد که کاهش ۱۰ درصدی هزینه‌های سلامت از طریق حذف اسناد جعلی می‌تواند منجر به افزایشی به همین میزان در کمیت و کیفیت خدمات سلامت به جامعه گردد (۱۲). سوءاستفاده حدود ۵ الی ۱۰ درصد از کل هزینه‌های سلامت در آمریکا را شامل می‌شود (۱۳). کل هزینه‌های سلامت در آمریکا در سال ۲۰۱۸، ۳۶۰۰ میلیارد دلار برآورد گردید که ۱۸۰ الی ۳۶۰ میلیارد دلار آن به واسطه سوءاستفاده به هدر رفته است (۱۴). در گزارشی که مرکز مطالعات مبارزه با سوءاستفاده‌گری در سال ۲۰۱۵ در دانشگاه پورتموث منتشر کرد، کشورهای اتحادیه اروپا سالانه بیش از ۱ تریلیون یورو بابت ارائه خدمات بهداشتی درمانی به شهروندان خود هزینه می‌کنند که حدود ۵۶ میلیارد یورو از آن به دلیل سوءاستفاده از بین می‌رود. این میزان هدر رفت در سطح جهانی برابر با ۱۸۰ میلیارد یورو

و در راستای بند «ه» ماده ۷ اساسنامه این سازمان انجام شده است (۲۰). تقلب و سوءاستفاده چالش‌هایی جدی برای حیات سازمان‌های بیمه، از جمله بیمه سلامت ایران ایجاد کرده است. برای مقابله با این پدیده، شناسایی موارد سوءاستفاده و تعیین الگوهای تشخیص و پیشگیری ضروری است. تحقیقات کاربردی در این زمینه می‌تواند به حفظ سرمایه‌های مالی سازمان کمک کند و از افزایش غیرمنطقی حق بیمه‌ها جلوگیری نماید. همچنین، سوءاستفاده نه تنها اعتبار بیمه را کاهش می‌دهد، بلکه می‌تواند حقوق افراد و مؤسسات صادق را نیز نقض کند.

مواد و روش‌ها

این مطالعه کیفی از نوع پدیدارشناسی است که تجربیات و رویکردهای ذهنی افراد را درباره پدیده‌ها بررسی می‌کند. پدیدارشناسی به دو صورت توصیفی و تفسیری می‌باشد که در مطالعه پیش رو از رویکرد توصیفی آن استفاده شده است. روش توصیفی پدیدارشناسی شامل سه مرحله درک مستقیم، تجزیه و تحلیل و توصیف است (۲۱). محیط پژوهش شامل اداره کل بیمه سلامت استان تهران و سازمان بیمه سلامت ایران بود. جامعه پژوهش شامل کارشناسان و روسای دفتر بازرسی، اداره نظارت بر خدمات بیمه سلامت و اداره کل بیمه‌گری و درآمد سازمان بیمه سلامت ایران، به همراه کارشناسان و روسای اداره رسیدگی به صورتحساب بیمارستان‌ها، اداره رسیدگی به اسناد سرپایی، اداره نظارت و ارزشیابی و اداره بیمه‌گری و درآمد اداره کل بیمه سلامت استان تهران بود. لازم به ذکر است که کارشناسان ادارات رسیدگی به اسناد سرپایی و بستری در ادارات استانی به عنوان نمایندگان بیمه سلامت در بیمارستان‌ها و داروخانه‌های طرف قرارداد برای مصاحبه در نظر گرفته شدند. معیارهای ورود این افراد به

است. این مقدار معادل یک و نیم برابر بودجه کل سیستم طب ملی انگلستان (NHS) یا برابر با بودجه موردنیاز برای ساخت بیش از ۱۵۰۰ بیمارستان جدید و یا بیش از کل تولید ناخالص داخلی ۱۵۷ کشور در دنیا است (۱۵، ۱۶). هوشمند و همکاران مطالعه‌ای تحت عنوان «طراحی الگوی مقابله با تقلب و تخلف پزشکی در سازمان تأمین اجتماعی» انجام دادند که در آن روش‌های شناسایی، پیشگیری و برخورد با تقلب‌های نظام‌های بیمه‌ای کشورهای دیگر بررسی و الگویی برای پیشگیری از تقلب در نظام تأمین اجتماعی ارائه شد (۱۷). همچنین، جعفری پویان و همکاران به بررسی مخاطرات اخلاقی در بخش سرپایی و نسخ دارویی پرداختند و نشان دادند که ۵/۴ درصد از نسخ دارای داروهای ناهمخوان و ۶/۴ درصد دارای بار مالی مازاد بودند (۱۸). رامندی و همکاران نیز به بررسی تقلب در بیمه‌های درمان تکمیلی پرداختند و ۳۴ عامل زمینه‌ساز تقلب را شناسایی کردند که ناکارایی نهاد ناظر بیشترین تأثیر را داشت (۱۲). این مطالعات نشان می‌دهند که مسائل نظارتی، فرهنگی و فناوری نقش مهمی در مقابله با تقلب و تخلف در نظام‌های بیمه‌ای دارند.

با وجود مطالعات انجام شده در داخل کشور، مطالعات آسیب‌شناسی سوءاستفاده‌گری در نظام سلامت کشورهای اسلامی منطقه مدیترانه شرقی بسیار محدود می‌باشد. به‌طور کل کشورهای این منطقه کمترین تعداد تحقیقات را در حوزه اخلاق بالینی تا کنون انجام داده‌اند (۱۹) بنابراین نیاز مبرمی به انجام بررسی‌ها و تحقیقات بیشتر در این زمینه و در این منطقه احساس می‌شود. نتایج تحقیقات اخلاق بالینی می‌تواند پیشنهادات کاربردی را به جهت بهبود اصول اخلاقی و سیاست‌های سازمانی در نظام سلامت ارائه کند. این پژوهش به بررسی سوءاستفاده و راهکارهای کاهش آن در فرآیندهای بیمه پایه سازمان بیمه سلامت ایران می‌پردازد

صورت گلوله برفی ادامه پیدا کرد. در نهایت ۲۵ نفر به مطالعه وارد شدند.

تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل محتوای قراردادی انجام شد. طبق مراحل این روش، در گام اول مصاحبه‌ها پیاده سازی شدند. در گام دوم فایل‌های مصاحبه پیاده‌سازی شده به صورت دقیق مطالعه شدند. سپس، در گام سوم با توجه به اهداف اختصاصی پژوهش، موارد سوءاستفاده، علل و عوامل زمینه‌ساز آن و در نهایت راهکارهای مقابله‌ای شناسایی شدند و در نهایت هر کدام در چارچوب خاص خود قرار گرفتند. این مراحل به وسیله نرم‌افزار MAXQDA نسخه ۲۰ انجام شد.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر، از مجموع شرکت‌کنندگان، ۱۵ نفر (۶۰ درصد) مرد و ۱۰ نفر (۴۰ درصد) زن بودند. از نظر تحصیلات، ۹ نفر (۳۶ درصد) دارای مدرک کارشناسی، ۵ نفر (۲۰ درصد) کارشناسی ارشد و ۱۱ نفر (۴۴ درصد) دکتری تخصصی داشتند. در زمینه جایگاه شغلی، ۴ نفر (۱۶ درصد) جزو مدیران ارشد، ۱۲ نفر (۴۸ درصد) جزو مدیران میانی و ۹ نفر (۳۶ درصد) جزو کارشناسان بیمه بودند. همچنین، بیشترین تعداد شرکت‌کنندگان (۴۸ درصد) از اداره کل بیمه سلامت استان تهران بودند (جدول ۱).

مطالعه شامل مشارکت در فعالیت‌های نظارتی بیمه، داشتن سمت مدیریتی یا کارشناسی، سابقه کار بالای ۳ سال در سازمان یا اداره بیمه سلامت و تمایل به مشارکت در پژوهش بود. افرادی که به هر دلیلی از ادامه همکاری خودداری کردند یا نتوانستند به سؤالات پژوهش پاسخ دهند، از مطالعه خارج شدند.

برای شناسایی انواع سوءاستفاده در فرآیندهای بیمه پایه سلامت و ارائه راهکارهای پیشگیری، از مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته استفاده شد (۲۲). قبل از مصاحبه، هماهنگی با سازمان بیمه سلامت ایران و افراد مورد نظر انجام شد و مصاحبه‌ها در محل کار شرکت‌کنندگان و با حضور پژوهشگر انجام گرفت. اهداف مطالعه برای شرکت‌کنندگان تشریح و رضایت آن‌ها اخذ شد و در صورت موافقت، مصاحبه‌ها ضبط گردید. مدت زمان مصاحبه‌ها بین ۱۵ تا ۴۵ دقیقه بود و میانگین آن حدود ۳۰ دقیقه بود. این مصاحبه‌ها در بازه زمانی اردیبهشت تا تیر ۱۴۰۳ انجام شد. برای انجام مصاحبه، راهنمای مصاحبه نیمه ساختاریافته ابزار گردآوری اطلاعات بود که پس از تهیه نسخه اولیه از طریق مصاحبه با پنج نفر از صاحب‌نظران که در نمونه نبودند، اعتبار صوری و محتوایی سؤالات تعیین شده و اصلاحات لازم صورت گرفت. سؤالات شامل سه سؤال کلی در خصوص مصادیق سوءاستفاده، علل و عوامل زمینه‌ساز و راهکارهای کاهش سوءاستفاده در سازمان بیمه سلامت ایران بود. نمونه‌گیری به روش هدفمند انجام شد و به

جدول ۱- اطلاعات مصاحبه شونده گان مطالعه

مصاحبه شونده ↓	محل كار ←	سازمان بيمه سلامت ايران	اداره كل بيمه سلامت استان تهران	اداره بيمه سلامت شهرستان شميرانات	جمع
مدیران ارشد		۱ نفر	۲ نفر	۱ نفر	۴ نفر
مدیران میانی		۴ نفر	۶ نفر	۲ نفر	۱۲ نفر
کارشناسان		۰ نفر	۶ نفر	۳ نفر	۹ نفر
جمع		۵ نفر	۱۴ نفر	۶ نفر	۲۵ نفر

یافته‌های اولیه حاصل از بررسی موارد سوءاستفاده در فرآیندهای بیمه پایه سازمان بیمه سلامت ایران در جدول ۲ ارائه شده است. هر یک از مفاهیم بر اساس نتایج پژوهش، شامل چندین کد است که جنبه‌های مختلف آن مفهوم را نمایان می‌سازد. به‌طور کلی، در این مرحله، ۲ مضمون اصلی و ۱۸ کد از تحلیل مصاحبه‌ها استخراج گردیده است.

۱. مصادیق سوءاستفاده در بیمه سلامت ایران

مصادیق سوءاستفاده در بیمه سلامت به اقداماتی اطلاق می‌شود که از طریق آن افراد یا مؤسسات از خدمات و مزایای بیمه سلامت به‌صورت غیرقانونی بهره‌برداری می‌کنند.

جدول ۲- مصادیق سوءاستفاده در سازمان بیمه سلامت ایران

کدها	تم‌های اصلی
ارائه صورتحساب برای خدمات ارائه نشده	ارائه‌دهندگان خدمات سلامت
درخواست وجه اضافه برای خدمات ارائه شده	
ارائه خدمات تحت پوشش با تعرفه آزاد	
ارائه خدمات خارج از اصول علمی و استانداردها	
ارائه خدمات بدون مجوز	
ارائه اقلام نامرغوب و دریافت بهای اقلام مرغوب	
ارائه خدمات غیرضروری / تقاضای القایی	
سوءاستفاده از اطلاعات بیمه‌شدگان	
فروش داروها و لوازم مصرفی تاریخ گذشته	
سوءاستفاده از پنل‌های نسخه‌نویسی پزشکان	
پرداخت‌های دوگانه	گیرندگان خدمت سلامت
عدم رعایت تعرفه‌های مصوب	
سوءاستفاده از هویت بیمه‌شدگان	
درخواست‌های اضافه	
مراجعات مکرر به پزشک	
جعل سوابق تشخیصی و درمانی	
فروش داروی تحت پوشش در بازار آزاد / نشد دارو	
هم‌پوشانی بیمه‌ای	

"مورد دیگه می‌تونه بستری بی‌مورد بیماران توسط بیمارستان باشه اینکه از ما تختی رو بخوان که به بیمار تعلق نمی‌گیره و بعداً ما متحمل هزینه‌های اون می‌شیم." ش ۱۶. عدم رعایت استانداردهای ویزیت و تجویز بی‌مورد خدمات تشخیصی از دیگه مصادیق عدم رعایت استانداردهاست که می‌تواند به افزایش هزینه‌های درمان شود. "یکی دیگه از مصادیق تقلب توسط ارائه‌دهندگان خدمت، عدم رعایت حداقل مدت زمان ویزیت هستش. بدین معنا که استاندارد ویزیت خیلی رعایت نمیشه و هرچقدر بیمار بیشتری توسط پزشک معالج ویزیت بشه درآمد هم میره بالاتر." ش ۱۴.

چالش دیگری که بیمه با آن مواجه است، ارائه خدمات بدون مجوز است. "مثلاً بالفرض می‌گم بیمارستان دستگاه ام‌ار ای دارد ولی هنوز از معاونت درمان دانشگاه مجوز بهره‌برداری از آن را ندارد؛ ما می‌دونیم که مریض رو دارند پذیرش می‌کنند و خدمت رو هم بهش ارائه میدن و صورتحسابم برای ما می‌فرستند چون صورتحساب توش ام‌ار ای قید شده ما باید پرداخت کنیم در صورتی که می‌دونیم که اون مجوز رو نداره." ش ۱۱.

دریافت بهای اقلام مرغوب در ازای فروش اقلام نامرغوب نیز از مصادیق سوءاستفاده در بخش سرپایی و حوزه دارو و تجهیزات پزشکی است. "مثلاً تو حوزه تجهیزات پزشکی جنس نامرغوب خریداری می‌شه ولی فاکتور جنس مرغوب با بهای بالاتر ارائه می‌شه." ش ۱. کم‌فروشی توسط داروخانه‌ها نیز یکی دیگه از مصادیق تقلب شناسایی گردید. طبق اظهارنظر شرکت‌کننده شماره ۹: "کم‌فروشی توسط داروخانه‌ها حتماً تقلبه یعنی اگه به نسخه داروخانه مثلاً ۱۰ تا استامینوفن توش باشه داروخانه ۵ تا بده و ۱۰ تا حساب کنه تقلبه."

در این پژوهش، ارائه صورتحساب برای خدمات ارائه‌نشده به‌عنوان یکی از شایع‌ترین مصادیق سوءاستفاده در نظام بیمه سلامت شناسایی شده است. این نوع سوءاستفاده عمدتاً توسط پزشکان ارائه‌دهنده خدمات صورت می‌گیرد. "بیشتر این مورد رو پزشکان از ما می‌خوان." ش ۱.

نوع دیگری از سوءاستفاده، درج تعداد بیشتری از خدمات در صورتحساب‌هاست. "نوع دیگه ای از سوءاستفاده توی بیمه ما، اعلام خسارت بیش از میزان واقعی، یعنی درمانی بوده ولی عددشو داره بزرگ میکنه یا مثلاً از یه جای دیگه ای گرفته و اعلام نمیکنه." ش ۱۰.

ارائه خدمات تحت پوشش با تعرفه آزاد یکی دیگه از مصادیق شناسایی شده در این مطالعه بود. با تغییرات مداوم در پوشش‌های بیمه‌ای، برخی مراکز درمانی ممکن است خدماتی را که به تازگی تحت پوشش بیمه قرار گرفته‌اند را به‌صورت آزاد حساب کنند. "مثلاً این قلم دارو تا حالا بیمه‌ای نبوده الان وارد بیمه شده ولی بیمارستان با همان ذهنیت قبلی اون رو به بیمار آزاد ارائه می‌کنه." ش ۱.

عدم پذیرش بیمه‌شدگان در مراکز طرف قرارداد نیز چالشی برای بیمه‌گران و بیمه‌شدگان است. "یه مورد دیگه ای هم که مشاهده شده این هستش که افرادی که امور بیمه‌گری بیمه‌شدگان رو انجام میدن، بهونه میارن و میگن که سیستم بیمه قطعه و سرهمین مسئله از مردم پول نقد میگیرن؛ مثلاً توی یه مرکز پاراکلینیک گفتند که اگر مراجعه‌کننده بیمه سلامت اومد بگیرد که سیستم قطعه و ازش وجه نقد دریافت کنید. حالا کی اینا رو رسیدگی می‌کنه؟ الله اعلم." ش ۱۲.

ارائه خدمات خارج از اصول علمی و استانداردها نیز از دیگه موارد سوءاستفاده است و یکی از مهمترین مصادیق آن بستری غیرضروری بیماران در بیمارستان‌ها می‌باشد.

تموم شه بره. "ش ۷. فروش داروها و لوازم مصرفی تاریخ گذشته نیز می‌تواند مصداق سوءاستفاده باشد؛ زیرا فروشندگان با ارائه این اقلام به عنوان کالاهای معتبر تحت پوشش بیمه، هزینه‌های غیرقانونی را از بیمه دریافت کرده و در عین حال سلامت بیمه‌شدگان را به خطر می‌اندازند. "ما مواردی از تحویل داروی تاریخ مصرف گذشته رو شاهد بودیم که اینا رو بیمه پوشش میده ها ولی تاریخ مصرفشون گذشته بعد اینا رو باید اوت کنند که نمی‌کنند حالا به چه دلیلی نمی‌دونم. "ش ۳.

سوءاستفاده از پنل‌های نسخه‌نویسی پزشکان به دو حالت رخ می‌دهد: در حالت اول، افراد غیرپزشک با دسترسی به نام کاربری پزشک اقدام به ثبت نسخه می‌کنند. "مراکز به خصوص پزشکان خودشون یا وقتشو ندارن یا حوصله وارد کردن نسخه الکترونیک رو ندارن رمز و پسوردشو در اختیار یه آزمایشگاه، رادیولوژی یا مرکزی که داره ارائه خدمت می‌ده قرار میده بعد اینا نسخه می‌نویسن. "ش ۱۶. در حالت دوم، سوءاستفاده گر خود پزشک می‌باشد. "فرض کن من یه پزشک متخصص پنلمو اجاره میدم به همین شرکت‌هایی که دارن به اصطلاح نسخه آنلاین می‌پیچند و می‌نویسن. ۵۰ تومن میگیرم پنلمو میدم بهش اون دیگه داره میپیچه دیگه. "ش ۴.

پرداخت‌های دوگانه به وضعیتی اشاره دارد که یک ارائه‌دهنده خدمت به طور همزمان از چند منبع هزینه‌های درمانی را دریافت می‌کند. "الان یه مشکلی که هست کدهای نامتعارف پزشکانه؛ یعنی چی؟ یعنی یه پزشک از چند تا پنل نسخه‌نویسی داره استفاده میکنه. هم درمانگاه هم بیمارستان هم مطب خصوصیش داره از این پنل‌ها استفاده می‌کنه. "ش ۷.

ارائه خدمات غیرضروری یا همان تقاضای القایی یکی از پر بحث ترین موضوعاتی بود که مطرح شد. یکی از مهمترین چالش‌های ایجاد شده در رابطه‌ی میان پزشک و بیمار، تقاضای القایی است. "ارائه خدمات غیرضروری که همیشه بوده الان هم هست مثلاً یکی انگشتش درد می‌کنه بفرستش بره ام آر آی دلیلش اینه که پزشک با مرکز تصویربرداری در واقع تبادلات مالی داره یا سهام داره یا هرچی. "ش ۱۹. "ارائه‌دهندگان بیشتر به ارائه خدمات غیرضروری می‌پردازند مثلاً من بیمار نیاز به CT ندارم اما پزشک آن را برایم تجویز می‌کند. چرا؟ چون این خدمات هم گران قیمت هستند و هم اینکه تحت پوشش بیمه قرار می‌گیرند. "ش ۱۴.

سوءاستفاده از اطلاعات بیمه‌شدگان نیز چالشی جدی است. "ممکنه یکی دسترسی داشته باشه به اطلاعات بیمه شده؛ اونیه که به این اطلاعات دسترسی پیدا می‌کنه با ارائه مدارک واقعی درخواست داروی تحت پوشش بیمه می‌کنه. "ش ۲. همچنین، سوءاستفاده از هویت بیمه‌شدگان در بخش سرپایی هم وجود دارد. در این رابطه شرکت کننده شماره ۵ اظهار داشت: "بیشترین سوء استفاده ای که میشه گرفتن نسخه توسط کد ملی دیگران هستش که عمدتاً هم برای تهیه نسخ دارویی هستش. "ش ۵.

با الکترونیکی شدن فرآیندهای بیمه‌گری، روش‌های نوین سوءاستفاده نیز ظهور پیدا کرده‌اند. "ولی کلاً تخلفات به سمت الکترونیک رفته چون نسخه الکترونیک شده در مورد داروها هم همین جوریه در مورد خدمات هم همین جوریه ممکنه که مثلاً به اسم کد ملی من یه داروهایی نوشته بشه یا نه اصلاً برای خود من دارویی نوشته بشه منم خودم در جریان هستم ولی وقتی که می‌خوام برم داروخونه اون دارو رو نگیرم اصلاً بگم این دارو رو کدش رو بزن

غیر ضروری قطعاً قلب می‌تونه باشه مثلاً فردی به پزشک بگه آقا برام آنتی بیوتیک بنویس در حالی که ممکنه اصلاً نیازی به اون دارو نداشته باشه، پزشکم اگه بنویسه میره پیش یه پزشک دیگه از اون میخواد که براش بنویسه." ش ۱۷.

همپوشانی بیمه‌ها، یعنی پوشش بیمه‌ای همزمان یک نفر در دو یا چند سازمان بیمه گر پایه که از دیگر مصادیق تقلب است. "یکی از مصادیقی که توسط بیمه شدگان رخ میده مسئله هم پوشانی بیمه‌ای است؛ یعنی بیمه شده تحت پوشش بیش از یک نوع بیمه پایه قرار گرفته که البته با استحقاق سنجی که انجام میشه این مورد کمتر پیش میاد." ش ۱۴.

۲. علل و عوامل زمینه‌ساز سوءاستفاده در بیمه

سلامت ایران

سوءاستفاده می‌تواند تحت تأثیر انگیزه‌های مختلفی رخ دهد که بررسی این عوامل از اهداف اصلی پژوهش است. در این بخش از مطالعه، پس از شناسایی مهم‌ترین مصادیق سوءاستفاده در بیمه سلامت ایران، علل و عوامل زمینه‌ساز آن نیز بررسی شده است. نتایج این مصاحبه‌ها در جدول ۳ ارائه شده و نشان می‌دهد که علل و عوامل بروز تقلب به ۲ تم اصلی، ۷ تم فرعی و ۲۱ کد تقسیم‌بندی شده است.

عدم رعایت تعرفه‌های مصوب یکی دیگر از مصادیق شناسایی شده می‌باشد. "عدم رعایت تعرفه‌های مصوب هم که الی ماشاءالله هست یعنی همه معتقدند که این تعرفه‌ها غلطه، کمه و ما این اجازه و این اختیار رو داریم یعنی در واقع خودشون رو مجاز میدونن که یه تعرفه‌هایی رو بر اساس محاسبات خودشون دریافت بکنند." ش ۹.

سوءاستفاده از هویت بیمه‌شدگان و جعل سوابق تشخیصی و درمانی نیز به عنوان معضلات جدی مطرح شده‌اند. ش ۲۲ بیان می‌کند: "الان خیلیا جواب آزمایش‌های جعلی می‌برن داروخانه‌ها می‌برن برای تایید دارو و تایید به اصطلاح خدماتش". همچنین، نشت دارو به بازار آزاد نیز به عنوان یک معضل جدی مطرح است. ش ۲ اظهار داشت: "بیمار میاد یه داروی خاصی رو از داروخونه میگیره و ممکنه هم بهش واقعاً نیاز داشته باشه اما نیاز مالیش بیشتر باشه و بیره توی بازار بفروشه."

در برخی موارد، ممکن است پزشک یا مرکز ارائه دهنده خدمت بنا به درخواست بیمار، خدمات بیشتری از آنچه که واقعاً نیاز است، ارائه دهند. این امر می‌تواند دلایل مختلفی داشته باشد. "بعضی از بیماران ممکنه خیلی نگران سلامتی شون باشن و از پزشک بخوان که آزمایش‌های بیشتری بنویسه یا داروهای بیشتری براشون تجویز کنه." ش ۲۲. "درخواست خدمات اضافی و

جدول ۳- علل و عوامل زمینه‌ساز سوءاستفاده در بیمه سلامت ایران

تم‌های اصلی	تم‌های فرعی	کدها
عوامل کلان	عوامل اقتصادی	عدم ثبات اقتصادی و مشکلات معیشتی در جامعه
		کسب منفعت مالی
	عوامل فرهنگی	عادی تلقی شدن کسورات در بین مراکز و بیمه
		ماهیت حیاتی امر درمان و انگیزه‌های انسان دوستانه
		نبود فرهنگ اطلاع‌رسانی به جامعه
		عدم استقبال برخی از پزشکان از تغییرات به وجود آمده
	عوامل قانونی	نبود قوانین و مقررات شفاف و جامع در حوزه تقلبات
		ضعف در قوانین و مقررات موجود
		تعارض منافع در نظام سلامت
		سیاست‌های سازمانی
عدم تفکیک قانون‌گذار از مجری		
مشکلات مربوط به تعرفه گذاری خدمات سلامت		
عوامل تکنولوژیک	حذف ارزش ترجیحی دارو	
	مشکلات زیرساختی در حوزه فناوری اطلاعات	
	نقص در عملکرد سامانه‌های الکترونیک	
	همکاری نامناسب بین بخشی	
عوامل خرد	فرآیندهای اجرایی	تأخیر در پرداخت مطالبات ارائه‌دهندگان خدمات
	فرآیندهای نظارت	بروکراتیک بودن فرآیندهای نظارت
	فرآیندهای ارائه خدمات	کمبود نیروی نظارتی خبره
	سلامت	عدم تقارن اطلاعات
		بار بالای مراجعات در برخی از مراکز

مصرف دارو می‌بره اون رو می‌فروشه. این علتش میشه فقر. "همچنین، ش ۱ اشاره می‌کند: "مشکلات معیشتی هم باعث میشه از طرفی بیمارستان جهت پاسخگویی به پرسنل خودشون و اون‌ها هم در جهت تأمین نیازهای معیشتی خودشون از راه‌های انحرافی کسب درآمد داشته باشه." در دنیای پزشکی امروز، ارائه خدمات به بیماران به شدت تحت تأثیر عوامل اقتصادی و تجاری قرار گرفته است.

عدم ثبات اقتصادی به‌طور مستقیم بر معیشت جامعه تأثیر می‌گذارد و موجب کاهش قدرت خرید افراد می‌شود. وقتی درآمدها ناپایدار و هزینه‌ها افزایش می‌یابند، افراد مجبور به اولویت‌بندی نیازهای خود می‌شوند و در نتیجه ممکن است هزینه‌های مربوط به بهداشت و درمان را کاهش دهند. ش ۲ می‌گوید: "زمینه‌ها یکی از دلایل اینه که مثلا مریض نیاز به دارو داره اما پس از تهیه به جای

نارضایتی بیماران شود. "بیمه شده ما یا حتی تأمین و نیروهای مسلح ۳۰ ساله داره کار می‌کنه و حق بیمه می‌ده اما نمی‌دونه بیمه چه خدماتی رو داره بهش ارائه می‌ده." ش ۱. یکی دیگر از معضلات فرهنگی در نظام بیمه سلامت، عدم آگاهی بیمه‌شدگان از راه‌های گزارش سوءاستفاده است. ش ۲۵ در این خصوص اظهار داشت: "ما نباید انتظار داشته باشیم که عموم جامعه از ریز و کم و کیف تمام مسائل حقوقی و بیمه‌ای اطلاع داشته باشه؛ بنابراین یکی از وظایف بیمه‌گر و همچنین مراکز ارائه دهنده خدمت، راهنمایی است."

با الکترونیکی شدن فرآیندهای بیمه‌گری و نسخه‌نویسی، مقاومت‌هایی از جانب ارائه‌دهندگان خدمات سلامت مشاهده شده است. ش ۳ می‌گوید: "الان که الکترونیک شده ایرادی که هست در رابطه با اینه که پزشکی که الان هستند اکثراً سنشون بالاست و پذیرش تغییرات و کنار گذاشتن روش‌های سنتی براشون سخته." یا طبق اظهار نظر شرکت کننده شماره ۲۵: "مراکز به خصوص پزشکان چون که خودشون یا وقتشون ندارن یا حوصله وارد کردن نسخه الکترونیک رو ندارن، رمز و پسوردشو در اختیار منشیش قرار می‌ده و خب این احتمال سوءاستفاده رو می‌بره بالا."

وجود قوانین و دستورالعمل‌های شفاف و جامع برای پیشگیری از سوءاستفاده‌ها از اهمیت بالایی برخوردار است. با توجه به پیچیدگی‌های فرآیندهای بیمه و لزوم نظارت دقیق بر آن‌ها، تدوین چارچوب‌های قانونی روشن می‌تواند به شناسایی و جلوگیری از تخلفات کمک کند. در حال حاضر، فقدان راهنماهای مشخص در این زمینه موجب افزایش احتمال سوءاستفاده‌ها شده است. "یکی از مواردی که احتمال سوءاستفاده رو می‌بره بالا این هست

ش ۱۱ بیان می‌کند: "نفوذ سرمایه و سرمایه‌داری توی حرفه پزشکی باعث شده که قداست و جایگاه این حرفه با چالش‌های زیادی روبه‌رو بشه."

نگرش‌های عمومی و تصورات نادرست درباره رفتارهای افراد می‌تواند به عادی‌سازی تقلب و کاهش انگیزه برای رعایت اصول اخلاقی منجر شود. ش ۹ اشاره می‌کند: "اینکه فکر کنیم هر کسی این کارو می‌کنه، باعث میشه که این رفتارای بد عادی بشه و اعتماد مردم به هم کم بشه." همچنین، وجود تعاملات منفی میان ارائه‌دهندگان خدمات و شرکت‌های بیمه می‌تواند به ظهور رفتارهای غیرحرفه‌ای و حتی غیرقانونی منجر شود. "مثلاً عادی تلقی شدن کسورات بین بیمه‌گران و ارائه‌دهندگان خدمت واقعا هست." ش ۹.

در نظام سلامت، موضوع درمان و تصمیم‌گیری‌های پزشکی از اهمیت حیاتی برخوردار است. ش ۶ می‌گوید: "زمانی که یک پزشک متخصص قلب اگرچه بخواد اسکن قلب بنویسه و یک گواهی بنویسه که اون گواهی اورژانسی باشه، بیمه نمی‌تونه طبق قانون درمان رو متوقف کنه." بنابراین، ماهیت حیاتی امر درمان می‌تواند یکی دیگر از دلایل منجر به سوءاستفاده گردد. علاوه بر این، انگیزه‌های انسانی و نوع دوستانه پزشکان و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت نیز می‌تواند در شکل‌گیری این رفتارها نقش داشته باشد. ش ۱۷ می‌گوید: "چون در بحث درمان ما با مسئله جان انسان‌ها مواجه هستیم پیش میاد که بعضی وقت‌ها بیماران میان بیمارستان یا داروخانه، من ارائه دهنده تحت فشار قرار می‌گیرم که بهشون خدمته رو ارائه بدم."

ارتباط میان بیمه‌شدگان، بیمه‌گران و مراکز ارائه‌دهنده خدمات نقش بسیار مهمی دارد و نبود اطلاعات کافی و شفاف در این زمینه، می‌تواند منجر به سوءاستفاده و

به بیمار محوری در مقابل سلامت محوری می‌شود و این زمینه‌ساز تقلب و فساد است.^{۱۵}

تعارض منافع خود می‌تواند مشکلات و چالش‌های دیگری را به وجود آورد و از همین طریق بر میزان تقلب و سوء استفاده گری در بیمه سلامت دامن بزند. برای مثال، فرارهای مالیاتی و عدم رعایت راهنماهای بالینی می‌تواند رفتارهای ناشی از تعارض منافع باشند.^{۱۶} چالش دیگری که وجود دارد و خلیم مهمه، فرار پزشکان از پرداخت مالیات‌ها هستند.^{۱۷} یکی دیگر از مصادیق سوء استفاده توسط ارائه دهندگان خدمت، عدم رعایت حداقل مدت زمان ویزیت هستند. دلیلش هم میتونه تعارض منافع باشه.^{۱۴}

نظام بیمه سلامت در کشور ما با چالش‌های قانونی و ساختاری متعددی مواجه است. ش ۱۲ بیان می‌کند: "بیمه سلامت متاسفانه قانون مختص به خود ندارد و بیشتر قوانین و دستورالعمل‌ها توسط وزارت بهداشت تدوین و ابلاغ می‌شود." تعرفه گذاری یکی از مهم ترین ابزارهای سیاست گذاران سلامت است. اگر این تعرفه ها به صورت واقعی و منطبق بر شرایط اقتصادی جامعه نباشد، می‌تواند مشکلات متعددی را به بار آورد که طبق نظرات شرکت کننده شماره ش ۱۷، یکی از این مشکلات، بروز تقلب و سوء استفاده است. "تعرفه‌ها نسبت به بخش خصوصی خیلی پایین‌تره. مراکز برای اینکه ضرر نکنن، از بیمه شده هزینه اضافی می‌گیرن یا صورت حساب جعلی برای ما می‌فرستند." ش ۱۷.

در سال‌های اخیر، تغییرات سیاست‌های ارزی و شیوه‌های جدید تخصیص منابع، به ویژه در زمینه دارو، بر عملکرد بازار دارویی و بیمه‌ها تاثیر گذار بوده است.

که دستورالعمل خیلی شفافی در این خصوص نوشته نشده.^{۱۵} ش ۱۵.

طبق نظر یکی از شرکت کنندگان، عدم وجود سازوکارهای مؤثر و سریع برای مقابله با تقلب و سوء استفاده گری، به ویژه در حوزه سلامت، می‌تواند به تقویت رفتارهای متقلبانه منجر شود. این موضوع به خصوص زمانی حادث می‌شود که متقلبان از مجازات‌های سبک و عدم تناسب بین نوع عمل و مجازات آن بهره‌برداری می‌کنند: "یکی از دلایل اصلی سوء استفاده اینه که متخلفا احساس می‌کنن هیچ نظارتی روشن نیست و می‌تونن راحت کار خودشون رو بکنن." ش ۹.

شفافیت و ردیابی فعالیت‌های پزشکی در حوزه سلامت و به ویژه در نظام‌های درمانی، از اهمیت بالایی برخوردار است. بسیاری از مراکز درمانی به دلیل عدم آگاهی از عواقب قانونی، ممکن است اقداماتی انجام دهند که نه تنها بر اعتبار حرفه‌ای آنان تأثیر می‌گذارد، بلکه سلامت بیماران را نیز به خطر می‌اندازد. "خیلی از پزشکان نمیدونند فعالیت هاشون قابل ردیابی هست و خب این می‌تونه احتمال سوء استفاده رو بیره بالا چون آگه بدونند خیلیاشون خود به خود دست از این کار برمیدارن، یعنی به نوع خود کنترلی رو اینجا همیشه اعمال کرد." ش ۴.

تعارض منافع می‌تواند مشکلات و چالش‌های زیادی را به بار آورد. زمانی که پزشکان یا مسئولین به جای اولویت دادن به سلامت بیماران، به منافع شخصی خود توجه می‌کنند، این امر می‌تواند منجر به تصمیم‌گیری‌های نادرست و ناهماهنگی در ارائه خدمات شود. در خصوص ارتباط بین تعارض منافع و احتمال سوء استفاده گری شرکت کننده شماره ۹ اظهار داشت: "تعارض منافع منجر

سوءاستفاده‌های مالی و تقلبات شود. ش ۱۵ می‌گوید: "مثلاً به مورد سوءاستفاده توی بیمه رو می‌تونیم فروش کد ملی برای داروهای گرون قیمت در نظر بگیریم." روش‌های پرداخت به ارائه‌دهندگان خدمات سلامت، به‌ویژه روش بازپرداخت، می‌تواند در بروز سوءاستفاده مؤثر باشد. "یکی از بزرگترین دلایلی که منجر میشه تا مراکز مرتکب تقلب و سوءاستفاده بشن این هستش که مطالباتشون توسط بیمه دیر پرداخت میشه." ش ۱۲.

بروکراتیک بودن فرآیندهای نظارت در بیمه، شامل مراحل متعدد برای ارزیابی مؤسسات است که ممکن است به تأخیر در فرآیندها منجر گردد. ش ۱۷ می‌گوید: "بیشتر الان ما مشغول کارهای بروکراتیک هستیم که در واقع بریم هر ۵۰ هزار تا موسسه و هر چند صد هزار تا ارائه‌کننده خدمتو کنترل کنیم." بار بالای مراجعات به‌ویژه در مراکز دولتی به یکی از عوامل زمینه‌ساز تقلب و سوءاستفاده تبدیل شده است. ش ۱۳ می‌گوید: "تو بیمارستان‌ها هم پزشکانی که مراجعه‌کننده‌های زیادی دارن، خودشان نسخه الکترونیکی نمی‌زنن."

کمبود نیروی انسانی در حوزه نظارت و ارزیابی یک مشکل بنیادی است. "خب ما الان محدودیت نیروی انسانی رو حداقل در تمام سازمان‌های دولتی داریم." ش ۱. همچنین، ش ۱۰ اشاره می‌کند: "در صورت عدم وجود انگیزه یا سازوکارهای تشویقی برای کشف تقلب، ارزیابان ممکن است به سادگی از این موضوع غافل شوند."

۳. راهکارهای کاهش سوءاستفاده در بیمه

سلامت ایران

طبق یافته‌های جدول ۴، راهکارها به ۳ تم اصلی، ۷ تم فرعی و ۲۱ کد تقسیم‌بندی شده است. تم‌های اصلی شامل راهکارهای مربوط به برنامه‌ریزی، اجرا و نظارت می‌باشند.

این تحولات نه تنها بر قیمت داروها تأثیرگذار بوده، بلکه از نظر برخی از شرکت‌کنندگان در این مطالعه زمینه‌ساز بروز تخلفات و سوءاستفاده‌ها نیز شده است. "بیشتر سوءاستفاده‌های حوزه بیمه توی دارو اتفاق می‌افته با توجه به اینکه اخیراً ارزش ترجیحی دارو رو به خود بیمه‌ها میدن، این احتمال سوءاستفاده توی بیمه رو بیشتر کرده." ش ۲.

امروزه با الکترونیک شدن فرآیند بیمه‌گری و نسخه‌نویسی در کشور، چالش‌های جدیدی مطرح شده‌اند که از آن به عنوان عوامل تکنولوژیک یاد می‌شود. ش ۷ اظهار داشت: "ما افتادیم تو مسیر نسخه الکترونیک بدون اینکه هیچ‌کدوم از زیرساخت‌هاش رو درست انجام داده باشیم." حذف دفترچه و نسخ کاغذی می‌تواند احتمال تقلب را افزایش دهد. "الان با وجود نسخه‌نویسی الکترونیک، پزشکان می‌تونند به صورت آنلاین هم نسخه‌نویسی کنند. در این جور مواقع حضور شما برای به مطب رفتن ضروری نیست و میشه با یک تماس و ارائه کد ملی نسخه رو نوشت." ش ۲. عدم وجود ابزارهای مناسب برای احراز نیز هویت می‌تواند به سوءاستفاده‌های احتمالی منجر شود. "بعد بهتر این بود که اصلاً اثر انگشت بود یا مثلاً ثبت چهره بود که ما ابزارهای احراز هویت رو متأسفانه نداریم." ش ۱۳.

همکاری مؤثر بین ارائه‌دهندگان خدمات و سازمان‌های بیمه‌گر نقش حیاتی در تأمین خدمات بهداشتی و درمانی ایفا می‌کند. عدم وجود این همکاری‌های بین‌بخشی می‌تواند منجر به اختلال در امور بیمه‌گری شود. ش ۱۲ می‌گوید: "ولی متأسفانه باز چون سیستم‌های ما باهم آنلاین لینک نیستند مواردی این‌چنینی رو شاهد هستیم." ش ۸.

وجود داروهای گران‌قیمت و عدم شفافیت در فرآیندهای تجویز و توزیع داروها می‌تواند زمینه‌ساز

جدول ۴- راهکارهای کاهش سوءاستفاده در بیمه سلامت ایران

تم‌های اصلی	تم‌های فرعی	کدها
راهکارهای مربوط به برنامه‌ریزی	بازنگری و اصلاح قوانین و مقررات	تدوین قوانین و دستورالعمل‌های جداگانه و جامع اصلاح قوانین و مقررات موجود برخوردهای بازدارنده با متقلبین تکمیل پرونده الکترونیک سلامت
	توسعه زیرساخت‌های تکنولوژیک	به‌روزرسانی مستمر سامانه‌های الکترونیک استفاده از سامانه جامع و یکپارچه استفاده از روش‌های نوین برای کشف تقلب
	تقویت اطلاعات و ارتباطات	آموزش و فرهنگ‌سازی تقویت همکاری‌های بین‌بخشی
	احراز هویت ارائه‌دهندگان خدمت	استفاده از احراز هویت دو مرحله‌ای برای پزشکان احراز هویت خدمت‌گیرندگان در حین دریافت خدمت
	تقویت نیروهای نظارتی	تزریق نیروهای نظارتی ورزیده بازبینی اسناد توسط نهادهای بالاتر
	نظارت و بازرسی‌های مستمر	بررسی الگوی ارائه خدمات پرمصرف و گران‌قیمت
راهکارهای مربوط به اجرا	احراز هویت خدمت‌گیرندگان	
راهکارهای مربوط به کنترل و نظارت	نظارت و بازرسی‌های مستمر	

بسیاری از سوءاستفاده‌ها در نظام سلامت با استفاده از برخوردهای بازدارنده قابل پیشگیری هستند. ش ۱۳ می‌گوید: "خیلی از سوءاستفاده‌ها رو با برخوردهای بازدارنده میشه جلوشون رو گرفت." ایجاد لیست سیاه برای متقلبین نیز می‌تواند به عنوان یکی از مصادیق برخوردهای بازدارنده باشد. ش ۱۳ می‌گوید: "بعضی مواقع برای بیمه‌شدگانی که متقلب هستند برای خدمات سرپایی شون باز ما میتونیم بلکشون بکنیم."

پرونده الکترونیک سلامت شامل کلیه اسناد و مدارک تشخیصی، درمانی و دارویی بیماران است. یکی از مزایای اجرای پرونده الکترونیک سلامت، تسهیل فرآیندهای نظارتی است. در سیستم الکترونیک، امکان ردیابی فعالیت‌ها و سوابق مراجعه‌کنندگان به خدمات به‌سادگی با بررسی کد ملی آن‌ها فراهم می‌باشد. این ویژگی موجب افزایش اثربخشی و سهولت در انجام نظارت‌ها گردیده است. "الان که الکترونیک شده

یکی از اساسی‌ترین راهکارهای ارائه‌شده توسط صاحب‌نظران در این مطالعه، بازنگری و اصلاح قوانین و مقررات است. تدوین قوانین و دستورالعمل‌های شفاف و جامع می‌تواند احتمال بروز تقلب و سوءاستفاده را به‌طور قابل توجهی کاهش دهد. ش ۲ می‌گوید: "یه راهکار این هستش که دستورالعمل‌ها شفاف‌تر و با جزئیات بیشتر نوشته بشن."

تعرفه‌گذاری نیز یکی از مهم‌ترین ابزارهای سیاست‌گذاران نظام درمانی است. ش ۱ بیان می‌کند: "تخلف زاده نیاز ما اگر بتونیم تعرفه‌ها رو واقعی‌تر کنیم، کمتر دچار سوءاستفاده می‌شیم." اصلاح نظام پزشک خانواده و استفاده از روش پرداخت سرانه نیز از دیگر راهکارهای مطرح شده است. ش ۱۴ می‌گوید: "سیستم پزشک خانواده و روش پرداخت سرانه می‌تونن در کاهش ارائه خدمات غیرضروری مؤثر باشند."

"همکاری بین رشته ای خیلی مهمه مثلاً فناوری اطلاعات میتونه با اصلاح زیرساخت ها خیلی از مشکلات رو حل کنند."

استفاده از ساز و کار احراز هویت دو مرحله ای برای ارائه دهندگان خدمات سلامت در سامانه نسخه نویسی الکترونیک می تواند به کاهش موارد سوءاستفاده کمک کند. ش ۱۳ بیان می کند: "وقتی پزشک میخواد وارد سامانه بشه یک اس ام اس براش میره کد رو مجددا وارد میکنه."

پیاده سازی سازوکارهای احراز هویت در داروخانه ها نیز می تواند به طور مؤثری از سوءاستفاده ها جلوگیری کند. ش ۸ می گوید: "اگر توی داروخانه هم این سازوکار پیاده بشه، خیلی خوب میشه پیشگیری کرد." ارسال دو پیامک به دریافت کنندگان دارو نیز یکی دیگر از راهکارهاست، اما باید به چالش هایی مانند عدم دسترسی افراد مسن به گوشی های هوشمند توجه شود. ش ۱۰ می گوید: "مشکلی که وجود داره این هستش که افراد مسن نمی تونند اون لحظه پیامک رو بخوندند."

تقویت قوه نظارت می تواند به کاهش تقلب و سوءاستفاده کمک کند. ش ۲ اشاره می کند: "برای بازرسی، آدم های با تجربه و کاربلد رو انتخاب کنیم." نظارت و بازرسی های مستمر نیز از ابزارهای اساسی برای جلوگیری از سوءاستفاده محسوب می شوند. ش ۱۴ اظهار داشت: "نظارت ها و بازرسی های مستمر نیز یکی دیگر از راهکارهای پیشگیری از سوءاستفاده هستند."

در زمینه خدمات پرمصرف و گران قیمت، ش ۹ پیشنهاد داد که "بیماران بر اساس الگوهای مصرف دسته بندی شوند." همچنین، ش ۱۰ اظهار داشت: "در یک پژوهش، گروهی از بیماران که داروهای بیشتری نسبت به نیاز واقعی خود دریافت کرده اند، مورد بررسی قرار گرفتند و پیشنهاد و روشش هم این

خب خیلی از چیزا از رو دوش همکارا برداشته شده خب برای همین آزادتر شده الان انرژی بیشتری گذاشتیم روی نظارت و بازرسی." ش ۳.

جهت کنترل موارد سوءاستفاده، سامانه های الکترونیکی باید به طور مستمر به روزرسانی و تقویت شوند. ش ۶ می گوید: "برای کنترل موارد سامانه ها هم باید بروزتر باشند و مستمر تقویت شن." همچنین، ادغام جدیدترین راهنماهای بالینی در سامانه های الکترونیکی می تواند به ارتقای کیفیت خدمات درمانی کمک کند. ش ۱۰ بیان می کند: "به روزرسانی مداوم شیوه نامه ها یکی از بهترین راهکارهای ممکن برای جلوگیری از سوءاستفاده است."

استفاده از سامانه جامع و یکپارچه برای بیمه شدگان در فرآیندهای درمانی نیز از دیگر راهکارهای پیشنهادی این مطالعه است. "یه دلیل دیگه برای عدم همکاری پزشکان با سازمان های بیمه گر پایه این هستش که هر بیمه گر پایه نرم افزارها و سامانه های مختص به خودشون رو دارند. اگر همشون در قالب یک سیستم جامع و یک پارچه بود بهتر میشد." ش ۱۲. استفاده همزمان از چندین روش برای کشف تقلب در بیمه ها می تواند به طور چشمگیری کارساز باشد. ش ۹ می گوید: "وقتی ما از تحلیل داده های مختلف، یادگیری ماشین و حتی نظارت های میدانی استفاده کنیم، می تونیم الگوهای تقلب رو بهتر شناسایی کنیم."

آموزش عمومی جامعه و ارائه دهندگان خدمات نیز به عنوان یکی از نیازهای بنیادی مطرح است. ش ۱۲ اشاره می کند: "آموزش و فرهنگ سازی از طریق رسانه ها و جراید انجام می گیره ولی مشکلی که وجود داره هزینه های بالای اطلاع رسانی است. آموزش و پژوهش باید از مدارس شروع بشه." همچنین، همکاری بین رشته ای و بین بخشی به عنوان یک ضرورت اساسی شناخته می شود. ش ۷ می گوید:

زمینه‌ساز این رفتار معرفی کرده و به نقش سازمان‌های بیمه در این زمینه اشاره می‌کنند (۱۲).

بروکراتیک و زمان‌بر بودن فرآیندهای بررسی اسناد یکی دیگر از دلایل بروز سوءاستفاده در سازمان بیمه سلامت ایران است. نیاز به مستندات فراوان می‌تواند موجب سردرگمی مؤسسات شود و عدم انعطاف‌پذیری رویه‌ها مانع از پاسخگویی سریع به نیازها گردد. هوشمند و همکاران اشاره کردند که بسیاری از روش‌های کلاه‌برداری در بیمه به سرعت در حال تغییر هستند، در حالی که سازمان‌های بیمه در ایران از روش‌های سنتی برای بررسی نسخ استفاده می‌کنند (۱۷).

فعالان صنعت بیمه معتقدند شناسایی سوءاستفاده زمانی دشوار می‌شود که عوامل داخلی در این فرآیند نقش داشته باشند. یکی از موارد شایع سوءاستفاده، ارائه صورتحساب‌های جعلی توسط مؤسسات پزشکی است که می‌تواند خسارات مالی قابل توجهی برای بیمه‌ها به همراه داشته باشد (۲۴). این نوع سوءاستفاده تقریباً ۴ درصد از کل موارد سوءاستفاده در نظام سلامت آمریکا را شامل می‌شود (۲۵).

برخی سوءاستفاده‌ها عمدی و با هدف ایجاد خسارت انجام می‌شوند. شرایط اجتماعی، سیاسی و اقتصادی تأثیر زیادی بر بروز این پدیده‌ها دارد (۲۶). تغییرات در قیمت‌ها و نوسانات هزینه‌های زندگی می‌توانند بر وضعیت اجتماعی تأثیر بگذارند و در نتیجه بر بروز سوءاستفاده از بیمه‌های سلامت مؤثر باشند. جودکی در مطالعه خود اشاره کرده است که گاهی مصرف‌کنندگان با جعل اسناد داروهای اضافی دریافت می‌کنند و آن‌ها را به افرادی که دسترسی ندارند می‌فروشند که این یافته با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد (۲۷).

مشکلات مربوط به تعرفه‌گذاری خدمات سلامت می‌تواند یکی از دلایل منجر به سوءاستفاده باشد. به عقیده برخی از ارائه‌دهندگان خدمات سلامت، تعرفه‌گذاری خدمات با

بود که مثلاً اینی که ۵۰ تا دارو احتیاج دارد رو به جای اینکه بفرستیم داروخانه خصوصی اینو بگیره بره خونشون مصرف کنه مستقیم بفرستیم پیش یه پزشک مثلاً معتمدون یا بیمارستان معتمد. این ۵۰ تا رو برو توی بیمارستان استفاده کن که واقعا معلوم بشه این ۵۰ تا رو استفاده می‌کنه یا استفاده نمی‌کنه." این رویکرد می‌تواند به شفاف‌سازی و کاهش سوءاستفاده‌ها کمک کند.

بحث

شناسایی سوءاستفاده به‌عنوان یکی از چالش‌های اساسی نظام بهداشت و درمان، امری ضروری است که به سیاست‌گذاران و مدیران کمک می‌کند تا فرآیندهای بیمه‌گری و ارائه خدمات را با کارایی و اثربخشی بیشتری برنامه‌ریزی و اجرا نمایند. در این مطالعه به استخراج مصادیق سوءاستفاده، همراه با علل و عوامل زمینه‌ساز آن در سطح کشور پرداخته شد و سپس راهکارهای احتمالی برای مقابله با این چالش‌ها را مورد بررسی قرار گرفت.

طبق نتایج به دست آمده، یکی از مصادیق تقلب در سازمان بیمه سلامت ایران ارائه صورتحساب‌های جعلی برای خدمات ارائه شده بود. رانندی و همکاران، سندسازی را یکی از مصادیق مهم تقلب دانسته و تأخیر در پرداخت مطالبات بیمه را به‌عنوان یکی از دلایل اصلی این تقلب معرفی کرده‌اند (۱۲). این تأخیر به مراکز خدماتی آسیب می‌زند و آن‌ها را وادار به جعل اسناد برای دریافت هزینه‌های اضافی می‌کند.

عادی‌سازی سوءاستفاده و عدم توجه به آن نیز از عوامل مؤثر در گسترش سوءاستفاده‌هاست. رشیدی اشاره می‌کند که بیمه‌گران با نرمش در مواجهه با تقلب‌های بیمه‌ای به این وضعیت دامن می‌زنند (۲۳). رانندی و همکاران عدم پیشگیری و ناکارآمدی در کنترل سوءاستفاده‌گری را به‌عنوان عوامل

به این نتیجه رسیدند که ۱۶٪ (۲۵۵ روز) از بستری‌های انجام شده در بیمارستان‌های مورد مطالعه غیرضروری بوده‌اند که در بردارنده بار مالی اضافه بر دوش بیمار و سازمان‌های بیمه بود (۳۱).

یکی از مصادیق سوءاستفاده در نظام سلامت، دریافت بهای اقلام مرغوب در ازای فروش اقلام نامرغوب است. رماندی و همکاران در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که در زمینه تجهیزات پزشکی، برخی شرکت‌ها و توزیع کنندگان از برچسب‌های متفاوتی برای برندهای مختلف استفاده می‌کنند. این در حالی است که در صورتحساب‌هایی که به شرکت‌های بیمه ارسال می‌شود، نام برندی ذکر می‌گردد که محصولات آن بالاترین قیمت را در بازار تجهیزات پزشکی دارند (۱۲).

در بخش خدمات درمانی، نوعی سوءاستفاده به نام "جهش کد" وجود دارد که در آن خدمات ارزان قیمت به گونه‌ای تغییر داده می‌شوند تا به‌عنوان خدمات گران قیمت گزارش شوند. رشیدیان و همکاران پرداخت هزینه خدمات گران تر، مانند مراجعه به متخصص، در مواردی که درمان توسط رزیدنت انجام شده است را مصداق سوءاستفاده برشمردند (۳۲). جودکی در پژوهش خود بیان کرده است که خزیدن DRG نوعی تقلب محسوب می‌شود که در آن با درج کدهای اضافی پزشکی، وضعیت بیمار در بالاترین و پرریسک‌ترین گروه قرار می‌گیرد تا هزینه‌های بیشتری از بیمه دریافت شود (۲۷).

فناوری اطلاعات و سیستم‌های الکترونیکی به‌عنوان ابزارهای کلیدی در بهبود فرآیندهای بیمه سلامت شناخته می‌شوند، اما چالش‌های متعددی همچنان وجود دارد که به سوءاستفاده منجر می‌شود. سلدامی و همکاران عنوان کردند که با وجود پیشرفت‌های چشمگیر در فناوری اطلاعات،

واقعیت‌های اقتصادی جامعه همخوانی ندارد و از این رو، بسیاری از پزشکان خدمات خود را خارج از تعرفه‌های مصوب قیمت‌گذاری کرده یا در صورت رعایت تعرفه‌ها، خدمات اضافی را به بیماران خود ارائه می‌کنند. در مطالعه‌ای که توسط استیفلر و همکاران انجام شد، اخذ هزینه‌های اضافی از بیمه‌شدگان به‌عنوان یکی از موارد نقض قوانین و مقررات شناخته شده است (۲۸).

تجویز خدمات غیرضروری یا «تقاضای القایی» نیز باعث می‌شود پزشکان بیماران تحت پوشش بیمه را به‌عنوان منبع درآمد اضافی ببینند. دشمنگیر و همکاران در یافته‌های پژوهش خود اشاره کرده‌اند که تجویز آزمایش‌های غیرضروری یا اقداماتی مانند فیزیوتراپی که واقعاً نیاز بیمار نیست، بر اساس توافقات بین برخی پزشکان و آزمایشگاه‌ها یا مراکز فیزیوتراپی صورت می‌گیرد (۲۹).

مراجعات مکرر به پزشک و درخواست‌های اضافی می‌تواند نشانه‌ای از سوءاستفاده در بیمه سلامت باشد. این افراد با تکرار درخواست‌ها سعی در دریافت هزینه‌های غیرضروری از بیمه دارند که به بار مالی سنگینی بر نظام سلامت منجر می‌شود. استیفلر و همکاران در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که ارتباط مستقیمی بین نگرانی‌های بیماران و رفتارهای غیرضروری در درخواست خدمات پزشکی وجود دارد (۲۸).

راهنماهای بالینی مجموعه‌ای از توصیه‌ها و دستورالعمل‌ها هستند که به منظور بهبود کیفیت مراقبت‌های بهداشتی طراحی شده‌اند. عدم رعایت این راهنماها می‌تواند منجر به مشکلات جدی در ارائه خدمات درمانی شود. در مطالعه عسکرزاده و همکاران، ویزیت تعداد زیادی بیمار در مدت زمان کوتاه به عنوان مصداقی از سوءاستفاده در بیمه توسط ارائه‌دهندگان خدمات سلامت مطرح شده است (۳۰). ترابی‌پور و همکاران

آن‌ها بر این باورند که با اجرای مداخلات فرآیندی، مانند بهره‌گیری از تکنیک‌های داده‌کاوی به‌عنوان ابزاری کارآمد، می‌توان نظارت مؤثری بر نسخ بیمه برقرار کرد (۱۸).

تقویت آگاهی عمومی از حقوق بیمه‌شدگان و ارتقاء سطح خدمات بیمه‌ای از طریق رسانه‌ها و آموزش در مدارس ضروری است. همچنین، ایجاد یک منبع اطلاعاتی جامع که بیمه‌شدگان و مراکز خدمات سلامت بتوانند به آن دسترسی داشته باشند، می‌تواند نقص‌های اطلاعاتی را کاهش داده و منجر به تقویت مطالبه‌گری بیمه‌شدگان گردد. دشمنگیر و همکاران آموزش و آگاه‌سازی جامعه و توجه بیشتر به اصول اخلاقی پزشکی را به‌عنوان راهکارهای مؤثر در کاهش تقلبات و ارتقای کیفیت خدمات بیمه‌ای معرفی کرده‌اند (۲۹). احراز هویت ارائه‌دهندگان و گیرندگان خدمت در حین ارائه و دریافت خدمت می‌تواند از دسترسی غیرمجاز به اطلاعات جلوگیری کرده و احتمال سوءاستفاده‌ها را کاهش دهد. حسینی پیشنهاد می‌دهد که به جای صدور کارت‌های درمانی، از کارت‌های الکترونیک ملی به‌عنوان کارت‌های درمانی و پرونده الکترونیک سلامت استفاده شود. این روش می‌تواند شناسایی بیمه‌شدگان را تسهیل کند. وی همچنین به امکان بررسی آنلاین وضعیت بیمه‌شده‌ها و استفاده از اثر انگشت‌های اسکن‌شده برای شناسایی بیمه‌شدگان در خدمات درمانی اشاره می‌کند. نقل فرآیند تأمین اعتبار دفترچه‌های درمانی به سامانه‌های پیامکی و استفاده از استارت‌آپ‌های موبایلی برای ارائه خدمات تأمین اجتماعی نیز از دیگر پیشنهادات آن‌هاست (۳۴).

تقویت نیروهای نظارتی با ارائه آموزش‌های تخصصی و جامع می‌تواند به شناسایی و کاهش سوءاستفاده‌ها در سیستم بیمه سلامت کمک کند. این آموزش‌ها باید شامل مهارت‌های تحلیلی و شناخت الگوهای سوءاستفاده باشد تا بازرسان بتوانند

همچنان چالش‌هایی وجود دارد که به سوءاستفاده در حوزه سلامت منجر می‌شوند. این پژوهشگران بر نقش اساسی سامانه‌های الکترونیکی در بهبود فرآیندهای بیمه و توسعه سیستم‌های اطلاعاتی یکپارچه و بهبود فرآیندهای نظارتی تأکید کردند (۳۳).

برای کاهش سوءاستفاده‌ها در بیمه سلامت، اولین اقدام ضروری بازنگری و اصلاح قوانین و مقررات است. تدوین قوانین جامع و شفاف، اصلاح تعرفه‌ها و بهبود نظام ارجاع و پزشک‌خانواده می‌تواند ریسک سوءاستفاده را به‌طور قابل توجهی کاهش دهد. در مطالعه‌ای که در کشور مالزی انجام شد (۵)، تدوین آیین‌نامه‌ای جامع و شفاف در خصوص برخورد با سوءاستفاده به‌عنوان یک راهکار اساسی برای پیشگیری از وقوع آن در نظر گرفته شد. اجرای برخوردهای بازدارنده و ایجاد لیست سیاه برای افراد مرتکب می‌تواند به تقویت نظام نظارتی کمک کند.

نتایج مطالعه نشان می‌دهد که توسعه زیرساخت‌های تکنولوژیک و تکمیل پرونده الکترونیک سلامت نقش کلیدی در بهبود عملکرد نظام بیمه سلامت و کاهش سوءاستفاده‌ها دارد. حسینی در سال ۱۳۹۷ در مطالعه خود به سامانه ارسال لیست‌های اینترنتی که با هدف کاهش مراجعات کارفرمایان و تسهیل فرآیندها راه‌اندازی شده بود، اشاره کرده و خاطرنشان کرد که به دلیل عدم رعایت نکات امنیتی، این سامانه به بستری مناسب برای انجام تخلفات قانونی تبدیل شده است (۳۴).

استفاده از روش‌های نوین مانند یادگیری ماشین و داده‌کاوی به‌طور چشمگیری توانایی سازمان بیمه سلامت را در شناسایی الگوهای سوءاستفاده و مدیریت آن تقویت می‌کند. جعفری پویان و همکاران در پژوهش خود به اهمیت تکنیک‌های نوین کشف سوءاستفاده، به‌ویژه داده‌کاوی، برای شناسایی و بررسی موارد سوءاستفاده اشاره کرده‌اند.

شناسایی مصادیق سوءاستفاده و علل و عوامل زمینه‌ساز آن می‌تواند مدیران و سیاست‌گذاران نظام سلامت و بیمه را ترغیب کند تا راهکارهای پیشگیری و مقابله با این مشکلات را شناسایی، بررسی و به کار گیرند. این اقدامات می‌تواند به کاهش ضرر و زیان‌هایی که به جامعه سلامت کشور وارد می‌شود، کمک کند. با توجه به این که آمار دقیقی از میزان هدر رفت منابع مالی نظام سلامت در کشور وجود ندارد، ارائه گزارش‌های دوره‌ای شفاف ضرورت بیشتری پیدا می‌کند؛ چرا که شناسایی دقیق یک مسئله، نخستین گام در حل آن به شمار می‌آید. سوءاستفاده از دیرباز گریبان‌گیر سازمان‌های بیمه‌گر بوده و در دوره‌های زمانی مختلف، شکل و شمایل خاصی به خود گرفته است. در عصر حاضر که به عصر دیجیتال و فناوری اطلاعات معروف است، سوءاستفاده‌ها نیز بیشتر به سمت این حوزه سوق پیدا کرده‌اند؛ بنابراین، ارتقای زیرساخت‌های فناوری در کشور و رفع نقص‌های سامانه‌های الکترونیکی بیمه می‌تواند یکی از راهکارهای مؤثر در کاهش سوءاستفاده از بیمه باشد. این راهکار در کنار سایر راهکارهای ارائه شده می‌تواند به بهبود کارایی و شفافیت نظام بیمه سلامت کمک کند.

تشکر و قدردانی

این مطالعه نتیجه پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد در رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران با کد اخلاق IR.TUMS.SPH.REC.1402.195 است. پژوهشگران از کارشناسان و مدیران سازمان بیمه سلامت ایران به خاطر همکاری‌های ارزشمندشان در این پژوهش و همچنین از تمامی پژوهشگران محترمی که مقالات ارزشمندشان مورد استفاده قرار گرفته، کمال تشکر و قدردانی را دارند.

به‌طور مؤثری عمل کنند. انتخاب افراد با تجربه و دارای سابقه کاری مناسب برای انجام بازرسی و نظارت بر فرآیندها، نه تنها کارایی را افزایش می‌دهد، بلکه اعتماد عمومی را نیز تقویت می‌کند. در نهایت، بررسی الگوی ارائه خدمات پرمصرف و گران‌قیمت می‌تواند به جلوگیری از سوءاستفاده‌ها کمک کند. این اقدامات نیازمند همکاری و هماهنگی بین نهادهای مختلف و توجه به اصول اخلاقی پزشکی است تا به کاهش سوءاستفاده‌ها و ارتقاء کیفیت خدمات بیمه‌ای منجر شود. فارسیجانی در مطالعه خود به بررسی الگوی تجویز داروهای پرمصرف و گران‌قیمت به‌عنوان راهکاری پیشنهادی جهت مقابله با سوءاستفاده اشاره داشت (۳۵).

نتیجه‌گیری

سازمان بیمه سلامت ایران به‌عنوان یکی از بزرگ‌ترین تأمین‌کنندگان مالی نظام سلامت در کشور به شمار می‌رود. این سازمان بیمه‌گر نقش اساسی در تعرفه‌گذاری خدمات سلامت و پوشش جمعیت وسیعی از جامعه به ویژه پنج دهک اول دارد. این موارد نشان‌دهنده گستره و اهمیت فعالیت‌های این سازمان است. سازمان بیمه سلامت ایران با چالش‌های متعددی مواجه است که در صورت عدم تمهیدات لازم برای مقابله با آن‌ها، می‌تواند اعتبار و موجودیت آن را به خطر بیندازد. یکی از این چالش‌ها، طبق یافته‌های مطالعه حاضر، مسئله سوءاستفاده است. در این زمینه، افراد و مؤسسات با استفاده از روش‌های مختلف، بیمه را با ضرر و زیان‌های مالی مواجه می‌سازند. این اقدامات نه تنها به اقتصاد نظام سلامت آسیب می‌زند، بلکه سلامت جامعه و اعتماد عمومی به نظام سلامت را نیز تهدید می‌کند و پیامدهای ناگوار به همراه دارد.

References

1. Assembly UNG. Universal declaration of human rights: Department of State, United States of America; 1949.
2. Badisar SN, Sangari KO, Asl IM. Evaluation of Health Services in Accordance with Iranian Social Security Act. *Majlis and Rahbord*. 2012;18(68):33-.
3. Tehranchian AM, Zaroki S, Imani N. An Empirical Test of the Impact of Insurance on Income Inequality in Iran. *Planning and Budgeting*. 2019;24(3):35-60.
4. Association APH. Advancing Environmental Health and Justice: A Call for Assessment and Oversight of Health Care Waste. (APHA Policy Statement Number 20224, Adopted November 2022). *New Solut*. 2023;33(1):51-9.
5. Abdallah A, Maarof MA, Zainal A. Fraud detection system: A survey. *Journal of Network and Computer Applications*. 2016;68:90-113.
6. Vian T. Anti-corruption, transparency and accountability in health: concepts, frameworks, and approaches. *Glob Health Action*. 2020;13(sup1):1694744.
7. Brant SB, Hobæk Haff I. The fraud loss for selecting the model complexity in fraud detection. *J Appl Stat*. 2023;50(10):2209-27.
8. Jung J, Kim BJ. Insurance Fraud in Korea, Its Seriousness, and Policy Implications. *Front Public Health*. 2021;9:791820.
9. Li J, Lan Q, Zhu E, Xu Y, Zhu D. A study of health insurance fraud in China and recommendations for fraud detection and prevention. *Journal of Organizational and End User Computing (JOEUC)*. 2022;34(4):1-19.
10. Hill C, Hunter A, Johnson L, Coustasse A. Medicare fraud in the United States: can it ever be stopped? *Health Care Manag (Frederick)*. 2014;33(3):254-60.
11. Joudaki H, Rashidian A, Minaei-Bidgoli B, Mahmoodi M, Geraili B, Nasiri M, et al. Using data mining to detect health care fraud and abuse: a review of literature. *Glob J Health Sci*. 2014;7(1):194-202.
12. Ramandi S, Niakan L, Rajaei Harandi S, Asheghi H. Fraud Detection in Supplementary Health Insurance and Ways to Compete (In Persian). 2020;3.
13. Dua P, Bais S. Supervised Learning Methods for Fraud Detection in Healthcare Insurance. In: Dua S, Acharya UR, Dua P, editors. *Machine Learning in Healthcare Informatics*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2014. p. 261-85.
14. Hartman M, Martin AB, Benson J, Catlin A. National Health Care Spending In 2018: Growth Driven By Accelerations In Medicare And Private Insurance Spending. *Health Aff (Millwood)*. 2020;39(1):8-17.
15. Button M, Gee J. *The Financial Cost of Healthcare Fraud*: University of Portsmouth; 2015.
16. Sommersguter-Reichmann M, Wild C, Stepan A, Reichmann G, Fried A. Individual and Institutional Corruption in European and US Healthcare: Overview and Link of Various Corruption Typologies. *Appl Health Econ Health Policy*. 2018;16(3):289-302.
17. Hooshmand E, Vafaenajar A, Tehrani H, Ghavami V, Daghighbin E, Vojdani M, et al. Designing a model to deal with medical fraud and malpractice in the social security organization (prevention, detection and treatment). *Journal of Social Security*. 2023;18(3):33-62.
18. Jaafari-pooyan E, Ahmadi B, Ebrahimi B. Provider-oriented moral hazards associated with the prescriptions paid by insuring Organizations. *Hospital*. 2022;20(3):1-11.
19. Dehghan M, Javidan F, Shamsi Ghooshki E, Abbasi M. Investigating subjects and quantity of articles related with medical ethics in Islamic countries, Eastern Mediterranean region of World Health Organization, indexed on PubMed. *Medical Ethics*. 2013;7(25):147-62.
20. Center IPR. *Statute of Iran Health Insurance Organization*. 2010.
21. Khachaki BL, Mahdizadeh M. Relationship between People's Trust in the Government and Their Compliance with Covid-19 Health Advice: A Case study of Tehran Residents. *Social Welfare Quarterly*. 2022;22(85):9-48.
22. DeJonckheere M, Vaughn LM. Semistructured interviewing in primary care research: a balance of

- relationship and rigour. *Fam Med Community Health*. 2019;7(2):e000057.
23. Ramin. R. Insurance fraud: concepts and challenges. *Insurance World News*. 2007(116).
24. Liu J, Wang Y, Yu J. A study on the path of governance in health insurance fraud considering moral hazard. *Front Public Health*. 2023;11:1199912.
25. Glynn EH. Corruption in the health sector: A problem in need of a systems-thinking approach. *Front Public Health*. 2022;10:910073.
26. Sargolzaei A, Manoochehri S, Didani HK. Identifying and Prioritizing Insurance Frauds and Violations and the Antecedents Affecting them in the Field of Supplementary Medical Insurance: A Study in Dana Insurance of Sistan and Baluchistan Province. *Journal of Management and Sustainable Development Studies*. 2023;3(2):45-76.
27. Joudaki H. Modeling and designing a quantitative method to identify false invoices sent to the medical insurance organization: Tehran University of Medical Sciences; 2014.
28. Stifler S, Lopez N, Rosenbaum S. *Health Insurance Fraud: An Overview*. 2009.
29. Doshmangir P, Doshmangir L. Exploring Influential Factors on Unnecessary Medical Interventions: The Viewpoints of Iranian Health System Experts. *Iranian Journal of Health Insurance*. 2019;1(4):135-42.
30. Askarzadeh H, Tarokh M. Discover self-referral between Doctors and Pharmacists Based on Network Mining. *Iranian Journal of Health Insurance*. 2019;1(4):153-8.
31. A. T. Inappropriate hospital admission and stay in university hospitals of Ahvaz in 2016. *Rahavard Salamat Journal*. 2019;4(2):37-46.
32. Rashidian A, Joudaki H, Vian T. No evidence of the effect of the interventions to combat health care fraud and abuse: a systematic review of literature. *PLoS One*. 2012;7(8):e41988.
33. Saldamli G, Reddy V, Bojja KS, Gururaja MK, Doddaveerappa Y, Tawalbeh L, editors. *Health care insurance fraud detection using blockchain. 2020 seventh international conference on software defined systems (SDS); 2020: IEEE*.
34. Hosseini A. Fraud detection and management strategies in the insurance organizations using data mining techniques. *Journal of Social Security*. 2019;14(1):111-36.
35. Mehrnaz. F. Offering a model to identify fraud in the treatment and prescribing of drugs in kidney disease , using data mining techniques: Tarbiat Modares University; 2022.