

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

Alireza Sargolzaei ^{1*}, Sahar Manoochehri ², and Hamidreza Khodadadi-Didani ³

1. Assistant Prof., Department of Management, Zahedan Branch, Islamic Azad University, Zahedan, Iran.
2. Ph.D. Student, Department of Management, Zahedan Branch, Islamic Azad University, Zahedan, Iran.

OPEN ACCESS

Article type: Research Article

***Correspondence:** Alireza Sargolzaei
sargolzaei191@yahoo.com

Received: December 18, 2022

Accepted: August 7, 2023

Published: Summer 2023

Citation: sargolzaei, A., Manoochehri, S., & Khodadadi Didani, H. (2023). 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*, 3(2), 45-76. doi: 10.30495/msds.2023.1974706.1105

Publisher's Note: MSDS stays neutral with regard to jurisdictional claims in published material and institutional affiliations.



Copyright: © 2023 by the authors. Submitted for possible open access publication under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Abstract: Despite many advances in identifying insurance frauds, the cost caused by these frauds is still increasing for insurance companies. This research seeks to identify and prioritize insurance frauds and violations and the antecedents affecting them in the field of supplementary medical insurance (Dana insurance of Sistan and Baluchistan province). The method of this study is exploratory in the first stage of data collection and survey in the second stage of data collection. The required data and information have been collected first through library studies and interviews, and then through questionnaires appropriate to each part. The questionnaires were analyzed based on the traditional fuzzy Delphi method. In order to identify the frauds and violations of supplementary medical insurances and related antecedents, 16 experts in this field were identified non-randomly and their opinions were asked. The results were analyzed using SPSS and Excel software. The results of this research showed that in order to prevent insurance frauds and violations, insurance companies can identify the most important causes of violations by carefully validating agents and customers, increase human resources, create points for agents without violations, and determine strict rules in the insurance industry to reduce Fraud and violations in insurance companies can help.

Keywords: Insurance Violations, Additional Treatment Insurances, Dana Insurance, Fuzzy Delphi Method.

Extended Abstract

Introduction

The need to provide is an instinctive thing, and since long ago, man has always sought to provide for his needs. Creating provision in the society is one of the distinctive features of the insurance industry. (Ghafari,

2004) The insurance industry in Iran is more than 70 years old and has gradually expanded its presence and activity in different regions of the country (I.R.I, 2008). Medical insurance is one of the insurance coverages that the country's insurance companies provide under the title of supplementary or excess medical insurance policies. Insurance companies play a very effective role in the development of society by providing this type of insurance and by compensating the financial losses of customers (insurers). Medical insurance is one of the main branches of personal insurance. In this type of insurance, the insurer, in exchange for receiving the prescribed insurance fee, undertakes to cover the costs if the insured gets sick during the contract period or suffers damage to his body and health due to an accident. To pay the performed medical treatments up to the maximum amount that he committed in the contract (Sheikhan, 2012).

The purpose of this research is to identify and prioritize insurance frauds and violations and the antecedents affecting them in the field of supplementary medical insurance in Dana Insurance of Sistan and Baluchistan province. To examine the relationship between identifying and prioritizing insurance frauds and violations in this research, on the dependent variable or criteria, which in this research are the antecedents affecting them in the field of supplementary medical insurance.

The strategy that insurance companies have in dealing with fraud and violations is very important. Some companies may consider the payment of fraudulent claims to policyholders as part of their operating costs and do not take any specific action to deal with it. On the other side, there are companies that focus on preventing fraud and insurance violations as a strategy and organizational culture. Companies that adopt this strategy essentially treat fraud as a socially and culturally inappropriate phenomenon. With the approach of prevention, detection and detection of fraud, these companies take actions that other companies can follow to organize their processes to prevent this action. Now, according to the cases raised, the question arises, what are the insurance frauds and violations in the field of supplementary insurances of Dana insurance in Sistan and Baluchistan province, and how are they prioritized?

Theoretical framework

Fraud is simply another form of "theft" that involves some type of trick or deception to gain financial advantage. Fraud covers the insurance period and a wide range of insurance fraud issues can include: illegitimate and exaggerated claims, intentional misrepresentation of facts by complicating and organized manipulation of the claim process to obtain financial advantage. In general, fraud is an independent and dangerous crime in which people's trust is abused (Nazarzadeh Danak et al., 2017).

Fraud can be seen as a result of the lack of protective barriers and agents who are motivated (Kianpour & Rezaei Azandriani, 2018). The first type of fraud is internal fraud as opposed to external fraud, which internal fraud is carried out by people in the insurance industry such as insurers, agents and brokers, managers and other employees. Foreign fraud is committed by people outside the industry such as applicants, insurers and claimants. Sometimes this type of fraud is done with the collusion and complicity of people in the industry such as agents, brokers or third parties providing insurance services (Firoozi et al., 2011). The second type is fraud when issuing an insurance policy against damage. In this context, fraud is done at the time of insurance renewal or when signing a contract, which also causes moral hazards. The last type is soft or mild fraud in contrast to severe or severe fraud, which is soft or mild fraud if a person exaggerates an existing claim, and if a person deliberately aims to obtain the amount of insurance damage by creating a

fake claim or destroying life and financial insurance cases, it is called hard or severe fraud (Kianpour & Rezaei Azandriani, 2018).

Methodology

Experimental research uses experimental designs to establish cause-effect relationships between two or more variables. For this purpose, an experimental group and a control group are examined and through them the differences between the subjects are controlled. Since this study has two main stages, in the first stage, in order to identify and prioritize insurance frauds and violations and the antecedents affecting them in the field of supplementary insurances, Dana Insurance Treatment of Sistan and Baluchistan Province, a questionnaire was distributed among experts and In the second stage, after summarizing, the factors have been weighted, so the present study is an exploratory data collection in the first stage and a survey in the second stage of data collection.

In this research, the required data and information have been collected first through library studies and interviews, and then through questionnaires appropriate to each part. Questionnaire number one, the sample of which is attached, was designed to identify and prioritize insurance frauds and violations and the antecedents affecting them in the field of supplementary insurances for the treatment of Dana Insurance in Sistan and Baluchistan province in a closed form along with an open question. It has been distributed and collected among the experts of the decision team. In these questionnaires, a list of frauds and violations, which were extracted from the study of the theoretical bases related to the subject and the results of the interviews, was given, and the decision team was asked to answer the questions of the questionnaires, and the question was again asked about the statement of other cases, in order to Adaptation to society has been studied. Then, in order to weight and prioritize these factors, the questionnaires are analyzed based on the fuzzy Delphi method and the results are analyzed to determine the threshold limit, which shows the consensus in the opinions at the end of the work steps, and the lack of consensus also leads to the design of the questionnaire. This process will be repeated until a consensus is reached, and the second questionnaire will be given after reviewing textbooks, articles, theses and interviews in order to prioritize solutions to prevent fraud and violations in supplementary medical insurances has been Due to the limited nature of the target population, i.e. experts in the field of identifying and prioritizing insurance frauds and violations and the antecedents affecting them in the field of supplementary insurances, Dana Insurance treatment in Sistan and Baluchistan province, sampling is not necessary and the snowball method has been used.

Discussion and Results

The test used to examine research questions and hypotheses is the use of the fuzzy Delphi method. Before conducting the fuzzy Delphi test, the validity of the measurement tool should be checked using Cronbach's alpha. When the value of Cronbach's alpha is higher than 0.7, the validity of the variables is confirmed. A questionnaire related to insurance frauds and violations and its antecedents was sent to 16 insurance experts. Here, according to the research questionnaire, the experts were asked to express the suitability of the variables of the existing situation of insurance frauds and violations and its antecedents with the research topic from very low to very high importance.

Conclusion

In spite of the good leap that the insurance industry has made in the past years in the training of specialists, such as creating an educational environment for insurance fields

and placing this field in the post-graduate education, this supervision also has good conditions due to having experienced and specialized forces and unfortunately, most of the graduates of this field have finally distanced themselves from this industry due to the lack of employment opportunities. In the participation of Dana Insurance of Sistan and Baluchistan province, in the past years, the contribution of these graduates in this supervision and sales network was almost zero, also despite The statistics of the regulatory bodies regarding the violations and fraudulent practices of this industry, unfortunately, we are witnessing that we are facing a shortage of experts and experts in this sector as well. However, the state of Dana insurance in Sistan and Baluchistan province due to the experience, expertise, commitment and integrated management of employees from this rule is an exception. Another point in solving the mentioned problems is the use of integrated systems and intelligent software, which despite the significant growth of the insurance industry in this field, there is still a long distance from the ideal standards. This is enough in itself. It is a help from unreal payments and expenses and provides the ability of medical centers with the insured.

مطالعات مدیریت و توسعه پایدار

سال سوم، شماره دوم، تابستان ۱۴۰۲ - صفحه ۷۶-۴۵

Homepage: <https://msds.zahedan.iau.ir>

شناسایی و اولویت‌بندی تقلب‌ها و تخلف‌های بیمه‌ای و پیش‌بینی مؤثر بر آنها در حوزه بیمه‌های تکمیلی درمان: مطالعه در بیمه دانا استان سیستان و بلوچستان

علیرضا سرگلزایی^{۱*}، سحر منوچهری^۲، حمیدرضا خدادادی دیدانی^۲

۱. استادیار، گروه مدیریت، واحد زاهدان، دانشگاه آزاد اسلامی، زاهدان، ایران.
۲. دانشجوی دکتری، گروه مدیریت، واحد زاهدان، دانشگاه آزاد اسلامی، زاهدان، ایران.

چکیده: باوجود پیشرفت‌های فراوان در شناسایی تقلب‌های بیمه‌ای، هزینه ایجاد شده در اثر این کلاهبرداری‌ها، برای شرکت‌های بیمه‌ای هم چنان درحال افزایش است. این پژوهش در پی شناسایی و اولویت‌بندی تقلبات و تخلفات بیمه‌ای و پیش‌بینی مؤثر بر آنها در حوزه بیمه‌های تکمیلی درمان (بیمه دانا استان سیستان و بلوچستان) است. روش مطالعه حاضر، در مرحله اول جمع‌آوری داده‌ها، اکتشافی و در مرحله دوم جمع‌آوری داده‌ها، پیمایشی می‌باشد. داده‌ها و اطلاعات مورد نیاز ابتدا از طریق مطالعات کتابخانه‌ای و مصاحبه و در ادامه از طریق پرسشنامه‌های متناسب با هر قسمت جمع‌آوری گردیده است. پرسشنامه‌ها براساس روش دلفی فازی سنتی تحلیل گردید. در جهت شناسایی تقلبات و تخلفات بیمه‌های تکمیلی درمان و پیش‌بینی مرتبط با آن تعداد ۱۶ نفر از خبرگان این حوزه به‌صورت غیر تصادفی مشخص شده و از آنها نظرخواهی انجام گرفت. نتایج با استفاده از نرم افزارهای SPSS و Excell تحلیل شد. نتایج این تحقیق نشان داد که شرکت‌های بیمه به منظور جلوگیری از بروز تقلبات و تخلفات بیمه‌ای می‌توانند ضمن شناسایی مهم‌ترین علل ایجاد تخلفات با اعتبارسنجی دقیق نمایندگان و مشتریان، افزایش منابع انسانی، ایجاد امتیاز برای نمایندگان فاقد تخلفات و تعیین قوانین سختگیرانه در صنعت بیمه به کاهش تقلب و تخلف در شرکت‌های بیمه کمک شایانی برسانند.

واژگان کلیدی: تخلف‌های بیمه‌ای، بیمه‌های تکمیلی درمان، بیمه دانا، روش دلفی فازی.

DOI: [10.30495/msds.2023.1974706.1105](https://doi.org/10.30495/msds.2023.1974706.1105)

دسترسی آزاد

نوع مقاله: مقاله پژوهشی

نویسنده مسئول: علیرضا سرگلزایی
sargolzaei191@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۹/۲۷

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۵/۱۶

تاریخ انتشار: تابستان ۱۴۰۲

استناد: سرگلزایی، علیرضا، منوچهری، سحر، و خدادادی دیدانی، حمیدرضا. (۱۴۰۲). شناسایی و اولویت‌بندی تقلب‌ها و تخلف‌های بیمه‌ای و پیش‌بینی مؤثر بر آنها در حوزه بیمه‌های تکمیلی درمان: مطالعه در بیمه دانا استان سیستان و بلوچستان. فصلنامه مطالعات مدیریت و توسعه پایدار، ۳(۲)، ۴۵-۷۶. doi: 10.30495/msds.2023.1974706.1105

یادداشت ناشر: MSDS درخصوص ادعاهای قضایی در مطالب منتشر شده و وابستگی‌های سازمانی بی‌طرف می‌ماند.



© 2023 by the authors.
Submitted for possible open access publication under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

مقدمه

نیاز به تأمین، امری غریزی است و از دیرباز انسان همواره در جستجوی تأمین احتیاجات خود بوده است. ایجاد تأمین در جامعه از ویژگی‌های بارز صنعت بیمه است (Ghafouri, 2004). صنعت بیمه در ایران، قدمتی بیش از ۷۰ سال دارد و به تدریج

دامنه حضور و فعالیتش در مناطق مختلف کشور گسترش یافته است (I.R.I, 2008). بیمه درمان یکی از پوشش‌های بیمه‌ای است که شرکت‌های بیمه کشور آن را تحت عنوان بیمه‌نامه‌های تکمیلی یا مازاد درمان ارائه می‌دهند. شرکت‌های بیمه با ارائه این رشته بیمه‌ای و با جبران خسارت‌های مالی مشتریان (بیمه‌گذاران) نقش بسیار مؤثری در توسعه جامعه بر عهده دارند. بیمه‌های درمان تکمیلی از شاخه‌های اصلی بیمه اشخاص است. در این نوع بیمه، بیمه‌گر در مقابل دریافت حق بیمه مقرر، متعهد می‌شود که اگر بیمه شده در طول مدت قرارداد، بیمار شود یا در اثر حادثه آسیب یا ضایعه‌ای به بدن و سلامتی او وارد شود، هزینه‌های پزشکی انجام شده را تا حداکثر مبلغی که در قرارداد تعهد کرده است پرداخت کند (Sheikhan, 2012).

در صنعت بیمه اصل مهمی به نام «کمال حسن نیت» داریم. در این اصل تصریح شده که روابط بین بیمه‌گر و بیمه‌گذار و حتی بیمه‌گر اتکایی از اصل کمال حسن نیت، تبعیت می‌کند. این اصل به عنوان یک اصل پایه‌ای در صنعت بیمه از کشوری به کشور دیگر تفاوت‌هایی دارد. از طرفی دیگر، همین اصل می‌تواند بستری را فراهم کند که تخلفات، تقلبات و سوء استفاده‌هایی در صنعت بیمه شکل بگیرد که به آن کلاهبرداری بیمه‌ای می‌گویند (Nazarzadeh Danak et al., 2017). کلاهبرداری‌های بیمه‌ای سالیانه خسارت‌های فراوانی به شرکت‌های بیمه وارد می‌کند. علی‌رغم اینکه پیشرفت‌های خوبی در زمینه شناسایی تقلب حاصل شده، اما هزینه‌هایی که شرکت‌های بیمه به دلیل کلاهبرداری پرداخت می‌کنند، رشد زیادی داشته و متخصصان صنعت بیمه هنوز به یک اتفاق نظر نرسیده‌اند. دریگ^۱ و همکارانش چهار اصل را برای تعریف تقلب بیان کرده‌اند: آشکار و عمدی، علیه قانون، دارای منفعت مالی و ارائه اطلاعات سردرگم کننده در آن باشد. یکی از مهم‌ترین و بزرگ‌ترین کلاهبرداری‌ها در بیمه، ارائه اطلاعات سردرگم کننده و غلط است. بر همین اساس بیمه‌گر تصمیمی متفاوت از آنچه که باید باشد، اتخاذ می‌کند (Firoozi et al., 2011).

صنعت بیمه امروزه با فشار فزاینده رقابتی چون بانک‌ها و دیگر نهادهای مالی نیز مواجه شده است. از طرف دیگر شرکت‌های بزرگ، بدون اینکه نیاز به واسطه‌گری بیمه‌گران سنتی داشته باشند، دسترسی مستقیم بیشتری به بازارهای سرمایه پیدا کرده‌اند. این امر مزیت دسترسی به منابع عظیم مالی را کمرنگ‌تر می‌سازد. در حال حاضر کنترل هزینه‌ها از اهمیت اساسی برای جذابیت مالی صنعت و حیات آن برخوردار است. در این میان موضوع مقابله با کلاهبرداری اندک اندک به عنوان یکی از ابزارهای کاهش هزینه‌های بیمه‌ای توجهات را به خود جلب کرده؛ چرا که به صورت یک تهدید جدی‌تر در شرکت‌های بیمه مطرح می‌شود. کلاهبرداری بیمه‌ای از آغاز تا کنون مسیر طولانی را طی کرده است. کلاهبرداری یکی از جرایم مهم در سیستم حقوقی ایران و اکثر کشورهای جهان به شمار می‌آید (Wilson, 2003). با توجه به اینکه نحوه ارزیابی خسارت‌ها به وسیله انسان و بدون استفاده از رایانه انجام می‌شود، دعاوی مربوط به تقلب شناسایی نشده و علاوه بر اینکه روش‌های تقلب به صورت مداوم تغییر پیدا می‌کنند، روش‌های مربوط به کشف تقلب باید قابلیت کافی برای شناسایی تقلب را داشته باشند. به عنوان یک راه‌حل، بررسی تقلب‌هایی که در گذشته صورت گرفته و روش‌های آماری می‌توانند به کارشناسان در جهت شناسایی خسارت‌های جعلی کمک شایانی کند (Viaene

¹ Drigg

(et al., 2007). تشخیص تقلب سنتی مصرف‌کننده معمولاً به مقامات نظارتی مربوطه برای انجام بازرسی از طریق نمونه‌گیری متکی است. از جمله مواردی که شرکت‌های بیمه در این زمینه باید توجه داشته باشند، نقش عاملین اولیه در کلاهبرداری بیمه و چگونگی کمک آن‌ها به کاهش یا افزایش جرایم است (Macedo et al., 2021).

اعتقاد بر این است که کلاهبرداری بیمه‌ای هزینه‌ها را در برخی رشته‌های بیمه‌ای (همچون درمان، اتومبیل، آتش سوزی) به طور قابل ملاحظه‌ای افزایش می‌دهد. یکی از بزرگ‌ترین موانع بر سر راه بیمه، تقلب است (Viaene & Dedene, 2004). تقلب و تخلف همواره به عنوان یک چالش برای شرکت‌های بیمه به حساب می‌آید. یکی از مهم‌ترین دلایل خروج مبلغ عظیمی از شرکت بیمه، احتمالاً سونامی جاعلان و متقلبان بیمه‌ای است. آینده شرکت‌های بیمه به دلیل افزایش حجم تقلبات و تخلفات بیمه‌ای، تنوع و گستردگی روش‌های تقلب و فقدان نظارت و کنترل با خطر جدی روبرو است. تخلفات بیمه‌ای بعضاً بر مبنای آگاهی بیمه‌گذاران از جنبه‌های مختلف صورت می‌پذیرد. برخی از اشخاص و شرکت‌ها در اعلام میزان خسارت وارده اغراق (در موارد بیمه خاص) برآورد ارزش یا میزان خسارت که نیاز به تخصص خاص دارد یا تابع سلیقه است مشکل‌ساز می‌شود. برخی از تقلبات و کلاهبرداری‌ها نیز کاملاً آگاهانه و عمدی است. در این شرایط فرد آگاهانه سعی در ایجاد خسارت یا اغراق در میزان و نوع خسارت دارد که از موارد این فعالیت‌های هدفمند می‌توان تصادفات ساختگی، آتش‌سوزی‌های ساختگی، اسناد جعلی در بیمه‌های تکمیلی درمان و ارائه اطلاعات نادرست را نام برد (Kianpour & Rezaei Azandriani, 2018).

یکی از مهم‌ترین فعالیت شرکت‌های بیمه، بررسی پرونده خسارت و پرداخت خسارت به زیان‌دیدگان است. در تشکیل پرونده و بررسی خسارت‌های بیمه‌ای، افراد و نهادهای مختلفی درگیر می‌باشند. به طور کلی مهم‌ترین مواردی که روند رسیدگی به پرونده‌های خسارت بیمه و کشف تقلب و کلاهبرداری‌های بیمه‌ای را با مشکل مواجه می‌کند عبارتند از: وجود محدودیت‌هایی اساسی در روند رسیدگی به پرونده خسارت‌های جعلی که فرآیند کشف آنها را با چالش جدی مواجه می‌کند؛ عدم ایفای نقش مناسب نهادهای درگیر در پرونده خسارت؛ عدم وجود مکانیسمی مشخص در شرکت‌های بیمه برای کشف تقلب و تخلف (Macedo et al., 2021).

هدف این پژوهش، شناسایی و اولویت‌بندی تقلبات و تخلفات بیمه‌ای و پیش‌بینندهای مؤثر بر آنها در حوزه بیمه‌های تکمیلی درمان در بیمه دانا استان سیستان و بلوچستان می‌باشد. محقق در این پژوهش بر آن است که تأثیرات متغیر مستقل یا پیش‌بین را که در این پژوهش شناسایی و اولویت‌بندی تقلبات و تخلفات بیمه‌ای می‌باشد، بر متغیر وابسته یا ملاک که در این پژوهش پیش‌بینندهای مؤثر بر آنها در حوزه بیمه‌های تکمیلی درمان می‌باشد، بررسی نماید.

استراتژی که شرکت‌های بیمه در مقابله با تقلبات و تخلفات دارند بسیار حائز اهمیت است. برخی از شرکت‌ها ممکن است پرداخت خسارت‌های جعلی به بیمه‌گذاران را به عنوان بخشی از هزینه‌های عملیاتی خود تلقی کنند و اقدام خاصی را در جهت مقابله با آن انجام ندهند. در طرف دیگر شرکت‌هایی قرار دارند که جلوگیری از تقلبات و تخلفات بیمه‌ای را به عنوان یک استراتژی و فرهنگ سازمانی خود مورد توجه قرار می‌دهند. شرکت‌هایی که این استراتژی را در پیش می‌گیرند، اساساً تقلب را به عنوان یک پدیده ناشایست اجتماعی و فرهنگی تلقی می‌کنند. این شرکت‌ها با رویکرد پیش

گیری، شناسایی و کشف تقلب اقداماتی را در پیش می‌گیرند که دیگر شرکت‌ها می‌توانند با الگوبرداری از آن‌ها فرآیندهای خود را برای جلوگیری از این اقدام ساماندهی نمایند. اکنون با توجه به موارد مطرح شده این سوال پیش می‌آید که تقلبات و تخلفات بیمه‌ای در حوزه بیمه‌های تکمیلی بیمه دانا استان سیستان و بلوچستان کدام‌اند و اولویت‌بندی آنان چگونه است؟

مبانی نظری و پیشینه پژوهش

تقلب به سادگی شکل دیگری از «سرقت» است که شامل برخی از انواع ترفند و یا فریب جهت به دست آوردن مزیت مالی است. تقلب مدت بیمه را پوشش می‌دهد و طیف وسیعی از مسائل تقلب در بیمه می‌تواند شامل: ادعای غیرمشروع و اغراق آمیز، ارائه اطلاعات نادرست عمدی از حقایق با پیچیده نمودن و دست‌کاری سازمان یافته از روند ادعای به دست آوردن مزیت مالی باشد. در کل، تقلب و کلاهبرداری جرمی است مستقل و خطرناک که در آن از اعتماد افراد سوء استفاده می‌شود (Nazarzadeh Danak et al., 2017).

کلاهبرداری را می‌توان ناشی از نبود موانع حفاظتی و عاملینی دانست که انگیزه دارند (Kianpour & Rezaei, 2018). اولین نوع کلاهبرداری، کلاهبرداری داخلی در مقابل کلاهبرداری خارجی بوده که کلاهبرداری داخلی توسط افراد درون صنعت بیمه هم‌چون بیمه‌گران، نمایندگان و کارگزاران و مدیران و دیگر کارکنان انجام می‌شود. کلاهبرداری خارجی از جانب افراد بیرون صنعت هم‌چون متقاضیان، بیمه‌گذاران و خسارت دیدگان انجام می‌شود. برخی اوقات این نوع کلاهبرداری با تبانی و هم‌دستی افراد درون صنعت هم‌چون نمایندگان، کارگزاران یا اشخاص ثالث ارائه‌کننده خدمات بیمه‌ای انجام می‌شود (Firoozi et al., 2011). دومین نوع نیز کلاهبرداری هنگام صدور بیمه‌نامه در مقابل خسارت می‌باشد که در این زمینه کلاهبرداری در زمان تجدید بیمه یا هنگام عقد قرارداد انجام می‌شود که باعث ایجاد مخاطرات اخلاقی نیز می‌شود. آخرین نوع نیز کلاهبرداری نرم یا خفیف در مقابل کلاهبرداری سخت یا شدید بوده که اگر فرد ادعای موجود را بزرگ‌نمایی کند، تقلب نرم یا خفیف است و در مقابل اگر یک شخص به صورت عمدی با هدف به دست آوردن مبلغ خسارت بیمه با ساختن خسارت جعلی یا از بین بردن موارد بیمه جانی و مالی گردد، تقلب سخت یا شدید نام دارد (Kianpour & Rezaei Azandriani, 2018). علل تقلب طبق نظرسنجی کمیته اروپایی بیمه‌ها به شرح ذیل است:

- فقدان اراده و تعهد واقعی برای مبارزه با تقلب بیمه‌ای؛
- رضایت و قناعت گسترده صنعت بیمه به شعارهای توخالی بر ضد تقلب بدون عزم و تعهد واقعی به انجام اقدامات مؤثر؛
- موضع‌گیری متزلزل و ضعیف بیمه‌گران در مواجهه با تقلب بیمه‌ای؛
- اعتقاد بیمه‌گران مبنی بر غیرقابل اجتناب بودن تقلب، سخت و پر هزینه بودن مقابله با آن، تسلیم شدن در برابر این پدیده (Kuo & Chen, 2008).

بخشی از تأثیرات منفی تقلب‌های بیمه‌ای می‌تواند بدین صورت باشد که مردم پس‌اندازهای خود را از دست می‌دهند؛ افزایش قیمت کالاها را در پی دارد؛ مردم بی‌گناه کشته و زمین‌گیر می‌شوند؛ کسب و کارهای مشروع سرمایه و کارکنان کار خود را از دست می‌دهند، حق بیمه‌ها بالا می‌ماند (Derrig et al., 2006). اما آن‌چنان که از برخی اظهارنظرهای مسؤولین ذیربط و نهاد حاکمیتی بر می‌آید، تا کنون آمار جامع و کاملی از میزان تخلفات در صنعت بیمه تهیه نشده است. اما برخی از شرکت‌ها در قالب پروژه‌هایی به این امر پرداخته‌اند. به منظور کسب چشم‌انداز کلی از وضعیت تقلب و تخلف در صنعت بیمه ایران این آمار را می‌توان به صورت کلی با آمار جهانی برآورد کرد. بر طبق آمار جهانی حدود ۱۰ درصد از ادعاهای خسارت بیمه‌ای تقلب‌آمیز هستند؛ در این صورت با برآورد مجموع حق بیمه‌های صادره در کل صنعت و با فرض این‌که حدود ۱۰ درصد از خسارات پرداختی می‌تواند مربوط به ادعاهای متقلبانه باشد، می‌توان به یک برآورد کلی از میزان تقلبات دست یافت. به طور مثال، در سال ۱۹۹۲ مجموع حق بیمه‌های صادره در کل صنعت حدوداً ۱۶۵۰۰۰ میلیارد دلار و مجموع کل خسارات پرداختی در کلیه رشته‌ها تقریباً برابر با ۱۰۶۰۰۰ میلیارد دلار اعلام شده است. با فرض اینکه حدود ۱۰ درصد ادعای خسارات بیمه‌ای متقلبانه است، مجموع تقلبات بیمه‌ای در این سال رقمی بالغ بر ۱۰۶۰۰ میلیارد دلار تخمین زده می‌شود که در جدول شماره ۱ نشان داده شده است (Safari & Safarian, 2015).

جدول ۱. تخمین میزان تقلب در بیمه بر مبنای میلیارد دلار در جهان (Safari & Safarian, 2015)

مجموع حق بیمه صادره در جهان	۱۶۵۰۰۰ (میلیارد دلار)
مجموع خسارت پرداختی در جهان	۱۰۶۰۰۰ (میلیارد دلار)
میانگین تقلب جهانی با ۱۰٪	۱۰۶۰۰ (میلیارد دلار)

آمار رقم ده درصدی ادعای خسارات متقلبانه که به عنوان نرم جهانی معرفی شده با توجه به شواهد و قرائینی که در ایران وجود دارد برای صنعت بیمه کشور رقم خوش بینانه‌ای محسوب می‌شود؛ چرا که برآوردهای شهودی نشان می‌دهد نسبت تقلب در بیمه کشور احتمالاً بیشتر از ۱۰ درصد است و حتی این شاخص تا ۳۰ درصد هم می‌رسد. مبلغ حق بیمه تولیدی و خسارت پرداختی صنعت بیمه در سال ۱۳۹۶ به ترتیب در حدود ۳۳۵/۹ و ۲۱۱/۲ هزار میلیارد ریال است که با توجه به ضریب حداقل ۳۰٪ تقلب در ایران، میزان تقلب در صنعت بیمه بیش از ۶۳/۴ هزار میلیارد ریال می‌باشد. بر این اساس تخمین میزان تقلب در جدول شماره ۲ نشان داده شده است (Hsu & Yang, 2000).

جدول ۲. تخمین میزان تقلب در بیمه بر مبنای میلیارد ریال در ایران (Hsu & Yang, 2000)

میزان تقلب	خسارت پرداختی	حق بیمه تولیدی
۶۳/۴	۲۱۱/۲	۳۳۵/۹
		سال ۱۳۹۶

براساس مصاحبه‌های صورت گرفته با بیمه‌گذاران، بالغ بر ۵۰ درصد بیمه‌گذاران تغییرات برای تحت پوشش قراردادن خسارت را امری قابل قبول عنوان نمودند و حتی این امر در نقاط مختلف کشور فراز و فرود دارد. علاوه بر این که رشته ثالث سهم بالایی در پرتفوی بازار بیمه ایران داراست و از آنجا که این رشته بیمه‌ای نسبت به سایرین مناسب‌ترین رشته برای تقلب تخلف است، این امر به تنهایی می‌تواند بر بالا بودن تخلفات در بازار بیمه ایران نسبت به نُرم جهانی حکایت کند. کمیته اروپایی بیمه‌ها در گزارشی تحت عنوان «راهنمای ضد کلاهبردای بیمه‌ای اروپا» بیان می‌دارد رشته‌هایی که رایج‌تر بوده، از نظر تواتر یا از نظر میانگین هزینه، بیشتر در معرض کلاهبرداری هستند (Rashidi, 2010).

ریاحی فر و همکاران (۲۰۱۲) تحقیقی با عنوان بررسی مصادیق تقلب در بازار بیمه ایران و راهکارهای نظارت، کشف و کنترل آن مطابق با دستورالعمل انجمن بین‌المللی ناظران بیمه‌ای (IAIS) انجام دادند. برای برآورد مدل از تکنیک دلفی سه مرحله‌ای استفاده شده است. در این تحقیق نمونه آماری کشورهای مورد تحقیق از بین کشورهایی انتخاب شده است که دارای ویژگی‌های زیر هستند: داشتن بالاترین ضریب نفوذ بیمه‌ای در مقایسه با سایر کشورها، در دسترس بودن داده‌ها و اطلاعات قابل استناد، بهره‌مندی از یکی از روش‌های نظام‌های مدیریت ریسک‌های بیمه درمان و قابلیت کسب تجربه و طراحی الگو بر اساس نتایج به دست آمده. اتخاذ یک استاندارد مدیریت ریسک برای طراحی الگوی فرایند مدیریت ریسک در هر سازمان الزامی است که بر اساس این الگو عناصر فرایند مدیریت ریسک، به صورتی نظم یافته مشخص می‌شوند (Riahifar et al., 2012).

دایان^۱ (۲۰۱۲) در تحقیقی در خصوص طبقه‌بندی ریسک در قراردادهای بیمه به ابعادی از جمله بُعد اقتصادی پرداخته است. این تحقیق به بررسی ساختارهای قانونی مؤثر بر ریسک در بیمه نیز توجه داشته است. بر اساس نتایج تحقیق، سیاست‌های قیمت‌گذاری بیمه به خصوص بیمه درمان و ساختارهای قانونی از جمله عواملی است که بر طبقه‌بندی ریسک بیمه‌ها مؤثر می‌باشد (Dionne, 2012).

مارینر^۲ (۲۰۱۳) در تحقیقی به نقش بیمه در تعریف مسئولیت ریسک درمان و هزینه‌های آن پرداخته است که بر اساس بخشی از نتایج این تحقیق بیماری‌ها، وضعیت بهداشت و سلامت افراد از جمله ریسک‌هایی هستند که بر برنامه‌های درمان مؤثرند (Mariner, 2013).

محمدپور^۳ (۲۰۱۶) تحقیقی با عنوان شناسایی و رتبه‌بندی عوامل مؤثر بر ریسک‌های بیمه درمان تکمیلی با استفاده از تکنیک تحلیل شبکه (مورد مطالعه شرکت‌های بیمه استان خراسان رضوی) انجام داده است. بدین منظور جامعه مدیران و کارشناسان ارشد ۴ شرکت بیمه در استان خراسان رضوی انتخاب شدند. عوامل مؤثر بر ریسک بیمه‌های درمان با استفاده از تکنیک دلفی جمع‌آوری و تأیید و با فرآیند تحلیل شبکه‌ای (ANP) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. بر اساس یافته‌های تحقیق ۴ عامل بیمه‌گر، بیمه‌گذار، دولت و محیط به عنوان عوامل مؤثر بر ریسک بیمه درمان با تعدادی

¹ Dionne

² Mariner

³ Mohammadpour

زیر معیار و گزینه شناسایی شدند. نتایج نشان می‌دهد معیار بیمه‌گر دادرای بیش‌ترین اهمیت و عوامل بیمه‌گذار، دولت و محیط رتبه‌های بعدی را به خود اختصاص دادند (Mohammadpour et al., 2016).

مرادی (۲۰۱۹) پژوهشی با عنوان بررسی و رتبه‌بندی راه‌کارهای جلوگیری از پرداخت خسارت‌های غیر واقعی در بیمه درمان (مورد مطالعه: شرکت بیمه سرمد) انجام داده است. این تحقیق، به لحاظ هدف؛ کاربردی و از حیث روش اجرا؛ توصیفی پیمایشی می‌توان قلمداد کرد. جامعه دلفی این پژوهش شامل دو گروه ۱۰ نفره از مدیران و کارشناسان بیمه‌ای در شرکت بیمه سرمد بوده‌اند که مجموع آنها ۲۰ نفر است و هم‌چنین برای جامعه تاپسیس از ۳۰ نفر مدیران و کارشناسان بیمه‌ای در شرکت بیمه استفاده شده است. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه استفاده شده است. در بخش آمار توصیفی، متغیرهایی مانند: سن، جنسیت، وضعیت تأهل، تحصیلات، سابقه کاری بررسی شده‌اند. در بخش آمار استنباطی، با استفاده از تکنیک دلفی راه‌کارهای جلوگیری از پرداخت خسارت‌های غیر واقعی در بیمه درمان، که به وسیله پرسشنامه در اختیار نمونه آماری قرار گرفته بوده، مورد بررسی و اعتبارسنجی قرار گرفته است. نتایج این تحقیق شامل تعدادی راهکار است که به عنوان راهکارهای جلوگیری از پرداخت خسارت‌های غیر واقعی در بیمه درمان در شرکت بیمه سرمد برگزیده شده‌اند. در بین این راهکارها، گزینه (راهکارهای درون سازمانی) از اولویت بالاتری برخوردار شده است (Moradi & Fateminejad, 2017).

روریز و پریرا^۱ (۲۰۱۹) در تحقیق خود بیان کرده‌اند که بلاکچین یک فناوری نسبتاً جدید است که در ابتدا برای ذخیره سوابق تراکنش‌های بیت کوین ایجاد شد. این سیستم بسیار اضافی و توزیع شده است و تراکنش‌های مالی متقلبانه را بسیار دشوار می‌کند. در حالی که رمزارزها ممکن است شناخته شده‌ترین مورد استفاده از فناوری بلاک چین باشند، اشتباه است که فرض شود این فناوری محدود به حوزه مالی است. در واقع، امروزه بسیاری از موارد استفاده از بلاک چین در مناطق مختلف در حال توسعه هستند. به دلیل پیچیدگی فرآیندهای خاص، یک فناوری جدید مرتبط با بلاک چین ظاهر شده است: قراردادهای هوشمند. این قراردادهای دیجیتال مانند قراردادهای سنتی عمل می‌کنند و تفاوت عمده آنها خودکار بودن آنهاست. در این مقاله، در مورد چگونگی استفاده از بلاک چین و قراردادهای هوشمند به منظور بهبود عملیات سازمانی بحث شده است. به طور خاص، نشان داده شده که چگونه می‌توان از این فناوری‌ها برای ایجاد راه‌حلی استفاده کرد که از انواع خاصی از تقلب در حوزه بیمه خودرو جلوگیری می‌کند (Roriz & Pereira, 2019).

روتنبورگر^۲ و همکاران (۲۰۱۹) به بررسی محیطی پرداخته‌اند که اغلب انگیزه‌هایی برای فریب دادن ایجاد می‌کند. این پژوهش با استفاده از تئوری نگهداری خودپنداره و نظریه یادگیری اجتماعی، دو جلوه متمایز فریب را در مذاکرات خریدار و تأمین‌کننده در بخش بیمه مقایسه می‌کند: دروغ‌گویی و بلوف کردن. آزمایش‌های مبتنی بر سناریو شواهدی ارائه می‌دهند که کدهای شرکتی تظاهرات شدید فریب (دروغ‌گویی) را کاهش می‌دهند؛ اما موارد شدیدتر (بلوف زدن)

¹ Roriz & Pereira

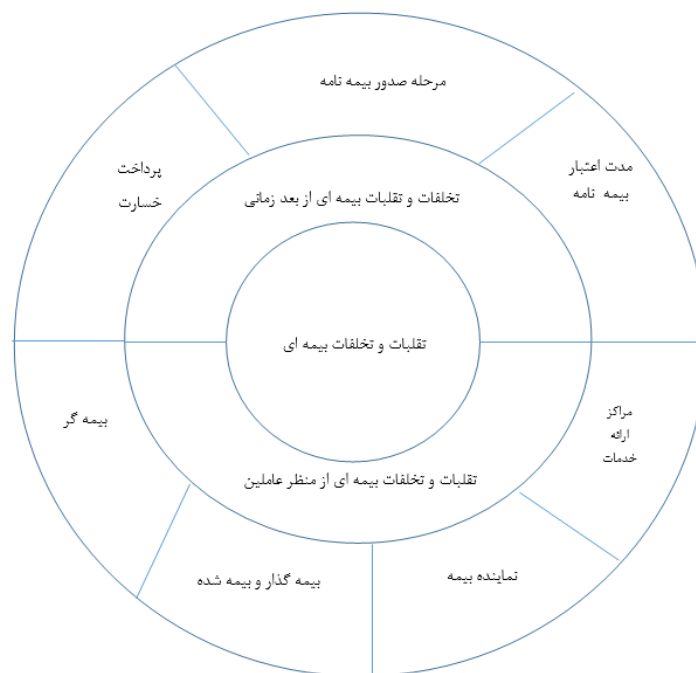
² Rottenburger

را کاهش می‌دهند، و بلوف کردن به عنوان یک مهارت مذاکره در نظر گرفته می‌شود. این یافته‌ها شرایط مرزی تئوری بیمه را نشان می‌دهند (Rottenburger et al., 2019).

شوتز^۱ و همکاران (۲۰۲۳) به تحقیق در مورد بیمه در بستر اینترنت پرداخته‌اند. اگرچه اینترنت مزیت‌های زیادی مانند سرگرمی مداوم و دسترسی آسان به منابع دارد، اما معایب خود را نیز دارد. مطالعات نشان می‌دهد که مردم بیشتر از قبل نگران خطرات سایبری ناشی از استفاده از اینترنت هستند. از این رو در مورد بیمه‌های سایبری برای کسب و کارها به تحقیق پرداخت و نشان داد نوع جدید بیمه سایبری مصرف‌کننده خطرات سایبری را تا حد باقیمانده کاهش می‌دهد. در اینجا، یک تحلیل محتوا در مورد پوشش بیمه انجام شد تا ارزش بالقوه چنین بیمه‌نامه‌هایی را برای خانوارهای خصوصی نشان دهد (Schütz et al., 2023).

مدل مفهومی پژوهش

به‌طور کلی می‌توان گفت چارچوب مفهومی پایه‌ای است که تمام طرح یا پروژه تحقیقاتی بر روی آن قرار داده می‌شود. روابط این متغیرها در قالب مدل مفهومی که پایه و اساس پژوهش حاضر می‌باشد، در نمودار شماره ۱ آمده است.



نمودار ۱. مدل مفهومی تحقیق (Source: By author)

¹ Florian

روش پژوهش

در این تحقیق داده‌ها و اطلاعات مورد نیاز ابتدا از طریق مطالعات کتابخانه‌ای و مصاحبه و در ادامه از طریق پرسشنامه‌های متناسب با هر قسمت جمع‌آوری گردیده است. نوع تحقیق در مرحله اول جمع‌آوری اطلاعات، اکتشافی و در مرحله دوم جمع‌آوری اطلاعات، پیمایشی می‌باشد. پرسشنامه شماره یک، جهت شناسایی و اولویت‌بندی تقلبات و تخلفات بیمه‌ای و پیشایندهای مؤثر بر آنها در حوزه بیمه‌های تکمیلی درمان دانا استان سیستان و بلوچستان به صورت بسته به همراه یک پرسش باز طراحی و بین خبرگان تیم تصمیم توزیع و جمع‌آوری گردیده است. سپس برای وزن دهی و اولویت‌بندی این عوامل، پرسشنامه‌ها براساس روش دلفی فازی سنتی تحلیل گردیده است. پرسشنامه دوم هم پس از بررسی مطالعه اسناد کتابخانه‌ای، مقالات، پایان‌نامه‌ها و مصاحبه‌ها جهت اولویت‌بندی راهکارهای جلوگیری از تقلب و تخلف در بیمه‌های تکمیلی درمان ارائه شده است. جامعه آماری این تحقیق را کارشناسان و خبرگان صنعت بیمه تشکیل می‌دهند و حجم نمونه آماری نیز ۱۶ نفر از افراد مذکور می‌باشد. با توجه به محدود بودن جامعه مورد نظر، یعنی خبرگان در زمینه شناسایی و اولویت‌بندی تقلبات و تخلفات بیمه‌ای و پیشایندهای مؤثر بر آنها در حوزه بیمه‌های تکمیلی درمان دانا استان سیستان و بلوچستان، نمونه‌گیری ضرورتی نداشته و از روش گلوله استفاده گردیده است. فرآیند انجام تحقیق این تحقیق شامل پنج مرحله به شرح زیر می‌باشد:

مرحله اول: شناسایی و تعیین تقلبات و تخلفات بیمه‌های تکمیلی درمان دانا استان سیستان و بلوچستان: در این مرحله تقلبات و تخلفات بیمه‌ای که بیمه‌های تکمیلی درمان دانا استان سیستان و بلوچستان را تحت تأثیر قرار دهند، شناسایی شد و ۲۵ مورد استخراج گردید. موارد شناسایی شده، با استفاده از پرسشنامه از طریق مصاحبه مورد بررسی قرار گرفته است.

مرحله دوم: از روش دلفی فازی سنتی در بررسی شاخص‌های تقلبات و تخلفات بیمه‌های تکمیلی درمان بیمه دانا استان سیستان و بلوچستان استفاده شد.

مرحله سوم: شناسایی و تعیین راهکارهای مؤثر بر تقلبات و تخلفات بیمه‌های تکمیلی درمان دانا استان سیستان و بلوچستان انجام شد. در این مرحله با مطالعه دقیق ادبیات و پیشینه تحقیق و نتایج مصاحبه‌ها، راهکارهای مؤثر بر تقلبات و تخلفات بیمه‌های تکمیلی درمان دانا استان سیستان و بلوچستان شناسایی و ۲۴ راهکار استخراج گردید و با استفاده از پرسشنامه بررسی شد.

مرحله چهارم: از روش دلفی فازی برای پیشایندهای مؤثر بر تقلبات و تخلفات بیمه‌های تکمیلی درمان بیمه دانا استان سیستان و بلوچستان استفاده شد. با توجه به نتایج بدست آمده، مواردی که دارای بیشترین اجماع هستند، اهمیت بیشتری داشته و براساس اجماع هر مورد رتبه و اهمیت موارد قید شده مشخص خواهد شد.

مرحله پنجم: تعیین میزان اهمیت هر کدام از تقلبات و تخلفات بیمه‌ای بیمه‌های تکمیلی درمان بیمه دانا استان سیستان و بلوچستان و راهکارهای آن انجام شد. با توجه به نتایج بدست آمده مواردی که دارای بیشترین اجماع هستند اهمیت بیشتری داشته و براساس درصد اجماع هر مورد رتبه و اهمیت موارد قید شده مشخص خواهد شد.

یافته‌های پژوهش

در پژوهش حاضر، برای شناسایی ابعاد و مؤلفه‌ها و شاخص‌ها با استفاده از مطالعات کتابخانه‌ای و بررسی اسناد و مدارک مربوط به تقلبات و تخلفات بیمه‌ای و همچنین بررسی نظرات کارشناسان و خبرگان مربوطه، پنج بُعد و پنجاه شاخص به صورت جدول شماره ۳ شناسایی گردید.

جدول ۳. ابعاد و مؤلفه‌ها و شاخص‌های پژوهش (Source: By author)

ابعاد	مؤلفه‌ها	شاخص‌ها	منابع	
تقلبات و تخلفات بیمه از بعد زمانی	صدور	عدم کنترل در هنگام صدور دفترچه (مشخصات و عکس بیمه شده) با مدارک هویتی A1	Gencer & Gürpınar, 2007 Chakrabarty, 2009 Mohammadpour et al., 2016	
		ارائه اطلاعات نادرست از سمت بیمه گذار A2		
		عدم رعایت اصل حسن نیت در توضیح شرایط مورد بیمه توسط بیمه شده A3		
	مدت اعتبار	عدم اعلام تغییر در وضعیت تحت افراد تکفل بیمه شده		مانند مثال ازدواج A4
		عدم اطلاع به بیمه‌گر در صورت تشدید خطر موضوع بیمه A5		
		پرداخت خسارت		مخدوش کردن اطلاعات اسناد پزشکی توسط بیمه شده
				به منظور قرارگرفتن در تاریخ اعتبار بیمه نامه A6
		دستکاری نوع بیماری به منظور مطابقت با هزینه‌های تحت پوشش بیمه‌نامه A7		
تقلبات و تخلفات بیمه‌ای از بُعد عاملین	مراکز ارائه خدمات	ارائه صورتحساب غیرواقعی (شارژ هزینه های اضافی) توسط مراکز درمانی طرف قرارداد برای شرکت بیمه	Riahifar et al., 2012 Viaene & Dedene, 2004 Firoozi et al., 2011 Kuo & Chen, 2008 Varahrami, 2010 Rahimian, 2011 Nazarzadeh Danak et al., 2017 Mariner, 2013	
		B8		
		عدم نظارت کافی مراکز ارائه خدمات جهت مطابقت اطلاعات دفترچه درمانی با بیمار B9		
		تبانی مراکز ارائه خدمات درمانی با بیمه شده در جهت پذیرش افراد غیر از بیمه شده B10		
		ارسال صورتحساب بیشتر از هزینه واقعی B11		
		تبانی با بیمه شده و ارسال صورتحساب بیشتر از خدمت انجام شده جهت جبران هزینه فرانشیز از بیمه گذار B12		
ارسال صورتحساب های غیرواقعی و خدمات صورت نگرفته جهت سوء استفاده های مالی B13				

ابعاد	مؤلفه‌ها	شاخص‌ها	منابع
نماینده شرکت بیمه		درج عبارات تعهدآور در متن بیمه‌نامه‌ها توسط نماینده و بدون هماهنگی با بیمه‌گر در حالاتی که نماینده دارای مجوز صدور بیمه‌نامه می‌باشد. B14	
		صدور الحاقیه اضافی جهت ثبت اطلاعات بیمه شده با ریسک بالا B15	
		اعمال تعهداتی در قالب بیمه‌نامه فراتر از حدود اختیارات محوله توسط شبکه فروش B16	
بیمه‌گزار و بیمه شده		جابجایی افراد خارج از اسامی بیمه شده به جای افراد بیمه شده در بیمارستان‌ها (استفاده از اوراق شناسایی یا جعل اوراق شناسایی بیمه شده) B17	
		استفاده اشخاص ثالث از دفترچه درمانی بیمه شده یا معرفی‌نامه بیمارستانی صادره B18	
		تبانی با مراکز جهت دریافت صورتحساب هزینه‌های غیرواقعی به نفع بیمه شده B19	
بیمه‌گر و کارشناس		اخذ گواهی یا فاکتور غیرواقعی از پزشک، دندانپزشک یا مراکز درمانی توسط بیمه شده به منظور دریافت خسارت از شرکت B20	
		مخدوش کردن اطلاعات اسناد پزشکی توسط بیمه شده جهت اخذ خسارت بیشتر از مقدار واقعی B21	
		مخدوش کردن اطلاعات اسناد پزشکی توسط بیمه شده جهت فرارگیری در مدت بیمه‌نامه B22	
بیمه‌گر و کارشناس		عدم نظارت کافی در هنگام ترخیص بیمه شده از مراکز ارائه درمانی جهت مطابقت اطلاعات دفترچه درمانی با بیمار B23	
		ثبت هزینه‌های غیرواقعی به نفع بیمه شده و تحصیل مال از طریق نامشروع B24	
		ثبت هزینه‌های غیرواقعی به نفع مراکز ارائه خدمات و تحصیل مال از طریق نامشروع B25	
بیمه‌گر و کارشناس		ثبت اطلاعات حساب فرد دیگری به غیر از بیمه شده اصلی B26	
		صدور دفترچه و یا معرفی‌نامه جهت افراد غیر از بیمه شده B27	
		تبانی کارشناس شعبه با بیمه شده و تحصیل مال از طریق نامشروع B28	
بیمه‌گر و کارشناس		تبانی کارشناس شعبه با مراکز طرف قرارداد و تحصیل مال از طریق نامشروع B29	
		صدور الحاقیه افزایشات و کاهشات غیرمتعارف B30	

ابعاد	مؤلفه ها	شاخص ها	منابع
پیشایندها براساس ساختار اطلاعات	تغییر معرف بعد از صدور بیمه نامه، جهت تبانی با نماینده و تحصیل مال از طریق نامشروع B31		Viaene et al., 2007
	عدم وجود بانک اطلاعاتی مشخص و به روز از متقلبان و کلاهبرداران بیمه‌ای C32		
	عدم وجود بانک اطلاعاتی مشخص و به روز از اطلاعات درمانی بیمه شده در کل صنعت C33		
	عدم بیان واقعیت‌های حادثه توسط افراد و نهادهای درگیر در آن، به طور عمدی یا غیرعمدی C34		
	ضعف سیستم‌های کنترلی مبتنی بر فناوری اطلاعات در صنعت بیمه C35		
	عدم استفاده از سیستم یکپارچه اطلاعاتی در صنعت بیمه C36		
	عدم اعتبارسنجی دقیق نمایندگان و مشتریان توسط شرکت‌های بیمه C37		
	عدم از استفاده از سیستم هوش مصنوعی C38		
	تأخیر در ایفای نقش مناسب نهادهای درگیر در برخورد با متخلفان D39		
	عدم وجود مکانیسمی مشخص در شرکت‌های بیمه برای کشف تقلب و تخلف D40		
پیشایندها براساس ساختار ادری	عدم ثبت اطلاعات به صورت ریز در سیستم D41		Danesh Dehkordi, 2004 Nguyen & Knowles, 2010
	وجود روابط ناسالم اداری در صنعت بیمه D42		
	کمبود منابع انسانی D43		
	عدم پاسخگویی یا پاسخگویی با تأخیر ارگان‌های ذیربط به استعلامات شرکت‌های بیمه‌ای D44		
	دادن اختیارات و امتیازات ویژه به برخی نمایندگان توسط شرکت‌های بیمه D45		
پیشایندها براساس ساختار قانونی	نارسا بودن مکانیزم بازار در صنعت بیمه و انحراف آن D46		Khaleq Nejad, 2000 Derrig et al., 2006 Farshbaf Maharian & Lalianpour, 2017
	عدم استقلال بیمه مرکزی در برخورد با متخلفان E47		
	عدم شفاف سازی مقررات و کاهش بروکراسی اداری ناکارآمد E48		
	عدم قاطعیت در برخورد با متخلفان در صنعت بیمه E49		
	خلاءهای قانونی در صنعت بیمه کشور E50		

جهت رتبه بندی از نظر زمینه شناسایی و اولویت بندی تقلبات و تخلفات بیمه‌ای و پیشایندهای مؤثر بر آنها در حوزه بیمه‌های تکمیلی درمان بیمه دانا استان سیستان و بلوچستان، از روش دلفی فازی سنتی بهره گرفته شده است. به این منظور، برنامه در نرم افزار اکسل پیاده و نظرات خبرگان وارد برنامه شده و مورد تحلیل قرار گرفته است و در نهایت وزن‌های نسبی و نهایی همه معیارها به همراه حد آستانه همه جداول توسط برنامه، محاسبه شده است. شایان ذکر است در این تحقیق داده‌ها و اطلاعات مورد نیاز از طریق مطالعات کتابخانه‌ای و مصاحبه جمع آوری گردیده است.

به علت ضعف‌های روش، روشی که بتواند قضاوت همه خبرگان و قضاوت‌های ترجیحی آنها را لحاظ کند، به نظر روشی جامع‌تر و مطلوب‌تر می‌باشد. محققان به دلیل ضعف روش سنتی دلفی به دنبال روشی با کارایی بهتر بودند. به دنبال این تلاش، در سال ۱۹۸۸ روش دلفی فازی توسط کافمن و گوپتا گسترش داده شد. در این روش، دلفی سنتی با مفاهیم تئوری فازی در هم آمیخته شده است. بعدها پژوهشگران دیگر روش‌های متعددی را برای روش دلفی فازی ارائه کردند که هر یک ویژگی‌های خاص خود را داشت. بخش تجزیه و تحلیل داده‌ها تفاوت اصلی بین دلفی سنتی و دلفی فازی است. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش دلفی فازی از طریق مراحل زیر میسر می‌باشد:

مرحله ۱) گردآوری دیدگاه‌های خبرگان: در این مرحله از متغیرهای زبانی در جهت طراحی پرسشنامه و گردآوری دیدگاه‌های خبرگان بهره‌برداری می‌شود.

مرحله ۲) محاسبه ارزش فازی هر سوال: در این مرحله پس از گردآوری داده‌ها به صورت زیر نسبت به محاسبه ارزش فازی متغیرها اقدام می‌شود.

اگر ارزش فازی هر یک از متغیرها اینگونه $\tilde{A}_j = (L_j \cdot M_j \cdot U_j)$ باشد، یعنی L_j حد پایین، M_j حد وسط و U_j حد بالای است و رابطه به صورت زیر خواهد بود:

$$\begin{aligned} L_j &= \text{Min}(x_{ij}) & i = 1.2. \dots n & \quad j = 1.2. \dots m \\ M_j &= \left(\prod_{i=1}^{n.m} x_{ij} \right)^{\frac{1}{n}} & i = 1.2. \dots n & \quad j = 1.2. \dots m \\ U_j &= \text{Max}(x_{ij}) & i = 1.2. \dots n & \quad j = 1.2. \dots m \end{aligned}$$

در رابطه فوق،

L_j : حد پایین ارزش فازی سوال یا شاخص Z_j ام پرسشنامه، که برابر است با کوچکترین مقداری که خبرگان به سوال (شاخص) Z_j ام تخصیص داده‌اند.

M_j : حد وسط ارزش فازی سوال یا شاخص Z_j ام پرسشنامه، که برابر است با میانگین هندسی کلیه نظرات خبرگان برای سوال (شاخص) Z_j ام.

U_j : حد بالای ارزش فازی سوال یا شاخص Z_j ام پرسشنامه، که برابر است با بزرگترین مقداری که توسط خبرگان به سوال (شاخص) Z_j ام تخصیص داده شده است.

x_{ij} : مقدار تخصیص داده شده توسط خبره i ام به شاخص Z_j ام.

\tilde{A}_j : ارزش فازی مثلثی سوال یا شاخص Z_j ام.

همانطور که مشاهده می‌شود، در روش فازی همه نظرات خبرگان در محاسبه ارزش فازی هر سوال مشارکت داده می‌شوند.

مرحله ۳) تبدیل ارزش فازی بدست آمده برای هر یک از سؤالات به مقدار دی فازی شده (S_j): پس از محاسبه ارزش فازی هر یک از سؤالات پژوهش، برای اینکه بتوانیم نسبت به هر یک از سؤالات قضاوت کنیم، باید ابتدا ارزش فازی بدست آمده برای هر یک از سؤالات را دی فازی نمود تا امکان مقایسه و ارزیابی بوجود آید. برای دی فازی کردن ارزش فازی هر سؤال روش‌ها و روابط متعددی ارائه شده است که در جدول شماره ۴ دو نمونه از آن ارائه شده است.

جدول ۴. تبدیل ارزش فازی بدست آمده برای هر یک از سؤالات به مقدار دی فازی شده (Source: By author)

منبع	روش	عنوان
Hsu & Yang, 2000	$S_j = \frac{L_j + M_j + U_j}{3}$	کاربرد روش دلفی فازی و فرآیند تحلیل سلسله مراتبی فازی برای مدیریت شایستگی مدیران شرکت های چند ملیتی کاربرد روش دلفی فازی و AHP فازی در انتخاب فناوری احیا کننده روان کننده
Chang et al., 2011	$S_j = \frac{L_j + 2 \times M_j + U_j}{4}$	روش دلفی فازی برای ارزیابی فناوری های تولید هیدروژن

مرحله ۴) ارزیابی سوالات بر اساس حد آستانه‌ای (r): پس از محاسبه مقدار دی فازی (قطعی) شده هر یک از سؤالات (شاخص‌ها)، باید به ارزیابی میزان اهمیت آنها پرداخت. برای ارزیابی اهمیت هر یک از سؤالات یک قاعده مشخص و ثابتی وجود ندارد. اما متداول است که از یک حد آستانه‌ای (r) برای ارزیابی اهمیت هر یک از سؤالات استفاده می‌شود. بنابراین، براساس مقدار حد آستانه‌ای دو حالت ایجاد می‌شود:

- اگر $S_j \geq r$ باشد به این مفهوم است که سؤال (شاخص) زام از اهمیت بالایی برخوردار است.
- اگر $S_j < r$ باشد به این مفهوم است که سؤال (شاخص) زام از اهمیت کمی برخوردار است. که به علت اهمیت کم این سؤالات می‌توان آنها را حذف کرد.

آزمون مورد استفاده جهت بررسی سؤالات و فرضیه‌های پژوهش، استفاده از روش دلفی فازی سنتی می‌باشد. قبل از انجام آزمون دلفی فازی باید به بررسی روایی ابزار اندازه‌گیری با استفاده از آلفای کرونباخ پرداخته شود. هرگاه مقدار آلفای کرونباخ بالاتر از ۰/۷ باشد، روایی متغیرها مورد تأیید می‌باشد. پرسشنامه مربوط به تقلبات و تخلفات بیمه‌ای و پیشایندهای آن برای ۱۶ نفر از کارشناسان و خبرگان بیمه ارسال گردید. در اینجا مطابق با پرسشنامه پژوهش، از خبرگان خواسته شد تا میزان تناسب متغیرهای وضعیت موجود تقلبات و تخلفات بیمه‌ای و پیشایندهای آن را با موضوع پژوهش از اهمیت خیلی کم تا خیلی زیاد بیان نمایند. جدول شماره ۵ نتایج حاصل از بررسی پاسخ پرسشنامه را نشان می‌دهد.

جدول ۵. شمارش پاسخ‌های پرسشنامه وضعیت موجود (Source: By author)

متغیرها	خیلی کم (۱)	کم (۲)	متوسط (۳)	زیاد (۴)	خیلی زیاد (۵)	میانگین
A1	۴	۴	۷	۱	۰	۲/۳۱
A2	۲	۸	۴	۲	۰	۲/۳۸
A3	۶	۸	۲	۰	۰	۱/۷۵
A4	۵	۱۰	۰	۱	۰	۱/۸۱
A5	۳	۶	۷	۰	۰	۲/۲۵
A6	۷	۵	۲	۲	۰	۱/۹۴
A7	۱۰	۲	۱	۲	۱	۱/۸۸
B8	۴	۷	۳	۱	۱	۲/۲۵
B9	۴	۸	۲	۲	۰	۲/۱۳
B10	۳	۵	۷	۱	۰	۲/۳۸
B11	۳	۴	۴	۳	۲	۲/۸۱
B12	۵	۱	۲	۴	۴	۳/۰۶
B13	۴	۲	۴	۴	۲	۲/۸۸
B14	۶	۷	۱	۱	۱	۲/۰۰
B15	۹	۶	۱	۰	۰	۱/۵۰
B16	۹	۲	۴	۱	۰	۱/۸۱
B17	۸	۵	۱	۱	۱	۱/۸۸
B18	۴	۶	۴	۲	۰	۲/۲۵
B19	۷	۳	۵	۱	۰	۲/۰۰
B20	۲	۳	۸	۲	۱	۲/۸۱
B21	۶	۸	۲	۰	۰	۱/۷۵
B22	۸	۵	۱	۲	۰	۱/۸۱
B23	۷	۲	۴	۲	۱	۲/۲۵
B24	۱۰	۶	۰	۰	۰	۱/۳۸
B25	۱۱	۳	۲	۰	۰	۱/۴۴
B26	۱۲	۳	۱	۰	۰	۱/۳۱
B27	۱۴	۱	۱	۰	۰	۱/۱۹
B28	۱۳	۲	۱	۰	۰	۱/۲۵
B29	۱۳	۲	۱	۰	۰	۱/۲۵
B30	۱۲	۳	۱	۰	۰	۱/۳۱
B31	۱۲	۲	۲	۰	۰	۱/۳۸
C32	۵	۶	۴	۰	۱	۲/۱۳
C33	۶	۴	۶	۰	۰	۲/۰۰
C34	۷	۳	۶	۰	۰	۱/۹۴
C35	۷	۵	۳	۰	۱	۱/۹۴
C36	۶	۵	۴	۰	۱	۲/۰۶

متغیرها	خیلی کم (۱)	کم (۲)	متوسط (۳)	زیاد (۴)	خیلی زیاد (۵)	میانگین
C37	۸	۳	۲	۳	۰	۲/۰۰
C38	۴	۱	۷	۴	۰	۲/۶۹
D39	۴	۳	۷	۲	۰	۲/۴۴
D40	۲	۲	۸	۳	۱	۲/۹۴
D41	۴	۵	۳	۳	۱	۲/۵۰
D42	۵	۴	۴	۰	۳	۲/۵۰
D43	۳	۱	۵	۳	۴	۳/۲۵
D44	۵	۴	۳	۳	۱	۲/۴۴
D45	۲	۶	۶	۱	۱	۲/۵۶
D46	۲	۳	۸	۲	۱	۲/۸۱
E47	۴	۳	۷	۱	۱	۲/۵۰
E48	۲	۴	۸	۱	۱	۲/۶۹
E49	۴	۲	۵	۴	۱	۲/۷۵
E50	۳	۳	۶	۰	۴	۲/۹۴

آزمون دلفی فازی برای هر یک از متغیرهای جدول شماره ۵، بررسی می‌شود. با توجه به طیفی از اعداد ریاضی که برای عبارات کلامی تعریف شده در تحقیق استفاده شده است و این میزان از مقدار یک که پایین‌ترین سطح تأثیرگذاری متغیر تا مقدار پنج برای حد بالاترین میزان تأثیرگذاری می‌باشد؛ لذا آزمون دلفی فازی به منظور امکان تأثیرگذاری یک متغیر را می‌توان با نزدیک شدن عدد تصمیم به حد مورد نظر تصمیم‌گیری تعریف کرد. با توجه به طیف ۱ تا ۵ عبارت کلامی، در این تحقیق تصمیماتی را که در آن مقدار هدف بالاتر از عدد ۰/۳ بوده است به عنوان تأثیرگذار بودن متغیر در نظر گرفته شده است که فرضیه مربوط به آن به صورت زیر می‌باشد.

$$\begin{cases} H_0: \bar{\mu} \geq 0.3 \\ H_1: \bar{\mu} < 0.3 \end{cases}$$

از آنجا که تقلبات و تخلفات بیمه‌ای از جمله عوامل کژکارکردی در شرکت‌های بیمه‌ای می‌باشد، از این رو باید به دنبال کمینه‌سازی آن باشیم. همانطور که در روش تحقیق بیان شده است، گام‌های تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش دلفی فازی شامل چهار مرحله است که شامل

مرحله (۱) جمع آوری نظرات خبرگان؛

مرحله (۲) محاسبه ارزش فازی هر سوال: مقدار ارزش فازی بر اساس جدول شماره ۶ محاسبه می‌گردد.

جدول ۶. ارزش فازی هر یک از گزینه‌ها (Source: By author)

ارزش فازی	گزینه‌ها
(0, 0, 0.25)	خیلی کم
(0, 0.25, 0.50)	کم

ارزش فازی	گزینه‌ها
(0.25, 0.50, 0.75)	متوسط
(0.50, 0.75, 1)	زیاد
(0.75, 1, 1)	خیلی زیاد

فرض بر این است که ارزش ارزیابی معیار z از نگاه خبره شماره i از میان n خبره برابر با $W_{ij} = (L_{ij}.M_{ij}.U_{ij})$ است که مقدار z برابر با $j = 1, 2, \dots, m$ و i برابر با $i = 1, 2, \dots, m$ است. بدین ترتیب ارزش فازی معیار z از رابطه مذکور محاسبه می‌شود که برابر با $\bar{W}_j = (L_j.M_j.U_j)$ است. برای مثال در تعیین عامل اول این گونه تصمیم‌گیری می‌گردد:

$$L_j = \text{Min}(L_{ij}) = 0$$

$$M_j = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n M_{ij} = 0.328$$

$$U_j = \text{Max}(U_{ij}) = 1$$

مرحله ۳) تبدیل ارزش فازی بدست آمده برای هر یک از سوالات به مقدار دی فازی شده (S_j): با استفاده از روش دی فازی، وزن فازی هر یک از عناصر جایگزین مشخص می‌شود. همچنین برای دی فازی سازی از رابطه زیر استفاده می‌شود:

$$S_j = \frac{L_j + 2 \times M_j + U_j}{4}$$

برای مثال، مقدار S_j برای شاخص اول به صورت زیر می‌باشد.

$$S_j = \frac{0 + 0.656 + 1}{4} = 0.414$$

گام ۴) ارزیابی سوالات بر اساس حد آستانه‌ای (r): پس از محاسبه مقدار دی فازی (قطعی) شده هر یک از سوالات (شاخص‌ها) باید به ارزیابی میزان اهمیت آنها پرداخت. برای ارزیابی اهمیت هر یک از سوالات یک قاعده مشخص و ثابتی وجود ندارد. اما متداول است که از یک حد آستانه‌ای (r) برای ارزیابی اهمیت هر یک از سوالات استفاده می‌شود. بنابراین، براساس مقدار حد آستانه‌ای دو حالت ایجاد می‌شود:

- اگر $S_j \geq r$ باشد به این مفهوم است که سؤال (شاخص) z ام از اهمیت بالایی برخوردار است.
- اگر $S_j < r$ باشد به این مفهوم است که سؤال (شاخص) z ام از اهمیت کمی برخوردار است. که به علت اهمیت کم این سوالات می‌توان آنها را حذف کرد.

در دلفی فازی، درنهایت عوامل مناسب از نظر خبرگان را می‌توان از میان شاخص‌های متعدد ارائه شده، با تنظیم آستانه قابل نمایش به صورت زیر آشکار کرد:

- اگر مقدار $S_j \geq 0.3$ باشد، آن عامل بیشترین تأثیر را بر تقلبات و تخلفات بیمه‌ای دارد.
- اگر مقدار $S_j < 0.3$ باشد، آن عامل کمترین تأثیر را بر تقلبات و تخلفات بیمه‌ای دارد.

در پژوهش حاضر، مرز قابل قبول بودن معیار در حدود 0.3 است. اگر مقدار دی‌فازی شده عدد فازی با توجه به نظر خبرگان نزدیک به 0.3 یا کمتر از آن باشد، به عنوان معیاری که کمترین تأثیر بر تقلبات و تخلفات دارند، در نظر گرفته می‌شود. جدول شماره ۷ نتایج آزمون دلفی را برای بررسی وضعیت موجود نشان می‌دهد.

جدول ۷. نتایج آزمون دلفی فازی برای بررسی وضعیت موجود (Source: By author)

U_j	M_j	L_j	S_j	ردیف	شاخص‌ها	مؤلفه‌ها
۱	۰/۳۲۸	۰	۰/۴۱۴	۱	عدم اعلام تغییر در وضعیت افراد تحت تکفل بیمه شده	تقلبات و تخلفات مربوط به مرحله
۱	۰/۳۴۴	۰	۰/۴۲۲	۲	عدم اطلاع بیمه‌گر در صورت تشدید خطر موضوع بیمه	مدت اعتبار بیمه‌نامه
۰/۷۵	۰/۱۸۸	۰	۰/۲۸۲	۳	عدم کنترل در هنگام صدور دفترچه	تقلبات و تخلفات
۱	۰/۲۰۳	۰	۰/۳۵۲	۴	ارائه اطلاعات نادرست از سمت بیمه گذار	مربوط به مرحله
۱	۰/۲۳۴	۰	۰/۳۶۷	۵	عدم رعایت اصل حسن نیت در توضیح شرایط مورد بیمه	صدور بیمه نامه
۰/۷۵	۰/۳۱۳	۰	۰/۳۴۴	۶	مخدوش کردن اطلاعات اسناد پزشکی توسط بیمه شده	تقلبات و تخلفات مربوط به مرحله
۱	۰/۲۱۹	۰	۰/۳۶۰	۷	دستکاری نوع بیماری به منظور مطابقت با هزینه‌ها	پرداخت خسارت
۱	۰/۳۱۳	۰	۰/۴۰۷	۸	ارائه صورتحساب غیر واقعی	
۱	۰/۲۸۱	۰	۰/۳۹۱	۹	عدم نظارت کافی مراکز ارائه خدمات	
۱	۰/۳۴۴	۰	۰/۴۲۲	۱۰	تبانی مراکز ارائه خدمات با بیمه شده	تقلبات و تخلفات
۱	۰/۴۲۲	۰	۰/۴۶۱	۱۱	ارسال صورتحساب بیشتر از هزینه واقعی	مربوط به مراکز ارائه خدمات
۱	۰/۵۱۶	۰	۰/۵۰۸	۱۲	تبانی با بیمه شده و ارسال صورتحساب بیشتر از خدمات	
۱	۰/۴۶۹	۰	۰/۴۸۵	۱۳	ارسال صورتحساب‌های غیر واقعی	
۱	۰/۲۵۰	۰	۰/۳۷۵	۱۴	درج عبارات تعهدآور در متن بیمه نامه توسط نمایندگی	تقلبات و تخلفات
۰/۷۵	۰/۱۲۵	۰	۰/۲۵۰	۱۵	صدور الحاقیه اضافی	مربوط به نماینده شرکت بیمه
۱	۰/۲۰۳	۰	۰/۳۵۲	۱۶	اعمال تعهدات فراتر از حدود اختیارات	
۱	۰/۲۱۹	۰	۰/۳۶۰	۱۷	جابجایی افراد خارج از اسامی بیمه شده	
۱	۰/۳۱۳	۰	۰/۴۰۷	۱۸	استفاده اشخاص ثالث از دفترچه بیمه	تقلبات و تخلفات
۱	۰/۲۵۰	۰	۰/۳۷۵	۱۹	تبانی با مراکز جهت دریافت صورتحساب	مربوط به بیمه گذار
۱	۰/۴۵۳	۰	۰/۴۷۷	۲۰	اخذ گواهی یا فاکتور غیر واقعی	و بیمه شده
۰/۷۵	۰/۱۸۸	۰	۰/۲۸۲	۲۱	مخدوش کردن اطلاعات اسناد پزشکی جهت اخذ خسارت	

مؤلفه‌ها	شاخص‌ها	ردیف	S_j	L_j	M_j	U_j
تقلبات و تخلفات مربوط به بیمه گر و کارشناسان	مخدوش کردن اطلاعات اسناد پزشکی جهت قرارگیری درمدت بیمه نامه	۲۲	۰/۳۵۲	۰	۰/۲۰۳	۱
	عدم نظارت کافی در هنگام ترخیص بیمه شده	۲۳	۰/۴۰۷	۰	۰/۳۱۳	۱
	ثبت هزینه های غیرواقعی به نفع بیمه شده	۲۴	۰/۱۷۲	۰	۰/۰۹۴	۰/۵۰
	ثبت هزینه های واقعی به نفع مراکز	۲۵	۰/۲۴۲	۰	۰/۱۰۹	۰/۷۵
	ثبت اطلاعات حساب فردی دیگر	۲۶	۰/۲۲۷	۰	۰/۰۷۸	۰/۷۵
	صدور دفترچه یا معرفی نامه جهت افراد غیر	۲۷	۰/۲۱۱	۰	۰/۰۴۷	۰/۷۵
	تبانی کارشناس شعبه با بیمه شده	۲۸	۰/۲۱۹	۰	۰/۰۶۳	۰/۷۵
	تبانی کارشناس شعبه با مراکز	۲۹	۰/۲۱۹	۰	۰/۰۶۳	۰/۷۵
	صدور الحاقیه افزایشات و کاهشات غیر متعارف	۳۰	۰/۲۲۷	۰	۰/۰۷۸	۰/۷۵
	تغییر معرف بعد از صدور بیمه نامه و جهت تبانی با نماینده	۳۱	۰/۲۳۵	۰	۰/۰۹۴	۰/۷۵
پیش‌بیندهای مربوط به ساختار اطلاعات	عدم وجود بانک اطلاعاتی مشخص از متقلبان	۳۲	۰/۳۹۱	۰	۰/۲۸۱	۱
	عدم وجود بانک اطلاعاتی مشخص از اطلاعات درمانی بیمه شده	۳۳	۰/۳۱۳	۰	۰/۲۵۰	۰/۷۵
	عدم بیان واقعیت‌های حادثه توسط افراد	۳۴	۰/۳۰۵	۰	۰/۲۳۴	۰/۷۵
	ضعف سیستم‌های کنترلی	۳۵	۰/۳۶۷	۰	۰/۲۳۴	۱
	عدم استفاده از سیستم یکپارچه اطلاعاتی	۳۶	۰/۳۸۳	۰	۰/۲۶۶	۱
	عدم اعتبارسنجی دقیق نمایندگان	۳۷	۰/۳۷۵	۰	۰/۲۵۰	۱
	عدم استفاده از سیستم هوش مصنوعی	۳۸	۰/۴۶۱	۰	۰/۴۲۲	۱
	تاخیر در ایفای نقش مناسب نهادهای درگیر در برخورد	۳۹	۰/۴۳۰	۰	۰/۳۵۹	۱
	عدم وجود مکانیسمی مشخص برای کشف تخلف	۴۰	۰/۴۹۲	۰	۰/۴۸۴	۱
	عدم ثبت اطلاعات به صورت ریز	۴۱	۰/۴۳۸	۰	۰/۳۷۵	۱
پیش‌بیندهای مربوط به ساختار اداری	وجود روابط ناسالم اداری	۴۲	۰/۴۳۸	۰	۰/۳۷۵	۱
	کمبود منابع انسانی	۴۳	۰/۵۳۲	۰	۰/۵۶۳	۱
	عدم پاسخگویی ارگانهای ذیربط	۴۴	۰/۴۳۰	۰	۰/۳۵۹	۱
	دادن اختیارات به برخی نمایندگان	۴۵	۰/۴۴۶	۰	۰/۳۹۱	۱
	نارسا بودن مکانیسم بازار در صنعت بیمه	۴۶	۰/۴۷۷	۰	۰/۴۵۳	۱
	عدم استقلال بیمه مرکزی در برخورد با متخلفان	۴۷	۰/۴۳۸	۰	۰/۳۷۵	۱
	عدم شفاف سازی مقررات	۴۸	۰/۴۶۱	۰	۰/۴۲۲	۱
	عدم قاطعیت در برخورد با متخلفان	۴۹	۰/۴۶۹	۰	۰/۴۳۸	۱
	خلا های قانونی در صنعت بیمه	۵۰	۰/۴۹۲	۰	۰/۴۸۴	۱

بر اساس جدول شماره ۷، حداکثر مقدار عددی دی‌فازی شده برای شاخص «کمبود منابع انسانی» است که برابر با ۰/۵۳۲ است که نشان می‌دهد کمبود منابع انسانی مهم‌ترین عامل مربوط به تقلبات و تخلفات بیمه‌ای می‌باشد. عامل

دوم در این جدول مربوط به «تبانی با بیمه شده و ارسال صورتحساب بیشتر از خدمات» است که دارای تأثیر زیادی بر تقلبات و تخلفات بیمه‌ای دارد. عوامل دیگر مانند «عدم وجود مکانیسمی مشخص برای کشف تخلف» و «خلافات قانونی در صنعت بیمه» در اولویت‌های پایین‌تر قرار دارند. همچنین، عواملی که کمترین تأثیر را بر تقلبات و تخلفات بیمه‌ای دارند، به ترتیب عبارتند از: «ثبات هزینه‌های غیرواقعی به نفع بیمه شده» و «صدور دفترچه یا معرفی نامه جهت افراد غیر» و «تبانی کارشناس شعبه با بیمه شده» و «تبانی کارشناس شعبه با مراکز».

پس از بررسی وضعیت موجود تقلبات و تخلفات بیمه‌ای، در این بخش به بررسی درجه اهمیت هر یک از عوامل مؤثر بر تقلبات و تخلفات بیمه‌ای با توجه به نظر خبرگان پرداخته می‌شود. همانند بخش قبل، در این بخش نیز با استفاده از روش دلفی فازی به بررسی درجه اهمیت هر یک از عوامل مؤثر بر تقلبات و تخلفات بیمه‌ای پرداخته می‌شود. جدول شماره ۸ مقادیر مربوط به شمارش شاخص‌ها را نشان می‌دهد.

جدول ۸. شمارش پاسخ‌های پرسشنامه درجه اهمیت (Source: By author)

متغیرها	کاملاً بی اهمیت (۱)	بی اهمیت (۲)	متوسط (۳)	مهم (۴)	کاملاً مهم (۵)	میانگین
A1	۰	۰	۰	۶	۱۰	۴/۶۳
A2	۰	۰	۱	۳	۱۲	۴/۶۹
A3	۰	۰	۱	۲	۱۳	۴/۷۵
A4	۰	۰	۰	۱	۱۵	۴/۹۴
A5	۰	۰	۰	۳	۱۳	۴/۸۱
A6	۰	۰	۰	۰	۱۶	۵/۰۰
A7	۰	۰	۰	۱	۱۵	۴/۹۴
B8	۰	۰	۰	۲	۱۴	۴/۸۸
B9	۰	۰	۰	۲	۱۴	۴/۸۸
B10	۰	۰	۰	۲	۱۴	۴/۸۸
B11	۰	۰	۰	۰	۱۶	۵/۰۰
B12	۰	۰	۰	۰	۱۶	۵/۰۰
B13	۰	۰	۰	۲	۱۴	۴/۸۸
B14	۰	۰	۱	۲	۱۳	۴/۷۵
B15	۰	۰	۰	۲	۱۴	۴/۸۸
B16	۰	۰	۰	۱	۱۵	۴/۹۴
B17	۰	۰	۰	۱	۱۵	۴/۹۴
B18	۰	۰	۰	۱	۱۵	۴/۹۴
B19	۰	۰	۰	۱	۱۵	۴/۹۴
B20	۰	۰	۰	۲	۱۴	۴/۸۸
B21	۰	۰	۰	۲	۱۴	۴/۸۸
B22	۰	۰	۰	۳	۱۳	۴/۸۱
B23	۰	۰	۰	۲	۱۴	۴/۸۸

متغیرها	کاملاً بی اهمیت (۱)	بی اهمیت (۲)	متوسط (۳)	مهم (۴)	کاملاً مهم (۵)	میانگین
B24	۰	۰	۰	۱	۱۵	۴/۹۴
B25	۰	۰	۰	۱	۱۵	۴/۹۴
B26	۰	۰	۰	۰	۱۶	۵/۰۰
B27	۰	۰	۰	۲	۱۴	۴/۸۸
B28	۰	۰	۰	۰	۱۶	۵/۰۰
B29	۰	۰	۰	۰	۱۶	۵/۰۰
B30	۰	۰	۰	۰	۱۶	۵/۰۰
B31	۰	۰	۰	۰	۱۶	۵/۰۰
C32	۰	۰	۱	۲	۱۳	۴/۷۵
C33	۰	۰	۲	۴	۱۰	۴/۵۰
C34	۰	۰	۱	۳	۱۲	۴/۶۹
C35	۰	۰	۰	۳	۱۳	۴/۸۱
C36	۰	۰	۱	۲	۱۳	۴/۷۵
C37	۰	۰	۰	۱	۱۵	۴/۹۴
C38	۰	۰	۳	۵	۸	۴/۳۱
D39	۰	۱	۲	۳	۱۰	۴/۳۷
D40	۰	۱	۲	۴	۹	۴/۳۱
D41	۰	۱	۲	۰	۱۳	۴/۵۶
D42	۰	۱	۱	۱	۱۳	۴/۶۳
D43	۰	۱	۳	۱	۱۱	۴/۳۷
D44	۰	۱	۱	۴	۱۰	۴/۴۴
D45	۰	۰	۲	۳	۱۱	۴/۵۶
D46	۰	۰	۳	۵	۸	۴/۳۱
E47	۰	۰	۳	۲	۱۱	۴/۵۰
E48	۰	۰	۲	۲	۱۲	۴/۶۲
E49	۰	۰	۲	۳	۱۱	۴/۵۶
E50	۰	۰	۲	۱	۱۳	۴/۶۹

آزمون دلفی فازی برای هر یک از متغیرهای جدول شماره ۷ بررسی می‌شود. با توجه به طیفی از اعداد ریاضی که برای عبارات کلامی تعریف شده در تحقیق استفاده شده است و این میزان از مقدار یک که پایین‌ترین سطح اهمیت متغیر تا مقدار پنج برای حد بالاترین میزان اهمیت می‌باشد؛ لذا آزمون دلفی فازی به منظور بررسی درجه اهمیت هر کدام از شاخص‌ها اجرا می‌شود. با توجه به طیف ۱ تا ۵ عبارت کلامی، در این تحقیق تصمیماتی را که در آن مقدار هدف بالاتر از عدد ۰/۷ بوده است به عنوان با اهمیت‌ترین متغیر در نظر گرفته شده است که فرضیه مربوط به آن به صورت زیر می‌باشد.

$$\begin{cases} H_0: \bar{\mu} \geq 0.7 \\ H_1: \bar{\mu} < 0.7 \end{cases}$$

برطبق مراحل مربوط به محاسبه دلفی فازی، در مرحله اول به جمع آوری پرسشنامه مربوط به خیرگان پرداخته می‌شود. سپس، ارزش فازی هر کدام از شاخص‌ها محاسبه می‌شود. پس از محاسبه ارزش فازی هر کدام از شاخص‌ها، هر کدام از ارزش‌ها به صورت دی‌فازی شده بیان می‌شود. در نهایت، شاخص‌ها بر اساس حد آستانه ۰/۷ مورد بررسی قرار می‌گیرد. جدول شماره ۹ نتایج آزمون دلفی را برای بررسی درجه اهمیت شاخص‌های مربوط به تخلفات نشان می‌دهد.

جدول ۹. نتایج آزمون دلفی فازی برای بررسی درجه اهمیت شاخص‌های مربوط به تخلفات (Source: By author)

U_j	M_j	L_j	S_j	ردیف	شاخص‌ها	مؤلفه‌ها
۱	۰/۹۰۶	۰/۵۰	۰/۸۲۸	۱	عدم اعلام تغییر در وضعیت افراد تحت تکفل بیمه شده	تقلبات و تخلفات مربوط به مرحله
۱	۰/۹۲۲	۰/۲۵	۰/۷۷۴	۲	عدم اطلاع بیمه‌گر در صورت تشدید خطر موضوع بیمه	مدت اعتبار بیمه‌نامه
۱	۰/۹۳۸	۰/۲۵	۰/۷۸۲	۳	عدم کنترل در هنگام صدور دفترچه	تقلبات و تخلفات
۱	۰/۹۸۴	۰/۵۰	۰/۸۶۷	۴	ارائه اطلاعات نادرست از سمت بیمه گذار	مربوط به مرحله
۱	۰/۹۵۳	۰/۵۰	۰/۸۵۲	۵	عدم رعایت اصل حسن نیت در توضیح شرایط مورد بیمه	صدور بیمه نامه
۱	۱	۰/۷۵	۰/۹۳۸	۶	مخدوش کردن اطلاعات اسناد پزشکی توسط بیمه شده	تقلبات و تخلفات مربوط به مرحله
۱	۰/۹۸۴	۰/۵۰	۰/۸۶۷	۷	دستکاری نوع بیماری به منظور مطابقت با هزینه‌ها	پرداخت خسارت
۱	۰/۹۶۹	۰/۵۰	۰/۸۵۹	۸	ارائه صورتحساب غیر واقعی	
۱	۰/۹۶۹	۰/۵۰	۰/۸۵۹	۹	عدم نظارت کافی مراکز ارائه خدمات	
۱	۰/۹۶۹	۰/۵۰	۰/۸۵۹	۱۰	تبانی مراکز ارائه خدمات با بیمه شده	تقلبات و تخلفات
۱	۱	۰/۷۵	۰/۹۳۷	۱۱	ارسال صورتحساب بیشتر از هزینه واقعی	مربوط به مراکز
۱	۱	۰/۷۵	۰/۹۳۷	۱۲	تبانی با بیمه شده و ارسال صورتحساب بیشتر از خدمات	ارائه خدمات
۱	۰/۹۶۹	۰/۵۰	۰/۸۵۹	۱۳	ارسال صورتحساب‌های غیر واقعی	
۱	۰/۹۳۷	۰/۲۵	۰/۷۸۱	۱۴	درج عبارات تعهدآور در متن بیمه نامه توسط نمایندگی	تقلبات و تخلفات
۱	۰/۹۶۹	۰/۵۰	۰/۸۵۹	۱۵	صدور الحاقیه اضافی	مربوط به نماینده شرکت بیمه
۱	۰/۹۸۴	۰/۵۰	۰/۸۶۷	۱۶	اعمال تعهدات فراتر از حدود اختیارات	
۱	۰/۹۸۴	۰/۵۰	۰/۸۶۷	۱۷	جابجایی افراد خارج از اسامی بیمه شده	تقلبات و تخلفات
۱	۰/۹۸۴	۰/۵۰	۰/۸۶۷	۱۸	استفاده اشخاص ثالث از دفترچه بیمه	مربوط به بیمه گذار
۱	۰/۹۸۴	۰/۵۰	۰/۸۶۷	۱۹	تبانی با مراکز جهت دریافت صورتحساب	و بیمه شده
۱	۰/۹۶۹	۰/۵۰	۰/۸۵۹	۲۰	اخذ گواهی یا فاکتور غیر واقعی	

مؤلفه‌ها	شاخص‌ها	ردیف	S_j	L_j	M_j	U_j
تقلبات و تخلفات مربوط به بیمه گر و کارشناسان	مخدوش کردن اطلاعات اسناد پزشکی جهت اخذ خسارت	۲۱	۰/۸۵۹	۰/۵۰	۰/۹۶۹	۱
	مخدوش کردن اطلاعات اسناد پزشکی جهت قرارگیری در مدت بیمه نامه	۲۲	۰/۸۵۲	۰/۵۰	۰/۹۵۳	۱
	عدم نظارت کافی در هنگام ترخیص بیمه شده	۲۳	۰/۸۵۹	۰/۵۰	۰/۹۶۹	۱
	ثبت هزینه‌های غیرواقعی به نفع بیمه شده	۲۴	۰/۹۶۷	۰/۵۰	۰/۹۸۴	۱
	ثبت هزینه‌های واقعی به نفع مراکز	۲۵	۰/۹۶۷	۰/۵۰	۰/۹۸۴	۱
	ثبت اطلاعات حساب فردی دیگر	۲۶	۰/۹۳۷	۰/۷۵	۱	۱
	صدور دفترچه یا معرفی نامه جهت افراد غیر	۲۷	۰/۸۵۹	۰/۵۰	۰/۹۶۹	۱
	تبانی کارشناس شعبه با بیمه شده	۲۸	۰/۹۳۷	۰/۷۵	۱	۱
	تبانی کارشناس شعبه با مراکز	۲۹	۰/۹۳۷	۰/۷۵	۱	۱
	صدور الحاقیه افزای‌ها و کاهش‌های غیر متعارف	۳۰	۰/۹۳۷	۰/۷۵	۱	۱
پیش‌بیندهای مربوط به ساختار اطلاعات	تغییر معرف بعد از صدور بیمه نامه و جهت تبانی با نماینده	۳۱	۰/۹۳۷	۰/۷۵	۱	۱
	عدم وجود بانک اطلاعاتی مشخص از متقلبان	۳۲	۰/۷۸۱	۰/۲۵	۰/۹۳۷	۱
	عدم وجود بانک اطلاعاتی مشخص از اطلاعات درمانی بیمه شده	۳۳	۰/۷۵۰	۰/۲۵	۰/۸۷۵	۱
	عدم بیان واقعیت‌های حادثه توسط افراد	۳۴	۰/۷۷۴	۰/۲۵	۰/۹۲۲	۱
	ضعف سیستم‌های کنترلی	۳۵	۰/۸۵۲	۰/۵۰	۰/۹۵۳	۱
	عدم استفاده از سیستم یکپارچه اطلاعاتی	۳۶	۰/۷۸۱	۰/۲۵	۰/۹۳۷	۱
	عدم اعتبارسنجی دقیق نمایندگان	۳۷	۰/۸۶۷	۰/۵۰	۰/۹۸۴	۱
	عدم استفاده از سیستم هوش مصنوعی	۳۸	۰/۷۲۶	۰/۲۵	۰/۸۲۸	۱
	تأخیر در ایفای نقش مناسب نهادهای درگیر در برخورد	۳۹	۰/۶۵۷	۰	۰/۸۱۳	۱
	عدم وجود مکانیسمی مشخص برای کشف تخلف	۴۰	۰/۶۶۴	۰	۰/۸۲۸	۱
پیش‌بیندهای مربوط به ساختار اداری	عدم ثبت اطلاعات به صورت ریز	۴۱	۰/۶۹۶	۰	۰/۸۹۱	۱
	وجود روابط ناسالم اداری	۴۲	۰/۷۰۳	۰	۰/۹۰۶	۱
	کمبود منابع انسانی	۴۳	۰/۶۷۲	۰	۰/۸۴۴	۱
	عدم پاسخگویی ارگان‌های ذیربط	۴۴	۰/۶۷۹	۰	۰/۸۵۹	۱
	دادن اختیارات به برخی نمایندگان	۴۵	۰/۷۵۸	۰/۲۵	۰/۸۹۱	۱
	نارسا بودن مکانیسم بازار در صنعت بیمه	۴۶	۰/۷۲۶	۰/۲۵	۰/۸۲۸	۱
	عدم استقلال بیمه مرکزی در برخورد با متخلفان	۴۷	۰/۷۵۰	۰/۲۵	۰/۸۷۵	۱
	عدم شفاف‌سازی مقررات	۴۸	۰/۷۶۵	۰/۲۵	۰/۹۰۶	۱
	عدم قاطعیت در برخورد با متخلفان	۴۹	۰/۷۵۸	۰/۲۵	۰/۸۹۱	۱
	خلاءهای قانونی در صنعت بیمه	۵۰	۰/۷۷۳	۰/۲۵	۰/۹۲۲	۱

بر اساس داده‌های جدول شماره ۹، پنج شاخص دارای مقدار Z_k کمتر از $0/7$ داشته و بنابراین این شاخص‌ها اهمیت کمتری در تقلبات و تخلفات بیمه‌ای دارند. این شاخص‌ها به ترتیب عبارتند از «تأخیر در ایفای نقش مناسب نهادهای درگیر در برخورد» و «عدم وجود مکانیسمی مشخص برای کشف تخلف» و «کمبود منابع انسانی» و «عدم پاسخگویی ارگانهای ذیربط» و «عدم ثبت اطلاعات به صورت ریز». همچنین، شاخص‌هایی که بیشترین درجه اهمیت را در تخلفات بیمه‌ای دارند، به ترتیب عبارتند از: «ثبت هزینه‌های غیرواقعی به نفع بیمه شده» و «ثبت هزینه‌های واقعی به نفع مراکز» و «مخدوش کردن اطلاعات اسناد پزشکی توسط بیمه شده» و «ارسال صورتحساب بیشتر از هزینه واقعی» و «تبانی با بیمه‌شده و ارسال صورتحساب بیشتر از خدمات».

بحث و نتیجه‌گیری

براساس یافته‌ها و پژوهش انجام شده در خصوص موضوع پژوهش مبنی بر اولویت‌های تقلبات و تخلفات بیمه‌ای و پیشایندهای مؤثر بر آن در حوزه بیمه‌های تکمیلی درمان استان سیستان و بلوچستان در رفع و جلوگیری تخلفات در رشته درمان نکاتی حائز اهمیت می‌باشد که در نتیجه به شرح ذیل نگاشته می‌شود. بدون تردید، بروز هرگونه تقلب و تخلف و سوء استفاده در رشته درمان و پوشش‌های آن ناشی از وجود روزه‌ها و خلاءهایی است که این امر خود ناشی از عوامل متعدد از قبیل موارد ذیل می‌باشد:

- عوامل انسانی
- عوامل سیستمی
- خلاءهای قانونی

علی‌رغم جهش خوبی که صنعت بیمه در سالیان گذشته در آموزش نیروی متخصص داشته، از قبیل ایجاد فضای آموزشی مختص رشته‌های بیمه‌ای و قراردادادن این رشته در زمره تحصیلات تکمیلی، متأسفانه اکثر دانش‌آموختگان این رشته در نهایت به دلیل کمبود فضای اشتغال از این صنعت فاصله گرفته‌اند. در مشارکت بیمه دانا استان سیستان و بلوچستان نیز در سنوات گذشته سهم این دانش‌آموختگان در این سرپرستی و شبکه فروش تقریباً صفر بوده است. همچنین، علی‌رغم آمارهای نهادهای نظارتی در خصوص تخلفات و اعمال متقلبانه این صنعت، متأسفانه شاهد این هستیم که در این بخش نیز با کمبود نیروی خبره و متخصص مواجه می‌باشیم. با این وجود، وضعیت بیمه دانا استان سیستان و بلوچستان به دلیل تجربه، تخصص، تعهد و مدیریت یکپارچه کارکنان از این قاعده مستثنی است. نکته دیگر در رفع معضلات مذکور، استفاده از سیستم‌های یکپارچه و نرم‌افزارهای هوشمند می‌باشد که علی‌رغم رشد چشمگیر صنعت بیمه در این زمینه، باز هم از استانداردهای ایده‌آل فاصله زیادی وجود دارد. این امر خود زمینه بسیاری از پرداخت‌ها و هزینه‌های غیرواقعی بوده و موجبات تبانی مراکز درمانی با بیمه‌شدگان را فراهم می‌نماید. متأسفانه با وجود تمامی تلاش‌ها و ایجاد کارگروه‌ها در رشته درمان در شعبه سیستان و بلوچستان، بازهم تخلفات در این زمینه به دفعات تکرار می‌گردد. از دیگر نتایج نیز می‌توان به نقش عدم آگاهی بیمه‌شدگان این استان نسبت به حق و حقوق

خود در زمینه خدمات بیمه‌ای نام برد که متأسفانه اکثراً به صرف داشتن پوشش بیمه‌ای به خواسته‌های مراکز ارائه خدمات درمانی اجابت می‌نمایند، که راه برون رفت از این مشکل نیز برگزاری همایش‌ها و کارگاه‌های آموزشی جهت بالابردن سطح دانش بیمه شدگان می‌باشد.

از دیگر نتایج نیز می‌توان به وجود خلاءهای قانونی با ضمانت اجرای مناسب نام برد که راه حل مواجهه با این کمبود، ایجاد بخشنامه‌ها و توافق‌هایی بین بیمه گزاران و شرکت بیمه دانا استان سیستان و بلوچستان می‌باشد، که ضمانت اجرای قابل تأمل نیز در آن پیش‌بینی شود. از قبیل حذف پوشش‌های بیمه‌ای، معرفی به کمیته انضباطی و یا اعلام جرم توسط مشارکت بیمه دانا و بیمه گزار.

با توجه به مطالب بیان شده، پیشنهادهای به شرح ذیل ارائه می‌گردد:

- لازم است سیاست‌گذاران با بررسی‌های بیشتر و همکاری نهادهای مربوطه، سازوکار یکپارچه‌ای برای نظارت بر شرکت‌های بیمه و ارائه دهندگان خدمات سلامت اتخاذ نمایند.
- استفاده از سیستم‌های اطلاعاتی سلامت و توسعه آن، یکی دیگر از مباحثی است که به شدت به آن تأکید شده است و وزارت بهداشت نقش کلیدی در این خصوص دارد. پیشنهاد می‌گردد نهادهای بالادستی در اجرایی شدن هرچه سریع‌تر این سیستم سیاست‌های مربوطه را اتخاذ و از طریق وزارت بهداشت پیگیری نمایند.
- فرهنگ‌سازی و تغییر دیدگاه عموم مردم در خصوص سوء استفاده، تقلب و سرقت از صنعت بیمه، در کنار وضع احکام جزایی محکم و مرتبط، پیشنهاد می‌گردد.
- فعال نمودن و مردمی نمودن ائتلاف علیه تقلب بیمه در کشور جهت کاهش تقلب در بیمه و تقویت صنعت بیمه و در نهایت افزایش رفاه جامعه و پیشرفت نیز پیشنهاد می‌گردد.
- پررنگ نمودن نقش فناوری اطلاعات و اینسورتک به عنوان موتور محرکه توسعه بازار صنعت بیمه با ایجاد و استقرار سیستم یکپارچه ثبت اطلاعات بیمه شدگان و ثبت جامع کشف و کنترل تقلب نیز از دیگر پیشنهادات است.
- فراهم نمودن سیستم یکپارچه با فناوری روز در جهت شناسایی متقلبان و متخلفان و کشف تقلب و کنترل آن با مهیا نمودن شفافیت اطلاعات صدور، خسارات معوق و پرداختی در تمام مراحل مثلث‌های تقلب (عاملین تقلب - بیمه گر، بیمه گذار، شبکه فروش و تقلب از دیدگاه زمان قبل صدور، مدت اعتبار و خسارت و ...) نیز پیشنهاد می‌شود.
- به‌روزرسانی لیست سیاه و خسارات معوق با تعامل و همکاری کل شرکت‌های بیمه برای کمک به هم و با ساماندهی اطلاعات متقلبین و نوع، سبک و شیوه تقلب‌ها در هر نوع بیمه نامه‌ای با درج سوابق و اشتراک‌گذاری اطلاعات منظم و قابل مقایسه الکترونیکی و هوشمند، باعث رصد شدن، کشف و کنترل تقلب در صنعت بیمه به منظور کاهش ضرر کلان این صنعت می‌گردد.

- حمایت از بیمه‌گذاران خوب با کاهش نرخ حق بیمه و ارائه امکانات و خدمات بهینه‌تر نیز پیشنهاد می‌شود که هم به نفع بیمه‌گذاران خواهد بود و هم شرکت‌های بیمه‌ای.

مشارکت نویسندگان

تمام نویسندگان به نسبت سهم برابر در این پژوهش مشارکت داشته‌اند.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

References

- Chakrabarty, D. (2009). Market for private health insurance in a developing economy: A cross-country analysis. *SSRN Electronic Journal*, 1, 45-57. <https://doi.org/10.2139/ssrn.1520119>
- Chang, P.-L., Hsu, C.-W., & Chang, P.-C. (2011). Fuzzy Delphi method for evaluating hydrogen production technologies. *International Journal of Hydrogen Energy*, 36(11), 14172-14179. <https://doi.org/10.1016/j.ijhydene.2011.05.045>
- Danesh Dehkordi, N. (2004). *Global health perspective from the point of view of law* (1 ed.). Health insurance organization. [In Persian]
- Derrig, R. A., Johnston, D. J., & Sprinkel, E. A. (2006). Auto insurance fraud: Measurements and efforts to combat it. *Risk Management & Insurance Review*, 9(2), 109-130. <https://doi.org/10.1111/j.1540-6296.2006.00089.x>
- Dionne, G. (2012). *Risk Classification in Insurance Contracting*. Wellesley College, Pendleton Hall East.
- Farshbaf Maharian, J., & Lalianpour, N. (2017). *Identifying factors affecting fraud and violations in Iran's insurance industry using the fuzzy Delphi method*. International Conference on Insurance and Development, Iran. [In Persian]
- Firoozi, M., Shakoobi, M., Kazemi, I., & Zahedi, S. (2011). Fraud detection in car insurance using data mining methods. *Insurance Research Journal*(3), 103-128. [In Persian]
- Gencer, C., & Gürpınar, D. (2007). Analytic Network Process in supplier selection: A case study in an electronic firm. *Applied Mathematical Modelling*, 31(11), 2475-2486. <https://doi.org/10.1016/j.apm.2006.10.002>
- Ghafouri, M. (2004). Investigating factors affecting the satisfaction of health insurance policyholders of Dana Insurance Company. *Insurance Industry Quarterly*(3), 33-48. [In Persian]
- Hsu, T. H., & Yang, T. H. (2000). Application of Fuzzy Analytic Hierarchy Process in the Selection of Advertising Media. *Journal of Management and Systems*, 7.
- I.R.I. (2008). *performance of the insurance industry by insurance disciplines in 2007*. Insurance Research Institute. [In Persian]
- Khaleq Nejad, A. (2000). *The Position of Health Insurance in Social Security* (1 ed.). Social Research Institute. [In Persian]

- Kianpour, S., & Rezaei Azandriani, H. (2018). *Microeconomics* (1 ed.). Comprehensive publications, Iran. [In Persian]
- Kuo, Y.-F., & Chen, P.-C. (2008). Constructing performance appraisal indicators for mobility of the service industries using Fuzzy Delphi method. *Expert Systems with Applications*, 35(4), 1930–1939. <https://doi.org/10.1016/j.eswa.2007.08.068>
- Macedo, A. M., Viana Cardoso, C., Marques Neto, J. S., & Amaral da Costa Brás da Cunha, C. (2021). Car insurance fraud: The role of Vehicle Repair Workshops. *International Journal of Law, Crime and Justice*, 65. <https://doi.org/10.1016/j.ijlcrj.2021.100456>
- Mariner, W. (2013). The Affordable Care Act and Health Promotion: The Role of Insurance in Defining Responsibility for Health Risks and Costs. *Boston University school of law public law and Legal Research*, 271. https://scholarship.law.bu.edu/faculty_scholarship/363
- Mohammadpour, M., Asadi, A., & Davodi, A. (2016). *Identifying and ranking the factors affecting supplementary medical insurance risks using the network analysis technique (case study of Khorasan Razavi insurance companies)* The second management and economics conference in the 21st century, Iran. [In Persian]
- Moradi, M., & Fateminejad, S. (2017). Review and ranking of strategies to prevent the payment of unreal damages in medical insurance (case study: Sarmad Insurance Company). *Management and Accounting Studies Quarterly*, 3(3), 335-343. [In Persian]
- Nazarzadeh Danak, A., Sabzi, M., & Khajir, F. (2017). *The role of information technology in reducing insurance fraud and violations* Proceedings of the 25th National Conference on Insurance and Development, Iran. [In Persian]
- Nguyen, H., & Knowles, J. (2010). Demand for voluntary health insurance in developing countries: The case of Vietnam's school-age children and Adolescent Student Health Insurance Program. *Social Science & amp Medicine*, 71(12), 2074–2082. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.033>
- Rahimian, N. (2011). Fraud detection. *Official Accountant Quarterly*, 8(13), 82-91. [In Persian]
- Rashidi, R. (2010). Insurance Fraud: Concepts and Challenges (Part I). *The new monthly magazine of the world*, 10, 1-29. [In Persian]
- Riahifar, M., Hadian, H., & Abbasi Bani, F. (2012). *Examining examples of fraud in Iran's insurance market and its monitoring, detection and control strategies according to the instructions of the International Association of Insurance Supervisors (IAIS)* National Insurance and Development Conference, [In Persian]
- Roriz, R., & Pereira, J. L. (2019). Avoiding insurance fraud: A blockchain-based solution for the vehicle sector. *Procedia Computer Science*, 164, 211–218. <https://doi.org/10.1016/j.procs.2019.12.174>
- Rottenburger, J. R., Carter, C. R., & Kaufmann, L. (2019). It's alright, it's just a bluff: Why do corporate codes reduce lying, but not bluffing? *Journal of Purchasing and Supply Management*, 25(1), 30-39. <https://doi.org/10.1016/j.pursup.2018.02.004>
- Safari, M., & Safarian, M. (2015). Examining the concept, nature and conditions of concluding double insurance. *Research Journal of Insurance (Insurance Industry)*, 31(4), 117-138. [In Persian]
- Schütz, F., Rampold, F., Kalisch, A., & Masuch, K. (2023). Consumer Cyber Insurance as Risk Transfer: A Coverage Analysis. *Procedia Computer Science*, 219, 521-528. <https://doi.org/10.1016/j.procs.2023.01.320>
- Sheikhan, N. (2012). Supplementary medical insurance in Iran. *Social Welfare* 13(48), 247-270. [In Persian]

- Varahrami, V. (2010). Factors affecting the presentation of fraudulent claims in car body insurance. *Insurance Industry Quarterly*, 25(3), 1-26. [In Persian]
- Viaene, S., Ayuso, M., Guillen, M., Van Gheel, D., & Dedene, G. (2007). Strategies for detecting fraudulent claims in the automobile insurance industry. *European Journal of Operational Research*, 176(1), 565–583. <https://doi.org/10.1016/j.ejor.2005.08.005>
- Viaene, S., & Dedene, G. (2004). Insurance fraud: Issues and challenges. *The Geneva Papers on Risk and Insurance - Issues and Practice*, 29(2), 313–333. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0440.2004.00290.x>
- Wilson, H. (2003). An analytical approach to detecting insurance fraud using logistic regression. *Journal of Finance and Accountancy*, 1-15.