



सत्यमेव जयते

सार्वजनिक क्षेत्र की बीमा कंपनियों के स्वास्थ्य बीमा कारोबार
में थर्ड पार्टी प्रशासकों की अनुपालन लेखापरीक्षा
पर
भारत के नियंत्रक एवं महालेखापरीक्षक
का प्रतिवेदन



लोकहितार्थ सत्यनिष्ठा
Dedicated to Truth in Public Interest



संघ सरकार (वाणिज्यिक)
वित्त मंत्रालय
(वित्तीय सेवाएं विभाग)
2022 की संख्या 1

**भारत के नियंत्रक एवं महालेखापरीक्षक
का प्रतिवेदन**

**सार्वजनिक क्षेत्र की बीमा कंपनियों के स्वास्थ्य बीमा कारोबार
में थर्ड पार्टी प्रशासकों की अनुपालन लेखापरीक्षा**

**संघ सरकार (वाणिज्यिक)
(वित्त मंत्रालय)
वित्तीय सेवाएं विभाग
2022 की संख्या 1**

विषय सूची

अध्याय	विवरण	पृष्ठ सं.
	प्राक्कथन	iii
	कार्यकारी सार और सिफारिशें	v-xiv
1	प्रस्तावना	1-10
2	स्वास्थ्य बीमा में पीएसयू बीमाकर्ताओं का निष्पादन	11-22
3	टीपीए का मनोनयन और नेटवर्क प्रदाताओं का नामांकन	23-41
4	दावा प्रबंधन	42-70
5	समूह स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों का जोखिम अंकन	71-82
6	आंतरिक लेखापरीक्षा और धोखाधड़ी नियंत्रण	83-88
7	निष्कर्ष	89-91
9	अनुलग्नक 1 से 3 तक	93-108
10	शब्दावली	109-113

प्राक्कथन

सार्वजनिक क्षेत्र की बीमा कंपनियों के स्वास्थ्य बीमा कारोबार में थर्ड पार्टी प्रशासकों पर अनुपालन लेखापरीक्षा प्रतिवेदन को नियंत्रक एवं महालेखापरीक्षक (कर्तव्य, शक्तियां एवं सेवा की शर्तें) अधिनियम, 1971 की धारा 19-क के प्रावधानों के अधीन सरकार को प्रस्तुत करने हेतु तैयार किया गया है। यह लेखापरीक्षा भारत के नियंत्रक एवं महालेखापरीक्षक की लेखापरीक्षा एवं लेखा विनियमावली, 2007 (अगस्त 2020 में संशोधित) और अनुपालन लेखापरीक्षा दिशानिर्देशों के अनुसार की गई है।

इस लेखापरीक्षा में 2016-17 से 2020-21 तक की अवधि को शामिल किया गया है। यह प्रतिवेदन चार पीएसयू बीमा कंपनियों अर्थात् दि न्यू इंडिया इश्योरेंस कंपनी लिमिटेड (एनआईसीएल), युनाइटेड इंडिया इश्योरेंस कंपनी लिमिटेड (यूआईसीएल), दि ओरिएंटल इश्योरेंस कंपनी लिमिटेड (ओआईसीएल) और नेशनल इश्योरेंस कंपनी लिमिटेड (एनआईसीएल) से संबंधित दस्तावेजों की संवीक्षा पर आधारित है। पीएसयू बीमाकर्ताओं के स्वास्थ्य बीमा कारोबार में दावा प्रसंस्करण कार्यकलापों को बड़े स्तर पर थर्ड पार्टी प्रशासकों को आउटसोर्स किया जाता है ताकि प्रदाता इंटरफेस, दावों के चिकित्सा अधिनिर्णयन और प्रौद्योगिकी चलित ग्राहक सेवा में बेहतर विशेषज्ञता विशिष्टीकरण प्राप्त किया जा सके। यह लेखापरीक्षा स्वास्थ्य पोर्टफोलियो के महत्व, मनोनयन हेतु प्रणालियों और प्रक्रियाओं की आवश्यकता, थर्ड पार्टी प्रशासकों को कारोबार का आवंटन और उनके द्वारा दी गई सेवाओं की मॉनिटरिंग पर विचार करते हुए की गई थी। इस प्रतिवेदन में समूह स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों के जोखिम अंकन, दावा प्रसंस्करण में अंतर, पीएसयू बीमाकर्ताओं की आईटी प्रणालियों में वैधता जांच और नियंत्रण आदि में कमियों के कारण पीएसयू बीमाकर्ताओं के स्वास्थ्य बीमा कारोबार में निरंतर हानियों जैसे क्षेत्र दर्शाए गए हैं।

लेखापरीक्षा के दौरान और लेखापरीक्षा प्रतिवेदन को अंतिम रूप देने के दौरान सूचना, डेटा और स्पष्टीकरण प्रदान करने में एनआईसीएल, यूआईसीएल ओआईसीएल, एनआईसीएल, थर्ड पार्टी प्रशासकों और वित्त मंत्रालय द्वारा दिए गए सहयोग के लिए लेखापरीक्षा आभार व्यक्त करती है।

कार्यकारी सार

भारत में स्वास्थ्य बीमा कारोबार करने वाली 32 सामान्य बीमा कंपनियां हैं। इनमें से चार सार्वजनिक क्षेत्र की सामान्य बीमा कंपनियां (पीएसयू बीमाकर्ता) अर्थात् दी न्यू इंडिया एश्योरेंस कंपनी लिमिटेड (एनआईसीएल), युनाइटेड इंडिया इश्योरेंस कंपनी लिमिटेड (यूआईसीएल), दि ओरिएंटल इश्योरेंस कंपनी लिमिटेड (ओआईसीएल) और नेशनल इश्योरेंस कंपनी लिमिटेड (एनआईसीएल) हैं जो विभिन्न स्वास्थ्य बीमा उत्पाद प्रस्तावित करती हैं। स्वास्थ्य बीमा कारोबार पीएसयू बीमाकर्ताओं (पहले मोटर बीमा होने के कारण) के कारोबार में दूसरा सबसे बड़ा कारोबार है जिसका सकल प्रत्यक्ष प्रीमियम 2016-17 से 2020-21 की पांच वर्ष की अवधि के दौरान ₹1,16,551 करोड़ है। वर्तमान में स्वास्थ्य बीमा कारोबार में पीएसयू बीमाकर्ताओं का निष्पादन लाभकारी नहीं है और उन्हें 31 मार्च 2021 को समाप्त पांच वर्षों के दौरान ₹26,364 करोड़ की राजस्व हानि हुई है। स्वास्थ्य बीमा कारोबार में प्रदाता इंटरफेस, दावों के चिकित्सा अधिनिर्णयन और प्रौद्योगिकीय रूप से चालित ग्राहक सेवाओं में बेहतर विशेषज्ञता, विशिष्टिकरण के लिए टीपीए को नियुक्त किया गया है।

लेखापरीक्षा यह सुनिश्चित करने के उद्देश्य से की गई थी कि क्या:

- (i) पीएसयू बीमाकर्ताओं ने स्वास्थ्य बीमा पोर्टफोलियो का संधारणीय तरीके से प्रबंधन किया था और निष्पादन मापदंड इष्टतम थे;
- (ii) पीएसयू बीमाकर्ताओं ने थर्ड पार्टी प्रशासकों (टीपीए) के मनोनयन, अस्पतालों के नामांकन और टीपीए द्वारा प्रदत्त सेवाओं की मॉनिटरिंग के लिए प्रणाली निर्धारित की है;
- (iii) आईआरडीएआई विनियमों, दिशानिर्देशों, नियमों, परिपत्रों, नीतियों और विभिन्न पार्टियों के साथ करारों के अनुरूप दावों के प्रसंस्करण और निपटान के लिए उपयुक्त प्रणाली मौजूद थी;
- (iv) स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों का जोखिम अंकन विवेकपूर्ण तरीके से किया गया था और राजस्व सुरक्षा हेतु उचित आंतरिक नियंत्रण तंत्र मौजूद थे।

कुल 1.85 करोड़ के प्रदत्त दावों की कुल संख्या से विस्तृत संवीक्षा के लिए 5,279 दावा प्रदत्त मामलों (2016-17 से 2018-19 तक तीन वर्षों के लिए) के प्रतिनिधि

नमूने विस्तृत संवीक्षा के लिए चुने गए थे जिस में से चार पीएसयू बीमाकर्ता लेखापरीक्षा संवीक्षा हेतु केवल 2,934 प्रदत्त दावों से संबंधित अभिलेख उपलब्ध कराने में समर्थ रहे। लेखापरीक्षा में पीएसयू बीमाकर्ताओं द्वारा समूह स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों के जोखिम अंकन की भी जांच की गई थी। 3215 समूह पॉलिसियों की कुल संख्या में से 222 समूह स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों के लेखापरीक्षा नमूना के प्रति पीएसयू बीमाकर्ताओं ने 188 समूह पॉलिसियों के अभिलेख उपलब्ध कराए थे।

संक्षिप्त परिणाम

पीएसयू बीमाकर्ताओं के स्वास्थ्य बीमा कारोबार की हानियों से या तो कारोबार की अन्य पद्धतियों का लाभ समाप्त हो गया/कम हो गया था या समग्र हानियां बढ़ गई थी। हानियां उन समूह स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों के कारण थी जहां प्रभारित प्रीमियम कम था और दावा व्यय खुदरा पॉलिसियों की तुलना में अधिक था। पीएसयू बीमाकर्ताओं के स्वास्थ्य हिस्से का संयुक्त अनुपात¹ 125-165 प्रतिशत तक था, जोकि वित्त मंत्रालय द्वारा निर्धारित 100 प्रतिशत की सीमा से काफी अधिक था।

पीएसयू बीमाकर्ताओं ने टीपीए का मनोनयन किया था परंतु कारोबार को गैर-नामित टीपीए को भी आबंटित किया गया था। पीएसयू बीमाकर्ताओं ने अपने स्वयं के टीपीए (स्वास्थ्य बीमा टीपीए-एचआईटीपीए) निगमित किए थे परंतु उनके द्वारा एचआईटीपीए को कारोबार का आबंटन काफी कम था। पीएसयू बीमाकर्ताओं ने अधिमान्य प्रदाता नेटवर्क (पीपीएन) बनाकर अस्पतालों के अपने स्वयं के नेटवर्क के लिए पहल की थी परंतु 10 वर्ष बीत जाने के बाद भी पीपीएन कवरेज के अंतर्गत अस्पतालों का मनोनयन अपर्याप्त था। पीएसयू बीमाकर्ताओं में आईटी प्रणालियों में उचित वैधीकरण जांच और नियंत्रणों की कमी थी जिसके परिणामस्वरूप दावों के बहुल निपटान, बीमाकृत राशि के अतिरिक्त अधिक भुगतान, विशेष बीमारियों के लिए प्रतीक्षा अवधि खंड की अवहेलना के कारण अधिक भुगतान, सह-भुगतान खंड लागू न करना, विशेष बीमारियों के लिए कैंपिंग सीमा का उल्लंघन, स्वीकार्य दावा राशि का गलत निर्धारण, प्रत्यारोपण पर अनियमित भुगतान, विलंबित निपटान पर ब्याज का भुगतान न करना आदि जैसी चूकें हुई हैं। 188 समूह बीमा पॉलिसियों की नमूना जांच के माध्यम से जोखिम अंकन पॉलिसी के कार्यान्वयन से व्यय गणक के

¹ संयुक्त अनुपात - अर्जित दावा अनुपात जमाप्रबन्धन व्यय जमा एजेन्ट/दलाल का कमीशन जमा टीपीए शुल्क और अन्य व्ययों का योग

गैर-अनुपालन और प्रतिकूल दावा अनुभव की गैर-लोडिंग का पता चला जिस के परिणामस्वरूप 155 पॉलिसियों में ₹1,548.19 करोड़ का प्रीमियम कम प्रभारित हुआ और 3 पॉलिसियों में ₹9.28 करोड़ की अधिक छूट हुई। आंतरिक लेखापरीक्षा/स्वास्थ्य लेखापरीक्षा के लिए प्रणालियां और क्रियाविधियां अपर्याप्त थी और की गयी लेखापरीक्षाओं की संख्या निर्धारित लक्ष्यों की तुलना में नगण्य थी।

लेखापरीक्षा परिणाम

स्वास्थ्य बीमा में पीएसयू बीमाकर्ताओं का निष्पादन

- सभी चार पीएसयू बीमाकर्ताओं ने 2016-17 से 2020-21 तक सभी पांच वर्षों में स्वास्थ्य बीमा पोर्टफोलियो में हानि उठाई। 2016-17 से 2020-21 के दौरान चार पीएसयू बीमाकर्ताओं की कुल हानि ₹26,364 करोड़ थी। पीएसयू बीमाकर्ताओं के स्वास्थ्य बीमा कारोबार की हानियों ने या तो कारोबार की अन्य पद्धतियों के लाभ को समाप्त कर दिया या कम कर दिया या समग्र हानि में वृद्धि की। हानियां समूह स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों के कारण हुई थी जहां प्रभारित प्रीमियम कम था और दावा व्यय खुदरा पॉलिसियों की तुलना में अधिक था। स्वास्थ्य बीमा कारोबार में पीएसयू बीमाकर्ताओं की बाजार हिस्सेदारी भी स्टैंड-अलोन स्वास्थ्य बीमाकर्ताओं और निजी बीमाकर्ताओं की तुलना में लगातार कम हो रही है।

(पैरा 2.1 और 2.3)

- वित्त मंत्रालय (एमओएफ) ने समूह पॉलिसियों के जोखिम अंकन के लिए दिशानिर्देश निर्धारित किए (सितंबर 2012/ मई 2013) जिसके अनुसार स्टैंडअलोन समूह पॉलिसियों का संयुक्त अनुपात 95 प्रतिशत से अधिक नहीं होगा और क्रॉस सब्सिडी वाली समूह पॉलिसियों के लिए, संयुक्त अनुपात 100 प्रतिशत से अधिक नहीं होगा। लेखापरीक्षा ने देखा कि पीएसयू बीमाकर्ताओं द्वारा एमओएफ दिशानिर्देशों का पालन नहीं किया गया था और पीएसयू बीमाकर्ताओं द्वारा रिपोर्ट किए गए स्वास्थ्य हिस्से का संयुक्त अनुपात 125-165 प्रतिशत तक था।

(पैरा 2.2)

स्वास्थ्य बीमा में पीएसयू बीमाकर्ताओं के निष्पादन पर लेखापरीक्षा निष्कर्षों के संदर्भ में, लेखापरीक्षा सिफारिश करती है कि:

- पीएसयू बीमाकर्ताओं को केंद्रित कार्रवाई के माध्यम से समूह ग्राहकों से होने वाली निरंतर राजस्व हानि को संबोधित करने के लिए समूह बीमा पॉलिसियों के जोखिम अंकन के विषय में एमओएफ दिशानिर्देशों का पालन करने की आवश्यकता**

है। इस संबंध में एक विशिष्ट रिपोर्ट लेखापरीक्षा समिति, बोर्ड और मंत्रालय को प्रतिवर्ष प्रस्तुत किए जाने की आवश्यकता है।

टीपीए का मनोनयन और नेटवर्क प्रदाताओं का नामांकन

- एनआईएसीएल और ओआईसीएल में टीपीए प्रबंधन नीति थी और लेखापरीक्षा द्वारा नीति की कमी को इंगित करने के बाद, यूआईआईसीएल ने एक नीति बनाई थी और एनआईसीएल एक नीति तैयार करने की प्रक्रिया में है। पीएसयू बीमाकर्ताओं (यूआईआईसीएल के अलावा) ने टीपीए का मनोनयन किया, लेकिन एनआईसीएल और ओआईसीएल ने गैर-नामित टीपीए को भी कारोबार आवंटित किया। टीपीए के निष्पादन की समीक्षा बीमा कम्पनियों द्वारा नियमित रूप से नहीं की गई थी।

(पैरा 3.1, 3.2 और 3.3)

- लेखापरीक्षा ने व्यापार के टीपीए-वार आवंटन (वार्षिक प्रीमियम) और टीपीए-वार किए गए दावा अनुपात (आईसीआर²) का विश्लेषण किया और पाया कि सभी चार पीएसयू बीमाकर्ताओं ने कुछ वर्षों में टीपीए द्वारा सेवित दावों में 100 प्रतिशत से अधिक के उच्च आईसीआर के बावजूद एक टीपीए (मेडी असिस्ट इंडिया टीपीए प्राइवेट लिमिटेड) को व्यवसाय का बड़ा हिस्सा (15 से 44 प्रतिशत) आवंटित किया। अन्य टीपीए के लिए भी पिछले वर्षों में टीपीए द्वारा सेवित दावों में उच्च आईसीआर के बावजूद व्यवसाय का आवंटन या तो बढ़ा दिया गया था या उसी स्तर पर बनाए रखा गया था।

(पैरा 3.2)

- टीपीए के साथ सेवा स्तरीय करारों पर समय पर हस्ताक्षर करने, टीपीए की वैध बैंक गारंटी बनाए रखने और टीपीए से दावा अभिलेखों के नियमित संग्रहण जैसे सुरक्षा उपाय प्रचलित नहीं थे। इसके परिणामस्वरूप, जब टीपीए द्वारा कपटपूर्ण गतिविधियां सामने आईं और आईआरडीएआई द्वारा उनका पंजीकरण रद्द कर दिया गया, तो पीएसयू बीमाकर्ता टीपीए द्वारा निपटाए गए दावों की उचित जांच नहीं कर सके।

(पैरा 3.5 और 3.6)

- स्वास्थ्य बीमा टीपीए (एचआईटीपीए) पीएसयू बीमाकर्ताओं का एक संयुक्त उद्यम है, जिसका गठन ग्राहक अनुभव को बढ़ाने और स्वास्थ्य बीमा दावा प्रसंस्करण में अधिक दक्षता लाने के उद्देश्य से किया गया है। एचआईटीपीए के

² किए गए दावा अनुपात (आईसीआर) = किए गए दावे/अर्जित प्रीमियम

तुलनात्मक निष्पादन मानकों और प्रमुख शहरों में उपस्थिति होने के बावजूद, पीएसयू बीमाकर्ताओं द्वारा एचआईटीपीए को कारोबार का आवंटन न्यूनतम था।

(पैरा 3.4)

• पीएसयू बीमाकर्ताओं ने अधिमान्य प्रदाता नेटवर्क (पीपीएन) के गठन द्वारा अस्पतालों का अपना नेटवर्क बनाने की पहल की, लेकिन 10 साल बाद भी, पीपीएन कवरेज के तहत अस्पतालों का नामांकन अपर्याप्त था। चार पीएसयू बीमाकर्ताओं ने केवल 2,552 अस्पतालों के साथ पीपीएन करार किए हैं (स्टार हेल्थ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड के नेटवर्क में 9,900 अस्पतालों और एचडीएफसी एर्गो जनरल इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड के नेटवर्क में 10,000 अस्पतालों की तुलना में)। यह व्यापक कवरेज और भौगोलिक स्थिति के लिए अधिक संख्या में अस्पतालों के साथ गठजोड़ करने में पीएसयू बीमाकर्ताओं द्वारा अपर्याप्त प्रयासों को इंगित करता है।

(पैरा 3.7)

टीपीए के मनोनयन और नेटवर्क प्रदाताओं के नामांकन पर लेखापरीक्षा परीणामों के संदर्भ में लेखापरीक्षा सिफारिश करती है:

2. पीएसयू बीमाकर्ता उचित टीपीए प्रबंधन पॉलिसी तैयार कर सकते हैं, कारोबार के पारदर्शी आवंटन को सुनिश्चित कर सकते हैं और टीपीए के निष्पादन का आवधिक मूल्यांकन और मॉनिटरिंग करा सकते हैं।
3. एचआईटीपीए के लिए कारोबार के आवंटन की वर्तमान प्रमाणा पर सभी पीएसयू बीमाकर्ताओं द्वारा एचआईटीपीए के तुलनीय निष्पादन और पर्याप्त क्षमता को ध्यान में रखते हुए फिर से विचार करने की आवश्यकता है।
4. मेसर्स ई-मेडिटेक स्वास्थ्य बीमा टीपीए लिमिटेड के विरुद्ध कार्रवाई करने में विफलता की जांच की जानी चाहिए और संबंधित अधिकारियों के प्रति जिम्मेदारी तय की जानी चाहिए।
5. पीएसयू बीमाकर्ताओं को यह सुनिश्चित करना चाहिए कि वैध बैंक गारंटी और टीपीए से रिकॉर्ड के नियमित संग्रहण जैसे पर्याप्त रक्षोपाय मौजूद हैं ताकि यह सुनिश्चित किया जा सके कि इसके हितों के साथ-साथ पॉलिसी धारकों के हितों की रक्षा की गई है। इस संबंध में पीएसयू बीमाकर्ताओं द्वारा प्रतिवर्ष एक रिपोर्ट लेखापरीक्षा समिति, बोर्ड और मंत्रालय को प्रस्तुत की जानी चाहिए।

6. पीएसयू बीमाकर्ताओं को पसंदीदा प्रदाता नेटवर्क कवरेज प्रणाली के तहत अस्पतालों की संख्या में वृद्धि सुनिश्चित करने की आवश्यकता है और सामान्य प्रक्रियाओं के लिए दरों के मानकीकरण के लिए भी प्रयास करना चाहिए। अस्पतालों में वृद्धि के लिए आवश्यक लक्ष्य निर्धारित करने और निगरानी करने की आवश्यकता है।

दावा प्रबंधन

- दावों का प्रसंस्करण बड़े पैमाने पर पीएसयू बीमाकर्ता स्तर के साथ-साथ टीपीए स्तर दोनों पर डिजिटल प्लेटफॉर्म पर होता है। पीएसयू बीमाकर्ताओं में आईटी प्रणालियों में उचित सत्यापन जांच और नियंत्रणों का अभाव था, जो सुचारु कार्यप्रणाली और रिपोर्टिंग प्रणाली को कमजोर करता था। इसके परिणामस्वरूप दावों का बहुल निपटान, बीमाकृत राशि के अतिरिक्त अधिक भुगतान, विशिष्ट बीमारियों के लिए प्रतीक्षा अवधि खंड की अवहेलना के कारण अधिक भुगतान, सह-भुगतान खंड का लागू न होना, विशिष्ट बीमारियों के लिए कैपिंग सीमा का उल्लंघन, स्वीकार्य दावा राशि का गलत निर्धारण, प्रत्यारोपण पर अनियमित भुगतान, विलंबित निपटान पर ब्याज का भुगतान न करना आदि जैसी चूक हुई है।

(पैरा 4.2 और 4.3)

- लेखापरीक्षा द्वारा डेटा विश्लेषण से पता चला कि एनआईएसीएल और यूआईआईसीएल ने विभिन्न तिथियों पर एक से अधिक बार दावों का निपटान किया है, यद्यपि पॉलिसी संख्या, बीमाकृत नाम, लाभार्थी का नाम, अस्पताल में भर्ती होने की तिथि, बीमारी का कोड, अस्पताल का नाम और बीमारी समान थी। लेखापरीक्षा ने एनआईएसीएल में बहुल निपटान के 792 मामलों (₹4.93 करोड़) और यूआईआईसीएल में बहुल निपटान के 12,532 मामलों (₹8.60 करोड़) को इंगित किया, जैसा कि डेटाबेस से देखा गया। इसके अलावा, लेखापरीक्षा ने एनआईएसीएल में देखा कि पॉलिसीधारक के निपटान किए गए दावे 139 खुदरा दावों में बीमाकृत राशि सहित संचयी बोनस से अधिक हो गए, जो ₹33 लाख के अधिक भुगतान को दर्शाता है। यूआईआईसीएल में प्रदत्त दावा ₹36.13 करोड़ के 2,223 दावों में बीमाकृत राशि से अधिक था जिसमें समूह दावे शामिल थे। समूह पॉलिसियों के लिए, पॉलिसी में 'कॉर्पोरेट बफर' के माध्यम से बीमाकृत राशि पर इस तरह के अधिक भुगतान का प्रावधान किया गया है। हालांकि, दावा प्रसंस्करण शीट/ सत्यापित नोट में बफर या बफर के उपलब्ध शेष के उपयोग और उपयोगिता आदि का संकेत नहीं दिया गया था।

(पैरा 4.2.1 और 4.2.2)

- टीपीए को सेवा स्तरीय करार के अनुसार दावों की अनिवार्य जांच करने की आवश्यकता है लेकिन एनआईएसीएल, यूआईआईसीएल और ओआईसीएल में, 2,735 नमूना दावों में से 562 दावों (₹40.46 करोड़ के लिए) में जांच रिपोर्ट शामिल नहीं थी।

(पैरा 4.4)

- आईआरडीआई (टीपीए-स्वास्थ्य सेवाएं) विनियमावली 2016 के विनियम 19(6) के अनुसार, टीपीए को प्रत्येक तिमाही की समाप्ति के बाद पंद्रह दिनों के अंदर तिमाही आधार पर संबंधित बीमाकर्ताओं को दावों के निपटान से संबंधित सभी फाइलें, डेटा और अन्य संबंधित जानकारी जमा करनी चाहिए या सौंप देनी चाहिए और बीमाकर्ता को इसे पावती के तहत स्वीकार करना चाहिए। लेखापरीक्षा ने देखा कि 31 मार्च 2020 तक, 1.03 करोड़ दावा फाइलें 16 से 19 टीपीए द्वारा चार पीएसयू बीमाकर्ताओं को हस्तांतरित नहीं की गई हैं।

(पैरा 4.7)

दावा प्रबंधन पर लेखापरीक्षा निष्कर्षों के संदर्भ में लेखापरीक्षा सिफारिश करती है कि:

7. दावों के विभिन्न निपटान और बीमाकृत राशि से अधिक दावा भुगतान के उदाहरण प्रमुख चूकों को दर्शाते हैं। चूंकि लेखापरीक्षा द्वारा नमूना जांच 2,176 दावा अभिलेखों के लेखापरीक्षा नमूने तक सीमित थी, इसलिए पीएसयू बीमाकर्ताओं को शेष मामलों की उनकी अपनी समीक्षा करने की सलाह दी जाती है। अधिक भुगतान के संबंध में वसूली की जाए और संबंधित कर्मचारियों की जिम्मेदारी निर्धारित की जाए।

8. पीएसयू बीमाकर्ताओं को कंपनी की राजस्व हानि को रोकने के लिए नीति कवरेज के दायरे में दावा भुगतान को प्रतिबंधित करने के लिए प्रणाली स्थापित करने की आवश्यकता है और नई नीतियों के लिए प्रतीक्षा अवधि, विशिष्ट रोगों के लिए कैपिंग, प्रत्यारोपण पर भुगतान आदि जैसी उचित वैधीकरण लागू करने की आवश्यकता है।

9. पीएसयू बीमाकर्ताओं के कोर एप्लीकेशन सिस्टम को 'आवश्यक' दस्तावेजों की प्राप्ति की अंतिम तिथि को स्वचालित रूप से कैप्चर करने और दावों के विलंबित निपटान के लिए दावा राशि के साथ, जहां भी लागू हो, आईआरडीआई विनियमों के अनुरूप ब्याज के भुगतान को अधिकृत करने की आवश्यकता है।

10. पीएसयू बीमाकर्ताओं को यह सुनिश्चित करने की आवश्यकता है कि एसएलए में निर्धारित अनिवार्य जांच टीपीए द्वारा की जाती है और ऐसी जांच रिपोर्टों को दावा

फाइलों में रखे जाने की आवश्यकता है, ताकि झूठे भुगतानों/ अतिरिक्त भुगतानों के जोखिम को रोका जा सके।

समूह स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों का जोखिम अंकन

- पीएसयू बीमाकर्ताओं की 188 समूह स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों की नमूना जांच के माध्यम से पीएसयू बीमाकर्ताओं की जोखिम अंकन नीति के कार्यान्वयन से पता चला कि व्यय कैलकुलेटर का पालन न करने और प्रतिकूल दावा अनुभव की गैर-लोडिंग के परिणामस्वरूप 155 पॉलिसियों में ₹1548 करोड़ का प्रीमियम कम प्रभारित हुआ और 3 पॉलिसियों में ₹9.28 करोड़ की अधिक छूट दी गई (जांच की गई 188 पॉलिसियों में से)।

(पैरा 5.2)

- 2016-17 से 2018-19 तक तीन वित्तीय वर्षों के दौरान पीएसयू बीमाकर्ताओं के सहबीमा कारोबार का किया गया व्यय दावा अनुपात (आईसीआर)³ 85.31 प्रतिशत से 196.54 प्रतिशत तक रहा। सभी कंपनियों और सभी वर्षों में, यह कुल स्वास्थ्य बीमा कारोबार के आईसीआर से अधिक था (ओआईसीएल और एनआईसीएल में 2016-17 के दौरान हुए को छोड़कर)। इसलिए आवक सह बीमा कारोबार पीएसयू बीमाकर्ताओं के लिए लाभदायक नहीं था।

(पैरा 5.3)

समूह स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों के जोखिम अंकन पर लेखापरीक्षा निष्कर्षों के संदर्भ में, लेखापरीक्षा सिफारिश करती है कि:

11. पीएसयू बीमाकर्ताओं को प्रीमियम दरों की वस्तुपरक लोडिंग के माध्यम से समूह स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों की जोखिम अंकन के लिए और भारी नुकसान को रोकने के लिए जोखिम कवरेज को तर्कसंगत बनाने के लिए रणनीतियाँ विकसित करनी होंगी। साथ ही प्रति सहायता के संबंध में वित्त मंत्रालय के निर्देशों का बीमा कंपनियों द्वारा ईमानदारी से पालन करने की आवश्यकता है। इस संबंध में एक रिपोर्ट लेखापरीक्षा समिति, बोर्ड और मंत्रालय को वार्षिक रूप से प्रस्तुत किए जाने की आवश्यकता है।

³ किए गए दावा अनुपात (आईसीआर) = किए गए दावे/अर्जित प्रीमियम

12. पीएसयू बीमाकर्ताओं को एक विवेकपूर्ण दृष्टिकोण के रूप में सह-बीमा कारोबार को स्वीकार करने के लिए उचित दिशानिर्देश तैयार करने और विशेष रूप से निजी बीमाकर्ताओं से नुकसान उठाने वाले सह-बीमा कारोबार से बचने की आवश्यकता है।

आंतरिक लेखापरीक्षा और धोखाधड़ी नियंत्रण

- आंतरिक लेखापरीक्षा/ स्वास्थ्य लेखापरीक्षा के लिए प्रणालियां और क्रियाविधियाँ अपर्याप्त थीं और की गयी लेखापरीक्षा की संख्या निर्धारित लक्ष्यों/ निपटान किए गए दावों की कुल संख्या की तुलना में नगण्य थी।

(पैरा 6.1)

- मार्च 2019 को समाप्त तीन वित्तीय वर्षों के दौरान, टीपीए द्वारा प्रसंस्कारित दावों की 659 लेखापरीक्षा पीएसयू बीमाकर्ताओं द्वारा गठित स्वास्थ्य लेखापरीक्षा टीमों द्वारा की गई थी और ₹14.30 करोड़ की वसूली इंगित की गई थी, हालांकि, पीएसयू बीमाकर्ताओं ने अब तक केवल ₹6.06 करोड़ की वसूली की थी।

(पैरा 6.2)

- एनआईएसीएल में कपटपूर्ण कैशलेस दावों के विश्लेषण से संकेत मिला कि 122 दावों (₹1.39 करोड़) में पीपीएन अस्पताल या उसके कर्मचारियों का प्रबंधन शामिल था और 105 दावों (₹75 लाख) में पीपीएन अस्पतालों या उसके कर्मचारियों के अलावा अन्य प्रबंधन शामिल थे। एनआईएसीएल ऐसे अस्पतालों के विरुद्ध गैर मनोनयन खंडके अनुरूप कार्रवाई शुरू करने और अपने वित्तीय हितों की रक्षा के लिए ऐसे अस्पतालों से संबंधित सभी दावों की जांच करने में विफल रहा। इसके अलावा, टीपीए एनआईएसीएल को इस तरह के धोखाधड़ी प्रतिपूर्ति दावों की रिपोर्ट करने में विफल रहे और पॉलिसी को रद्द करने के लिए एनआईएसीएल के साथ विचार विमर्श करने के बजाय, उनके पहले के दावों के धोखाधड़ी साबित होने के बाद भी बीमाकृत से दावों का निपटान करना जारी रखा।

(पैरा 6.3)

आंतरिक लेखापरीक्षा और धोखाधड़ी नियंत्रण पर लेखापरीक्षा निष्कर्षों के संदर्भ में लेखापरीक्षा सिफारिश करती है कि:

13. आन्तरिक लेखापरीक्षा की महत्वपूर्ण कमियों के लिए जवाबदेही तय किए जाने की आवश्यकता है। चूंकि स्वास्थ्य पोर्टफोलियो एक हानि उठाने वाला पोर्टफोलियो है, अतः आंतरिक लेखापरीक्षा तंत्र को मज़बूत बनाया जाना चाहिए ताकि हानियों में कमी हो।

14. दावों के गलत प्रसंस्करण और कवर के दायरे से अधिक भुगतान को रोकने के लिए, पीएसयू बीमाकर्ताओं को एसएलए में सहमति के अनुसार शास्ति के उद्ग्रहण और समय पर वसूली के माध्यम से निवारक को लागू करना होगा।

15. पीएसयू बीमाकर्ताओं को धोखाधड़ी को रोकने के लिए एक मजबूत धोखाधड़ी प्रबंधन नीति तैयार करने और लागू की आवश्यकता है और धोखाधड़ी के मामलों में पॉलिसी को रद्द करने और अस्पताल के पैनल को समाप्त करने के संबंध में उचित कार्रवाई करनी चाहिए।

अध्याय 1: प्रस्तावना

1.1 भूमिका

'स्वास्थ्य बीमा कारोबार' को बीमा कानून (संशोधन) अधिनियम, 2015 की धारा 2 (6 सी) के तहत परिभाषित किया गया है, जो बिमारी के विरुद्ध या चिकित्सा, शल्य चिकित्सा या अस्पताल व्यय लाभों, चाहे वह रोगी या बाह्य रोगी, यात्रा कवर और व्यक्तिगत दुर्घटना कवर के लिए प्रदान करता है। स्वास्थ्य बीमा कारोबार को तीन श्रेणियों के तहत वर्गीकृत किया गया है अर्थात (i) खुदरा कारोबार यानी, खुदरा या व्यक्तिगत पॉलिसीधारकों को पॉलिसियां जारी की जाती हैं; (ii) कॉर्पोरेट या समूह¹ कारोबार जहां कॉर्पोरेट ग्राहकों को पॉलिसियां जारी की जाती हैं; और (iii) सरकार प्रायोजित योजनाएं जहां सरकार प्रायोजित स्वास्थ्य बीमा योजनाओं के तहत केंद्र या राज्य सरकारों के लाभार्थियों को पॉलिसियां जारी की जाती हैं। भारतीय बीमा नियामक एवं विकास प्राधिकरण (आईआरडीएआई) अपने नियमों, अधिसूचनाओं, दिशानिर्देशों, परिपत्रों और आदेशों के माध्यम से स्वास्थ्य बीमा कारोबार को नियंत्रित करता है।

भारत में 32 जनरल इंश्योरेंस कंपनियां स्वास्थ्य बीमा कारोबार कर रही हैं। इनमें से चार सार्वजनिक क्षेत्र की सामान्य बीमा कंपनियां (पीएसयू बीमा कंपनी) अर्थात न्यू इंडिया एश्योरेंस कंपनी लिमिटेड² (एनआईएसीएल), यूनाइटेड इंडिया इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड (यूआईआईसीएल), ओरिएंटल इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड (ओआईसीएल) और नेशनल इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड (एनआईसीएल) विभिन्न स्वास्थ्य बीमा उत्पादों की पेशकश करते हैं। भारत में सात स्टैंड अलोन स्वास्थ्य बीमा (एसएएचआई) कंपनियां (सभी निजी क्षेत्र में) और 21 निजी बीमा कंपनियां हैं।

1.2 थर्ड पार्टी प्रशासक

आईआरडीएआई (स्वास्थ्य बीमा) विनियमन, 2016 के विनियम 2 (पी) को "थर्ड पार्टी प्रशासक या टीपीए" को किसी भी व्यक्ति के रूप में परिभाषित करता है जो आईआरडीएआई (टीपीए-स्वास्थ्य सेवाओं) विनियमन, 2016 के तहत पंजीकृत है और एक बीमा कंपनी द्वारा शुल्क या पारिश्रमिक के लिए, उन विनियमों में परिभाषित

¹ एक समूह में ऐसे व्यक्ति होते हैं जो एक समान उद्देश्य के साथ इकट्ठा होते हैं या किसी कंपनी के कर्मचारियों की तरह एक आम आर्थिक गतिविधि में संलग्न होते हैं। समूह का आकार बीमाकर्ता द्वारा निर्धारित न्यूनतम सात के अधीन होगा।

² एनएसई और बीएसई में सूचीबद्ध इकाई।

स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करने के उद्देश्य से लगाया जाता है। आईआरडीएआई (टीपीए-स्वास्थ्य सेवाओं) विनियमन, 2016, 14 मार्च 2016 से प्रभावी स्वास्थ्य सेवाओं की पेशकश करने वाले टीपीए पर लागू होते हैं। ये विनियम सभी बीमाकर्ताओं पर भी लागू होंगे चाहे टीपीए सम्बद्ध हो या नहीं।

बीमाकर्ताओं द्वारा सम्बद्ध टीपीए पॉलिसीधारकों या लाभार्थियों को निम्नलिखित सेवाएं प्रदान करते हैं:

- फोटो पहचान पत्र जारी करना,
- नेटवर्क अस्पतालों की सूची के साथ गाइड बुक जारी करना,
- टोल फ्री नंबर/ एसएमएस सुविधायुक्त 24x7 ग्राहक सेवा/ कॉल सेंटर की सुविधा,
- कैशलेस पहुँच सहित अस्पताल में भर्ती होने के समय की सेवाएं
- पॉलिसीधारकों/ बीमाकृत व्यक्ति/ अस्पतालों से दस्तावेजों का संग्रह,
- ग्राहक शिकायत निवारण, और
- पॉलिसीधारकों/ बीमाकृत व्यक्ति को दावा निपटान के संबंध में सूचना।

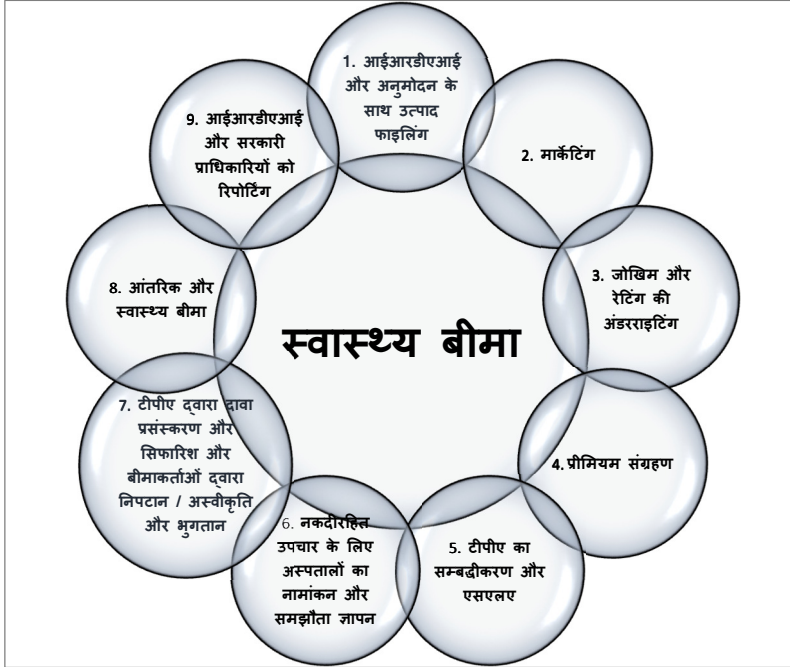
बीमा कंपनियों को टीपीए द्वारा प्रदान की गई सेवाएं इस प्रकार हैं:

- सभी दावों के डेटा हस्तांतरण का निर्बाध प्रवाह,
- दावा प्रसंस्करण सेवाएं,
- अस्पतालों के साथ नेटवर्किंग और करारों का निष्पादन,
- जांच सेवाएं,
- प्रबंधन सूचना प्रणाली सेवाएं, और
- धोखाधड़ी और दुर्व्यवहार पर नियंत्रण।

स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करने के लिए, टीपीए को बीमा कंपनियों द्वारा शुल्क या पारिश्रमिक का भुगतान किया जाता है। टीपीए किसी बीमाकर्ता के लिए लाभार्थियों या कैनवास से शुल्क नहीं ले सकता है। खुदरा पॉलिसियों के संबंध में टीपीए शुल्क प्रति जीवन पर आधारित है जबकि समूह स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों के लिए, शुल्क प्रीमियम का प्रतिशत है।

1.3 स्वास्थ्य बीमा में स्वास्थ्य बीमा गतिविधियाँ और हितधारक

स्वास्थ्य बीमा कारोबार में विभिन्न गतिविधियाँ शामिल हैं जैसे आईआरडीएआई के साथ उत्पाद दर्ज करना और अनुमोदन प्राप्त करना, अनुमोदित उत्पादों का विपणन,



जोखिम निर्धारण, जोखिम अंकन और दर निर्धारण, प्रीमियम संग्रह, टीपीए पैनल, टीपीए के लिए सेवाओं का आवंटन, अस्पताल नामांकन और करार का निष्पादन, टीपीए द्वारा दावों का प्रसंस्करण और सिफारिश और बीमाकर्ताओं द्वारा दावे का निपटान/ अस्वीकार,

आंतरिक और स्वास्थ्य लेखापरीक्षा, आईआरडीएआई और सरकारी प्राधिकारियों को रिपोर्ट करना आदि।

स्वास्थ्य बीमा कारोबार में हितधारकों में बीमा कंपनियाँ, पॉलिसी धारक/ पॉलिसी के लाभार्थी, नेटवर्क प्रदाता, गैर-नेटवर्क प्रदाता, टीपीए, भारत सरकार, शेयरधारक आदि शामिल हैं।

1.4 लेखापरीक्षा उद्देश्य

लेखापरीक्षा उद्देश्यों का निर्धारण करना था कि क्या:

- पीएसयू बीमाकर्ताओं ने स्वास्थ्य बीमा पोर्टफोलियो को धारणीय तरीके से प्रबंधित किया और निष्पादन मापदंड इष्टतम थे;
- पीएसयू बीमाकर्ताओं ने थर्ड पार्टी प्रशासक (टीपीए) के पैनल, अस्पतालों में नामांकन और टीपीए द्वारा प्रदान की गई सेवाओं की निगरानी के लिए एक प्रणाली निर्धारित की है;

iii) आईआरडीएआई के विनियमों, दिशानिर्देशों, नियमों, परिपत्रों, पॉलिसियों और विभिन्न पक्षों के साथ करारों के अनुरूप दावों का प्रसंस्करण और निपटान के लिए एक उपयुक्त प्रणाली मौजूद थी;

iv) स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों का जोखिम अंकन विवेकपूर्ण तरीके से किया गया था और राजस्व की रक्षा के लिए उपयुक्त आंतरिक नियंत्रण तंत्र मौजूद थे।

1.5 लेखापरीक्षा कार्यक्षेत्र

लेखापरीक्षा ने पिछले पांच वर्ष यानी 2016-17 से 2020-21 तक चार पीएसयू बीमाकर्ताओं के स्वास्थ्य बीमा पोर्टफोलियो के निष्पादन की जांच की। इसके अलावा, पीएसयू बीमाकर्ताओं के तीन वर्ष (यानी 2016-17 से 2018-19 तक) के लिए जोखिम अंकन और दावा निपटान अभिलेखों की जांच पैरा 1.8.1 और 1.8.2 में नीचे किए गए नमूने चयन के आधार पर की गई थी।

1.6 लेखापरीक्षा मापदंड

पीएसयू बीमाकर्ताओं के निष्पादन का निर्धारण निम्नलिखित मापदंडों पर किया गया था:

- बीमा नियमों, 1938 के साथ पठित बीमा अधिनियम, 1939; आईआरडीएआई (स्वास्थ्य बीमा) विनियम, 2016; आईआरडीएआई (टीपीए-स्वास्थ्य सेवाएं) विनियम, 2016; और अन्य विनियम, निर्देश, परिपत्र, आदेश और नियामक और सरकारी प्राधिकरणों के समय-समय पर संचार।
- बीमा कंपनियों की पॉलिसियां जैसे जोखिम अंकन पॉलिसी, टीपीए मैनेजमेंट पॉलिसी, मैनुअल जैसे दावा निपटान मैनुअल, पसंदीदा प्रदाता नेटवर्क (पीपीएन) परिचालन मैनुअल आदि, फाइनेंशियल स्टैंडिंग ऑर्डर्स, दावों के जोखिम अंकन और निपटान के लिए शक्तियों का प्रत्यायोजन, समितियों की रिपोर्ट और अन्य रिपोर्टें, कार्यवृत्त, परिचालन करने वाले कार्यालयों के साथ संचार और पत्राचार, अनुपालन रिपोर्ट और आईआरडीएआई को सौंपी गई अन्य रिपोर्टें।

1.7 लेखापरीक्षा कार्यप्रणाली

लेखापरीक्षा पीएसयू बीमाकर्ताओं³ के साथ एक इंड्री कॉन्फ्रेंस के साथ शुरू हुई जिसमें लेखापरीक्षा उद्देश्यों, कार्यक्षेत्र, मापदंड और कार्यप्रणाली पर चर्चा की गई। टीपीए पैनल

³ एनआईसीएल के साथ 23 सितंबर 2019 को, यूआईआईसीएल के साथ 13 नवंबर 2019 को, 19 अगस्त 2020 को ओआईसीएल के साथ और 17 अगस्त 2020 को एनआईसीएल के साथ इंड्री कॉन्फ्रेंस की गई थी।

और कारोबार के आवंटन, आंतरिक/ स्वास्थ्य लेखापरीक्षा, पीपीएन प्रवृत्त और कार्यकृत, पत्राचार आदि से संबंधित अभिलेखों की जांच करके लेखापरीक्षा की गई थी। जोखिम अंकन और दावा निपटान के संबंध में भौतिक या इलेक्ट्रॉनिक रूप में उपलब्ध कराए गए चयनित नमूने के अभिलेखों की जांच की गई। लेखापरीक्षा में विस्तृत जांच के लिए चयनित नमूने के अलावा, इलेक्ट्रॉनिक उपायों के माध्यम से डेटा विश्लेषण तीन वर्षों (2016-17 से 2018-19) से संबंधित दावों के भुगतान वाले आंकड़ों के संबंध में किया गया था।

संबंधित पीएसयू बीमाकर्ता के प्रबंधन को ड्राफ्ट लेखापरीक्षा रिपोर्ट जारी की गई और पीएसयू बीमाकर्ताओं के साथ एग्जिट मीटिंग्स⁴ में लेखापरीक्षा अभ्युक्तियों पर चर्चा की गई। लेखापरीक्षा अभ्युक्तियों के लिए बीमा कंपनियों के प्रबंधन की प्रतिक्रियाओं पर विचार करने के बाद तैयार की गई समेकित मसौदा रिपोर्ट प्रशासनिक मंत्रालय (वित्त मंत्रालय- वित्तीय सेवा विभाग) को जारी की गई थी। मंत्रालय की प्रतिक्रिया, जहां कहीं भी प्राप्त हुई, उस पर इस रिपोर्ट में विधिवत रूप से विचार किया गया है।

1.8 लेखापरीक्षा नमूना

1.8.1 पॉलिसीधारकों को प्रदत्त दावे

बीमा कंपनियों द्वारा भुगतान किए गए दावों का चयन बहु-चरणीय नमूना चयन विधि के माध्यम से किया गया था। पहले कदम के तौर पर प्रत्येक पीएसयू बीमाकर्ता के लिए डाटा को वित्तीय वर्ष वार और फिर जोन वार और आगे कारोबार वर्ग वार यानी खुदरा और गुप में वर्गीकृत किया गया। प्रत्येक कारोबार वर्ग के तहत डेटा को भुगतान किए गए दावे के मूल्य के आधार पर नौ दावा भुगतान बैंड⁵ में स्तरीकृत किया गया था। लेखापरीक्षा कार्य की मात्रा और उपलब्ध लेखापरीक्षा संसाधनों को ध्यान में रखते हुए, 1.85 करोड़ भुगतान किए गए दावों की कुल संख्या में से कंप्यूटर सॉफ्टवेयर

⁴ एनआईसीएल के साथ 10 फरवरी 2021 को, यूआईआईसीएल के साथ 22 फरवरी 2021 को, ओआईसीएल के साथ 24 फरवरी 2021 को और 2 फरवरी 2021 को एनआईसीएल के साथ आयोजित एग्जिट कांफ्रेंस।

⁵ 9 बैंड - (1) ₹1 करोड़ से अधिक, (2) ₹50 लाख से अधिक ₹1 करोड़ तक, (3) ₹25 लाख से अधिक ₹50 लाख तक, (4) ₹10 लाख से अधिक ₹25 लाख तक (5) ₹5 लाख से अधिक ₹10 लाख तक, (6) ₹1 लाख से अधिक ₹5 लाख तक (7) ₹50,000 से ₹1 लाख तक (8) ₹50,000 तक (9) ऋणात्मक राशि।

जनित यादृच्छिक चयन के माध्यम से नौ बैडों से 5,279 दावा⁶ भुगतान किए गए मामलों के प्रतिनिधि लेखापरीक्षा नमूने का चयन किया गया था जो 0.029 प्रतिशत तक गिना गया।

लेखापरीक्षा में चयनित 5,279 दावों में से, चार पीएसयू बीमाकर्ता केवल लेखापरीक्षा संवीक्षा (चयनित दावों का 56 प्रतिशत) के लिए 2,934 दावों से संबंधित रिकॉर्ड प्रदान करने में सक्षम थे। पीएसयू बीमाकर्ताओं के प्रबंधनों ने बताया कि कोविड 19 महामारी की स्थिति के कारण वे सभी रिकॉर्ड प्रदान नहीं कर सके और कहा कि टीपीए/परिचालन करने वाले कार्यालयों से आवश्यक रिकॉर्ड प्राप्त करना उनके लिए मुश्किल हो गया। कंपनी के लिहाज से नमूना चयनित और दिये गये रिकॉर्ड निम्नलिखित तालिका में दिए गए हैं:

तालिका 1.1: दावों का नमूना चयन और रिकॉर्ड उपलब्ध कराना

पीएसयू बीमाकर्ता का नाम	3 वर्ष में भुगतान किए गए दावों की कुल संख्या	नमूने के रूप में चयनित दावों की संख्या	दावों की कुल संख्या के प्रतिशत के रूप में नमूना चयन	लेखापरीक्षित संगठन और लेखापरीक्षित द्वारा प्रदान किए गए दावों की संख्या के रिकॉर्ड	चयनित नमूने के प्रतिशत के रूप में प्रदान किए गए दावों के रिकॉर्ड की संख्या
एनआईसीएल	6861312	1364	0.020	1154	85
यूआईआईसीएल	6546129	1577	0.024	1022	65
ओआईसीएल	2638788	941	0.036	559	59
एनआईसीएल	2422696	1397	0.058	199	14
कुल	18468925	5279	0.029	2934	56

चयनित दावों में टीपीए द्वारा प्रसंस्कारित किए गए दावों के साथ-साथ पीएसयू बीमाकर्ताओं द्वारा सीधे प्रसंस्कृत किए गए दावों शामिल हैं। सीधे प्रसंस्कृत दावों के रिकॉर्ड की गैर-उपलब्धता टीपीए प्रसंस्कृत दावों की तुलना में अधिक था, जैसा कि निम्नलिखित तालिका से देखा जा सकता है:

⁶ 1,113 इनकमिंग सह-बीमा दावों को छोड़कर, जिसके लिए दावों को प्रमुख बीमाकर्ता द्वारा संभाला गया था और सह-बीमाकर्ताओं के बीच साझा लागत। सह-बीमा दावों के रिकॉर्ड व्यक्तिगत बीमाकर्ताओं के पास उपलब्ध नहीं थे क्योंकि इन्हें प्रमुख बीमाकर्ता द्वारा संभाला गया था।

तालिका 1.2: टीपीए/ सीधे प्रसंस्कारित दावों के रिकॉर्ड को उपलब्ध न कराने का सारांश

पीएसयू बीमाकर्ता का नाम	चयनित नमूना दावों की संख्या			लेखापरीक्षा के लिए उपलब्ध नहीं कराए गए दावे रिकॉर्ड की संख्या		
	पीएसयू बीमाकर्ताओं द्वारा सीधे प्रसंस्कारित दावों की संख्या	टीपीए द्वारा प्रसंस्कृत दावों की संख्या (शामिल टीपीए की संख्या)	कुल	पीएसयू बीमाकर्ताओं द्वारा सीधे प्रसंस्कारित दावों की संख्या (गैर-उपलब्धता का प्रतिशत)	टीपीए द्वारा प्रसंस्कारित दावों की संख्या (गैर-उपलब्धता का प्रतिशत)	कुल (गैर-उपलब्धता का प्रतिशत)
एनआईसीएल	57	1307 (16)	1364	52 (91)	158 (12)	210 (15)
यूआईआईसीएल	62	1515 (19)	1577	62 (100)	493 (33)	555 (35)
ओआईसीएल	32	909 (23)	941	26 (81)	356 (39)	382 (41)
एनआईसीएल	217	1180 (25)	1397	217 (100)	981 (83)	1198 (86)
कुल	368	4911 (83)	5279	357 (97)	1988 (40)	2345 (44)

लेखापरीक्षा संवीक्षा के लिए अभिलेखों को उपलब्ध न कराने की मात्रा एनआईसीएल में बहुत अधिक थी, जो कुल मिलाकर 86 प्रतिशत और पीएसयू बीमाकर्ता प्रसंस्कारित मामलों के लिए 100 प्रतिशत थी और ओआईसीएल के लिए भी जो कुल मिलाकर 41 प्रतिशत और पीएसयू बीमाकर्ता प्रसंस्कारित मामले के लिए 81 प्रतिशत थी। नमूना दावा रिकॉर्ड को उपलब्ध न कराने का टीपीए वार विवरण **अनुलग्नक 1** में दिया गया है।

इस संबंध में, एनआईसीएल ने बताया (अक्टूबर 2021) कि उसने अपने टीपीए को डिजिटल प्रारूप में अपने पोर्टल पर फाइलें उपलब्ध कराने के निर्देश देकर पहले ही पहल की है ताकि आवश्यकता पड़ने पर सभी अभिलेखों/ फाइलों की उपलब्धता सुनिश्चित की जा सके। यूआईआईसीएल ने बताया (अक्टूबर 2021) कि उसने लेखापरीक्षकों के साथ रिकॉर्ड के पारदर्शी और समय पर साझा करने की आवश्यकता को महसूस किया था और भविष्य में इसके अनुपालन का आश्वासन दिया था। ओआईसीएल ने उत्तर में बताया (अक्टूबर 2021) कि उसने टीपीए को यह सुनिश्चित करने के निर्देश दिए हैं कि सभी दावा फाइलों को डिजिटल रूप से संग्रहित किया जाए और जरूरत पड़ने पर उनके पोर्टल पर उपलब्ध करवाई जाए। एनआईसीएल ने बताया (नवंबर 2021) कि दावों के आंकड़ों के सुचारु संक्रमण के लिए टीपीए के साथ एनआईसीएल की प्रणाली के अंत-से-अंत एकीकरण के लिए कार्रवाई शुरू की गई है।

मंत्रालय (अक्टूबर/ नवंबर 2021) पीएसयू बीमाकर्ताओं के उत्तरों से सहमत था।

1.8.2 समूह स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों की जोखिम अंकन:

लेखापरीक्षा ने अपनी संबंधित जोखिम अंकन पॉलिसी के अनुपालन की जांच करने के लिए एनआईसीएल, यूआईआईसीएल और ओआईसीएल में रिकॉर्ड की जांच की। एनआईसीएल के संबंध में, समूह पॉलिसियों के जोखिम अंकन की लेखापरीक्षा पहले ही की गई थी और उसके निष्कर्षों को नियंत्रक एवं महालेखापरीक्षक की 2020 की प्रतिवेदन संख्या 18 के पैरा संख्या 5.4 में शामिल किया गया था। कॉर्पोरेट ग्राहकों को 3,215 समूह स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियाँ जारी की गई थीं जहां एकत्र प्रीमियम ₹1 करोड़ से अधिक था। विस्तृत लेखापरीक्षा जांच के लिए नमूने का चयन दो अलग-अलग मापदंडों जैसे प्रीमियम और व्यय दावा अनुपात (आईसीआर)⁷ को लागू करने के लिए किया गया था। प्रथम मापदंड के तहत, पॉलिसियों को प्रत्येक पीएसयू बीमाकर्ता के लिए एकत्र किए गए प्रीमियम के आधार पर घटते क्रम में व्यवस्थित किया गया था, प्रत्येक वर्ष में और फिर विस्तृत जांच के लिए शीर्ष 13 पॉलिसियों का चयन किया गया था। दूसरे मापदंडों को लागू करते हुए, सभी पॉलिसियों को फिर से आईसीआर के आधार पर घटते क्रम में पुनर्व्यवस्थित किया गया और फिर उच्चतम आईसीआर वाली शीर्ष 13 पॉलिसियों का चयन किया गया। चयन के बाद यदि किसी पॉलिसी का चयन दोनों मापदंडों के तहत हुआ तो उसे बदला नहीं गया। इस प्रक्रिया के द्वारा, 3,215 पॉलिसियों में से 222 पॉलिसियों को लेखापरीक्षा नमूने के रूप में चुना गया था, जो आठ प्रतिशत है। हालांकि, लेखापरीक्षा के लिए चुनी गई 222 पॉलिसियों के लेखापरीक्षा नमूने के प्रति, बीमाकर्ता 188 पॉलिसियों (लेखापरीक्षा नमूने का 85 प्रतिशत) के रिकॉर्ड देने में सक्षम थे। यह समूह स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों की कुल संख्या का 5.85 प्रतिशत है। कंपनी के लिहाज से नमूना चयनित और दिए गए रिकॉर्ड निम्नलिखित तालिका में दिए गए हैं:

⁷ किया गया दावा अनुपात (आईसीआर) = किए गए दावे/अर्जित प्रीमियम

तालिका 1.3: पॉलिसियों का नमूना चयन और रिकॉर्ड को उपलब्ध कराना

पीएसयू बीमाकर्ता का नाम	समूह स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों की कुल संख्या	नमूने के रूप में चयनित पॉलिसियों की संख्या	पॉलिसियों की कुल संख्या के लिए चयनित पॉलिसियों का प्रतिशत	लेखापरीक्षित और संगठन द्वारा प्रदान किए गए दावों की संख्या के रिकॉर्ड	चयनित नमूने के प्रतिशत के रूप में प्रदान की गई पॉलिसियों की संख्या के रिकॉर्ड
एनआईसीएल	1346	78	5.79	48	61.54
यूआईआईसीएल	1448	76	5.25	72	94.74
ओआईसीएल	421	68	16.15	68	100.00
कुल	3215	222	6.91	188	84.68

अभिलेखों को उपलब्ध न करवाने का प्रतिशत, एनआईसीएल (38.46 प्रतिशत) में सबसे अधिक था।

एनआईसीएल ने बताया (अक्टूबर, 2021) कि समूह पॉलिसियों के संबंध में, इसने एक तंत्र तैयार किया है जिससे किसी भी समय निरीक्षण के लिए उनकी प्रणाली में रिकॉर्ड डिजिटल रूप से उपलब्ध होंगे।

मंत्रालय ने एनआईसीएल के उत्तरों पर सहमति व्यक्त की (अक्टूबर 2021)।

1.9 रिपोर्ट की संरचना

लेखापरीक्षा के निष्कर्षों पर, **अध्याय 2 से 6**, में चर्चा की गई है और **अध्याय 7** में समापन टिप्पणियां दी गई हैं।

- इस रिपोर्ट का **अध्याय 2**, स्वास्थ्य बीमा खंड, पीएसयू बीमाकर्ताओं के समग्र निष्पादन से संबंधित है।
- **अध्याय 3** में टीपीए के पैनेल और प्रबंधन तथा नेटवर्क प्रदाताओं के नामांकन से संबंधित अभ्युक्तियाँ शामिल हैं।
- **अध्याय 4** टीपीए द्वारा दावों को संभालने और प्रबंधन की जांच करता है और पीएसयू बीमाकर्ताओं के सूचना प्रौद्योगिकी (आईटी) प्रणालियों में कैचर और प्रसंस्कारित दावों के आंकड़ों का विश्लेषण करता है।
- **अध्याय 5** समूह स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों में पीएसयू बीमाकर्ताओं की जोखिम अंकन की प्रक्रिया की जांच करता है।

- **अध्याय 6** पीएसयू बीमाकर्ताओं में आंतरिक लेखापरीक्षा और धोखाधड़ी नियंत्रण पर अभ्युक्तियां प्रदान करता है।
- **अध्याय 7** निष्कर्ष प्रदान करता है।

यह उल्लेख करना प्रासंगिक है कि वर्तमान लेखापरीक्षा में लेखापरीक्षा कवरेज 1.85 करोड़ दावों में से भुगतान किए गए 2,934 दावों और 3,215 पॉलिसियों में से 188 जोखिम अंकन पॉलिसियों तक सीमित है। रिपोर्ट में उजागर विसंगतियों की मात्रा को समग्र जनसंख्या की तुलना में प्रतिनिधिक रूप से देखे जाने की आवश्यकता है। निष्कर्षों को प्रणाली में सत्यापन के अभाव तथा कमियों को इंगित करने के लिए सूचित किया जाता है। प्रबंधन पॉलिसीधारकों को सेवाओं के बेहतर वितरण के लिए दावा प्रसंस्करण को ठीक करने के लिए लेखापरीक्षा निष्कर्षों पर विचार कर सकता है।

1.10 आभार

हम मंत्रालय, पीएसयू बीमाकर्ताओं और टीपीए कंपनियों द्वारा सूचना अभिलेख, स्पष्टीकरण उपलब्ध कराने और संबंधित अधिकारियों के साथ चर्चा करने में दिए गए सहयोग के लिए आभार व्यक्त करते हैं, जिससे लेखापरीक्षा को पूरा करने में मदद मिली।

अध्याय 2: स्वास्थ्य बीमा में पीएसयू बीमाकर्ताओं का निष्पादन

2.1 कारोबार के स्वास्थ्य बीमा क्षेत्र में लगातार हानि

स्वास्थ्य बीमा कारोबार पीएसयू बीमाकर्ताओं के कारोबार का दूसरा सबसे बड़ा क्षेत्र है, (पहला मोटर बीमा) जिसका सकल प्रत्यक्ष प्रीमियम 2016-17 से 2020-21 तक पांच वर्ष की अवधि के दौरान ₹1,16,551 करोड़ है। हालांकि, स्वास्थ्य बीमा कारोबार में पीएसयू बीमाकर्ताओं का निष्पादन वर्तमान में लाभदायक नहीं है और उन्हें लगातार राजस्व की हानि हो रही है। 2016-17 से 2020-21 तक पिछले पांच वर्षों में पीएसयू बीमाकर्ताओं द्वारा स्वास्थ्य बीमा कारोबार की तुलना में अन्य क्षेत्रों के कारोबार (आग, समुद्री, मोटर और विविध) पर किए गए प्रीमियम और लाभ/ हानि को दर्शाने वाली तुलना निम्न तालिका में दी गई है:

तालिका 2.1: 2016-17 से 2020-21 तक पीएसयू बीमाकर्ताओं का प्रीमियम और लाभ/ हानि (₹ करोड़ में)

बीमाकर्ता	कारोबार का क्षेत्र		2016-17	2017-18	2018-19	2019-20	2020-21	कुल
एनआईसीएल	स्वास्थ्य को छोड़कर अग्नि, समुद्री, मोटर और विविध	सकल प्रत्यक्ष प्रीमियम	13155	15711	15656	17419	17764	79705
		लाभ/हानि	598	2404	523	1852	2409	7786
	स्वास्थ्य	सकल प्रत्यक्ष प्रीमियम	5960	7008	8254	9394	10784	41400
		हानि	-1299	-1393	-1269	-1380	-1613	-6954
	कुल लाभ/ हानि			-701	1011	-746	472	795
यूआईसीएल	स्वास्थ्य को छोड़कर अग्नि, समुद्री, मोटर और विविध	सकल प्रत्यक्ष प्रीमियम	10822	11816	11055	12178	10463	56334
		लाभ/हानि	284	1632	-715	-609	-259	334
	स्वास्थ्य	सकल प्रत्यक्ष प्रीमियम	5241	5614	5365	5337	6242	27797
		हानि	-2619	-1090	-1423	-994	-794	-6920
	कुल लाभ/ हानि			-2335	543	-2137	-1603	-1053
ओआईसीएल	स्वास्थ्य को छोड़कर अग्नि, समुद्री, मोटर	सकल प्रत्यक्ष प्रीमियम	7794	8129	9397	9282	7927	42529

बीमाकर्ता	कारोबार का क्षेत्र		2016-17	2017-18	2018-19	2019-20	2020-21	कुल
	और विविध	लाभ/हानि	-1103	2049	-332	-384	825	1054
	स्वास्थ्य	सकल प्रत्यक्ष प्रीमियम	3323	3608	4088	4714	4821	20554
		हानि	-1297	-901	-885	-999	-2058	-6139
		कुल लाभ/ हानि	-2400	1148	-1217	-1383	-1233	-5085
एनआईसीएल	स्वास्थ्य को छोड़कर अग्नि, समुद्री, मोटर और विविध	सकल प्रत्यक्ष प्रीमियम	9499	10860	9235	9980	8592	48165
		लाभ/ हानि	1219	-1500	-974	-1621	1526	-1350
	स्वास्थ्य	सकल प्रत्यक्ष प्रीमियम	4739	5334	5894	5282	5549	26798
		हानि	-1636	-1347	-838	-1166	-1363	-6350
		कुल लाभ/ हानि	-417	-2847	-1812	-2787	163	-7700
सभी पीएसयू बीमाकर्ता (कुल)	स्वास्थ्य को छोड़कर अग्नि, समुद्री, मोटर और विविध	सकल प्रत्यक्ष प्रीमियम	41269	46516	45343	48859	44746	226733
		लाभ/ हानि	998	4586	-1497	-763	4501	7825
	स्वास्थ्य	सकल प्रत्यक्ष प्रीमियम	19263	21564	23601	24727	27394	116551
		हानि	-6851	-4731	-4415	-4538	-5829	-26364
		कुल लाभ/ हानि	-5853	-145	-5912	-5301	-1328	-18539

उपरोक्त तालिका से यह देखा जा सकता है कि:

- सभी चार पीएसयू बीमाकर्ताओं ने 2016-17 से 2020-21 तक सभी पांच वर्षों में स्वास्थ्य बीमा पोर्टफोलियो में हानि उठाई।
- एनआईसीएल ने 2016-17 से 2020-21 के दौरान सभी पांच वर्षों में अन्य विभागों में लाभ कमाया, लेकिन 2016-17 और 2018-19 के दौरान, स्वास्थ्य पोर्टफोलियो में निरंतर भारी हानि ने लाभ को मिटा दिया, जिसके परिणामस्वरूप समग्र हानि हुई। शेष तीन वर्षों यानी 2017-18, 2019-20 और 2020-21 में स्वास्थ्य पोर्टफोलियो में हुई हानि से अन्य पोर्टफोलियो के अर्जित लाभ में कमी आई, जिससे समग्र लाभ में कमी हुई।

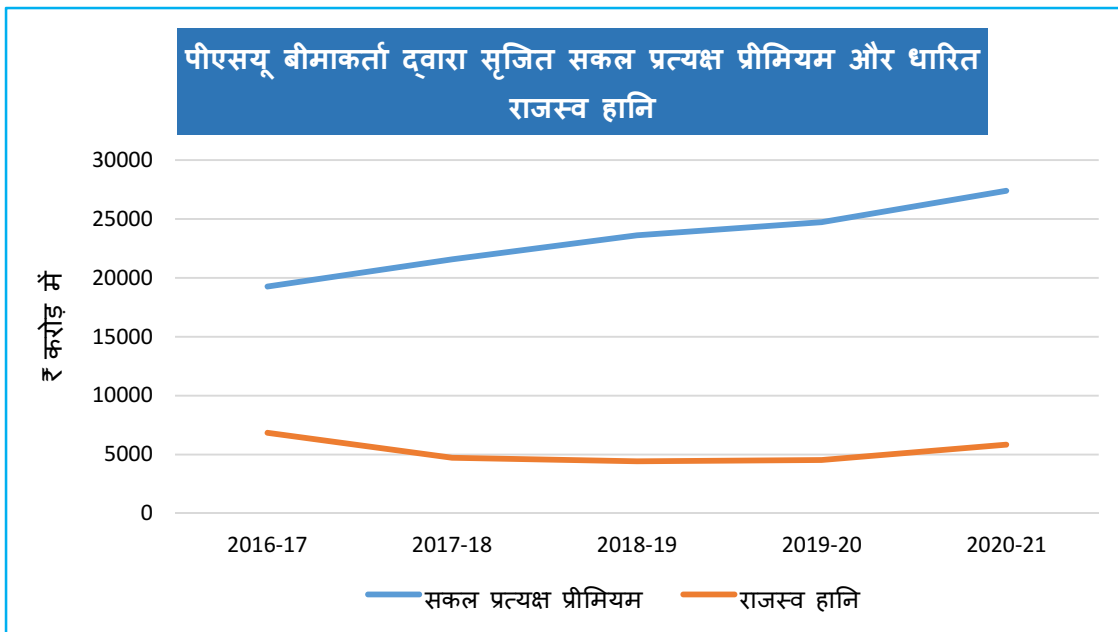
- यूआईआईसीएल में केवल वर्ष 2016-17 और 2017-18 में अन्य पोर्टफोलियों में लाभ हुआ। 2016-17 में, स्वास्थ्य पोर्टफोलियो में निरंतर भारी हानि ने अन्य पोर्टफोलियों के लाभ को मिटा दिया जिसके परिणामस्वरूप समग्र हानि हुई। 2017-18 में स्वास्थ्य पोर्टफोलियों में हुई हानि से दूसरे पोर्टफोलियो के लाभ में कमी आई, जिससे समग्र लाभ में कमी हुई। बाकी तीन वर्ष यानी 2018-19, 2019-20 और 2020-21 में स्वास्थ्य पोर्टफोलियो में हानि अन्य पोर्टफोलियो में होने वाले हानि से अधिक थी, जिससे समग्र हानि में वृद्धि हुई।
- इसी तरह ओआईसीएल में भी वर्ष 2017-18 और 2020-21 में ही अन्य पोर्टफोलियों में लाभ हुआ। 2017-18 में स्वास्थ्य पोर्टफोलियो में हुई हानि ने अन्य पोर्टफोलियो में अर्जित लाभ को कम कर दिया जिससे समग्र लाभ में कमी आई। 2020-21 में, स्वास्थ्य पोर्टफोलियो में निरंतर भारी हानि ने अन्य पोर्टफोलियो के लाभ को मिटा दिया जिसके परिणामस्वरूप समग्र हानि हुई। बाकी तीन वर्ष यानी 2016-17, 2018-19 और 2019-20 में स्वास्थ्य पोर्टफोलियो में हानि अन्य पोर्टफोलियो में होने वाले हानि से अधिक थी, जिससे समग्र हानि में वृद्धि हुई।
- एनआईसीएल में भी केवल वर्ष 2016-17 और 2020-21 में अन्य पोर्टफोलियों में लाभ हुआ। 2016-17 में, स्वास्थ्य पोर्टफोलियो में निरंतर भारी हानि ने अन्य पोर्टफोलियो के लाभ को मिटा दिया जिसके परिणामस्वरूप समग्र हानि हुई। 2020-21 में, स्वास्थ्य पोर्टफोलियो में हानि ने अन्य पोर्टफोलियो में अर्जित लाभ को कम कर दिया जिससे समग्र लाभ में कमी हुई। शेष तीन वर्षों यानी 2017-18, 2018-19 और 2019-20 में स्वास्थ्य पोर्टफोलियो में होने वाले हानि को अन्य पोर्टफोलियो में हानि तक मिला दिया, जिससे समग्र हानि में वृद्धि हुई।

इस प्रकार, पीएसयू बीमाकर्ताओं के स्वास्थ्य बीमा कारोबार ने या तो कारोबार की अन्य क्षेत्रों के लाभ को मिटा दिया/ कम कर दिया है या समग्र हानि में वृद्धि कर दी है।

एनआईसीएल ने उत्तर दिया (जुलाई 2021) कि क्योंकि पूरे देश में स्वास्थ्य जागरूकता बढ़ रही है, इसलिए बीमा उद्योग का स्वास्थ्य पोर्टफोलियो लगातार बढ़ रहा है और कारोबार वृद्धि स्वाभाविक रूप से विपणन रणनीति को प्रभावित करती है। एनआईसीएल ने कहा कि स्वास्थ्य कारोबार हानि दिखा रहा है, लेकिन हानि एक उतार चढ़ाव की प्रवृत्ति है, जबकि समुदाय के सर्वोत्तम हित में सामान्य बीमा व्यापार विकसित करने और ग्राहकों की जरूरतों को सर्वोच्च प्राथमिकता का भुगतान करने के

लिए प्रीमियम लगातार अपने मिशन के कारण बढ़ रहा है। यूआईआईसीएल ने उत्तर दिया (जुलाई 2021) कि वे 2017-18 के बाद से सुधार के क्रम में हैं और सभी रिसाव वाले लेखाओं को एक के बाद एक निकाल दिया गया। ओआईसीएल ने अपने उत्तर (जुलाई 2021) में देखा कि आंकड़े उनकी वार्षिक रिपोर्ट से हैं, इसलिए आगे कोई टिप्पणी की जरूरत नहीं है। एनआईसीएल ने कोई उत्तर प्रस्तुत नहीं किया है।

पीएसयू बीमाकर्ताओं के उत्तर तर्कसंगत नहीं हैं क्योंकि स्वास्थ्य पोर्टफोलियो के कारोबार और एकत्रित प्रीमियम में वृद्धि का निरंतर घाटे को बनाए रखने से कोई औचित्य नहीं है। जैसा कि लाइन ग्राफ में नीचे दर्शाया गया है, हालांकि स्वास्थ्य पोर्टफोलियो में राजस्व हानियां 2016-17 के रूप में आधार वर्ष लेते हुए 2017-18 से 2019-20 के दौरान घट गई, राजस्व हानि 2020-21 में फिर से बढ़ गई है। इसका निवल प्रभाव यह है कि पीएसयू बीमाकर्ताओं को कारोबार में वृद्धि के बावजूद स्वास्थ्य पोर्टफोलियो में लगातार अधिक हानि उठानी पड़ रही है।



एनआईसीएल और ओआईसीएल ने आगे उत्तर दिया (अक्टूबर 2021) कि उनका पूर्ण और केंद्रित ध्यान लाभप्रदता के साथ-साथ विकास पर भी है और उनके निरंतर प्रयासों के माध्यम से वे वांछित परिणाम प्राप्त करने/ हानि में कटौती करने के लिए सुनिश्चित हैं। यूआईआईसीएल और एनआईसीएल ने उत्तर दिया (अक्टूबर 2021/ नवंबर 2021) कि स्वास्थ्य पोर्टफोलियो को टिकाऊ बनाने के लिए कदम/ सुधारात्मक कार्रवाई की जा रही है।

मंत्रालय ने पीएसयू बीमाकर्ताओं के उत्तरों पर सहमति व्यक्त की (अक्टूबर/नवंबर 2021)।

2.2 खुदरा और समूह स्वास्थ्य बीमा के बीच तुलना

समूह स्वास्थ्य बीमा पॉलिसीधारकों को खुदरा पॉलिसीधारकों की तुलना में कवर का व्यापक क्षेत्र बढ़ाया गया था, जैसा कि नीचे दी गई तालिका से देखा जा सकता है।

तालिका 2.2: खुदरा और समूह स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों के बीच कवर के क्षेत्र में अंतर

क्र सं	समूह स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों में कवर का क्षेत्र	खुदरा स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों में कवर का क्षेत्र
1.	पहले से मौजूद बीमारी दिन 1 से कवर किया जाता है	पहले से मौजूद बीमारी 2 या 4 वर्ष बाद कवर किया जाता है
2.	मातृत्व और बांझपन उपचार कवर किया जाता है	मातृत्व और बांझपन उपचार की प्रतिबंधित कवरेज
3.	बीमारी कैपिंग संशोधित/ हटाई गई है	बीमारी कैपिंग लागू है
4.	डे केयर उपचार शामिल होता है	डे केयर उपचार शामिल नहीं किया जाता
5.	अजन्मे बच्चे के लिए व्यय कवर किया जाना	अजन्मे बच्चे को बाहर रखा गया
6.	अधिवासी भर्ती को कवर किया जाता है	अधिवासी को बाहर रखा जाता है
7.	सावधानी से बनाई गई पॉलिसियों के तहत कवर ओपीडी और डेंटल खर्च	ओपीडी और डेंटल खर्च को कवर नहीं किया जाता
8.	उपलब्ध किस्त प्रीमियम सुविधा	किस्त प्रीमियम सुविधा उपलब्ध नहीं है
9.	गैर-चिकित्सा व्ययों की कोई कटौती न करना	गैर-चिकित्सा व्यय को बाहर रखा जाता है
10.	आयुष्य जैसी वैकल्पिक चिकित्सा को कवर नहीं किया जाता	वैकल्पिक चिकित्सा को प्रतिबंधित कवरेज नहीं किया जाता
11.	ट्रॉमा, साइबर नाइफ सर्जरी, मौखिक कीमोथेरेपी कवर नहीं किया जाता	ऐसा कोई कवरेज उपलब्ध नहीं है
12.	तैयार पॉलिसियों के तहत जन्मजात बाहरी विसंगति, मनोरोग और मनोदैहिक विकार, यौन संचारित रोग, आनुवंशिक विकार, लसिक सर्जरी आदि को कवर नहीं किया जाता है	ऐसा कोई कवरेज उपलब्ध नहीं है

लेखापरीक्षा ने वर्ष 2016-17 से 2020-21 के दौरान चार पीएसयू बीमाकर्ताओं (सरकारी योजनाओं को छोड़कर) की खुदरा और समूह स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों के निष्पादन का पता लगाने के लिए कवर किए गए जीवन और भुगतान किए गए दावों की संख्या की प्रीमियम की वृद्धि की तुलना की। लेखापरीक्षा में देखा गया कि 2016-17 से 2020-21 तक पांच वर्ष की अवधि के दौरान एकत्र किए गए सकल प्रीमियम के मामले में चार

पीएसयू बीमाकर्ताओं में खुदरा और समूह स्वास्थ्य बीमा कारोबार में क्रमश 36.41 प्रतिशत और 34.29 प्रतिशत की वृद्धि देखी गई है। हालांकि, एकत्र किए गए प्रीमियम के लिए भुगतान किए गए दावों का औसत प्रतिशत समूह स्वास्थ्य बीमा कारोबार में 107 प्रतिशत था जबकि पांच वर्ष की अवधि के दौरान खुदरा स्वास्थ्य बीमा में यह 86 प्रतिशत था।

दो प्रमुख मापदंडों पर प्रति जीवन प्रीमियम और प्रीमियम के लिए भुगतान किए गए दावों पर खुदरा और समूह पोर्टफोलियो की वर्षवार और पीएसयू वार स्थिति के विश्लेषण को निम्नलिखित तालिका में दिया गया है:

तालिका 2.3: 4 पीएसयू बीमाकर्ताओं में खुदरा और समूह स्वास्थ्य बीमा का निष्पादन

पीएसयू बीमाकर्ता	वर्ष	प्रति जीवन प्रीमियम (₹)			प्रीमियम के लिए दावा भुगतान (प्रतिशत)	
		खुदरा	समूह	खुदरा और समूह के बीच अंतर [#]	खुदरा	समूह
एनआईसीएल	2016-17	3806	3804	2	77	95
	2017-18	4575	3404	1171	72	113
	2018-19	5309	3466	1844	72	99
	2019-20	5919	4031	1887	77	94
	2020-21	5656	4200	1456	76	88
यूआईआईसीएल	2016-17	2769	307*	2462	88	143
	2017-18	2938	1083	1855	83	122
	2018-19	4133	3243	889	99	112
	2019-20	5116	3589	1527	91	106
	2020-21	5449	2942	2507	90	125
ओआईसीएल	2016-17	4768	3345	1423	85	113
	2017-18	4180	4013	168	85	108
	2018-19	4452	4012	441	88	117
	2019-20	4745	4475	270	92	98
	2020-21	3412	3942	-530	99	114
एनआईसीएल	2016-17	3313	2927	387	85	123
	2017-18	4867	2474	2393	98	115
	2018-19	4255	2822	1433	101	131
	2019-20	4578	3696	882	102	112
	2020-21	5789	2958	2831	82	79

(# ऋणात्मक आंकड़ा इंगित करता है कि समूह के प्रति जीवन प्रीमियम खुदरा से अधिक है)

(*समूह और सरकारी योजना के लिए आंकड़ों का विभाजन उपलब्ध नहीं है)

उपरोक्त तालिका से यह देखा जा सकता है कि:

- सभी चार पीएसयू बीमा कंपनियों 2016-17 से 2020-21 (2018-19 और 2019-20 के दौरान एनआईसीएल को छोड़कर) के दौरान खुदरा पोर्टफोलियो के प्रीमियम के लिए भुगतान किए गए दावे को 100 प्रतिशत से कम रखने में सक्षम थीं।
- एनआईसीएल में 2017-18 में समूह पॉलिसियों के प्रीमियम का किया गया दावा भुगतान 100 फीसदी से अधिक था। खुदरा और समूह पॉलिसियों के बीच प्रति जीवन प्रीमियम में अंतर, जोकि 2016-17 में ₹2 था, 2019-20 में ₹1887 तक बढ़ गया था।
- यूआईसीएल में 2016-17 से 2020-21 तक सभी पांच वर्षों में समूह पॉलिसियों के प्रीमियम के लिए दावे भुगतान 100 प्रतिशत से अधिक थे। खुदरा और समूह पॉलिसियों के बीच प्रति जीवन प्रीमियम में अंतर ₹889 से ₹2,507 तक था।
- ओआईसीएल में 2016-17 से 2020-21 तक पांच में से चार साल में समूह पॉलिसियों के प्रीमियम का भुगतान 100 प्रतिशत से अधिक था। खुदरा और समूह पॉलिसियों के बीच प्रति जीवन प्रीमियम में अंतर, चार पीएसयू में से ओआईसीएल में सबसे कम था जो (-₹530 से ₹1,423) के बीच तथा वह वर्ष 2018-19 से 2020-21 तक घटता रहा।
- एनआईसीएल में, 2016-17 से 2020-21 में, पांच में से चार साल में समूह पॉलिसियों में, प्रीमियम के विरुद्ध दावों का भुगतान, 100 फीसदी से अधिक था। खुदरा और समूह पॉलिसियों के बीच प्रति जीवन प्रीमियम में अंतर ₹387 से ₹2,831 तक था।

इसलिए यह स्पष्ट है कि एक तरफ खुदरा पॉलिसी धारकों की तुलना में समूह पॉलिसी धारकों से बीमा कंपनियों द्वारा प्रति जीवन कम प्रीमियम लिया गया था और दूसरी ओर समूह पॉलिसियों में दावों का भुगतान अधिक जाना था, जिसके परिणामस्वरूप स्वास्थ्य बीमा पोर्टफोलियो में समग्र हानि हुई थी।

वित्त मंत्रालय (एमओएफ) ने स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों के जोखिम अंकन के संबंध में अपनाई जाने वाली रणनीति निर्धारित की है (मई 2013) जिसके अनुसार स्टैंडअलोन समूह की पॉलिसियों का संयुक्त अनुपात⁸ 95 प्रतिशत से अधिक नहीं होगा और क्रॉस

⁸ संयुक्त अनुपात-"अर्जित दावा अनुपात जमा प्रबन्धन व्ययजमा एजेन्ट/ दलाल का कमीशन जमा टीपीए शुल्क और अन्य व्ययों का योग"

सब्सिडी वाली समूह पॉलिसियों के लिए संयुक्त अनुपात 100 प्रतिशत से अधिक नहीं होगा। समूह पॉलिसियों को स्टैंडअलोन समूह पॉलिसी और क्रॉस सब्सिडी वाली समूह पॉलिसियों में विभाजित करने को पीएसयू बीमाकर्ताओं द्वारा उपलब्ध नहीं कराया गया था। पीएसयू बीमाकर्ताओं की समूह बीमा पॉलिसियों के संयुक्त अनुपात का वर्षवार विवरण निम्नलिखित तालिका में दिया गया है:

तालिका 2.4: पीएसयू बीमाकर्ताओं की समूह बीमा पॉलिसियों का संयुक्त अनुपात (प्रतिशत)

पीएसयू बीमाकर्ता	2016-17	2017-18	2018-19	2019-20
एनआईसीएल	133.03	131.29	131.84	128.72
यूआईआईसीएल	164.57	141.84	137.16	124.85
ओआईसीएल	158.31	143.39	139.64	128.37
एनआईसीएल	उपलब्ध नहीं कराए गए	160.00	136.00	129.00

उपरोक्त तालिका से यह देखा जा सकता है कि 2016-17 से 2019-20 तक चार वर्षों के दौरान सभी पीएसयू बीमाकर्ताओं के स्वास्थ्य बीमा का संयुक्त अनुपात 100 प्रतिशत से अधिक हो गया जो 2013 में मंत्रालय द्वारा निर्धारित किया गया था, जो यह दर्शाता है कि समूह स्वास्थ्य बीमा क्षेत्र को लाभदायक बनाने के लिए पीएसयू बीमाकर्ताओं द्वारा पर्याप्त उपाय नहीं किए गए थे।

एनआईसीएल और यूआईआईसीएल ने उत्तर में बताया (जनवरी/ फरवरी 2021) कि खुदरा पॉलिसियों के लिए प्रति जीवन प्रीमियम अधिक था क्योंकि आईआरडीएआई कमीशन की उच्च दरों की अनुमति देता है और संबद्ध प्रशासनिक लागत अधिक है। एनआईसीएल ने आगे बताया कि आईआरडीएआई खुदरा पॉलिसियों के लिए तीन वर्ष पूरे होने के बाद दर के संशोधन की अनुमति देता है और इसलिए मूल्य निर्धारण मापदंड समूह पॉलिसियों की तुलना में अलग है जहां हर वर्ष दरों पर कार्य किया जाता है।

स्वास्थ्य बीमा पोर्टफोलियो को लाभप्रदता की ओर ले जाने के संबंध में, एनआईसीएल ने बताया कि वे एक कड़े प्रतिस्पर्धी बाजार में कार्य कर रहे हैं, जहां निजी बीमा कंपनियों ने हमेशा अन्य लाभदायक कारोबार को लुभाने के लिए आकर्षक दरों की पेशकश की है। ओआईसीएल प्रबंधन ने बताया (जनवरी 2021) कि उन्होंने लेखापरीक्षा की सभी चिंताओं और अभ्युक्तियों को विधिवत नोट किया है और आश्वासन दिया है कि लेखापरीक्षा की चिंताओं को दूर करने के लिए सभी आवश्यक प्रयास किए जाएंगे।

एनआईसीएल ने बताया (फरवरी 2021) कि वे घाटे में चल रहे समूह कारोबार को कम करने, पर्याप्त मूल्य निर्धारण, नए कारोबार को प्रतिबंधित करने, मानक समूह मेडिकलेम रेटिंग में संशोधन, समूह कारोबार की मॉनिटरिंग और समूह स्वास्थ्य क्षेत्र में आईसीआर को समाहित करने जैसे विभिन्न उपाय कर रहे हैं।

इसके अलावा, सभी चार पीएसयू बीमाकर्ताओं ने भविष्य के अनुपालन के लिए लेखापरीक्षा अभ्युक्तियों को नोट किया (अक्टूबर/ नवंबर 2021)।

मंत्रालय ने पीएसयू बीमाकर्ताओं के उत्तरों पर सहमति व्यक्त की (अक्टूबर/ नवंबर 2021)।

उत्तर को इस तथ्य के प्रति देखा जाना चाहिए कि जोखिम अंकन का निर्णय कंपनी के पास रहता है और इसे वित्तीय समझदारी के साथ जोखिम अंकन को पूरा करना होता है। यदि पीएसयू बीमाकर्ता अपनी जोखिम अंकन पॉलिसियों/ दिशानिर्देशों के अनुसार प्रीमियम वसूलते तो उनका आईसीआर नियंत्रण में होता और स्वास्थ्य बीमा क्षेत्र के परिणामस्वरूप 2016-17 से 2020-21 तक पांच वित्तीय वर्षों में ₹26,364 करोड़ की संचयी राजस्व हानि नहीं होती। इस पहलू को बाद के अध्याय (पैरा 5.2) में आगे विस्तारित किया गया है।

सिफारिश 1: पीएसयू बीमाकर्ताओं को केंद्रित कार्रवाई के माध्यम से समूह ग्राहकों से होने वाली निरंतर राजस्व हानि को संबोधित करने के लिए समूह बीमा पॉलिसियों के जोखिम अंकन के विषय में एमओएफ दिशानिर्देशों का पालन करने की आवश्यकता है। इस संबंध में एक विशिष्ट रिपोर्ट लेखापरीक्षा समिति, बोर्ड और मंत्रालय को प्रतिवर्ष प्रस्तुत किए जाने की आवश्यकता है।

2.3 एसएएचआई और निजी बीमा कंपनियों के साथ पीएसयू बीमाकर्ताओं का तुलनात्मक निष्पादन

स्वास्थ्य बीमा क्षेत्र में चार पीएसयू बीमाकर्ता, सात स्टैंड-अलोन स्वास्थ्य बीमाकर्ता (एसएएचआई) और 21 निजी बीमाकर्ता हैं। पीएसयू बीमाकर्ता प्रमुख कारोबारी हैं और 2016-17 से 2019-20 के दौरान बाजार हिस्सेदारी के साथ उनके द्वारा एकत्र प्रीमियम को नीचे दर्शाया गया है:

तालिका 2.5: स्वास्थ्य बीमा प्रीमियम और बाजार हिस्सेदारी

बीमाकर्ता	2016-17	2017-18	2018-19	2019-20
	₹ करोड़ में (प्रतिशत हिस्सा)			
पीएसयू बीमाकर्ता	19,227 (63)	21,509 (58)	23,536 (52)	24,632 (49)
निजी बीमाकर्ता	5,632 (19)	7,689 (21)	10,655 (24)	12,391 (24)
एसएएचआई	5,532 (18)	7,831 (21)	10,681 (24)	13,735 (27)
कुल	30,391 (100)	37,029 (100)	44,872 (100)	50,758 (100)

स्रोत: आईआरडीएआई वार्षिक रिपोर्ट

उपरोक्त से यह देखा जा सकता है कि यद्यपि पीएसयू बीमाकर्ताओं का बाजार हिस्सा 2016-17 में 63 प्रतिशत से लगातार घटकर 2019-20 में 49 प्रतिशत हो गया है, लेकिन निजी और एसएएचआई की बाजार हिस्सेदारी क्रमशः 19 प्रतिशत से बढ़कर 24 प्रतिशत और 18 प्रतिशत से 27 प्रतिशत हो गई है।

इसके अलावा, पीएसयू बीमाकर्ताओं का निवल व्यय दावा⁹ अनुपात सभी चार वित्तीय वर्षों में 100 प्रतिशत से अधिक रहा, जबकि निजी बीमाकर्ताओं और एसएएचआई का 56.47 प्रतिशत और 82.18 प्रतिशत के बीच था, जैसा कि नीचे दर्शाया गया है, जो पीएसयू बीमाकर्ताओं द्वारा कम निष्पादन का संकेत देता है।

तालिका 2.6: पीएसयू बीमाकर्ताओं, निजी बीमाकर्ताओं और एसएएचआई के निवल व्यय किए गए दावों का अनुपात

वित्तीय वर्ष	बीमाकर्ता	निवल अर्जित प्रीमियम ¹⁰ (₹ करोड़ में)	निवल व्ययित दावे	निवल आईसीआर (प्रतिशत)
2016-17	पीएसयू	17,836.19	21,430.17	120.15
	निजी	5,762.14	4,304.40	74.70
	एसएएचआई	4,236.30	2,392.04	56.47
	कुल	27,834.63	28,126.61	101.05
2017-18	पीएसयू	18,915.13	20,779.41	109.86
	निजी	7,101.62	5,064.67	71.32
	एसएएचआई	5,677.59	3,382.67	59.58
	कुल	31,694.34	29,226.75	92.21
2018-19	पीएसयू	20,053.58	21,481.80	107.12
	निजी	9,812.99	7,443.82	75.86
	एसएएचआई	7,828.06	4,750.43	60.68
	कुल	37,694.63	33,676.05	89.34

⁹ निवल व्यय दावा = सकल दावा में से घटाकर निवल पुनर्बीमा दावा

¹⁰ निवल अर्जित प्रीमियम = सकल प्रीमियम में से घटाकर निवल पुनर्बीमा प्रीमियम

वित्तीय वर्ष	बीमाकर्ता	निवल अर्जित प्रीमियम ¹⁰ (₹ करोड़ में)	निवल व्ययित दावे	निवल आईसीआर (प्रतिशत)
2019-20	पीएसयू	20,247.85	20,559.99	101.54
	निजी	8,814.94	7,244.95	82.18
	एसएचआई	9,451.97	6,252.98	66.15
	कुल	38,514.76	34,057.92	88.43
<i>स्रोत: आईआरडीआई वार्षिक रिपोर्ट</i>				

एनआईसीएल ने उत्तर दिया (जनवरी 2021) कि आईसीआर में वृद्धि और कमी के मामले में अन्य तीन पीएसयू बीमाकर्ताओं की तुलना में उनका निष्पादन बेहतर रहा। एनआईसीएल ने आगे कहा कि एसएचआई सामाजिक और सरकारी योजनाओं को पूरा नहीं करता है और उनके लेखाओं में वरिष्ठ नागरिकों का प्रतिशत नगण्य है, जबकि पीएसयू बीमाकर्ताओं को बिना किसी भेदभाव के समाज के सभी क्षेत्रों और वर्गों को शामिल करना होगा। यूआईआईसीएल ने उत्तर दिया (जुलाई 2021) कि पीएसयू बीमाकर्ता ने नियम पुस्तक नियंत्रण और समीक्षा प्रक्रियाओं के साथ विकेन्द्रीकृत जोखिम अंकन को अपनाया है जबकि निजी क्षेत्र ने केंद्रीकृत जोखिम अंकन को अपनाया है और आर्टिफिशियल इंटेलिजेंस आधारित जोखिम अंकन टूल्स, टेली-कॉलिंग आदि जैसी पूर्ण नियंत्रण प्रक्रियाओं को भी अपनाया गया है। यूआईआईसीएल ने आगे बताया कि पीएसयू बीमाकर्ताओं ने दावों के नियंत्रण और लेखापरीक्षा के पारंपरिक पद्धतियों का प्रयोग किया जबकि निजी बीमाकर्ता/ एसएचआई उन इन-हाउस दावों की प्रोसेसिंग टीमों और प्रक्रियाओं में बहुतायत से निवेश करते हैं जो बेहतर दावा नियंत्रण प्रदान करते हैं। ओआईसीएल ने लेखापरीक्षा अभ्युक्तियों को नोट किया (अक्टूबर 2021) और बताया कि सख्त मूल्य नियंत्रण, नियमित समीक्षा, आवश्यक उत्पाद संशोधन और दावा नियंत्रण के साथ स्वास्थ्य बीमा के समग्र निष्पादन में सुधार होगा। एनआईसीएल ने लेखापरीक्षा अभ्युक्तियों को नोट किया (नवंबर 2021)।

मंत्रालय ने तीन पीएसयू बीमाकर्ताओं के उत्तरों पर सहमति व्यक्त की (अक्टूबर/नवंबर 2021)।

एनआईसीएल के उत्तर को इस तथ्य के प्रति देखा जाना चाहिए कि सरकारी स्वास्थ्य बीमा कारोबार को छोड़कर, आईसीआर 99 प्रतिशत से लेकर 102 प्रतिशत तक था जबकि सरकारी योजनाओं को शामिल करने के बाद 2016-17 से 2019-20 के दौरान, आईसीआर 99 प्रतिशत से लेकर 105 प्रतिशत तक था। इसके अलावा, एनआईसीएल

के कुल स्वास्थ्य बीमा क्षेत्र की तुलना में सरकारी स्वास्थ्य बीमा योजनाओं का हिस्सा 2016-17 में 14.87 प्रतिशत था, जो निरंतर गिरावट की प्रवृत्ति पर था और 2019-20 में केवल 3.05 प्रतिशत पर था। मात्रा की दृष्टि से भी, सरकारी स्वास्थ्य बीमा योजनाओं से प्रीमियम 2016-17 में ₹846.26 करोड़ से घटकर 2019-20 के दौरान ₹243.51 करोड़ हो गया। इसलिए, स्वास्थ्य बीमा क्षेत्र की समग्र लाभप्रदता पर सरकारी कार्यकाज का प्रभाव न्यूनतम था। वरिष्ठ नागरिकों को दिए गए कवरेज के संबंध में, यह पाया गया था कि एनआईसीएल के पास वरिष्ठ नागरिकों के लिए केवल दो विशिष्ट व्यक्तिगत उत्पाद थे और 2018-19 में ₹6,663 करोड़ के स्वास्थ्य बीमा के तहत कुल दावों में से इन दो पॉलिसियों के तहत व्यय किए जाने वाले दावे केवल ₹26 करोड़ के थे। यूआईआईसीएल के उत्तर को इस तथ्य के प्रति देखा जाना चाहिए कि बाजार आधारित अर्थव्यवस्था में प्रतिस्पर्धात्मकता एक आवश्यक कारक है और इसलिए पीएसयू कंपनियों द्वारा भी नियंत्रण उपायों और अनुकूल जोखिम अंकन प्रथाओं को अपनाए जाने की आवश्यकता है।

2.4 सारांश

स्वास्थ्य बीमा क्षेत्र में पीएसयू बीमाकर्ताओं का निष्पादन लाभदायक नहीं था और वे वर्ष दर वर्ष निरंतर राजस्व घाटे को बनाए रख रहे थे जिससे उनके समग्र परिचालन लाभों पर प्रतिकूल प्रभाव पड़ा। यह हानि समूह स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों के कारण हुई थी जहां एक तरफ खुदरा पॉलिसी धारकों की तुलना में बीमा कंपनियों द्वारा प्रति जीवन कम प्रीमियम प्रभावित किया गया और दूसरी ओर दावों के प्रति अधिक भुगतान करना पड़ा। समूह स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों के लिए पीएसयू बीमाकर्ताओं का संयुक्त अनुपात 124.85 प्रतिशत से लेकर 164.57 प्रतिशत तक था, हालांकि, स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों के जोखिम अंकन के लिए वित्त मंत्रालय द्वारा रणनीति निर्धारित की गई थी जो यह निर्धारित करती है कि संयुक्त अनुपात 100 प्रतिशत से अधिक नहीं होगा। स्वास्थ्य क्षेत्र में पीएसयू बीमाकर्ताओं का तुलनात्मक निष्पादन निजी और एसएचआई बीमाकर्ताओं की तुलना में अपर्याप्त था।

अध्याय 3: टीपीए का मनोनयन और नेटवर्क प्रदाताओं का नामांकन

स्वास्थ्य बीमा कारोबार में, टीपीए को बेहतर निपुणता, प्रदाता इंटरफेस में विशेषज्ञता, दावों के चिकित्सा अधिनिर्णयन और तकनीकी रूप से दी जाने वाली ग्राहक सेवाओं को प्राप्त करने हेतु बीमा कंपनियों द्वारा नियुक्त किया जाता है।

3.1 टीपीए प्रबंधन पॉलिसी का निर्माण और कार्यान्वयन

यह विचार करते हुए कि टीपीए बाहरी विशेषज्ञता वाले सत्व हैं जो प्रमुख कार्यों को करते हैं एनआईसीएल ने टीपीए प्रबंधन पालिसी को तैयार किया और टीपीए के मनोनयन, सेवा क्षेत्र का आवंटन, सेवा प्रभारों की दर, सेवा का दायरा, निष्पादन की मॉनिटरिंग और सेवा स्तर करार (एसएलए) के साथ अनुपालन आदि जैसे मामलों का समाधान किया। ओआईसीएल ने स्वास्थ्य जोखिम अंकन और टीपीए प्रबंधन पॉलिसी के रूप में अपनी स्वास्थ्य जोखिम अंकन नीति, 2015 को संशोधित किया (मई 2019)।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि यूआईआईसीएल और एनआईसीएल ने 2016-17 से 2018-19 के दौरान टीपीए प्रबंधन पॉलिसी को तैयार और कार्यान्वित नहीं किया।

यूआईआईसीएल ने उत्तर दिया (जुलाई/ अक्टूबर 2021) कि उसने तब एक टीपीए प्रबंधन पॉलिसी को तैयार किया है जिसे निदेशक मंडल द्वारा अनुमोदित किया गया था (मार्च 2021)। एनआईसीएल ने उत्तर दिया (फरवरी 2021/ नवम्बर 2021) कि एक टीपीए प्रबंधन पॉलिसी के दस्तावेजीकरण की प्रक्रिया में हैं और उसके लिए बोर्ड का अनुमोदन प्राप्त कर रहे हैं। यूआईआईसीएल और एनआईसीएल के उत्तरों से मंत्रालय सहमत है।

3.2 टीपीए का मनोनयन और कारोबार का आवंटन

आईआरडीआई के पास पंजीकृत टीपीए की संख्या वर्ष 2016-17 से 2019-20 के दौरान क्रमशः 27, 27, 25 और 24 थी। पीएसयू बीमाकर्ताओं ने खुदरा पॉलिसीधारकों की सेवा के लिए आईआरडीआई के पास पंजीकृत टीपीए को मनोनीत किया। समूह स्वास्थ्य बीमा कारोबार के लिए कॉरपोरेट ग्राहकों द्वारा दर्शायी गई परस्पर सहमति के आधार पर पीएसयू बीमाकर्ताओं द्वारा आईआरडीआई के पास पंजीकृत टीपीए का चयन किया गया था। यूआईआईसीएल ने टीपीए का मनोनयन नहीं किया और आईआरडीआई के पास पंजीकृत टीपीए को कार्यरत किया जबकि एनआईसीएल ने

पहले किए गए मनोनयन (लेखापरीक्षा अवधि से पहले) के साथ टीपीए, ओआईसीएल और एनआईसीएल के मनोनयन के लिए निविदा प्रक्रिया का पालन किया।

चार पीएसयू बीमाकर्ताओं द्वारा 2016-17 से 2019-20 के दौरान मनोनीत और गैर मनोनीत टीपीए को कारोबार आवंटन के विवरण को निम्न तालिका में दिया गया है:

तालिका 3.1: मनोनीत और गैर-मनोनीत टीपीए को आवंटित कारोबार

(₹ करोड़ में प्रीमियम)

पीएसयू बीमाकर्ता	2016-17			2017-18			2018-19			2019-20		
	मनोनीत (टीपीए की संख्या)	गैर-मनोनीत (टीपीए की संख्या)	कुल (टीपीए की संख्या)	मनोनीत (टीपीए की संख्या)	गैर-मनोनीत (टीपीए की संख्या)	कुल (टीपीए की संख्या)	मनोनीत (टीपीए की संख्या)	गैर-मनोनीत (टीपीए की संख्या)	कुल (टीपीए की संख्या)	मनोनीत (टीपीए की संख्या)	गैर-मनोनीत (टीपीए की संख्या)	कुल (टीपीए की संख्या)
एनआईसीएल	4129 (11)	720 (6)	4849 (17)	5072 (11)	611 (6)	5683 (17)	5776 (10)	689 (5)	6465 (15)	8005 (13)	328 (3)	8333 (16)
यूआईआईसीएल *	3964 (23)	(0)	3964 (23)	4326 (23)	(0)	4326 (23)	4317 (21)	(0)	4317 (21)	5121 (20)	(0)	5121 (20)
ओआईसीएल	2429 (12)	364 (7)	2793 (19)	2655 (12)	429 (9)	3084 (21)	3202 (14)	278 (8)	3480 (22)	3867 (17)	70 (4)	3937 (21)
एनआईसीएल **	2882 (14)	(0)	2882 (14)	3254 (14)	(0)	3254 (14)	3724 (14)	NA (0)	3724 (14)	3911 (14)	(0)	3911 (14)

स्रोत: पीएसयू बीमाकर्ताओं द्वारा प्रदान किया गया डेटा

* यूआईआईसीएल के संबंध में टीपीए का मनोनयन अलग से नहीं किया गया और सभी आईआरडीएआई पंजीकृत टीपीए को मनोनीत माना गया। इसलिए मनोनीत टीपीए के तहत आवंटन दिखाया गया है।

** एनआईसीएल के संबंध में 2016-17 और 2017-18 में कुल 25 टीपीए, 2018-19 और 2019-20 में 23 टीपीए हैं हालांकि टीपीए को आवंटित कारोबार के आंकड़े केवल 14 टीपीए के लिए प्रस्तुत किए गए थे और इसे ऊपर की तालिका में शामिल किया गया है।

उपरोक्त तालिका से यह देखा जा सकता है कि केवल एनआईसीएल ने ही गैर-मनोनीत टीपीए को कारोबार आवंटित नहीं किया है। एनआईसीएल और ओआईसीएल ने गैर-मनोनीत टीपीए को नौ प्रतिशत कारोबार का आवंटन किया है जबकि यूआईआईसीएल ने मनोनयन नहीं किया है। एनआईसीएल के मामले में, यह उनकी टीपीए प्रबंधन पॉलिसी के अनुसार नहीं था जिसके अनुसार केवल कुछ विशेष मामलों में गैर मनोनीत टीपीए को कारोबार का आवंटन किया जा सकता है। इसके अलावा, अन्य बीमाकर्ताओं से संबंधित टीपीए द्वारा पहले से ही प्रतिबद्ध जीवन के संदर्भ में क्षमता उपयोगिता और टीपीए की अप्रयुक्त क्षमता का, कारोबार का आवंटन करते समय एनआईसीएल द्वारा मापदंडों के रूप में विचार नहीं किया गया था। एनआईसीएल की टीपीए प्रबंधन पॉलिसी के अनुसार भी मनोनयन की वैधता तीन वर्ष थी जिसे सीएमडी द्वारा दो वर्षों तक बढ़ाया जा सकता था। हालांकि, एनआईसीएल, समय-समय पर वार्षिक विस्तार (सीएमडी द्वारा एक बार और बोर्ड द्वारा सात बार) के साथ 10 वर्षों से अधिक उसी मनोनयन के साथ जारी रहा।

लेखापरीक्षा ने आगे पीएसयू बीमाकर्ताओं द्वारा व्यापार के टीपीए-वार आवंटन (वार्षिक प्रीमियम) और टीपीए-वार आईसीआर (अनुलग्नक 2) का विश्लेषण किया और पाया कि:

- (i) सभी चार पीएसयू बीमाकर्ताओं ने एक टीपीए को व्यापार का बड़ा हिस्सा (एनआईसीएल- 35 से 44 प्रतिशत; यूआईआईसीएल- 17 से 23 प्रतिशत; ओआईसीएल- 15 से 21 प्रतिशत और एनआईसीएल -17 से 20 प्रतिशत) आवंटित किया है जो इंगित करता है कि आवंटन न्याय संगत नहीं था, जैसे मेडीअसिस्ट इंडिया टीपीए प्रा. लिमिटेड। ओआईसीएल की स्वास्थ्य बीमा जोखिम अंकन और टीपीए प्रबंधन नीति में कहा गया है कि व्यवसाय का आवंटन न्याय संगत तरीके से किया जाना है। हालांकि टीपीए यानी मेडीअसिस्ट द्वारा सेवित दावों का आईसीआर किसी वर्ष (वर्षों) में 100 प्रतिशत से अधिक था, पीएसयू बीमाकर्ताओं ने या तो व्यवसाय की मात्रा में वृद्धि की या इसे उसी स्तर पर बनाए रखा¹¹।
- (ii) एनआईसीएल में, समान कारोबार लगभग 2.5 प्रतिशत, 2016-17 से 2018-19 तक तीन साल के लिए एक टीपीए (पैरामाउंट हेल्थ सर्विसेज एंड इंश्योरेंस टीपीए प्राइवेट लिमिटेड) को आवंटित किया गया था और आईसीआर सभी तीन वर्षों में 100 प्रतिशत से ऊपर रहा। यूआईआईसीएल ने 2016-17 से 2019-20 तक चार में से तीन वर्षों में टीपीए को 5 से 9 प्रतिशत व्यवसाय आवंटित किया और आईसीआर 100 प्रतिशत से ऊपर रहा। ओआईसीएल ने 6 से 7 प्रतिशत कारोबार टीपीए को आवंटित किया और आईसीआर दो साल यानी 2017-18 और 2018-19 के लिए 100 प्रतिशत से ऊपर था। एनआईसीएल ने 2017-18 से 2019-20 के दौरान व्यापार का 5 से 7 प्रतिशत टीपीए को आवंटित किया और आईसीआर तीनों वर्षों में 100 प्रतिशत से ऊपर था।

¹¹ एनआईसीएल- टीपीए द्वारा सेवित दावों का आईसीआर 2016-17 में 112 प्रतिशत था और आवंटन 35 प्रतिशत से बढ़ाकर 39 प्रतिशत कर दिया गया था; यूआईआईसीएल-टीपीए द्वारा सेवित दावों का आईसीआर 2016-17 में 109 प्रतिशत था और आवंटन 17 प्रतिशत के समान स्तर पर बनाए रखा गया था; ओआईसीएल- टीपीए द्वारा सेवित दावों का आईसीआर 2017-18 में 124 प्रतिशत था और व्यवसाय आवंटन 14 प्रतिशत से बढ़ाकर 19 प्रतिशत और आईसीआर 2018-19 में भी 100 प्रतिशत से ऊपर रहा; एनआईसीएल-टीपीए का आईसीआर 2017-18 में 108 प्रतिशत और 2018-19 में 146 प्रतिशत था। आवंटन को 17 प्रतिशत से बढ़ाकर 20 प्रतिशत किया गया और 2019-20 के दौरान भी आईसीआर 110 प्रतिशत के उच्च स्तर पर बना रहा।

- (iii) यूआईआईसीएल में, हालांकि 2016-17 में एक टीपीए (गुड हेल्थ प्लान लिमिटेड) द्वारा किए गए दावों का आईसीआर 126 प्रतिशत था, व्यापार की समान मात्रा (लगभग 3 से 4 प्रतिशत) जारी रही और आईसीआर 100 प्रति वर्ष से ऊपर रहा जो बाद के तीन वर्षों में भी प्रतिशत में भी जारी रहा। इसके अलावा, यूआईआईसीएल ने 2016-17 से 2019-20 के दौरान अन्य टीपीए (मेडसेव हेल्थ इंश्योरेंस टीपीए लिमिटेड) को लगभग 4 प्रतिशत व्यवसाय आवंटित किया और आईसीआर चार में से तीन वर्षों (2016-17, 2018-19 और 2019-20) में 100 प्रतिशत से ऊपर रहा।
- (iv) 2017-18 से 2019-20 की अवधि के दौरान एनआईसीएल ने नौ टीपीए¹² को व्यवसाय आवंटित करना जारी रखा और सभी नौ टीपीए का आईसीआर सभी तीन वर्षों में 100 प्रतिशत से ऊपर रहा।
- (v) सभी चार पीएसयू बीमाकर्ताओं (अनुलग्नक 2) में अन्य टीपीए के मामले में भी 100 प्रतिशत से अधिक के उच्च आईसीआर के बावजूद व्यापार की मात्रा में वृद्धि या समान स्तर पर बनाए रखने के उदाहरण देखे गए थे (अनुलग्नक 2)।

उपरोक्त उदाहरणों से संकेत मिलता है कि पीएसयू बीमाकर्ता टीपीए को व्यवसाय आवंटित करते समय, विशेष रूप से आईसीआर के पिछले दावे के अनुभव को उचित महत्व नहीं दे रहे थे। एनआईसीएल के मामले में, आईसीआर टीपीए के निष्पादन के मूल्यांकन में एक कारक था, लेकिन भारिता केवल 6 से 8.5 प्रतिशत थी¹³। ओआईसीएल ने टीपीए को सूचीबद्ध करने के लिए मूल्यांकन मापदंड के रूप में आईसीआर के लिए 45 प्रतिशत का अधिभार निर्धारित किया, फिर भी उच्च आईसीआर¹⁴ वाले टीपीए को फिर से नियुक्त किया। लेखापरीक्षा ने देखा कि टीपीए-वार

¹² अलंकित हेल्थ केयर टीपीए लिमिटेड (0.1 से 0.7 फीसदी), अनमोल मेडिकेयर इंश्योरेंस टीपीए लिमिटेड (0.1 से 1 फीसदी), एमडी इंडिया हेल्थ केयर सर्विसेस (प्राइवेट) लिमिटेड (8 से 12 फीसदी, हेल्थ इंडिया टीपीए सर्विसेज प्राइवेट लिमिटेड) (0.9 से 1.6 फीसदी), मेड सेव हेल्थ केयर (2.4 से 4.1 फीसदी), पार्क मेडिकलेम टीपीए प्राइवेट लिमिटेड (3.7 से 5.1 प्रतिशत), रक्षा टीपीए प्राइवेट लिमिटेड (0.8 से 1.8 प्रतिशत), यूनाइटेड हेल्थ केयर पारेख टीपीए प्राइवेट लिमिटेड (2.4 से 2.8 प्रतिशत) और विडाल हेल्थ टीपीए प्राइवेट लिमिटेड (2.4 से 6.5 प्रतिशत)

¹³ अन्य कारक और वेटेज हैं: (i) दावों के लिए टीएटी - 25 से 39 प्रतिशत, (ii) शिकायत निवारण - 10 से 16 प्रतिशत, (iii) बुनियादी ढांचा - 15 प्रतिशत, (iv) प्रति दावा लागत - 6 से 9 प्रतिशत, (v) लागत में कमी - 6 से 9 प्रतिशत, (vi) नकदी रहित - 6 से 9 प्रतिशत, (vii) प्रक्रिया लागत - 6 से 9 प्रतिशत और (viii) आईडी कार्ड के लिए टीएटी - 5 से 8 प्रतिशत।

¹⁴ विडाल हेल्थ टीपीए प्राइवेट लिमिटेड, रक्षा टीपीए प्राइवेट लिमिटेड, एमडी इंडिया हेल्थ इंश्योरेंस टीपीए प्राइवेट लिमिटेड, पैरामाउंट हेल्थ सर्विसेज एंड इंश्योरेंस टीपीए प्राइवेट लिमिटेड और गुड हेल्थ इंश्योरेंस टीपीए लिमिटेड।

उच्च आईसीआर ने पीएसयू बीमाकर्ताओं के स्वास्थ्य पोर्टफोलियो के समग्र आईसीआर को प्रेरित किया है जिससे स्वास्थ्य बीमा व्यवसाय में उच्च नुकसान हुआ है।

एनआईएसीएल ने बताया (जनवरी 2021) कि यद्यपि उन्होंने एक स्तर प्लेइंग क्षेत्र को शुरू करने का प्रयास किया, समूह/ कॉर्पोरेट पॉलिसियों के लिए टीपीए का विकल्प, कॉर्पोरेट के विकल्प के रूप में प्रचलन में बना रहा। एग्जिट कॉन्फ्रेंस (10 फरवरी 2021) में एनआईएसीएल, टीपीए द्वारा अन्य बीमाकर्ताओं को पहले से ही प्रतिबद्ध जीवन के संदर्भ में क्षमता उपयोगिता के मापदंडों को शामिल करने के लिए सहमत हुआ और टीपीए को कारोबार का आवंटन करते समय टीपीए की अप्रयुक्त क्षमता का उपयोग किया। एनआईएसीएल ने आगे कहा (अक्टूबर 2021) कि बोर्ड द्वारा अनुमोदित संशोधित टीपीए प्रबंधन पॉलिसी 2021 में अतिरिक्त उचित मापदंडों को शामिल किया गया है। ओआईसीएल ने लेखापरीक्षा अभ्युक्तियों को नोट किया (अक्टूबर/ नवम्बर 2021) और यह आश्वासन दिया कि टीपीए को कारोबार के आवंटन को कारगर बनाने हेतु उचित कदम उठाए जाएंगे।

गैर-मनोनीत टीपीए को कारोबार के आवंटन के संबंध में एनआईएसीएल के मत को इस तथ्य के संबंध में देखे जाने की आवश्यकता है कि यह पॉलिसी के अनुरूप नहीं था।

3.3 बीमा कंपनियों द्वारा टीपीए के निष्पादन की समीक्षा

3.3.1 टीपीए प्रबंधन पॉलिसी को एनआईएसीएल द्वारा तैयार किया गया है जिसमें टीपीए के निष्पादन की समीक्षा से संबंधित निम्नलिखित प्रावधान शामिल हैं।

- क्षेत्रीय प्रबंधक/ क्षेत्रीय कार्यालयों (आरओ) में स्वास्थ्य प्रबंधक को टीपीए के निष्पादन को मॉनिटर करना चाहिए और प्रत्येक तिमाही मुख्यालय को प्रति पुष्टि प्रदान करनी चाहिए।
- टीपीए से नियमित आधार पर एमआईएस रिपोर्ट की प्राप्ति।
- निष्पादन मानदंडों जैसे टर्न अराउंड टाइम और ग्राहक शिकायतें आदि, को मॉनिटर किया जाए।

इस संबंध में, लेखापरीक्षा ने पाया कि एनआईएसीएल में उपरोक्त स्तर की मॉनिटरिंग जुलाई 2016 के एक अवसर को छोड़कर, नियमित तौर पर नहीं की जा रही थी, जब टीपीए मूल्यांकन प्रक्रिया को कॉर्पोरेट स्तर पर किया गया था।

3.3.2 एनआईसीएल के मामले में, प्रबंधन ने नोट किया कि यद्यपि टीपीए द्वारा बड़ी प्रवाह राशि को नियंत्रित किया गया था, उनके निष्पादन की समीक्षा प्रक्रिया को अनियमित अवधि पर किया जा रहा था और सभी क्षेत्रीय अध्यक्षों को निर्देश जारी किए गए थे (सितम्बर 2016) कि वे बिना देरी के प्रत्येक माह की समाप्ति के 10 दिनों के अंदर प्रत्येक टीपीए के साथ मासिक संरचना बैठक आयोजित करेंगे।

इस संबंध में, लेखापरीक्षा ने सितम्बर 2016 से मार्च 2019 की अवधि के दौरान आठ आरओ (33 आरओ में से) की नमूना जांच के दौरान पाया कि केवल दो क्षेत्रीय कार्यालयों ने मासिक संरचनात्मक बैठक (30 मासिक संरचनात्मक बैठक) की अपेक्षित संख्या को पूर्ण किया था जबकि पांच क्षेत्रीय कार्यालयों ने 1 से 17 मासिक संरचनात्मक बैठकों का आयोजन किया। एक क्षेत्रीय कार्यालय (मुम्बई आरओ-II) ने किसी भी मासिक संरचनात्मक बैठक का आयोजन नहीं किया था।

3.3.3 यूआईआईसीएल और ओआईसीएल ने टीपीए के निष्पादन की समीक्षा नहीं की थी।

इस प्रकार, चार पीएसयू बीमाकर्ताओं में टीपीए के मूल्यांकन और मॉनिटरिंग के लिए एक कुशल और प्रभावी प्रणाली मौजूद नहीं थी।

एनआईसीएल ने बताया (जनवरी 2021) कि टीपीए के निष्पादन के विवरणों को टीपीए के मूल्यांकन के दौरान एकत्रित किया गया था लेकिन नियमित आधार पर नहीं और भविष्य में नियमित मॉनिटरिंग करने के लिए एक व्यवस्थित प्रक्रिया लाने के लिए सहमति दी। एनआईसीएल ने आगे उत्तर दिया (अक्टूबर 2021) कि बोर्ड ने एक संशोधित टीपीए प्रबंधन पॉलिसी 2021 अनुमोदित की है जिसमें उन्होंने टीपीए के निष्पादन के निर्धारण के लिए अतिरिक्त उचित रैंकिंग वाले मापदंडों को शामिल किया है। यूआईआईसीएल ने टीपीए प्रबंधन नीति के अनुरूप टीपीए के निर्धारण के लिए अच्छी प्रक्रियाएं और उचित रैंकिंग वाले मापदंडों को अपनाने का आश्वासन दिया (अक्टूबर 2021)। ओआईसीएल ने उत्तर दिया (अक्टूबर 2021) कि उसने लेखापरीक्षा अभ्युक्तियों को नोट कर लिया है। एनआईसीएल ने कहा (फरवरी/ नवम्बर 2021) कि टीपीए के निष्पादन की क्षेत्रीय कार्यालय स्तर पर आयोजित मासिक संरचनात्मक बैठकों के माध्यम से समीक्षा की गई थी। मंत्रालय ने पीएसयू बीमाकर्ताओं के उत्तर का समर्थन किया (अक्टूबर/ नवम्बर 2021)।

उत्तरों को इस तथ्य के प्रति देखा जाना चाहिए कि टीपीए का निष्पादन वर्ष दर वर्ष भिन्न हो सकता है जिसका उन्हें आवण्टित किए गए कारोबार पर प्रभाव पड़ता है। टीपीए के आवधिक मूल्यांकन के अभाव में मॉनिटरिंग की प्रभाविकता कम हो गई है।

सिफारिश 2: पीएसयू बीमाकर्ता उचित टीपीए प्रबंधन पॉलिसी तैयार कर सकते हैं, कारोबार के पारदर्शी आवंटन को सुनिश्चित कर सकते हैं और टीपीए के निष्पादन का आवधिक मूल्यांकन और मॉनिटरिंग करा सकते हैं।

3.4 पीएसयू बीमाकर्ताओं द्वारा गठित टीपीए

स्वास्थ्य बीमा टीपीए ऑफ इंडिया लिमिटेड (एचआईटीपीए) चार पीएसयू बीमाकर्ताओं का संयुक्त उद्यम है और जिसे 14 अगस्त 2013 को निगमित किया गया था और जो आईआरडीएआई (जून 2014) के साथ पंजीकृत था। 31 मार्च 2021 को एचआईटीपीए की भुगतान की गई पूंजी ₹120 करोड़ थी, जिसमें चार पीएसयू बीमाकर्ताओं में से प्रत्येक ने ₹28.50 करोड़ का योगदान दिया (₹6 करोड़ की बकाया शेयरधारिता जनरल इंश्योरेंस कॉरपोरेशन ऑफ इंडिया लिमिटेड द्वारा रखी गई थी)। एचआईटीपीए केवल चार प्रमोटर पीएसयू बीमाकर्ताओं के लिए टीपीए सेवाएं प्रदान करता है और इसलिए अपने विकास के लिए पीएसयू बीमा कर्ताओं पर पूरी तरह से निर्भर है। एचआईटीपीए के निष्पादन मापदंड शीर्ष रैंकिंग टीपीए¹⁵ के लिए तुलनीय था।

इस संबंध में, लेखापरीक्षा ने पाया कि:

- एचआईटीपीए, जो पर्याप्त क्षमता और तुलनीय निष्पादन संकेतक होने के बावजूद सार्वजनिक क्षेत्र का टीपीए है, का पीएसयू बीमाकर्ताओं द्वारा कम उपयोग किया गया था। मानव जीवन को सेवा प्रदान करने के संदर्भ में एचआईटीपीए की क्षमता और क्षमता उपयोग निम्न प्रकार हैं।

¹⁵ एचआईटीपीए के मामले में नगदी रहित अनुमोदन के लिए औसत टर्न अराउंड टाइम (टीएटी) 60 मिनट था जबकि अन्य शीर्ष रैंकिंग टीपीए के लिए, औसत टीएटी 65 मिनट से 197 मिनट तक था। एचआईटीपीए द्वारा सेवा प्रदान किए गए दावों के प्रीमियम अनुपात/ आईसीआर का दावा 34 से 113 तक था जबकि अन्य शीर्ष रैंकिंग टीपीए का आईसीआर 95 से 114 तक था।

तालिका 3.2: एचआईटीपीए की क्षमता और उपयोग

वर्ष	मानव जीवन को सेवा प्रदान करने के संदर्भ में एचआईटीपीए की क्षमता	4 पीएसयू बीमाकर्ताओं के लिए एचआईटीपीए द्वारा सेवा प्रदान किए गए मानव जीवन की संख्या	एचआईटीपीए की क्षमता का प्रतिशतता उपयोग
2016-17	6731000	309083	4.59
2017-18	21806000	1164274	5.34
2018-19	48968000	1916774	3.91
2019-20	69975000	2572647	3.68

स्रोत: एचआईटीपीए

- मार्च 2020 को समाप्त चार वित्तीय वर्षों के दौरान चार प्रोमोटर पीएसयू बीमाकर्ताओं द्वारा एचआईटीपीए को कारोबार का आवंटन न्यूनतम था, जैसा कि निम्न तालिका से देखा जा सकता है:

तालिका 3.3: पीएसयू बीमाकर्ता द्वारा एचआईटीपीए को कारोबार आवंटन

पीएसयू बीमाकर्ता	2016-17		2017-18		2018-19		2019-20	
	टीपीए को आवंटित कारोबार	एचआईटीपीए को आवंटन (प्रतिशत हिस्सा)	टीपीए को आवंटित कारोबार	एचआईटीपीए को आवंटन (प्रतिशत हिस्सा)	टीपीए को आवंटित कारोबार	एचआईटीपीए को आवंटन (प्रतिशत हिस्सा)	टीपीए को आवंटित कारोबार	एचआईटीपीए को आवंटन (प्रतिशत हिस्सा)
	करोड़ में							
एनआईसीएल	4849.36	33.79 (0.70)	5682.96	107.73 (1.90)	6465.45	280.63 (4.34)	8332.51	521.04 (6.25)
यूआईसीएल	3964.46	43.92 (1.11)	4325.62	100.89 (2.33)	4317.17	200.93 (4.65)	5121.50	220.54 (4.31)
ओआईसीएल	2793.55	45.93 (1.64)	3084.44	88.53 (2.87)	3480.54	297.41 (8.54)	3937.18	308.40 (7.83)
एनआईसीएल	2882.47	9.00 (0.31)	3254.40	22.00 (0.68)	3724.84	134.00 (3.60)	3911.99	269.00 (6.88)
कुल	14489.84	132.64 (0.92)	16347.42	319.14 (1.95)	17988.00	912.97 (5.08)	21303.18	1318.98 (6.19)

स्रोत: पीएसयू बीमाकर्ताओं द्वारा प्रदान किया गया डेटा

कॉलम 'टीपीए को आवंटित कारोबार' और 'एचआईटीपीए को आवंटन' के तहत आंकड़े सेवा प्रदान करने वाली पॉलिसियों में शामिल प्रीमियम को संदर्भित करते हैं।

यह भी उल्लेख करना उचित है कि एचआईटीपीए ने सामान्य बीमा सार्वजनिक क्षेत्र संघ (जीआईपीएसए, चार पीएसयू बीमाकर्ताओं का एक संघ) से अनुरोध किया

(मार्च 2018) कि वे कारोबार को बढ़ाएं और एचआईटीपीए के लिए कम से कम 10 प्रतिशत से 15 प्रतिशत तक स्वास्थ्य बीमा दावों का प्रसंस्कृत कार्य स्थानांतरित करें। यद्यपि जीआईपीएसए के गवर्निंग बोर्ड ने एचआईटीपीए के उन्नत और क्षमताओं के आधार पर शीर्ष पांच टीपीए के 10 प्रतिशत स्वास्थ्य बीमा दावा प्रसंस्कृत कार्य को एचआईटीपीए में स्थानांतरित करने का निर्णय लिया (सितंबर 2018), इसे लागू नहीं किया गया था।

इस प्रकार, हालांकि एचआईटीपीए को पीएसयू बीमाकर्ताओं द्वारा स्वास्थ्य बीमा दावा प्रबंधन में अधिक दक्षता लाने की दृष्टि से समाविष्ट किया गया था, लेकिन प्रमोटर बीमा कंपनियों द्वारा एचआईटीपीए को पर्याप्त अवसर नहीं दिया गया था।

एनआईसीएल और यूआईसीएल ने उत्तर दिया (जनवरी/ फरवरी 2021) कि जैसे-जैसे एचआईटीपीए पूरे देश में अपनी उपस्थिति बढ़ाएगा, उन्हें और अधिक कारोबार आवंटित किए जाएंगे। एनआईसीएल ने कहा कि अन्य टीपीए 15 से अधिक वर्षों से काम कर रहे थे और इसलिए एचआईटीपीए के हिस्से को अचानक बढ़ाना व्यावहारिक रूप से संभव नहीं था। ओआईसीएल ने बताया (जनवरी 2021) कि खुदरा कारोबार को एचआईटीपीए को आवंटित किया गया था जो थोड़े समय के भीतर बढ़ा और बताया कि समूह के ग्राहक एचआईटीपीए का चयन नहीं कर रहे थे। एनआईसीएल ने उत्तर दिया (फरवरी 2021) कि एचआईटीपीए द्वारा अपनी आधारभूत संरचना के उन्नयन के बाद, खुदरा कारोबार की पर्याप्त मात्रा 2018-19 में उन्हें आवंटित की गई थी।

पीएसयू बीमाकर्ताओं के उत्तर पर इस तथ्य के प्रति विचार किया जाना चाहिए कि एचआईटीपीए ने 2016 के बाद से अधिक मानव जीवन को सेवा प्रदान करने के लिए पर्याप्त क्षमता पहले से ही सृजित की थी जैसा कि ऊपर तालिका 3.2 में दिखाया गया है। देश भर में एचआईटीपीए की उपस्थिति के संबंध में, एचआईटीपीए की सभी चार मेट्रो शहरों सहित 10 प्रमुख शहरों¹⁶ में उपस्थिति है। यह तर्क कि लंबे समय से स्थापित टीपीएसे कारोबार को अंतरित करना व्यावहारिक रूप से संभव नहीं है, स्वीकार्य नहीं है चूंकि टीपीए तब भी अस्तित्व में थे जब एचआईटीपीए का गठन किया गया था और फिर भी चार पीएसयू बीमाकर्ताओं द्वारा अपने टीपीए होने के लिए एक सचेत निर्णय लिया गया।

¹⁶ मुंबई, चेन्नई, कोलकाता, अहमदाबाद, बंगलुरु, हैदराबाद, कोच्चि, पुणे और गुवाहाटी और नई दिल्ली में कॉर्पोरेट कार्यालय।

पीएसयू बीमाकर्ताओं ने लेखापरीक्षा टिप्पणियों से सहमत होते हुए आगे आश्वासन दिया/ पुष्टि की (अक्टूबर/ नवंबर 2021) कि एचआईटीपीए को उनके निष्पादन और क्षमता के आधार पर टीपीए प्रबंधन नीति/ निष्पादन मूल्यांकन मापदंडों के अनुसार कारोबार के आवंटन की समीक्षा की जाएगी।

मंत्रालय ने पीएसयू बीमाकर्ताओं के विचारों का समर्थन किया (अक्टूबर/ नवंबर 2021)।

सिफारिश 3: एचआईटीपीए के लिए कारोबार के आवंटन की वर्तमान प्रमात्रा पर सभी पीएसयू बीमाकर्ताओं द्वारा एचआईटीपीए के तुलनीय निष्पादन और पर्याप्त क्षमता को ध्यान में रखते हुए फिर से विचार करने की आवश्यकता है।

3.5 टीपीए के पंजीकरण के प्रमाणपत्र को रद्द करना

आईआरडीआई ने दिनांक 10 जनवरी 2019 के अपने अंतिम आदेश द्वारा मेसर्स ई-मेडिटेक स्वास्थ्य बीमा टीपीए लिमिटेड के पंजीकरण का प्रमाण पत्र रद्द कर दिया जो फर्जी अस्पतालों के मनोनयन और ऐसे अस्पतालों में किए गए उपचारों के लिए दावों के निपटान सहित विभिन्न अनियमितताओं के लिए था। मेसर्स ई-मेडिटेक स्वास्थ्य बीमा टीपीए लिमिटेड ने चार पीएसयू बीमाकर्ताओं के लिए ₹1,432 करोड़ की राशि के 3,89,396 दावों को प्रसंस्कारित किया। इस संबंध में कंपनी-वार और वर्ष-वार विवरण निम्न प्रकार हैं-

तालिका 3.4: मेसर्स ई-मेडिटेक स्वास्थ्य बीमा टीपीए लिमिटेड द्वारा प्रसंस्कृत दावे

पीएसयू बीमाकर्ता का नाम	2016-17		2017-18		2018-19		2019-20		कुल	
	दावों की संख्या	भुगतान किए गए दावे (₹ करोड़ में)	दावों की संख्या	भुगतान किए गए दावे (₹ करोड़ में)	दावों की संख्या	भुगतान किए गए दावे (₹ करोड़ में)	दावों की संख्या	भुगतान किए गए दावे (₹ करोड़ में)	दावों की संख्या	भुगतान किए गए दावे (₹ करोड़ में)
एनआईए सीएल	36002	145	30498	114	8955	37	0	0	75455	296
यूआईआई ईसीएल	52721	175	40847	132	15001	56	175	1	108744	364
ओआई सीएल	61097	195	53842	173	21035	75	2352	11	138326	454
एनआई सीएल	5837	80	35758	145	23378	85	1898	9	66871	319
कुल	155657	595	160945	564	68369	253	4425	21	389396	1433

स्रोत: पीएसयू बीमाकर्ताओं द्वारा प्रदान किया गया डेटा

इस संबंध में, लेखापरीक्षा ने पाया कि -

- आईआरडीएआई ने सभी बीमाकर्ताओं को सलाह दी (31 जनवरी 2019) कि वे 2011-12 से मेसर्स ई-मेडिटेक स्वास्थ्य बीमा टीपीए लिमिटेड द्वारा किए गए पॉलिसीधारकों के दावों की सर्विसिंग की जांच करें और ऐसे उपाय शुरू करें जो पॉलिसीधारकों के हितों की रक्षा के लिए आवश्यक थे। 31 जनवरी 2019 से 180 दिनों के भीतर कार्रवाई पूरी करने का अधिदेश दिया गया था और 180 दिनों के समाप्त होने के बाद 10 दिनों के भीतर अर्थात् 9 अगस्त 2019 तक आईआरडीएआई द्वारा रिपोर्ट मांगी गई थी।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि चार पीएसयू बीमाकर्ताओं में से किसी ने भी जांच पूरी नहीं की और न ही आईआरडीएआई को रिपोर्ट दर्ज कराई। एनआईएसीएल ने केवल अंतरिम रिपोर्ट दाखिल की। आईआरडीएआई ने लेखापरीक्षा को सूचित किया (जुलाई 2021) कि मेसर्स ई-मेडिटेक स्वास्थ्य बीमा टीपीए लिमिटेड के संबंध में मामला अभी भी बीमाकर्ताओं के साथ उठाया जा रहा है।

- मेसर्स ई-मेडिटेक स्वास्थ्य बीमा टीपीए लिमिटेड ने सहयोग नहीं दिया और बीमा कंपनियों को दावों की फाइलें और रिपोर्ट प्रस्तुत करने से बचता रहा। लेखापरीक्षा में पाया गया कि टीपीए को पीएसयू बीमाकर्ता को एक निष्पादन बैंक गारंटी प्रस्तुत करने की आवश्यकता थी और यदि टीपीए के निष्पादन में कमियां थीं, तो बैंक गारंटी लागू की जा सकती है। पीएसयू बीमाकर्ताओं ने न तो मेसर्स ई-मेडिटेक स्वास्थ्य बीमा टीपीए लिमिटेड की बैंक गारंटी का सहारा लिया और न ही जांच पूरी होने तक बैंक गारंटी का नवीनीकरण कराया।
- पीएसयू बीमाकर्ताओं के पास एसएलए के खंड 17 (4) के अनुरूप मेसर्स ई-मेडिटेक स्वास्थ्य बीमा टीपीए लिमिटेड से पॉलिसीधारक, दावों, अस्पतालों आदि के बारे में जानकारी युक्त सभी इलेक्ट्रॉनिक डेटा प्राप्त करने की कोई प्रणाली नहीं थी।
- एनआईएसीएल में स्टेटस नोट¹⁷ को जोखिम या लेखापरीक्षा समिति या बोर्ड की बैठक में नहीं रखा गया था। हालांकि निलंबन आदेश बोर्ड के समक्ष रखा गया था, लेकिन आईआरडीएआई का अंतिम आदेश बोर्ड के समक्ष नहीं रखा गया था।

¹⁷ स्टेटस नोट में सूचित और बकाया दावों की संख्या, प्रसंस्कृत के तहत दावे, प्राप्त और बकाया शिकायतों, जांच किए गए दावों, प्रास्थिति के साथ विभिन्न कानूनी मंचों में लंबित दावों आदि की निलंबन की तारीख अर्थात् 20 मार्च 2018 को प्रास्थिति शामिल है।

- यूआईआईसीएल में लेखापरीक्षा ने पाया कि कंपनी ने मार्च 2018 में मेसर्स ई-मेडिटेक स्वास्थ्य बीमा टीपीए लिमिटेड के पंजीकरण के प्रमाणीकरण को निलंबित करने के बाद भी कारोबार (2,625 पॉलिसियां और प्रीमियम ₹3.46 करोड़) सौंपा। लेखापरीक्षा में आगे पाया गया कि 2016-19 की अवधि के लिए ₹3.31 करोड़ की राशि के 763 दावे फरवरी 2020 तक बकाया थे और 2010-15 की अवधि के लिए ₹1.04 करोड़ की राशि के 178 दावों का बकाया था।
- ओआईसीएल में यह पाया गया कि 2013-14 से 2015-16 की अवधि के दौरान मेसर्स ई-मेडिटेक स्वास्थ्य बीमा टीपीए लिमिटेड द्वारा प्रसंस्कृत 227 दावे (₹1.17 करोड़) धोखाधड़ी के स्वरूप के थे। हालांकि, आज तक कंपनी ने न तो कानूनी कार्यवाही शुरू की है और न ही ₹1.17 करोड़ की वसूली की है।
- एनआईसीएल में मेसर्स ई-मेडिटेक स्वास्थ्य बीमा टीपीए लिमिटेड द्वारा प्रसंस्कारित दावों में अनियमितताएं थीं, जिनमें ₹1.45 करोड़ की राशि का अधिक भुगतान शामिल था। अब तक प्रबंधन द्वारा ₹0.91 करोड़ की वसूली की गई थी और ₹0.54 करोड़ की वसूली अभी की जानी है।

बीमाकर्ताओं ने उत्तर दिया कि परिचालन और क्षेत्रीय कार्यालयों के बार-बार प्रयासों के बावजूद मेसर्स ई-मेडिटेक स्वास्थ्य बीमा टीपीए लिमिटेड ने सहयोग नहीं दिया और दावों की फाइलें और रिपोर्ट प्रस्तुत करने से बचता रहा।

बैंक गारंटी के संबंध में, एनआईसीएल ने उत्तर दिया (जनवरी 2021) कि टीपीए को औपचारिक सलाह दी गई थी लेकिन कोई प्रतिक्रिया नहीं थी और यह बताया गया कि बैंक गारंटी के अभाव में भी कंपनी किसी परिणामी देयता में नहीं गई। बोर्ड को सूचित करने के संबंध में, एनआईसीएल ने बताया कि समय की कमी के कारण लेखापरीक्षा समिति और जोखिम प्रबंधन समिति को सूचित करने की आवश्यकता पर विचार नहीं किया गया। एनआईसीएल ने आगे बताया (अक्टूबर 2021) कि किसी भी टीपीए के प्रमाण पत्र को रद्द करने और उठाए जाने वाले आवश्यक कदमों से संबंधित खंड को एनआईसीएल की बोर्ड अनुमोदित टीपीए प्रबंधन नीति 2021 में शामिल किया गया है।

यूआईआईसीएल ने बताया (फरवरी 2021) कि आवंटन गलती से निलंबन की तारीख के बाद किया गया था, लेकिन किसी टीपीए फीस का भुगतान नहीं किया गया था और बताया कि लंबित दावों को अन्य टीपीए को सौंपे गए थे।

ओआईसीएल ने लेखापरीक्षा अभ्युक्ति पर सहमति (अक्टूबर 2021 में) व्यक्त की और भविष्य में ऐसी किसी भी आकस्मिकता को संभालने के लिए स्वास्थ्य जोखिम अंकन नीति में संशोधन करने का आश्वासन दिया ताकि उचित कार्रवाई की जा सके।

एनआईसीएल ने बताया (नवंबर 2021) कि उसने अपने क्षेत्रीय/ परिचालन कार्यालयों को निर्देश दिया है उस शेष वसूली को प्रस्तुत करें जो देय थीं और यदि उनकी ओर से वसूली की गई है तो स्थिति को सूचित करें।

मंत्रालय ने पीएसयू बीमाकर्ताओं के उत्तरों पर सहमति व्यक्त की (अक्टूबर/ नवंबर 2021)।

उत्तरों से, यह स्पष्ट है कि पीएसयू बीमाकर्ता मेसर्स ई-मेडिटेक स्वास्थ्य बीमा टीपीए लिमिटेड द्वारा निपटान किए गए दावों की उचित और समय पर जांच करने में विफल रहे। बैंक गारंटी की वैधता सुनिश्चित करने और टीपीए से नियमित आधार पर दावा रिकॉर्ड एकत्र करने जैसे सुरक्षोपायों की कमी थी। एनआईसीएल के इस तर्क के संबंध में कि बैंक गारंटी की कमी के बावजूद कोई देयता उत्पन्न नहीं हुई, जांच पूरी होने और वसूली किए गए अधिक भुगतान के बाद ही देयता की कमी के संबंध में निष्कर्ष निकाला जा सकता है।

इस प्रकार, धोखाधड़ी का पता चलने के बाद भी, पीएसयू बीमाकर्ता टीपीए के विरुद्ध सकारात्मक कार्रवाई नहीं कर सके।

सिफारिश 4: मेसर्स ई-मेडिटेक स्वास्थ्य बीमा टीपीए लिमिटेड के विरुद्ध कार्रवाई करने में विफलता की जांच की जानी चाहिए और संबंधित अधिकारियों के प्रति जिम्मेदारी तय की जानी चाहिए।

सिफारिश 5: पीएसयू बीमाकर्ताओं को यह सुनिश्चित करना चाहिए कि वैध बैंक गारंटी और टीपीए से रिकॉर्ड के नियमित संग्रहण जैसे पर्याप्त रक्षोपाय मौजूद रहें ताकि यह सुनिश्चित किया जा सके कि इसके हितों के साथ-साथ पॉलिसी धारकों के हितों की रक्षा की गई है। इस संबंध में पीएसयू बीमाकर्ताओं द्वारा प्रतिवर्ष एक रिपोर्ट लेखापरीक्षा समिति, बोर्ड और मंत्रालय को प्रस्तुत की जानी चाहिए।

3.6 टीपीए के साथ सेवास्तर का करार (एसएलए)

आईआरडीएआई (टीपीए - स्वास्थ्य सेवाएं) विनियमन, 2016 के विनियम 20 (1) में बताया गया है कि एक टीपीए भारतीय बीमाकर्ता द्वारा जारी भारत के भीतर अस्पताल

में भर्ती होने के लाभों को कवर करने वाली स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों के संबंध में बीमाकर्ता और नेटवर्क प्रदाता के साथ परिभाषित स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करने के लिए एक करार करेगा। इसके अलावा, इसमें कहा गया है कि टीपीए यह सुनिश्चित करेगा कि करार हर समय लागू हो। विनियम 20 (2) में यह निर्धारित किया गया है कि बीमाकर्ता और टीपीए करार के दायरे, स्वास्थ्य और संबंधित सेवाओं, जो टीपीए द्वारा प्रदान की जा सकती हैं और उसके लिए पारिश्रमिक, ऐसी शर्तों के अधीन, जैसा कि प्राधिकरण द्वारा निर्धारित किया जा सकता है, जहां भी लागू हो, को परिभाषित करेंगे। तदनुसार, पीएसयू बीमाकर्ताओं ने अपने पॉलिसीधारकों की सर्विसिंग के लिए पंजीकृत टीपीए के साथ एसएलए किया।

टीपीए के साथ एसएलए पर हस्ताक्षर करने में देरी हुई और एसएलए पर हस्ताक्षर करने से पहले दावा प्रसंस्कारित टीपीए को सौंपा जा रहा था। इस संबंध में विवरणों का नीचे उल्लेख किया गया है:

तालिका 3.5: एसएलए पर हस्ताक्षर करने में देरी

पीएसयू बीमाकर्ता का नाम	टीपीए की संख्या जहां एसएलए पर हस्ताक्षर करने में देरी हुई	देरी दिनों की संख्या में	
		कम से कम	अधिकतम
एनआईसीएल	10	7	296
एनआईसीएल	09	23	099
ओआईसीएल	11	1	205
यूआईआईसीएल	06	46	500
स्रोत: एसएलए			

इस संबंध में, एनआईसीएल में लेखापरीक्षा में पाया गया कि लेखापरीक्षा नमूने में 1,154 दावों (₹1.85 करोड़) में से 59 का निपटान उस अवधि के दौरान किया गया था जब एनआईसीएल और संबंधित टीपीए के बीच कोई वैध एसएलए नहीं था। ओआईसीएल में, लेखापरीक्षा ने पाया कि 1,57,336 दावों (तय की गयी राशि ₹492.30 करोड़) पर कार्रवाई की गई और भुगतान किया गया जो कि 11 टीपीए के संबंध में उस अवधि के दौरान था जिसमें एसएलए नवीकृत नहीं किया गया था। इसी प्रकार, एनआईसीएल में, लेखापरीक्षा में पाया गया कि 36,706 दावों (तय किए गए ₹113.21 करोड़) पर कार्रवाई की गई और भुगतान किया गया जब नौ टीपीए में से दो टीपीए के साथ कोई वैध एसएलए नहीं था।

बीमा कंपनियों ने उत्तर दिया कि (नवंबर 2020/ जुलाई 2021) कि एसएलए पर हस्ताक्षर करने में देरी हुई लेकिन बताया कि एसएलए को टीपीए की सहमति से पूर्वव्यापी प्रभाव से माना गया था। इसके अलावा, चूंकि एसएलए वैधता की निरंतरता बनाए रखी गई थी और कोई ब्रेक अवधि नहीं थी, इसलिए उन्होंने विनियामक प्रावधानों का उल्लंघन नहीं किया था।

एनआईसीएल और ओआईसीएल ने आगे बताया (अक्टूबर 2021) कि वे सभी एसएलए पर समय पर हस्ताक्षर करना सुनिश्चित करेंगे। यूआईआईसीएल ने बताया (अक्टूबर 2021) कि यह सुनिश्चित करने के लिए वह अत्यंत सावधानी बरतेंगे, कि स्वास्थ्य सेवा करार हमेशा लागू करने योग्य हैं। एनआईसीएल ने लेखापरीक्षा अभ्युक्ति को नोट किया (नवंबर 2021) और बताया कि टीपीए के साथ एसएलए/ स्वास्थ्य सेवा करार पर समय पर हस्ताक्षर करने के लिए कार्रवाई शुरू की गई है।

मंत्रालय पीएसयू बीमाकर्ताओं के उत्तरों पर सहमत था (अक्टूबर/ नवंबर 2021)।

उत्तरों पर इस तथ्य के प्रति विचार किया जाना चाहिए कि एसएलए पर पूर्वव्यापी प्रभाव से हस्ताक्षर किए गए थे, जो कि वैध प्रथा नहीं है। ऐसे ही एक मामले (मेसर्स विडाल स्वास्थ्य टीपीए प्राइवेट लिमिटेड) में आईआरडीआई ने बताया कि 1 नवंबर 2013 से 10 जुलाई 2014 की अवधि के दौरान बिना करार के टीपीए स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करना नियामक मानदंडों के उल्लंघन में था।

समय पर करार के अभाव से बीमाकर्ता के स्वास्थ्य सेवाओं के प्रबंधन का अपर्याप्त कार्यात्मक नियंत्रण परिलक्षित होता है।

3.7 नेटवर्क प्रदाताओं का नामांकन

भारतीय बीमा नियामक एवं विकास प्राधिकरण (टीपीए - स्वास्थ्य सेवाएं) विनियमन, 2016 के विनियम 2 (1) (के) में यह निर्दिष्ट किया गया है कि 'नेटवर्क प्रदाता' का अर्थ है बीमाकर्ता या टीपीए द्वारा या एक बीमाकर्ता और टीपीए द्वारा संयुक्त रूप से सूचीबद्ध अस्पताल जो नकदी रहित सुविधा द्वारा पॉलिसीधारक को चिकित्सा सेवाएं प्रदान करने के लिए है। 'पीपीएन' अर्थात्, पसंदीदा प्रदाता नेटवर्क चार पीएसयू बीमाकर्ताओं द्वारा शुरू की गई एक संयुक्त पहल है (जुलाई 2010) जिससे उपयुक्त अस्पतालों का नामांकन करके अस्पतालों का एक नेटवर्क बनाया जाता है जहां उनके स्वास्थ्य बीमा पॉलिसीधारक नकदी रहित सुविधा का उपयोग कर के इलाज करा सकते हैं। 31 मार्च 2020 तक

पीपीएन करारों के तहत 12 शहरों¹⁸ और 135 सर्जिकल प्रक्रियाओं को कवर किया गया था।

इस संबंध में, लेखापरीक्षा ने पाया कि:

- जबकि स्वास्थ्य बीमा उत्पादों की पेशकश करने वाली निजी बीमा कंपनियों और स्वास्थ्य बीमा सेवाओं की पेशकश करने वाले टीपीए ने बड़ी संख्या में अस्पतालों¹⁹ के साथ नेटवर्क की व्यवस्था की है, वहीं चार पीएसयू बीमाकर्ताओं के पास केवल 2,552 अस्पतालों²⁰ (आईआरडीआई पंजीकृत टीपीए द्वारा नामांकित 1,72,955 अस्पतालों में से) के साथ पीपीएन करार हैं और कवरेज केवल 12 शहरों तक सीमित है (फरवरी 2020 तक)। यह व्यापक कवरेज और भौगोलिक प्रसार के लिए पीपीएन व्यवस्थाओं के तहत अधिक संख्या में अस्पतालों को जोड़ने में पीएसयू बीमाकर्ताओं द्वारा अपर्याप्त प्रयासों को इंगित करता है।

- पीपीएन में मनोनयन के लिए अस्पतालों से प्राप्त आवेदनों पर क्रम वार नंबर नहीं है, इस तरह के अनुरोध की प्राप्ति की तिथि को इंगित करने वाली मुहर नहीं लगी है और पीपीएन परिचालन नियमपुस्तिका²¹ के खंड 3.4.1 के अनुरूप एक रजिस्टर में दर्ज नहीं किया गया है। परीक्षण मामले के रूप में, यूआईआईसीएल में, लेखापरीक्षा ने पाया कि मनोनयन के लिए 293 अस्पतालों से आवेदन/ अभ्यावेदन प्राप्त हुए थे, लेकिन इन आवेदनों को कोई अनुक्रमांक दिए बिना लंबित रखा गया था (मार्च 2019)। इसलिए, प्राप्त आवेदनों की संख्या, समितियों के समक्ष प्रस्तुत करने के संबंध में सटीकता और पीपीएन परिचालन नियम पुस्तिका में निर्धारित समयसीमा के अनुसार उनकी प्रास्थिति पर नज़र रखने का लेखापरीक्षा में पता नहीं लगाया जा सका।

- एनआईसीएल में केंद्रीय समिति²² ने 36 चिकित्सा/ शल्य चिकित्सा प्रक्रियाओं के लिए ₹40,000 या उससे अधिक की कीमत पर बातचीत की। लेखापरीक्षा में पाया

¹⁸ मुंबई, दिल्ली, बेंगलुरु, चेन्नई, कोलकाता, अहमदाबाद, हैदराबाद, चंडीगढ़, इंदौर, कोयंबटूर, पुणे और जयपुर।

¹⁹ उदाहरण के लिए, प्रमुख साही बीमाकर्ता नामतः मेसर्स स्टार स्वास्थ्य बीमा कंपनी लिमिटेड के पास 9,900 अस्पतालों का नेटवर्क है, निजी बीमाकर्ता नामतः एचडीएफसी एगो जनरल इश्योरेंस कंपनी लिमिटेड के पास 10,000 अस्पतालों का नेटवर्क है।

²⁰ कुल 2,552 अस्पतालों में से, पीएसयू बीमाकर्ता वार विवरण: एनआईसीएल - 864 अस्पताल; यूआईआईसीएल - 930 अस्पताल; ओआईसीएल - 617 अस्पताल; और एनआईसीएल - 141 अस्पताल।

²¹ पीएसयू बीमाकर्ताओं ने पीपीएन परिचालन नियमपुस्तिका को अपनाया है जो सितंबर 2014 से प्रभावी है।

²² पीपीएन ऑपरेशन मैनुअल में शीर्ष समिति, केंद्रीय समिति, क्षेत्रीय समितियों और शहर समितियों जैसी चार समितियों की परिकल्पना की गई थी, जो स्पष्ट रूप से प्रत्येक समिति के स्पष्ट कार्यों और शक्तियों को परिभाषित करते हैं।

गया कि 36 चिकित्सा/ शल्य चिकित्सा प्रक्रियाओं में से 20 में एक विशेष अस्पताल के लिए बातचीत की दर को शहर में इसी तरह के अस्पतालों की तुलना में उच्च दर पर पाया गया था (अनुलग्नक-3)।

- पीएसयू बीमाकर्ताओं की लेखापरीक्षा संवीक्षा से पता चला कि पीपीएन नियमपुस्तिका में यथा निर्दिष्ट आवधिक बैठकें नहीं की गई थीं। एनआईएसीएल में क्षेत्रीय समिति के कार्यवृत्तों की समीक्षा से पता चला कि उसने पीपीएन परिचालन नियमपुस्तिका के पैरा 2.4.2 में यथा निर्धारित छह महीने में कम से कम एक बार प्रत्येक शहर में पीपीएन परिचालन के निष्पादन की समीक्षा नहीं की। हालांकि 400 सिद्ध धोखाधड़ी में से 61 में 38 पीपीएन अस्पताल शामिल थे, लेकिन क्षेत्रीय समिति पीपीएन परिचालन नियमपुस्तिका के खंड 3.8 के अनुसार इन पीपीएन अस्पतालों के विरुद्ध डी-पैनल की कार्रवाई करने में विफल रही।

एनआईएसीएल ने उत्तर दिया (जनवरी 2021) कि पीपीएन व्यवस्थाएं वर्ष 2010 में शुरू की गई थीं जो मूल रूप से उनका अपना विचार था और बाद के वर्षों के दौरान इस अवधारणा को अन्य पीएसयू बीमा कंपनियों द्वारा स्वीकार और चालू किया गया था। एनआईएसीएल ने बताया कि पीपीएन अभी भी एक उभरती हुई संस्था बनी हुई है और आज की तारीख में स्थिर होने की प्रक्रिया चल रही है। आवधिक बैठकें आयोजित न करने के मुद्दे पर एनआईएसीएल ने बताया कि समिति के सदस्य संबंधित कंपनियों के उच्च स्तरीय अधिकारी हैं जिनके पास अधिक विस्तार से औपचारिकताओं को पूरा करने के लिए समय की बाध्यता है। इसके अलावा, धोखाधड़ी के दावों में शामिल अस्पतालों का मनोनयन न करने के मुद्दे पर एनआईएसीएल ने आगे बताया (अक्टूबर 2021) कि उसने लेखापरीक्षा अभ्युक्तियों को नोट किया है और क्रियाविधि के अनुसार उपयुक्त कार्रवाई शुरू की जाएगी। इसी प्रकार, अस्पतालों के आवेदनों के संबंध में, एनआईएसीएल ने उत्तर दिया कि शहरी समिति द्वारा प्राप्त सभी आवेदनों की समय और क्षेत्र की उपलब्धता के अध्यधीन यथासमय लेखापरीक्षा की जाती है।

यूआईआईसीएल ने उत्तर दिया (फरवरी 2021) कि वह यह सुनिश्चित करेगा कि पीपीएन नियमपुस्तिका के अनुसार निर्धारित क्रियाविधि को बिना किसी अपवाद के लागू किया जाएगा और बताया (जुलाई 2021 और अक्टूबर 2021) कि उसने लंबित अनुरोधों (नए और नवीकरण) को सुव्यवस्थित करने के लिए कार्य पुनः आरंभ किया है।

ओआईसीएल ने उत्तर दिया (जनवरी 2021 और अक्टूबर 2021) कि उन्होंने लेखापरीक्षा की सभी अभ्युक्तियों को नोट किया है और अनुपालन सुनिश्चित किया जाएगा।

एनआईसीएल ने उत्तर दिया (फरवरी 2021) कि अस्पताल किसी नियामक निकाय के दायरे में नहीं थे और इसलिए प्रत्येक अस्पताल की अपनी विशेषता और आवश्यकताएं हैं। अस्पतालों के साथ बातचीत की प्रक्रियाओं के लिए दरों में अंतर के संबंध में, एनआईसीएल ने बताया कि यह एक व्यक्तिपरक बातचीत थी और इसलिए विशिष्ट प्रक्रिया दरें एक समान नहीं हैं। एनआईसीएल ने आगे बताया (नवंबर 2021) कि उसने लेखापरीक्षा अभ्युक्तियों को नोट किया है और नवीकरण के दौरान प्रत्येक अस्पताल से सर्वोत्तम दरें प्राप्त करने के प्रयास किए जाएंगे।

मंत्रालय पीएसयू बीमाकर्ताओं के उत्तरों पर सहमत था (अक्टूबर/ नवंबर 2021)।

पीपीएन के स्थिरीकरण चरण में होने के संबंध में उत्तरों पर इस तथ्य के प्रति विचार किया जाना है कि पीपीएन के गठन के 10 वर्ष पूरे होने के बाद भी पीएसयू बीमाकर्ताओं ने पारस्परिक रूप से सहमत दरों पर अस्पतालों के नेटवर्क को फैलाने के लिए पर्याप्त प्रयास नहीं किए हैं। व्यक्तिपरक बातचीत के संबंध में एनआईसीएल के उत्तर पर इस तथ्य के प्रति विचार किया जाना है कि इसी प्रकार के अस्पतालों के बीच सामान्य प्रक्रियाओं के लिए दरों में ऐसे अंतर न्यायोचित नहीं हैं।

सिफारिश 6: पीएसयू बीमाकर्ताओं को पसंदीदा प्रदाता नेटवर्क कवरेज प्रणाली के तहत अस्पतालों की संख्या में वृद्धि सुनिश्चित करने की आवश्यकता है और सामान्य प्रक्रियाओं के लिए दरों के मानकीकरण के लिए भी प्रयास करना चाहिए। अस्पतालों में वृद्धि के लिए आवश्यक लक्ष्य निर्धारित करने और निगरानी करने की आवश्यकता है।

3.8 सारांश

एनआईसीएल और ओआईसीएल में टीपीए प्रबंधन नीति थी और लेखापरीक्षा द्वारा नीति में कमी बताए जाने के बाद, यूआईआईसीएल ने एक नीति बनाई और एनआईसीएल एक नीति तैयार करने की प्रक्रिया में है। पीएसयू बीमाकर्ताओं ने टीपीए (यूआईआईसीएल को छोड़कर) का मनोनयन किया लेकिन गैर-मनोनयन वाले टीपीए को भी कारोबार आवंटित किया। पीएसयू बीमाकर्ताओं द्वारा नियमित रूप से टीपीए के

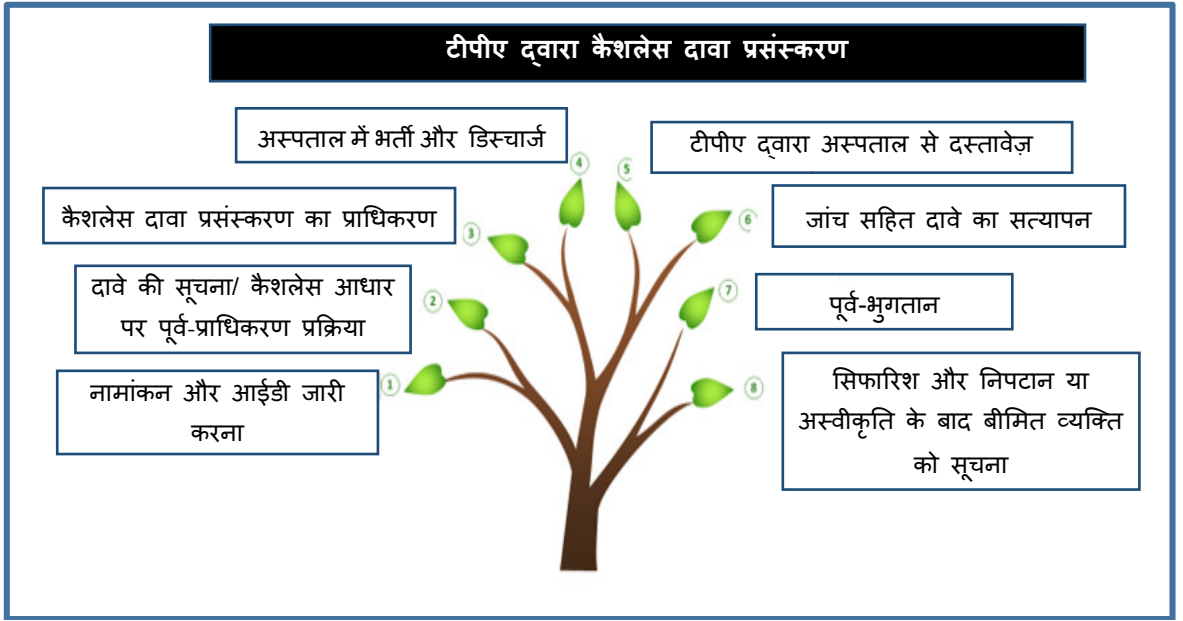
निष्पादन की समीक्षा नहीं की गई। टीपीए की वैध बैंक गारंटी बनाए रखने और टीपीए से दावा रिकॉर्ड का नियमित संग्रहण जैसे रक्षोपाय प्रचलित नहीं थे। परिणामस्वरूप, जब टीपीए द्वारा धोखाधड़ी की गतिविधियां सामने आईं और उनका पंजीकरण आईआरडीएआई द्वारा रद्द कर दिया गया, तो पीएसयू बीमाकर्ता टीपीए द्वारा निपटान किए गए दावों की उचित जांच नहीं कर सके। पीएसयू बीमाकर्ताओं ने ग्राहक के अनुभव को बढ़ाने और स्वास्थ्य बीमा दावा प्रसंस्कारित में अधिक दक्षता लाने के उद्देश्य से एचआईटीपीए को समाविष्ट किया। 12 पीपीएन शहरों में से आठ में तुलनीय निष्पादन मापदंडों और उपस्थिति वाले एचआईटीपीए के बावजूद, पीएसयू बीमाकर्ताओं द्वारा एचआईटीपीए को कारोबार का आवंटन न्यूनतम था। पीएसयू बीमाकर्ताओं ने पीपीएन बनाकर अस्पतालों का अपना नेटवर्क रखने की पहल की लेकिन 10 साल बाद भी पीपीएन कवरेज के तहत अस्पतालों का नामांकन अपर्याप्त रहा।

अध्याय 4: दावा प्रबंधन

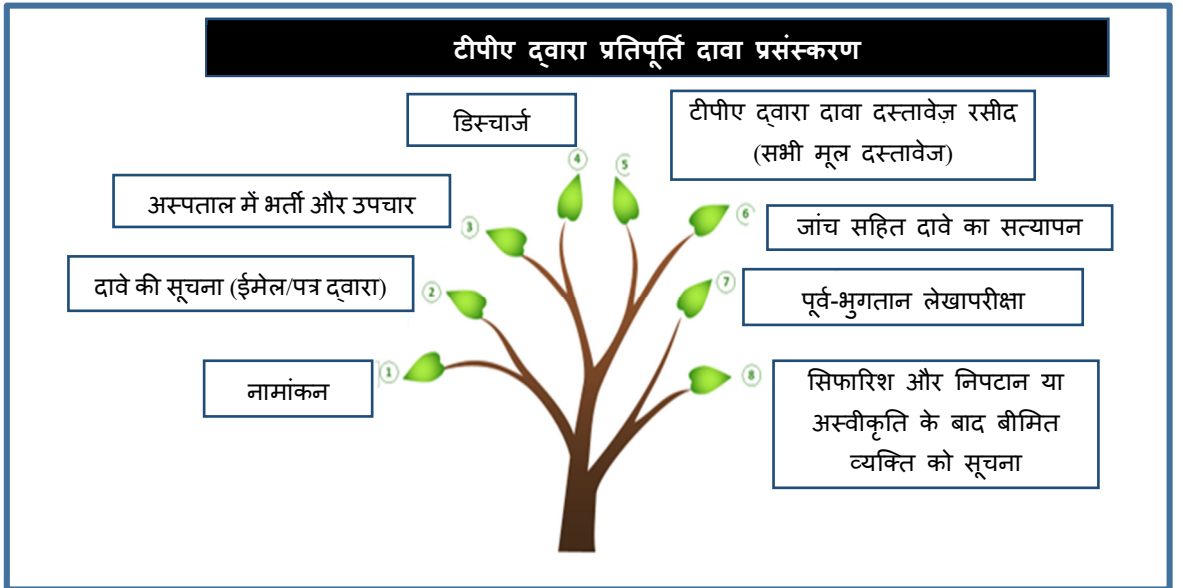
4.1 स्वास्थ्य बीमा दावे

स्वास्थ्य बीमा पॉलिसीधारकों के दावे दो प्रकार के होते हैं - नकदी रहित और प्रतिपूर्ति। नकदी रहित दावे में, पॉलिसीधारक अस्पताल में भर्ती होकर उस उपचार का लाभ उठाता है, जो या तो नेटवर्क प्रदाता या गैर-नेटवर्क प्रदाता से नियोजित सर्जरी/प्रक्रियाओं के लिए या अनियोजित/ आपातकालीन उपचार के लिए हो। नकदी रहित दावों में, नेटवर्क प्रदाता बीमाकर्ताओं से भुगतान का दावा करते हैं और पॉलिसीधारक को भुगतान करने की आवश्यकता नहीं है। प्रतिपूर्ति दावों में पॉलिसीधारक अस्पतालों/ नर्सिंग होम को भुगतान करते हैं और बीमा कंपनियों से प्रतिपूर्ति का दावा करते हैं। दावे के पंजीकरण के लिए बीमाकर्ता या टीपीए को सूचना देना अनिवार्य है। दावा प्रशासन में दावा सूचना, दावे का पंजीकरण, बीमाकर्ता और टीपीए द्वारा अद्वितीय दावा नियंत्रण संख्या का आवंटन, अस्पताल में भर्ती रोगी के परिचय पत्रों का सत्यापन और पॉलिसीधारकों की पहचान, नकदी रहित और प्रतिपूर्ति सेवाएं प्रदान करना, पॉलिसीधारक या अस्पतालों/ नर्सिंग होम द्वारा प्रस्तुत दावे के दस्तावेजों की जाँच करना, पॉलिसी के निबंधन और शर्तों के तहत दावे की स्वीकार्यता पर निर्णय लेना और दावे के निपटान या अस्वीकार करने के लिए टीपीए द्वारा सिफारिश शामिल है। सिफारिश किए गए दावों को टीपीए द्वारा बीमाकर्ता के लिए दावे के विवरण के साथ-साथ टीपीए द्वारा अपलोड किया जाता है ताकि सत्यापन और संस्वीकृति करने के साथ-साथ पॉलिसीधारक या नेटवर्क प्रदाता जैसा भी मामला हो, को भुगतान किया जा सके। तब टीपीए द्वारा पॉलिसीधारक/ नेटवर्क प्रदाता को एक सूचना भेजी जाती है जिसमें स्वीकार की गई दावा राशि, कारणों के साथ काटी गयी राशि के विवरण और इलेक्ट्रॉनिक हस्तांतरण के विवरणों को दिया जाता है। नीचे चित्र 4.1 और 4.2 नकदी रहित और प्रतिपूर्ति प्रकार के तहत टीपीए द्वारा दावा प्रसंस्कारित में शामिल विभिन्न गतिविधियों को दर्शाते हैं।

चित्र 4.1



चित्र 4.2



बीमा उद्योग ने डिजिटल प्रौद्योगिकी को बड़े पैमाने पर अपनाया है और चार पीएसयू बीमाकर्ताओं ने उत्पादों को विकसित करने, जोखिम अंकन को कम करने, प्रक्रिया दावों और दावा निपटान की निगरानी करने के लिए विभिन्न सॉफ्टवेयर²³ का भी उपयोग

²³ एनआईएसएल ने 2016 से केंद्रीकृत-वेब-आधारित बीमा सॉफ्टवेयर सिस्टम (सीडब्ल्यूआईएसएस) का उपयोग किया, यूआईआईएसएल ने 2012 से जेनिसीस कॉन्फिगरेटर - व्यापक वास्तविक समय पर्यावरण (जीसी कोर) का उपयोग किया, ओआईएसएल ने 2009 से एकीकृत गैर-जीवन बीमा एप्लीकेशन सॉफ्टवेयर (आईएनएलआईएसएस) का उपयोग किया और एनआईएसएल ने केंद्रीकृत वेब-आधारित कोर बीमा समाधान ईएसआई (एटरप्राइस आर्किटेक्चर सॉल्यूशन फॉर इश्योरेंस) का उपयोग किया।

किया है। टीपीए के पास दावा प्रसंस्कारित और प्रबंधन के लिए अपना आईटी सिस्टम भी है।

4.2 डेटा विश्लेषण और नमूना दावों की जांच

चार बीमा कंपनियों द्वारा निपटान किए गए दावों की लेखापरीक्षा दो पद्धतियों को अपनाकर की गई थी अर्थात्,

- 2016-17 से 2018-19 तक तीन वर्षों के लिए दावों का डेटा विश्लेषण।
- 2016-17 से 2018-19 की अवधि के लिए, चार बीमा कंपनियों द्वारा प्रदान किए गए 2,934 दावा अभिलेखों की नमूना जांच (5,279 दावा प्रदत्त मामलों के चयनित लेखापरीक्षा नमूने में से)।

2016-17 से 2018-19 के दौरान चार पीएसयू बीमाकर्ताओं द्वारा प्रसंस्कृत और निपटान किए गए वर्षवार दावों को नीचे दिया गया है:

तालिका 4.1: निपटान किए गए वार्षिक दावों का विवरण

पीएसयू	2016-17		2017-18		2018-19	
	भुगतान किए गए दावों की सं.	दावा प्रदत्त राशि (₹ करोड़ में)	भुगतान किए गए दावों की सं.	दावा प्रदत्त राशि (₹ करोड़ में)	भुगतान किए गए दावों की सं.	दावा प्रदत्त राशि (₹ करोड़ में)
एनआईसीएल	1957620	5282.60	2382202	5712.56	2521490	6379.70
यूआईआईसीएल	1590525	4044.39	2294442	4430.89	2661162	4451.73
ओआईसीएल	878955	3341.66	833419	3414.54	926414	3980.81
एनआईसीएल	547116	5042.14	882215	5126.32	993365	5042.46
कुल	4974216	17710.79	6392278	18684.31	7102431	19854.70

(स्रोत: पीएसयू बीमाकर्ताओं द्वारा प्रदान किए गए डेटा)

नोट: उपरोक्त दावों में से लगभग 70 से 74 प्रतिशत प्रति पूर्ति दावे थे जब कि शेष 26 से 30 प्रतिशत दावे नकदी रहित उपचार के लिए थे।

निम्नलिखित लेखापरीक्षा अभ्युक्तियां डेटा विश्लेषण/ दावा अभिलेखों की नमूना जांच से हैं:

4.2.1 एकल दावे के लिए एकाधिक निपटान

लेखापरीक्षा द्वारा डेटा विश्लेषण से पता चला कि एनआईसीएल और यूआईआईसीएल ने विभिन्न तिथियों पर एक से अधिक बार दावों का निपटान किया है, हालांकि

पॉलिसी नंबर, बीमाकृत का नाम, लाभार्थी का नाम, अस्पताल में भर्ती होने की तारीखें, बीमारी का कोड, अस्पताल का नाम और बीमारी एक ही थी।

i) लेखापरीक्षा ने एनआईएसीएल में विभिन्न निपटान के 792 मामलों (₹4.93 करोड़) को बताया जैसा कि डेटाबेस से देखा गया है। सत्यापन करने पर, एनआईएसीएल ने 139 दावों में विभिन्न भुगतानों की पुष्टि की।

एनआईएसीएल ने बताया कि टीपीए की ओर से तकनीकी मुद्दों के कारण, इस तरह के दोहरे भुगतान किए गए थे और कि उन्होंने ₹0.74 करोड़ की वसूली की है (शास्ति सहित, एसएलए के अनुरूप)। एनआईएसीएल ने आगे बताया (अक्टूबर 2021) कि यह विभिन्न भुगतानों के एकाधिक को रोकने के लिए, कंप्यूटरीकृत प्रणाली अर्थात् सीडब्ल्यूआईएसएस में एक तंत्र तैयार करने की प्रक्रिया में है।

ii) यूआईआईसीएल में, लेखापरीक्षा द्वारा, एक ही व्यक्ति, एक ही बीमारी और उपचार की एक ही अवधि के लिए, एकाधिक निपटानों (₹8.60 करोड़) के 12,532 मामलों को पाया गया है, जैसाकि डेटाबेस से देखा जा सकता है।

यूआईआईसीएल ने उत्तर दिया (जुलाई 2021) कि कुछ तकनीकी समस्या के कारण कुछ दावे दो बार दर्ज किए गए। यूआईआईसीएल ने बताया कि उन्होंने संबंधित टीपीए का स्पष्टीकरण मांगा है और दोहरे भुगतानों के मामलों में संबंधित टीपीए से वसूली की कार्यवाही शुरू कर दी है। यूआईआईसीएल ने आगे उत्तर दिया (अक्टूबर 2021) कि वे प्रश्नों के लिए टीपीए के उत्तर की समीक्षा करने के अंतिम चरण में हैं।

मंत्रालय दोनों कंपनियों के उत्तर से सहमत था।

दो कंपनियों में ₹13.53 करोड़ वाले 13,324 मामलों में एकाधिक भुगतान के उपरोक्त उदाहरण टीपीए की ओर से प्रणालियों और क्रिया विधियों के अभाव को दर्शाते हैं जिससे यह सुनिश्चित किया जा सके कि बीमाकृत/ अस्पताल द्वारा प्रस्तुत मूल दस्तावेजों के साथ उचित सत्यापन के बाद ही भुगतान के लिए दावे की सिफारिश की गयी है। यह विभिन्न भुगतानों को रोकने के लिए कंपनी के डेटाबेस में अंतर्निहित सत्यापन जांच की कमी को भी इंगित करता है।

4.2.2 बीमाकृत राशि से अधिक भुगतान किए गए दावे

स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी में बीमाकृत राशि²⁴ और संचयी बोनस²⁵ (खुदरा पॉलिसियां) या कॉर्पोरेट बफर²⁶ (समूह पॉलिसियां) राशि (समूह स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी में निर्धारित सीमा तक) जैसा लागू हो, की सीमा तक दावे का भुगतान करने का प्रावधान है।

इस संबंध में, लेखापरीक्षा में पाया गया कि एनआईसीएल में निपटान किए गए दावों में 139 खुदरा दावों में बीमाकृत राशि और संचयी बोनस से अधिक राशि से अधिक का भुगतान किया गया, जो ₹33 लाख के अतिरिक्त भुगतान का संकेत देता है। यूआईआईसीएल में भुगतान किए गए दावे में ₹36.13 करोड़ वाले 2,223 दावों में बीमाकृत राशि से अधिक का भुगतान किया गया, जिसमें समूह के दावे शामिल थे। समूह पॉलिसियों के लिए, 'कॉर्पोरेट बफर' के माध्यम से बीमाकृत राशि की तुलना में ऐसे अधिक भुगतान के लिए पॉलिसी में एक प्रावधान है। तथापि, दावा प्रसंस्कृत शीट/सत्यापित नोट में बफर के उपयोग या बफर के उपलब्ध शेष आदि का उल्लेख नहीं किया गया था।

लेखापरीक्षा नमूने में 2,176 दावा अभिलेखों (एनआईसीएल: 1,154 और यूआईआईसीएल 1,022) की नमूना जांच के दौरान इसकी पुष्टि की गई थी, जिसमें सात दावों (एनआईसीएल में ₹28.05 लाख वाले पांच दावे और यूआईआईसीएल में ₹2.33 लाख वाले दो दावे) में बीमाकर्ता की देयता की अधिकतम राशि से अधिक दावा भुगतान देखा गया था।

एनआईसीएल ने बताया (जनवरी 2021) कि वर्तमान में उनके जोखिम अंकन मॉड्यूल में अंतर्निहित नियंत्रण नहीं हैं और इसलिए विवरणों को मैनुअल रूप से जांचा जा रहा था और यह बताया गया कि दावों को प्रसंस्कारित करते समय टीपीए को इन विवरणों की जांच करने के लिए कहा गया था। एनआईसीएल ने आगे बताया (अक्टूबर 2021) कि वे सिस्टम में ही डेटा का अभिग्रहण करने के लिए एक सिस्टम तैयार करने का प्रयास कर रहे हैं, ताकि वे अधिक भुगतान के मामलों का पता लगाने की स्थिति में हों। यूआईआईसीएल ने बताया (जुलाई 2021) कहा कि वे संबंधित पॉलिसी के साथ

²⁴ बीमाकृत राशि का अर्थ है प्रत्येक बीमाकृत व्यक्ति के लिए चयनित की गयी कवरेज की अधिकतम राशि।

²⁵ संचयी बोनस का अर्थ है प्रीमियम में संबद्ध वृद्धि के बिना बीमाकर्ताओं द्वारा प्रदान की गई बीमाकृत राशि में कोई वृद्धि या वर्धन।

²⁶ कॉर्पोरेट बफर का अर्थ है समूह बीमा पॉलिसियों के मामले में पूरे समूह के लिए उपलब्ध बीमाकृत अतिरिक्त राशि।

व्यक्तिगत दावों की जांच कर रहे हैं। यूआईआईसीएल ने आगे बताया (अक्टूबर 2021) कि वे प्रश्नों के लिए टीपीए के उत्तर की समीक्षा करने के अंतिम चरण में हैं।

मंत्रालय इन दोनों कंपनियों के उत्तर से सहमत था (अक्टूबर 2021)।

उपरोक्त उदाहरण टीपीए की ओर से सिस्टम और क्रियाविधियों के अभाव और अधिक भुगतान को रोकने के लिए कंपनी के डेटाबेस में अंतर्निहित सत्यापन जांच की कमी की ओर संकेत हैं।

सिफारिश 7: दावों के एकाधिक निपटान और बीमाकृत राशि से अधिक दावा भुगतान के उदाहरण बड़ी चूकों को दर्शाते हैं। क्योंकि लेखापरीक्षा द्वारा नमूना जांच 2,176 दावा अभिलेखों के लेखापरीक्षा नमूने तक सीमित थी, इसलिए पीएसयू बीमाकर्ताओं को शेष मामलों में अपनी समीक्षा करने की सलाह दी जाती है। अधिक भुगतान के संबंध में वसूली की जाए और संबंधित कर्मचारियों की जिम्मेदारी निर्धारित की जाए।

4.2.3 प्रतीक्षा अवधि की अवहेलना करते हुए नई पॉलिसियों में भुगतान किए गए दावे स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी के निबंधन और शर्तें निर्दिष्ट करती हैं कि पॉलिसी में दो/ चार वर्ष की अवधि के लिए हाइड्रोसेल, फिस्टुला, मोतियाबिंद, हर्निया, उच्च रक्तचाप आदि जैसी कुछ बीमारियों को शामिल नहीं किया जाएगा। प्रतीक्षा अवधि खंड को दो/ चार वर्षों की अवधि के बाद हटा दिया जाता है, बशर्ते, पॉलिसी को बिना किसी ब्रेक के कंपनी के साथ लगातार नवीनीकृत किया गया है।

एनआईसीएल दावा डेटा के डेटा विश्लेषण से पता चला कि प्रतीक्षा अवधि खंड लागू नहीं किया गया था और नयी पॉलिसी से संबंधित 1,395 दावों में ₹3.31 करोड़ का परिहार्य भुगतान किया गया था। इसकी 1,395 दावों में से 41 की नमूना जांच के दौरान पुष्टि की गई थी जिसमें यह देखा गया था कि सभी 41 मामलों में, दावों को नई पॉलिसी पर किया गया था और दावों को प्रसंस्कृत करते समय एनआईसीएल द्वारा प्रतीक्षा अवधि खंड की अनदेखी की गई थी।

इसके अलावा, चयनित नमूने में से एक दावे के संबंध में, पॉलिसी²⁷ शुरू होने की तारीख से 30 दिनों के भीतर ₹8 लाख की राशि का भुगतान किया गया था, हालांकि पॉलिसी के निबंधन और शर्तों (न्यू इंडिया फ्लोटर मेडिकलेम पॉलिसी) में कहा गया था

²⁷ पॉलिसी 04 फरवरी 2016 को शुरू हुई और 24 फरवरी 2016 को स्पाइनल सर्जरी की गई।

कि पॉलिसी शुरू होने की तारीख के पहले 30 दिनों के दौरान अनुबंधित किसी भी बीमारी के लिए कोई दावा देय नहीं होगा। इसके अलावा, इस मामले में टीपीए ने ₹5 लाख के निपटान की सिफारिश की, जिस पर एनआईएसीएल द्वारा पुनर्विचार किया गया था, और ₹8 लाख की बीमाकृत पूरी राशि का भुगतान किया गया था।

एनआईएसीएल ने उत्तर दिया (जनवरी 2021) कि वर्तमान में उनके जोखिम अंकन मॉड्यूल में अंतर्निहित नियंत्रण नहीं है, हालांकि, वे मामलों का सत्यापन कर रहे हैं। एनआईएसीएल ने आगे बताया (अक्टूबर 2021) कि उसने अपनी आईटी प्रणाली में आवश्यक नियंत्रणों को समाविष्ट किया है।

मंत्रालय एनआईएसीएल के उत्तर से सहमत था (अक्टूबर 2021)।

4.2.4 सह भुगतान की वसूली न होने के कारण अधिक भुगतान

सह-भुगतान में एक स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी के तहत लागत साझा करने की अपेक्षा होती है जिसमें यह प्रावधान है कि पॉलिसीधारक/ बीमाकृत स्वीकार्य दावा राशि का एक निर्दिष्ट प्रतिशत वहन करेगा। लेखापरीक्षा में पाया गया कि एनआईएसीएल में एक प्रमुख समूह ग्राहक (मेसर्स कॉग्निजेंट टेक्नोलॉजी सर्विसेज लिमिटेड) की समूह पॉलिसी के निबंधन और शर्तों में 'सह-भुगतान' खंड निहित था जिसके अनुसार स्वीकार्य दावा राशि से काटी जाने वाली राशि स्वयं या कर्मचारी के लिए ₹1 लाख से अधिक पर 10 प्रतिशत और संपूर्ण स्वीकार्य राशि पर आश्रितों के लिए 20 प्रतिशत थी। आंकड़ों के विश्लेषण से पता चला कि 275 दावों में सह-भुगतान काटा नहीं गया था और ₹84.36 लाख का अधिक भुगतान किया गया था। ऐसे 275 दावों में से 5 नमूना मामलों की जांच के दौरान इसकी पुष्टि हुई।

खुदरा दावों के संबंध में, लेखापरीक्षा ने वरिष्ठ नागरिक मेडिकलेम पॉलिसी और न्यू इंडिया सिक्सटी प्लस मेडिकलेम पॉलिसी के संबंध में निपटान किए गए दावों का डेटा विश्लेषण किया और 10 टीपीए²⁸ की वेबसाइट से 12,621 दावों में से 700 दावों की नमूना जांच भी की और लेखापरीक्षा को उपलब्ध कराए गए दावा लिंक की भी जांच की। 700 दावों में से, 117 दावों में (53 वरिष्ठ नागरिक मेडिकलेम पॉलिसी दावे और 64 न्यू इंडिया सिक्सटी प्लस मेडिकलेम पॉलिसी दावे) टीपीए ने लागू सह-भुगतान

²⁸ 1. गुड स्वास्थ्य बीमा टीपीए, 2. स्वास्थ्य इंडिया इश्योरेंस टीपीए, 3. एचआईटीपीए, 4. हेरिटेज टीपीए, 5. विडाल टीपीए, 6. मेडिकेयर टीपीए, 7. मेडिएसिस्ट टीपीए, 8. एमडी इंडिया टीपीए, 9. विपुल टीपीए और 10. रक्षा टीपीए

राशि की कटौती नहीं की जिससे ₹7.71 लाख का अधिक भुगतान हुआ।

इससे यह संकेत मिला कि सह-भुगतान खंड के लागू करने का सत्यापन करने के लिए आईटी प्रणाली सत्यापन टीपीए के अंत के साथ-साथ एनआईएसीएल के अंत में प्रचलित नहीं था।

एनआईएसीएल ने बताया (जनवरी/ अक्टूबर 2021) कि वर्तमान में उनके जोखिम अंकन मॉड्यूल में अंतर्निहित नियंत्रण नहीं हैं और आगे बताया कि दावों को प्रसंस्कृत करते समय टीपीए को इन पहलुओं की जांच करने के लिए कहा गया था। मंत्रालय एनआईएसीएल के उत्तर पर सहमत था (अक्टूबर 2021)।

उत्तर इंगित करता है कि एनआईएसीएल को अपने सिस्टम नियंत्रण में सुधार करने की जरूरत है।

4.2.5 विशिष्ट रोगों पर कैपिंग का उल्लंघन

पॉलिसी के निबंधन और शर्तों के अनुसार, विशिष्ट रोगों/ प्रक्रियाओं के लिए दावा राशि पॉलिसी में उल्लिखित दरों पर सीमित होगी।

एक सामान्य बीमारी जैसे मोतियाबिंद के लिए कैपिंग लागू करने का सत्यापन करने के लिए डेटा विश्लेषण किया गया था, जिसके लिए एनआईएसीएल के 19 अलग-अलग उत्पादों में से 13 में, ₹10,000 से ₹50,000 तक की कैपिंग राशि निर्धारित की गई थी। यह पाया गया कि मोतियाबिंद के लिए दावा राशि की कैपिंग 1,389 खुदरा दावों (12 अलग-अलग उत्पादों से संबंधित) में लागू नहीं की गई थी और सीलिंग राशि के उल्लंघन के कारण ₹2.33 करोड़ का अधिक भुगतान किया गया था। इसकी पुष्टि 43 दावा अभिलेखों की नमूना जांच के दौरान हुई।

एनआईएसीएल के दो प्रमुख समूह पॉलिसी ग्राहकों अर्थात् मेसर्स टाटा कंसल्टेंसी सर्विसेज लिमिटेड और मेसर्स कॉग्निजेंट टेक्नोलॉजी सर्विसेज लिमिटेड की समूह स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों का डेटा विश्लेषण, कुछ बीमारियों जैसे मातृत्व और बांझपन उपचार, मोतियाबिंद खर्च, जोड़ों का प्रतिस्थापन, हिस्टेरेक्टॉमी व्यय, कैंसर लाभ आदि के लिए संबंधित पॉलिसियों के निबंधन और शर्तों के अनुसार कैपिंग के विशिष्ट संदर्भ के साथ किया गया। यह पाया गया कि एनआईएसीएल द्वारा दो समूह स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों के तहत लाभार्थियों को ₹1.65 करोड़ (₹1.24 करोड़ के लिए 729 दावे -

मेसर्स टाटा कंसल्टेंसी सर्विसेज लिमिटेड और ₹40.98 लाख के लिए 275 दावे - मेसर्स कॉग्निजेंट टेक्नोलॉजी सर्विसेज लिमिटेड) का अधिक निपटान किया गया था।

ओआईसीएल में, लेखापरीक्षा में पाया गया कि मोतियाबिंद के लिए उपचार के प्रति दो पॉलिसियों में निपटान किए गए 378 दावों में से 86 में, कैपिंग सीमा लागू नहीं की गई थी जिसके परिणामस्वरूप ₹5.04 लाख का अधिक निपटान हुआ।

विशिष्ट रोगों के लिए कैपिंग के संबंध में, एनआईसीएल ने शास्त्र के साथ 13 दावों में ₹4.73 लाख की वसूली की पुष्टि की (अक्टूबर 2021) और कैपिंग सीमा के लिए आंतरिक नियंत्रण को लागू करने का आश्वासन दिया। एनआईसीएल ने आगे बताया (अक्टूबर 2021) कि वर्तमान में जोखिम अंकन और दावा मॉड्यूल में कवरेज की कैपिंग और सत्यापन के लिए अंतर्निहित नियंत्रण नहीं हैं। नियंत्रण समाविष्ट करने के लिए, जोखिम अंकन और दावा मॉड्यूल को फिर से डिजाइन और लगाने की आवश्यकता है जो एक बहुत ही जटिल और समय लेने वाली परियोजना है। टीपीए को एसएलए के अनुसार दावों पर कार्रवाई करते समय यह सुनिश्चित करना था और यदि किसी अतिरिक्त दावे का भुगतान किया गया था, तो संबंधित टीपीए से इसकी वसूली की जाएगी।

ओआईसीएल ने उत्तर दिया (जनवरी/ अक्टूबर 2021) कि उन्होंने अभ्युक्ति को नोट किया है और वसूली की कार्यवाही शुरू कर दी है।

मंत्रालय एनआईसीएल और ओआईसीएल के उत्तर के साथ सहमत था (अक्टूबर 2021)।

एनआईसीएल और ओआईसीएल को कैपिंग और वैधीकरण के लिए आवश्यक अन्तर्निहित नियंत्रण रखने की आवश्यकता है ताकि अधिक भुगतान करने से बचा जा सके।

4.2.6 डॉमिसिलियरी हास्पिटलाइजेशन के तहत दावा निपटान

आईआरडीआई द्वारा स्वास्थ्य बीमा के मानकीकरण पर दिशानिर्देशों से संबंधित अपने परिपत्र सं. आईआरडीए/ एचएलटी/ आरईजी/ सीआईआर/ 146/07/2016 दिनांक 29 जुलाई 2016 के अनुसार डॉमिसिलियरी हास्पिटलाइजेशन को परिभाषित किया गया है कि किसी रोग/ चोट के लिए सामान्य रूप में उपचार, जिसे अस्पताल में देखभाल और उपचार की आवश्यकता होगी, परंतु वास्तव में उपचार घर में किया जाता है, बशर्ते

कि रोगी की स्थिति ऐसी है कि वह अस्पताल तक ले जाने की स्थिति में नहीं है, या अस्पताल में कमरे की अनुपलब्धता के कारण रोगी घर पर ही उपचार लेता है। उक्त परिपत्र में ओपीडी उपचार को परिभाषित किया गया है कि वह उपचार जिसमें बीमाकृत रोग निदान के लिए क्लिनिक/ अस्पताल या परामर्श कक्ष जैसी संबद्ध सुविधा पर जाता है और चिकित्सक की सलाह के आधार पर उपचार किया जाता है। बीमाकृत को दिन की देखभाल वाले या अंतरंग रोगी के रूप में भर्ती नहीं किया जाता है।

एनआईएसीएल में डॉमिसिलियरी दावों की नमूना जांच से पता चला कि 1,154 दावों में से 242 दावे²⁹ ओपीडी उपचार के लिए थे लेकिन इनका निपटान उनको डॉमिसिलियरी दावों के रूप में दर्शाते हुए किया गया। दावे मेसर्स टाटा कंसल्टेंसी सर्विसेज लिमिटेड (टीसीएस) और मेसर्स एचपीसीएल मित्तल एनर्जी लिमिटेड (एचएमईएल) को जारी की गई समूह पॉलिसी के थे, जिसके तहत ओपीडी उपचार को कवर नहीं किया गया था। इन दावों की स्वीकृति अनियमित थी और इसके परिणामस्वरूप 242 दावों में ₹3.12 करोड़ का परिहार्य भुगतान हुआ।

एनआईएसीएल ने बताया (सितंबर/ अक्टूबर 2021) कि उन्होंने टीसीएस के दावों की जांच की और पुष्टि की कि ये केवल ओपीडी उपचार के लिए थे। एनआईएसीएल ने यह भी बताया कि टीसीएस के साथ एमओयू में डॉमिसिलियरी कवर को उल्लिखित किया गया है और तर्क दिया कि इनको डॉमिसिलियरी के रूप में दिखाना एक गलती थी और वे इसे चालू वर्ष में सही करेंगे। एचएमईएल के संबंध में एनआईएसीएल ने बताया कि नीति में डॉमिसिलियरी उपचार को शामिल किया गया है जो वास्तव में ओपीडी कवर/ दावे हैं।

मंत्रालय ने एनआईएसीएल के उत्तर का समर्थन किया (अक्टूबर 2021)।

उत्तर पर इस तथ्य के प्रति विचार किया जाना है कि दावा निपटान के लिए नीति दस्तावेज का पालन किया जाना है। यह स्पष्ट है कि चूंकि नीति में ओपीडी उपचार को शामिल नहीं किया गया था, इसलिए इन्हें डॉमिसिलियरी दावों और किए गए भुगतान के रूप में दर्शाया गया था, जो ग्राहकों के साथ अनुचित पक्षपात का सूचक है।

4.2.7 नेटवर्क सहमत दरों का पालन न करना

आईआरडीआई (टीपीए स्वास्थ्य सेवाएं) विनियमावली, 2016 के विनियामक खंड 20 (1) से (5) तक में टीपीए, बीमाकर्ता और नेटवर्क प्रदाता के बीच करारों के लिए

²⁹ मेसर्स टीसीएस के 238 दावे और मेसर्स एचपीसीएल मित्तल एनर्जी लिमिटेड के 4 दावे।

प्रावधान है। तदनुसार, पीएसयू बीमाकर्ताओं/ टीपीए ने सहमत दरों पर विभिन्न चिकित्सा/ शल्य चिकित्सा प्रक्रियाओं के लिए कुछ नेटवर्क अस्पतालों के साथ बातचीत की है और करार किए हैं।

इस संबंध में, लेखापरीक्षा में पाया गया कि 2,176 दावों में से 19 दावों के संबंध में टीपीए द्वारा अनुमत दर और स्वीकृत दर के बीच में भिन्नता थी। इसके अतिरिक्त, यह पाया गया कि कुछ मर्दों, जो पैकेज दर का हिस्सा थीं जैसे कि डॉक्टर की फीस, कमरा प्रभार और जांच प्रभार आदि को अतिरिक्त रूप से प्रभारित किया गया जिसके कारण अधिक भुगतान हुआ। उच्च दरों को प्रभारित करने और अतिरिक्त प्रभारों के परिणामस्वरूप ₹12.60 लाख की राशि के दावों का अधिक निपटान हुआ (एनआईएसीएल: 17 दावे जिनमें ₹12.13 लाख शामिल हैं और यूआईआईसीएल: 2 दावे जिनमें ₹0.47 लाख शामिल हैं)।

एनआईएसीएल ने उत्तर दिया (जनवरी/ अक्टूबर 2021) कि वह प्रत्येक दावे की जांच करेगा और उचित कार्रवाई करेगा। यूआईआईसीएल ने उत्तर दिया (जुलाई/ अक्टूबर 2021) कि उन्होंने इन सभी मामलों में भुगतान की गई अधिक राशि की वसूली के लिए पहले ही कार्यवाही शुरू कर दी है।

मंत्रालय ने एनआईएसीएल और यूआईआईसीएल के उत्तर का समर्थन किया (अक्टूबर 2021)।

उपरोक्त मामलों से संकेत मिलता है कि एनआईएसीएल और यूआईआईसीएल को ऐसे अधिक भुगतानों को रोकने के लिए अपनी प्रणाली में उचित नियंत्रण रखने की आवश्यकता है।

4.2.8 टीपीए द्वारा स्वीकार्य दावा राशि का गलत निर्धारण

पॉलिसीधारक या अस्पताल से विधिवत रूप से पूर्ण दस्तावेज प्राप्त होने पर पॉलिसी की शर्तों और विशेष शर्तों, यदि कोई हो, के अनुसार टीपीए द्वारा दावे को प्रसंस्कृत किया जाता है। इस संबंध में, लेखापरीक्षा में पाया गया कि टीपीए उचित जांच करने में विफल रहे हैं, जो दावों को प्रसंस्कृत करते समय और स्वीकार्य राशि का निर्धारण करते समय किए जाने अपेक्षित थे, जिसके परिणामस्वरूप निम्नलिखित मामलों में अधिक निपटान हुआ:

i) दावे के निर्धारण में अनुमत कमरे का अधिक किराया/ बोर्डिंग प्रभार

पीएसयू बीमाकर्ताओं की पॉलिसियों के निबंधन और शर्तों में यह निर्धारित किया गया था कि प्रतिदिन कमरे का किराया/ बोर्डिंग प्रभार प्रतिदिन बीमाकृत राशि के एक प्रतिशत और आईसीयू/ आईसीसीयू कमरों में प्रवेश के लिए प्रतिदिन बीमाकृत राशि के दो प्रतिशत तक सीमित किया जाना चाहिए।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि 13 दावों में (सामान्य कमरे का किराया/ बोर्डिंग: 12 दावे³⁰ और आईसीयू के लिए कमरे का किराया/ बोर्डिंग: 1 दावा³¹) निपटान को पॉलिसियों के निबंधन एवं शर्तों के अनुसार लागू करने के लिए सीमित नहीं किया गया था जिसके परिणामस्वरूप ₹1.14 लाख (एनआईएसीएल: 7 दावे जिसमें ₹0.24 लाख शामिल थे और यूआईआईसीएल: 6 दावे जिनमें ₹0.90 लाख शामिल थे) का अधिक निपटान हुआ।

ii) लागू न की गयी आनुपातिक कटौती

पॉलिसियों के निबंधन और शर्तों में उप-सीमा खंड में निर्दिष्ट किया गया कि सीमा³² से अधिक दरों पर एक कमरे/ आईसीयू/ आईसीसीयू में प्रवेश के मामले में, दवाओं की लागत को छोड़कर, अस्पताल में किए गए अन्य सभी खर्चों की प्रतिपूर्ति/ भुगतान, उसी अनुपात में प्रभावी होगा जैसी कि कमरे के किराये/ आईसीयू/ आईसीसीयू प्रभारों की प्रतिदिन वास्तविक दर के प्रति प्रतिदिन स्वीकार्य दर वहन की जाए।

एनआईएसीएल में लेखापरीक्षा ने पाया कि 1,154 दावों में से पांच दावों में यद्यपि पॉलिसीधारक ने पात्रता से अधिक कमरे के किराये का लाभ उठाया, टीपीए पॉलिसी के निबंधन और शर्त के अनुसार आनुपातिक कटौती के संबंध में उप सीमा खंड को लागू करके दावे को प्रतिबंधित करने में विफल रहा। इसके परिणामस्वरूप ₹1.15 लाख का अधिक भुगतान हुआ।

iii) कमियों के लिए न काटा गया दावा भुगतान

लेखापरीक्षा में पाया गया कि टीपीए गैर-चिकित्सा व्यय (16 दावों) के प्रति दावा राशि की कटौती में विफल रहा, जबकि यह पॉलिसी में शामिल नहीं था। साथ ही, टीपीए

³⁰ एनआईएसीएल-7 दावे (अधिक भुगतान ₹23,588) और यूआईआईसीएल 5 दावे (अधिक भुगतान ₹56650)

³¹ यूआईआईसीएल-1 दावा (अधिक भुगतान ₹33500)

³² बीमाकृत राशि का 1 या 2 प्रतिशत

51 दावों (एनआईएसीएल: 39 दावें, यूआईआईसीएल: 2 दावें और ओआईसीएल: 10 दावे) में विभिन्न कमियों (बिल, प्रिस्क्रिप्शन के अभाव, गणना त्रुटियां आदि) के लिए दावा भुगतान को प्रतिबंधित करने में विफल रहा, जिसके परिणामस्वरूप ₹6.36 लाख का अधिक भुगतान हुआ।

एनआईएसीएल ने उत्तर दिया (जनवरी/ अक्टूबर 2021) कि उन्होंने मामले को टीपीए के साथ उठाया है और आवश्यकतानुसार उचित कार्रवाई आरंभ की जाएगी। यूआईआईसीएल ने उत्तर दिया (जुलाई/ अक्टूबर, 2021) कि उन्होंने उपरोक्त मामलों में टीपीए से स्पष्टीकरण मांगने के लिए कार्यवाही शुरू की है और प्रश्नों के प्रति टीपीए के उत्तर की समीक्षा करने के अंतिम चरण में हैं। ओआईसीएल ने उत्तर दिया (जनवरी/ अक्टूबर 2021) कि प्रक्रिया में सुधार और उचित कार्रवाई करने के लिए लेखापरीक्षा बिंदु को नोट किया गया है। मंत्रालय (अक्टूबर 2021) ने एनआईएसीएल, यूआईआईसीएल और ओआईसीएल के उत्तरों का समर्थन किया।

4.2.9 पीपीएन सहमत प्रक्रियाओं से के अलावा अन्य छूट

पीपीएन पॉलिसीधारकों को नकदी रहित अभिगम प्रदान करता है। 31 मार्च 2020 तक, पीपीएन कवर 12 शहरों³³ में 2,552 अस्पतालों³⁴ के नेटवर्क के माध्यम से उपलब्ध था। पीपीएन करार में प्रावधान है कि पीपीएन सहमत दरें पॉलिसीधारकों के लिए 'वॉक-इन-वॉक-आउट' पैकेज हैं, जब तक कि अन्यथा निर्दिष्ट न हो। पीपीएन करारों में प्रावधान है कि सहमत पैकेजों से इतर के लिए, नेटवर्क प्रदाता उस पैकेज दर के अनुसार प्रभार अनुसूची (एसओसी) से छूट प्रदान करता है जिसमें अस्पतालों के बिलों (दवाओं, फार्मसी और प्रत्यारोपण को छोड़कर) पर 8 से 18 प्रतिशत तक अन्तर था। इसके अलावा, एसएलए यह भी प्रावधान करता है कि टीपीए को नेटवर्क प्रदाता या किसी अन्य सत्त्व द्वारा अपने कर्तव्यों और जिम्मेदारियों के भाग के रूप में टीपीए को प्रदान की जाने वाली किसी भी बड़े या छूट का लाभ का बीमाकर्ता को प्रकट करने और अंतरित की आवश्यकता है।

लेखापरीक्षा ने पाया कि एनआईएसीएल और ओआईसीएल के 69 दावों में से 29 दावों में अस्पतालों ने गलत/ कम छूट को दर्शाया है और टीपीए दावा निपटान का

³³ मुंबई, चेन्नई, बेंगलुरु, नई दिल्ली, कोलकाता, अहमदाबाद, हैदराबाद, चंडीगढ़, इंदौर, कोयंबटूर, पुणे और जयपुर

³⁴ 26 फरवरी 2020 तक 2,552 अस्पताल

प्रसंस्करण और सिफारिश करते समय इस पर ध्यान देने में विफल रहे। इसके परिणामस्वरूप, ₹22.71 लाख का अधिक निपटान हुआ है, जैसा कि नीचे विवरण दिया गया है:

तालिका 4.2: नेटवर्क प्रदाता द्वारा सहमत दरों पर न दी गई/ कम दी गई छूट

बीमाकर्ता	उन मामलों की संख्या जो लेखापरीक्षिता संगठन द्वारा उपलब्ध कराए गए थे और लेखापरीक्षा की गई थी	दावों की संख्या जहां अस्पताल द्वारा सहमत छूट नहीं दी गयी थी और टीपीए सहमत छूट की कटौती करने में विफल रहा	दावों की संख्या जहां अस्पताल ने कम/ गलत सहमत छूट दी और टीपीए सही सहमत छूट की कटौती करने में विफल रहा	भुगतान की गई अधिक राशि (₹ लाख में)
एनआईसीएल	1,154	29	26	10.14
ओआईसीएल	559	11	3	12.57
कुल	1,713	40	29	22.71

एनआईसीएल ने उत्तर दिया (जनवरी/ अक्टूबर 2021) कि वे टीपीए की समीक्षा करते समय दावों की जांच करेंगे और यदि आवश्यक समझा जाता है तो उचित कार्रवाई शुरू करेंगे। ओआईसीएल ने उत्तर दिया (जनवरी/ अक्टूबर 2021) कि उन्होंने भविष्य में अनुपालन के लिए लेखापरीक्षा बिंदु को नोट कर लिया है।

मंत्रालय ने एनआईसीएल और ओआईसीएल के उत्तरों का समर्थन किया (अक्टूबर 2021)।

4.2.10 प्रत्यारोपणों पर अनियमित भुगतान

प्रत्यारोपण चिकित्सीय उपकरण हैं जैसे कार्डियक स्टेंट, हार्ट वाल्व, आर्थोपेडिक इम्प्लांट, दंत प्रत्यारोपण आदि। ऐसे प्रत्यारोपणों की लागत का निर्धारण राष्ट्रीय औषध मूल्य निर्धारण प्राधिकरण (एनपीपीए)³⁵ और अस्पतालों द्वारा किया जाता है। दावे के समय प्रस्तुत किए जाने वाले दस्तावेजों की सूची में प्रत्यारोपण का बीजक और प्रत्यारोपण के लिए स्टिकर विवरण प्रमाण के रूप में शामिल हैं।

1,912 दावों के नमूना जांच से पता चला कि ₹34.98 लाख के 26 दावों में, टीपीए द्वारा अनुमत प्रत्यारोपण लागत के समर्थन में अलग बिल/ बीजक और स्टिकर नहीं था, जैसा कि नीचे विवरण में उल्लेख किया गया है:

³⁵ एनपीपीए परिपत्र फा. सं.8 (41) /2017/डीपी/एनपीपीए/डिव.-II दिनांक 13 फरवरी 2017।

तालिका 4.3: दावे जहां प्रत्यारोपण के लिए स्टिकर/ बिल उपलब्ध नहीं थे

बीमाकर्ता	उन मामलों की संख्या जो लेखापरीक्षिती संगठन द्वारा उपलब्ध कराए गए थे और लेखापरीक्षा की गई थी	दावों की संख्या जहां प्रत्यारोपण लागत के प्रति भुगतान के बिल उपलब्ध नहीं थे	ऐसे प्रत्यारोपणों के लिए बिल के बिना भुगतान की गई दावा राशि (₹ लाख में)
एनआईसीएल	1,154	11	17.19
ओआईसीएल	559	10	11.87
एनआईसीएल	199	5	5.92
कुल	1,912	26	34.98

एनआईसीएल ने उत्तर दिया (जनवरी/ अक्टूबर 2021) कि उन्होंने मामला संबंधित टीपीए के साथ उठाया है और वे रिपोर्ट को अंतिम रूप देने की प्रक्रिया में हैं। ओआईसीएल ने लेखापरीक्षा अभ्युक्ति को स्वीकार किया (जनवरी/ अक्टूबर 2021) और बताया कि उन्होंने तीन मामलों में वसूली की प्रक्रिया आरंभ कर दी है। एनआईसीएल ने उत्तर दिया (फरवरी 2021) कि चिकित्सा प्रत्यारोपण कई बार अस्पताल द्वारा थोक में खरीदा जाता है और इसलिए इसके लिए वे प्रत्येक प्रत्यारोपण के लिए अलग बीजक प्रदान करने की स्थिति में नहीं होते हैं। तथापि, मामला टीपीए के साथ उठाया जा रहा है।

मंत्रालय ने एनआईसीएल, ओआईसीएल और एनआईसीएल के उत्तरों का समर्थन किया (अक्टूबर/ नवम्बर 2021)।

एनआईसीएल के उत्तर को इस तथ्य के प्रति देखा जाना चाहिए कि थोक में खरीदी गई वस्तुओं में से वस्तुओं की पहचान और व्यक्तिगत रोगियों में इसके प्रत्यारोपण के लिए उचित तंत्र के अभाव में अधिक निपटान का जोखिम है।

4.2.11 अस्पतालों को किए गए दावा भुगतान पर टीडीएस की कटौती न करना

बीमा कंपनियां चिकित्सा/ बीमा दावों के निपटान के लिए अस्पतालों को भुगतान करते समय आयकर अधिनियम की धारा 194जे³⁶ के तहत स्रोत पर कर कटौती करने के लिए उत्तरदायी हैं। यूआईसीएल में डेटा विश्लेषण के दौरान, लेखापरीक्षा ने पाया कि 65,46,129 दावों में से 42,847 दावों में, अस्पतालों को किए गए भुगतान से ₹14.01 करोड़ का टीडीएस नहीं काटा गया था।

³⁶ आयकर की धारा 194जे में यह निर्धारित किया गया था कि अधिसूचित पेशेवर और तकनीकी सेवाओं का भुगतान करने वाले प्रत्येक व्यक्ति को टीडीएस काटना आवश्यक है। पेशेवर सेवाओं शब्द में चिकित्सा सेवाएं शामिल हैं।

यूआईआईसीएल ने उत्तर दिया (जुलाई/ अक्टूबर 2021) कि उन्होंने समस्या की पहचान कर प्रणाली को ठीक कर दिया है और अब सही टीडीएस काटा जा रहा है। इसके अलावा, कंपनी ने पिछले वर्षों के लिए जहां भी विसंगति देखी वह, कर प्राधिकरणों के पास संशोधित टीडीएस रिटर्न दाखिल करना शुरू कर दिया।

मंत्रालय ने यूआईआईसीएल के उत्तर पर सहमति जताई (अक्टूबर 2021)।

4.2.12 अस्पताल के बिलों में छूट को न दर्शाना

आईआरडीएआई टीपीए - स्वास्थ्य सेवा विनियमावली 2016 के विनियमन 20(9) और आईआरडीएआई परिपत्र दिनांक 23 जून 2015 में प्रावधान था कि नेटवर्क प्रदाता के अंतिम बिलों में छूट राशि को दर्शाया जाना चाहिए। परिपत्र संख्या आईआरडीए/टीपीए/आरईजी/सीआईआर/059/03/2016 दिनांक 28 मार्च 2016 की अनुसूची डी में निर्धारित प्रदाता बिल के प्रारूप में छूट को दर्शाने के लिए एक अनिवार्य कॉलम है। हालांकि, लेखापरीक्षा द्वारा 2,934 दावों की नमूना जांच से पता चला कि चार पीएसयू बीमाकर्ताओं (एनआईसीएल: 55, यूआईआईसीएल: 287, ओआईसीएल: 404 और एनआईसीएल: 28) द्वारा भुगतान किए गए 2,934 दावों में से 774 दावों में छूट प्रतिशत और राशि का उल्लेख अस्पताल के बिलों में नहीं किया गया था।

एनआईसीएल ने उत्तर दिया (जनवरी 2021) कि चूंकि अस्पताल की ओर से बदलाव की आवश्यकता है, इसलिए वे संबंधित मामलों का सत्यापन कर रहे हैं और कहा कि वे आग्रह नहीं कर सकते, क्योंकि अस्पतालों की अपनी प्रथा है। एनआईसीएल ने आगे कहा (अक्टूबर 2021) कि टीपीए को अस्पताल के साथ इस मुद्दे का हल निकालने की सलाह दी गई है ताकि सहमति से छूट राशि को अनिवार्य रूप से दर्शाया जा सके और टीपीए को दावा निपटान पत्र में अस्पताल द्वारा दी गई वास्तविक छूट की तुलना में सहमत छूट दर को बताने की आवश्यकता है। यूआईआईसीएल ने उत्तर दिया (जुलाई/ अक्टूबर 2021) कि अस्पताल के साथ करार रियायती दरों पर किया जाता है और इसलिए नेटवर्क अस्पताल बिलों में छूट राशि अलग से नहीं दर्शाते हैं। ओआईसीएल ने उत्तर दिया (जनवरी/ अक्टूबर, 2021) कि लेखापरीक्षा की सभी अभियुक्तियों को नोट किया गया है और उन्होंने टीपीए को आवश्यक निर्देश जारी किए हैं ताकि यह सुनिश्चित किया जा सके कि उनके पास यह जांचने के लिए प्रणाली है कि अस्पताल के बिलों में छूट का विधिवत उल्लेख किया गया है और छूट ग्राहकों को विधिवत रूप से दी गई है। एनआईसीएल ने उत्तर दिया

(फरवरी/ अक्टूबर, 2021) कि इस मामले पर टीपीए के साथ विचार-विमर्श किया गया है और भविष्य के अनुपालन के लिए लेखापरीक्षा अभियुक्तियों को नोट किया गया है। मंत्रालय ने पीएसयू बीमाकर्ताओं के उत्तरों पर सहमति व्यक्त की (अक्टूबर/ नवंबर 2021)।

अस्पतालों के विस्तृत बिलों में छूट को न दर्शाना केवल 28 मार्च 2016 के आईआरडीएआई के परिपत्र के विरुद्ध ही नहीं है बल्कि पॉलिसी धारक भी अस्पतालों द्वारा प्रदान की गई वास्तविक छूट को जानने की स्थिति में नहीं होंगे। इसलिए, बीमाकर्ताओं/ टीपीए को अस्पतालों के साथ अनिवार्य रूप से सहमत छूट राशि को दर्शाने पर विचार करने की आवश्यकता है और टीपीए को दावा निपटान पत्र में अस्पताल द्वारा दी गई वास्तविक छूट की तुलना में सहमत छूट दर को बताने की आवश्यकता है।

4.2.13 केवाईसी का सत्यापन न करना

एसएलए के अनुसार सभी दावा फाइलों में अन्य विषयों के साथ-साथ प्रत्येक दावा फ़ाइल के एक भाग के रूप में “अपने ग्राहक को जानिए” (केवाईसी) दस्तावेजों को शामिल किया जाना चाहिए। इसके अलावा, एंटी-मनी लॉन्ड्रिंग/ आतंकवाद के काउंटर फाइनेंसिंग पर आईआरडीएआई के परिपत्र (फरवरी 2013) के अनुसार, सामान्य बीमा कंपनियों से निपटान चरण पर केवाईसी मानदंडों को पूरा करना अपेक्षित था जहां दावा भुगतान/ प्रीमियम प्रतिदाय प्रति दावा/ प्रीमियम प्रतिदाय की ₹1 लाख की सीमा से अधिक है।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि नमूना जाँच किये गए 2,934 दावों में से 907 दावों (₹6.06 करोड़) में, तालिका में नीचे दिए गए सारांश के अनुसार केवाईसी दस्तावेज दावे फाइलों में उपलब्ध नहीं थे।

तालिका 4.4: केवाईसी दस्तावेजों का सत्यापन न करना

बीमाकर्ता	उन मामलों की संख्या जो लेखापरीक्षित गठन द्वारा उपलब्ध कराए गए थे और लेखापरीक्षा की गई थी	उन दावों की संख्या जहां एसएलए के अनुसार केवाईसी सत्यापित नहीं किया गया था या रिकार्ड में नहीं था	1 लाख से ऊपर के दावों की संख्या जहां केवाईसी सत्यापित नहीं है/ रिकार्ड में नहीं है	भुगतान की गई दावा राशि जहां केवाईसी सत्यापित नहीं है या रिकार्ड में नहीं है (₹ करोड़ में)
एनआईसीएल	1,154	473	57	3.11
यूआईआईसीएल	1,022	309	22	1.48
ओआईसीएल	559	74	17	0.93
एनआईसीएल	199	51	10	0.54
कुल	2,934	907	106	6.06

लेखापरीक्षा में यह भी पाया गया कि ओआईसीएल (559 दावों में से) के 65 दावों (₹66 लाख के लिए) में टीपीए द्वारा जारी आईडी कार्ड में पॉलिसीधारक/ लाभार्थी की तस्वीरें नहीं थीं, जो केवाईसी दस्तावेजों में से एक थीं।

एनआईसीएल ने उत्तर दिया (अक्टूबर 2021) उसने अपने सभी टीपीए को निर्देश दिया है कि वे दावों के समय केवाईसी मादपडों का सत्यापन करें और संबंधित कागजात को दावा फाइल में रखें। यूआईआईसीएल ने उत्तर दिया (जुलाई/ अक्टूबर 2021) कि उन्होंने उपरोक्त सभी मामलों में केवाईसी विवरण प्राप्त करने के लिए कार्य आरंभ कर दिया है और यह सुनिश्चित करने के लिए प्रणालियां लागू कर दी हैं कि किसी भी दावे, जहां केवाईसी अनिवार्य है, का भुगतान तब तक नहीं किया जाता जब तक कि केवाईसी दस्तावेज प्राप्त और अपलोड नहीं किए जाते हैं। ओआईसीएल ने अपने उत्तर (जनवरी/ अक्टूबर 2021) में टीपीए आईडी में फोटो की अनुपलब्धता पर लेखापरीक्षा अभ्युक्ति को स्वीकार किया और कहा कि टीपीए को केवाईसी सत्यापित करने और यह सुनिश्चित करने के लिए आवश्यक निर्देश जारी किए जाते हैं कि भविष्य के अनुपालन के लिए सॉफ्ट दावा फाइलों में केवाईसी सत्यापन दस्तावेज को भी डिजिटल रूप से संग्रहित किया गया है। एनआईसीएल ने उत्तर दिया (फरवरी/ नवंबर, 2021) कि इस मामले को टीपीए के साथ उठाया गया है और भविष्य के अनुपालन के लिए लेखापरीक्षा अभियुक्तियों को नोट किया गया है।

मंत्रालय ने पीएसयू बीमाकर्ताओं के उत्तरों का समर्थन किया (अक्टूबर/ नवंबर 2021)।

दावों के प्रसंस्करण से पहले केवाईसी दस्तावेजों का संग्रह न करने और केवाईसी विवरणों के सत्यापन के बिना दावों के निपटान से धोखाधड़ी पूर्ण निपटान के जोखिम का खतरा होता है।

4.2.14 नकदी रहित सुविधा के लिए प्राधिकरण पत्र का अभाव

प्राधिकरण पत्र पूर्व प्राधिकरण के लिए अनुरोध प्राप्त होने पर जारी किए जाते हैं और टीपीए इसकी जांच करता है और एसएलए में उल्लिखित पूर्व-प्राधिकरण प्रक्रिया के अनुसार अनुमोदन प्रदान करता है। आईआरडीएआई (स्वास्थ्य बीमा) विनियमावली, 2016 के पैरा 2 (एफ) में प्रदान की गई नकदी रहित सुविधा की परिभाषा में यह निर्धारित किया गया है कि नकदी रहित दावे का निपटान बीमाकर्ता द्वारा नेटवर्क प्रदाता को पूर्व-प्राधिकरण की सीमा तक सीधे किया जा सकता है।

एनआईएसीएल और यूआईआईसीएल में नमूना जांच किए गए 737 चयनित नकदी रहित दावों में से 81 दावों (₹1.26 करोड़ के लिए एनआईएसीएल के 39 दावे और ₹0.26 करोड़ के लिए यूआईआईसीएल के 42 दावे) में प्राधिकरण पत्र दावा फाइलों में उपलब्ध नहीं था। हालांकि नकदी रहित दावा भुगतान की सिफारिश की गई और निपटान किया गया।

एनआईएसीएल ने उत्तर दिया (जनवरी/ अक्टूबर 2021) कि वे समीक्षा के दौरान टीपीए के साथ विचार विमर्श करेंगे और कमी पाए जाने पर उचित कार्रवाई शुरू करेंगे और उसने टीपीए को एसएलए के प्रावधानों का कड़ाई से पालन करने और यह सुनिश्चित करने की सलाह दी कि सभी प्राधिकरण पत्र दावे की फाइल में रखे गए हैं।

यूआईआईसीएल ने उत्तर दिया (अक्टूबर 2021) कि टीपीए की प्रतिक्रिया की समीक्षा अंतिम चरण में है।

मंत्रालय ने एनआईएसीएल और यूआईआईसीएल के उत्तरों का समर्थन किया (अक्टूबर 2021)।

4.2.15 प्राधिकरण पत्र में टीपीए द्वारा लिए गए समय को न दर्शाना

एनआईएसीएल और यूआईआईसीएल में लेखापरीक्षा में पाया गया है कि 656 नकदी रहित मामलों में (एनआईएसीएल: ₹15.09 करोड़ के लिए निपटाए गए 333 दावे और यूआईआईसीएल: ₹5.65 करोड़ के लिए निपटाए गए 323 दावे), प्राधिकरण पत्रों में टीपीए द्वारा अनुमोदन प्रदान करने के लिए लिया गया समय निर्दिष्ट नहीं किया गया

था, हालांकि अस्पताल में आपातकालीन भर्ती होने के मामले में दो घंटे के भीतर और अस्पताल में नियोजित भर्ती होने के मामले में चार घंटे के भीतर पूर्व-प्राधिकारण अनुरोध का उत्तर दिया जाना चाहिए। इस महत्वपूर्ण जानकारी के अभाव में, नकदी रहित मामलों में टीपीए द्वारा ग्राहक सेवा प्रदान करने के लिए टर्न-अराउंड-टाइम का पता नहीं लगाया जा सकता है।

एनआईसीएल ने उत्तर दिया (जनवरी/ अक्टूबर 2021) कि वर्तमान में वे पूर्व-प्राधिकारण के लिए प्रतिक्रिया-समय का डेटा कैप्चर नहीं कर रहे हैं और कहा कि वे जीवन्त आधार पर मॉनिटरिंग की गुंजाइश बनाने के लिए इसे अपनी आईटी प्रणाली में शामिल करने के तरीके तलाश रहे हैं। यूआईआईसीएल ने उत्तर दिया (अक्टूबर 2021) कि वे दावा डेटा संग्रह की प्रक्रिया को सुधारने के अग्रिम चरण में हैं जिसमें इससे संबंधित जानकारी को शामिल किया है।

मंत्रालय ने एनआईसीएल और यूआईआईसीएल के उत्तरों का समर्थन किया (अक्टूबर 2021)।

सिफारिश 8: पीएसयू बीमाकर्ताओं को कंपनी की राजस्व हानि को रोकने के लिए नीति कवरेज के दायरे में दावा भुगतान को प्रतिबंधित करने के लिए प्रणाली स्थापित करने की आवश्यकता है और नई नीतियों के लिए प्रतीक्षा अवधि, विशिष्ट रोगों के लिए कैपिंग, प्रत्यारोपण पर भुगतान आदि जैसी उचित वैधीकरण लागू करने की आवश्यकता है।

4.3 विलंबित दावा निपटान

भारतीय बीमा नियामक एवं विकास प्राधिकरण (स्वास्थ्य बीमा) विनियमावली, 2016 के अध्याय-IV के विनियम-27 में यह निर्धारित किया गया है कि कोई बीमाकर्ता अंतिम आवश्यक दस्तावेज प्राप्त होने के 30 दिनों के भीतर किसी दावे का निपटान या अस्वीकार करेगा चाहे मामला जैसा भी हो। इसके अलावा, आईआरडीएआई (पॉलिसीधारक के हितों का संरक्षण) विनियमावली 2017 के खंड 16.1 के अनुसार, एक बीमाकर्ता अंतिम आवश्यक दस्तावेज प्राप्त होने की तिथि से 30 दिनों के भीतर दावों का निपटान करेगा और दावे के भुगतान में देरी होने की स्थिति में बीमाकर्ता अंतिम आवश्यक दस्तावेज प्राप्त होने की तिथि से दावे के भुगतान की तिथि तक बैंक दर से दो प्रतिशत अधिक की दर से ब्याज का भुगतान करने के लिए उत्तरदायी होगा।

इसके अलावा, टीपीए के साथ एसएलए, दावों को प्रसंस्कारित करने के लिए टर्न अराउन्ड समय सभी दस्तावेजों की प्राप्ति की तिथि से सात दिन है।

एनआईसीएल और यूआईआईसीएल के आंकड़ों के विश्लेषण से पता चला कि 2016-17 से 2018-19 के दौरान 134.07 लाख दावों (13.89 प्रतिशत) में से 18.63 लाख प्रतिपूर्ति दावों के निपटान में नीचे दिए गए विवरणों के अनुसार देरी हुई:

तालिका 4.5: दावा निपटान में देरी (प्रतिपूर्ति मामले)

विलंबित अवधि	एनआईसीएल			यूआईआईसीएल		
	विलंबित दावों की संख्या	विलंबित दावों पर भुगतान की गई राशि (₹ करोड़ में)	विलंबित अवधि के लिए देय ब्याज (₹ करोड़ में)	विलंबित दावों की संख्या	विलंबित दावों पर भुगतान की गई राशि (₹ करोड़ में)	विलंबित अवधि के लिए देय ब्याज (₹ करोड़ में)
1 से 90 दिन	12,61,507	1,987.22	18.67	3,43,752	856.72	4.75
91 से 180 दिन	1,07,179	267.47	8.44	59,320	129.51	3.02
180 दिनों से अधिक	50,904	120.63	8.41	40,797	36.02	2.17
कुल	14,19,590	2,375.32	35.52	4,43,869	1,022.25	9.94

विलंबित अवधि के लिए देय ब्याज एनआईसीएल और यूआईआईसीएल में ₹45.46 करोड़ है। इसी प्रकार की देरी डेटा विश्लेषण के दौरान एनआईसीएल में भी देखी गई है और 1853 दावों में 1 से 90 दिन तक की देरी और 260 दावों में 90 दिनों से अधिक की देरी हुई है।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि एनआईसीएल, यूआईआईसीएल और एनआईसीएल में आईआरडीआई द्वारा अनुबंधित 30 दिनों की अवधि से अधिक विलंबित दावों की संख्या और साथ ही पिछले 'आवश्यक' दस्तावेजों की प्राप्ति की तिथि को कैप्चर करने में विफलता को स्वचालित रूप से कैप्चर करने के लिए कोई तंत्र नहीं था। ओआईसीएल में, यद्यपि प्रणाली में अंतिम 'आवश्यक' दस्तावेज की प्राप्ति को कैप्चर करने के लिए एक तंत्र मौजूद था लेकिन ब्याज भुगतान करने के लिए कोई तंत्र नहीं है।

लेखापरीक्षा ने लेखापरीक्षा नमूने (एनआईसीएल, यूआईआईसीएल और ओआईसीएल) में 1599 प्रतिपूर्ति दावों की नमूना जांच की और पाया कि दावों के ऐसे विलंबित निपटान पर पॉलिसीधारकों को देय ब्याज, 86 दावों में ₹6.50 लाख बनता है।

एनआईसीएल ने उत्तर दिया (जनवरी 2021) कि न्यायालय अधिनिर्णय के मामले में, जहां कंपनी की ओर से विलंब स्थापित हो जाता है, वह संबंधित अधिनिर्णय का सम्मान करता है, लेकिन अन्य मामलों में, दावेदार के दस्तावेज जमा करने में देरी, दावेदार की ओर से अनुपालन में देरी आदि जैसे कुछ व्यावहारिक कारणों से आम तौर पर देरी होती है। हालांकि, एनआईसीएल ने आगे कहा (अक्टूबर 2021) कि उन्होंने लेखापरीक्षा की चिंताओं को नोट किया है और अब उन सभी दावों की पहचान करने की सुविधा तैयार की है जिनका भुगतान निर्धारित समय-सीमा के बाद किया गया है।

यूआईआईसीएल ने उत्तर दिया (जुलाई 2021) कि वह मैनुअल रूप से मॉनिटरिंग कर रहा है और टीपीए से डेटा संग्रह की प्रक्रिया को दुरुस्त कर रहा है जिसमें अंतिम दावा दस्तावेज के संग्रह की तिथि का सटीक कैप्चर भी शामिल है। यूआईआईसीएल ने कहा (अक्टूबर 2021) कि यह एनईएफटी के माध्यम से दावों के साथ-साथ मॉनिटरिंग करने, देरी पर रिपोर्ट करने, पॉलिसीधारकों को ब्याज की स्वचालित गणना और इसके प्रेषण के लिए एक प्रणाली बनाने में सक्षम होगा।

ओआईसीएल ने कहा (जुलाई 2021) कि दावेदारों ने ब्याज राशि का दावा नहीं किया है। ओआईसीएल ने आगे उत्तर दिया (अक्टूबर 2021) कि उन्होंने अनुपालन के लिए लेखापरीक्षा अभ्युक्ति को नोट किया है।

एनआईसीएल ने कहा (नवंबर 2021) कि यह मुद्दा एनआईसीएल से संबंधित नहीं है।

एनआईसीएल का यह मत कि वे ब्याज भुगतान तभी कर रहे थे जब अदालत का अधिनिर्णय था, विनियम के अनुरूप नहीं है ओआईसीएल के उत्तर को इस तथ्य के प्रति देखा जाना चाहिए कि विनियम में यह निर्धारित नहीं किया गया है कि बीमाकृत व्यक्ति को ब्याज के लिए दावा करने की आवश्यकता है। एनआईसीएल के उत्तर को इस तथ्य के प्रति देखा जाना चाहिए कि उसके पास आईआरडीआई द्वारा निर्धारित 30 दिनों की विलंबित दावों की संख्या और साथ ही 'आवश्यक दस्तावेज' प्राप्त करने की अंतिम तिथि को स्वचालित रूप से कैप्चर करने के लिए कोई तंत्र नहीं था।

सिफारिश 9: पीएसयू बीमाकर्ताओं के कोर एप्लीकेशन सिस्टम को 'आवश्यक' दस्तावेजों की प्राप्ति की अंतिम तिथि को स्वचालित रूप से कैप्चर करने और दावों के विलंबित निपटान के लिए दावा राशि के साथ, जहां भी लागू हो, आईआरडीआई विनियमों के अनुरूप ब्याज के भुगतान को अधिकृत करने की आवश्यकता है।

4.4 एसएलए के अनुसार दावों की जांच न करना

टीपीए को एसएलए में सहमत एक विशेष सीमा से ऊपर अनिवार्य जांच करने की आवश्यकता है और ऐसी जांच रिपोर्टों को दावा फाइलों में शामिल किए जाने की आवश्यकता है।

इस संबंध में, लेखापरीक्षा ने पाया कि:

4.4.1 एनआईसीएल, यूआईआईसीएल और ओआईसीएल में लेखापरीक्षा नमूने में 2,735 दावों में से 562 में (₹40.46 करोड़ की राशि), दावा फाइलों में विधिवत प्रमाणित जांच रिपोर्ट नहीं थी, हालांकि, नीचे दिए गए विवरण के अनुसार, बीमाकर्ता द्वारा जांच अनिवार्य की गई थी:

तालिका 4.6: दावों की जांच न करने का सार

बीमाकर्ता	अतिरिक्त दावों के लिए आवश्यक जांच	उपलब्ध कराए गए और लेखापरीक्षित किए गए दावों की संख्या	दावों की संख्या जहां टीपीए द्वारा जांच की आवश्यकता है, लेकिन नहीं की गई	जांच रिपोर्ट के बिना भुगतान की गई दावा राशि (₹ करोड़ में)
एनआईसीएल	₹1.50 लाख	1,154	352	28.05
यूआईआईसीएल	₹1.00 लाख	1,022	126	8.62
ओआईसीएल	₹1.00 लाख	559	84	3.79
कुल		2,735	562	40.46

4.4.2 एनआईसीएल में: एसएलए के खंड 3.1.2 (सी) के अनुसार, टीपीए को अनिवार्य जांच और रिपोर्टिंग (सीआईआर) करना चाहिए और सत्यापन और जांच के माध्यम से संतुष्ट होना चाहिए कि प्रक्रिया में दावा वास्तविक और देय है। टीपीए 20 प्रतिशत कम से कम दावों का सीआईआर करेगा, जहां रिपोर्ट की गई दावा राशि एक वर्ष के दौरान ₹10,000 से अधिक है। जांच किए गए कुल दावों में से 10 प्रतिशत स्तर 1 (ऑन स्पॉट रोगी/ अस्पताल सत्यापन) और स्तर 2 (स्तर 1 + उपचार दस्तावेजों के सत्यापन) का होगा। जांच रिपोर्ट मासिक आधार पर आरओ को प्रस्तुत की जाएगी।

12 आरओ द्वारा प्रस्तुत 2016-17 से 2018-19 की अवधि से संबंधित सूचना की जांच से पता चला कि अधिकांश टीपीए एसएलए के अनुसार जांच नहीं कर रहे थे और कंपनी द्वारा इसकी कड़ाई से मॉनिटरिंग भी नहीं की गई थी। लेखापरीक्षा में देखे गए सीआईआर के संबंध में टीपीए का निष्पादन नीचे दिया गया है:

तालिका 4.7: सीआईआर निष्पादन

वर्ष	स्तर 1 जांच				स्तर 2 जांच			
	टीपीए ने 'शून्य' स्तर 1 जांच की		टीपीए ने 10 प्रतिशत से कम स्तर 1 जांच की		टीपीए ने 'शून्य' स्तर 2 जांच की		टीपीए ने 10 प्रतिशत से कम स्तर 2 जांच की	
	शामिल आरओ की संख्या	टीपीए की संख्या	शामिल आरओ की संख्या	टीपीए की संख्या	शामिल आरओ की संख्या	टीपीए की संख्या	शामिल आरओ की संख्या	टीपीए की संख्या
2016-17	6	4	7	6	5	8	4	2
2017-18	6	5	6	6	5	8	2	3
2018-19	6	4	5	6	7	9	2	2

एनआईएसीएल ने उत्तर दिया (जनवरी 2021) कि वे उल्लिखित मामलों के लिए प्रत्येक दावा फाइल की जांच करेंगे और यदि इसमें कोई प्रमाणित कमी है तो एसएलए के प्रावधान के अनुसार कार्रवाई शुरू करेंगे। एनआईएसीएल ने आगे कहा (अक्टूबर 2021) कि उसने टीपीए को सलाह दी है कि वह जांच रिपोर्ट को अनिवार्य रूप से दावा फाइल में रखे और टीपीए समीक्षा और टीपीए लेखापरीक्षा बैठक के दौरान टीपीए के साथ इस बिंदु पर चर्चा की जाएगी। यूआईआईसीएल ने उत्तर दिया (जुलाई/ अक्टूबर 2021) कि उन्होंने उपरोक्त सभी मामलों में टीपीए से स्पष्टीकरण/ वसूली प्राप्त करने की प्रक्रिया शुरू की है और टीपीए द्वारा जांच न करने के लिए शास्ति लगाने हेतु उपयुक्त रूप से स्वास्थ्य सेवा करार में संशोधन किया है। ओआईसीएल ने उत्तर दिया (जनवरी/ अक्टूबर 2021) कि उन्होंने सुधारों के लिए लेखापरीक्षा अभ्युक्ति को नोट किया है और टीपीए को आवश्यक निर्देश जारी किए हैं। एनआईसीएल ने उत्तर दिया (फरवरी/ नवम्बर 2021) कि उन्होंने लेखापरीक्षा अभ्युक्ति को नोट किया है और यह सुनिश्चित करने के लिए कदम उठाए जा रहे हैं कि सभी टीपीए एसएलए के अनुसार अनिवार्य जांच करते हैं।

मंत्रालय पीएसयू बीमाकर्ताओं के उत्तरों से सहमत था।

टीपीए की सीआईआर गतिविधि बहुत महत्वपूर्ण है क्योंकि यह धोखाधड़ी के मामलों का पता लगाने और नियंत्रित करने तथा नकली दावों में कमी लाने का एक साधन है। जांच के अभाव में रोगी के प्रवेश, बीमारी/ प्रक्रिया और उपचार और दावों की सत्यता का ब्यौरा सत्यापन योग्य नहीं है और झूठे भुगतानों के जोखिम की संभावना है।

सिफारिश 10: पीएसयू बीमाकर्ताओं को यह सुनिश्चित करने की आवश्यकता है कि एसएलए में निर्धारित अनिवार्य जांच टीपीए द्वारा की जाती है और ऐसी जांच रिपोर्टों को दावा फाइलों में रखे जाने की आवश्यकता है, ताकि झूठे भुगतानों/ अतिरिक्त भुगतानों के जोखिम को रोका जा सके।

4.5 ओवरसीज मेडिकलेम पॉलिसी

एनआईएसीएल द्वारा जारी की गई ओवरसीज मेडिकलेम पॉलिसी (ओएमपी) में बीमाकृत व्यक्ति द्वारा भारत के बाहर शारीरिक चोटों या बीमारी या बीमारी के कारण होने वाले प्रत्यक्ष परिणाम के रूप में किए गए चिकित्सा खर्चों को शामिल किया गया था।

एनआईएसीएल 41 नमूना चयनित दावों में से केवल 38 दावे (₹14.66 करोड़) प्रदान कर सका जहां निम्नलिखित अभ्युक्तियाँ देखी गयी थी:

- 20 दावों में कटौती³⁷ लागू नहीं की गई थी जिसके परिणामस्वरूप ₹1.33 लाख तक के दावे का अधिक भुगतान हुआ।
- 10 दावों में ₹1.31 करोड़ तक के आंशिक दावा भुगतान के लिए बिल और वाउचर रिकॉर्ड पर उपलब्ध नहीं थे।
- सक्षम प्राधिकारी से मंजूरी प्राप्त करने के बाद 17 दावों में विलंबित निपटान (35 दिन से 359 दिन) के कारण विनिमय दर में वृद्धि के कारण ₹0.87 करोड़ खर्च करने पड़े।
- निपटाए गए दावों और किए गए भुगतानों के लिए ओवरसीज बीमाकृत/ अस्पताल/ ओवरसीज सेवा प्रदाता (ओएसपी) से दस्तावेज/ पावती प्राप्त करने की कोई प्रणाली नहीं है। इसलिए, 38 दावों में ₹14.66 करोड़ के भुगतान का सत्यापन नहीं किया जा सका।
- 1 नवंबर 2016 के बाद सेवा प्रदाता करार की वैधता का नवीनीकरण नहीं किया गया था।

³⁷ पॉलिसी में यह प्रावधान किया गया कि बीमारी और दुर्घटना के लिए उपचार के लिए प्रत्येक दावे पर एक निश्चित निर्दिष्ट राशि (यूएसडी 100) की कटौती की जाएगी।

- ओएसपी से ₹0.40 करोड़ की बैंक गारंटी उपलब्ध नहीं थी। इसलिए, सेवा प्रदाता करार के अनुरूप एनआईसीएल के वित्तीय हितों की रक्षा नहीं की गई।

एनआईसीएल ने कहा (अक्टूबर 2021) कि टीपीए के साथ मामले की समीक्षा की जा रही है और वे आवश्यक कार्य करेंगे।

मंत्रालय ने एनआईसीएल के उत्तर का समर्थन किया (अक्टूबर 2021)।

जहां तक तीन अन्य पीएसयू बीमाकर्ताओं का संबंध है, लेखापरीक्षा नमूने में 24 दावे (यूआईआईसीएल: 3 दावे, ओआईसीएल: 13 दावे और एनआईसीएल: 8 दावे) थे लेकिन इन्हें लेखापरीक्षा के लिए उपलब्ध नहीं कराया गया था और इसलिए उनकी जांच नहीं की जा सकी।

4.6 पीएसयू बीमाकर्ताओं की आईटी प्रणालियों में कमियां

आईआरडीएआई टीपीए (स्वास्थ्य सेवाएं) विनियमावली, 2016 के विनियम 19 (5) में कहा गया है कि टीपीए और बीमाकर्ता सभी दावों के लिए डेटा के निर्बाध प्रवाह के लिए इलेक्ट्रॉनिक प्रणाली स्थापित करेंगे और समय-समय पर प्राधिकरण द्वारा निर्दिष्ट किए गए डेटा को कैप्चर करने के लिए मानकों और प्रोटोकॉल का पालन करेंगे। लेखापरीक्षा ने पीएसयू बीमाकर्ताओं की आईटी प्रणालियों में निम्नलिखित कमियों का अवलोकन किया:

- 28 मार्च 2016 के आईआरडीएआई परिपत्र में अनुलग्नक -30 में मानक दावा फॉर्म (दावा फॉर्म ए और बी) और नकदी रहित अस्पताल में भर्ती अनुरोध फॉर्म प्रदान किए गए हैं। इसमें निर्धारित कॉलम को पीएसयू बीमाकर्ताओं द्वारा अपनी आईटी प्रणाली में पूरी तरह से कैप्चर नहीं किया जाता है। कैप्चर न की गई कुछ सूचना में कक्ष की श्रेणी, निदान, आईसीडी कोड और रोग का विवरण, पीपीएन कोड, प्रवेश का प्रकार, पूर्व-प्राधिकरण अनुरोध तिथि, प्राधिकरण प्रदान करने की तिथि, अधिकृत राशि, इलाज करने वाले डॉक्टर का नाम, डॉक्टर की पंजीकरण संख्या आदि का विवरण शामिल है।

- दावा पात्रता के निर्धारण के उद्देश्य से, प्रणाली व्यापक होनी चाहिए और सभी आवश्यक विवरणों को कैप्चर करने के लिए आवश्यक डेटा फ़िल्ड उपलब्ध कराने की आवश्यकता है। हालांकि, पॉलिसी के अनुसार कॉर्पोरेट बफर की अनुमति, बफर उपयोग विवरण, ग्राहक के प्रत्येक दावे के बाद उपलब्ध बफर शेष, संचयी बोनस विवरण, सह-

उन्होंने लेखापरीक्षा द्वारा बताई गई विसंगतियों को नोट किया है और भविष्य में ऐसी त्रुटि से बचने का प्रयास करेंगे।

मंत्रालय ने पीएसयू बीमाकर्ताओं के उत्तरों पर सहमति व्यक्त की (अक्टूबर/नवंबर 2021)।

4.7 टीपीए से दावा रिकॉर्ड का संग्रह

आईआरडीआई (टीपीए-स्वास्थ्य सेवाएं) विनियमावली 2016 के विनियम 19(6) के अनुसार, टीपीए को प्रत्येक तिमाही की समाप्ति पर पंद्रह दिनों के भीतर तिमाही आधार पर संबंधित बीमाकर्ताओं को दावों के निपटारे से संबंधित सभी फाइलों, आंकड़ों और अन्य संबंधित जानकारी को प्रस्तुत या सौंपना चाहिए और बीमाकर्ता को पावती के तहत इसे स्वीकार करना चाहिए।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि 31 मार्च, 2020 तक, 1.03 करोड़ दावा फाइलों को नीचे दिए गए विवरण के अनुसार 16 से 19 टीपीए से चार पीएसयू बीमाकर्ताओं को हस्तांतरित नहीं किया गया है।

तालिका 4.8: 31 मार्च 2020 तक पीएसयू बीमाकर्ताओं को टीपीए द्वारा हस्तांतरित नहीं की गई दावा फाइलें

समय	एनआईसीएल (16)*	यूआईआईसीएल (18)*	ओआईसीएल (19)*	एनआईसीएल (19)*
3 महीने से कम	1,49,133	2,20,991	65,772	96,141
3 से 6 माह	1,70,837	2,73,756	62,943	1,61,607
6 माह से 1 वर्ष	3,51,152	4,48,660	1,24,870	3,15,698
1 वर्ष से 3 वर्ष	9,02,092	15,02,796	3,66,624	10,92,384
3 वर्ष से ज्यादा	7,65,877	12,03,968	2,60,076	17,52,697
कुल	23,39,091	36,50,171	8,80,285	34,18,527
* कोषटक में दिए गए आंकड़े शामिल टीपीए की संख्या को दर्शाते हैं				

इसके अलावा, पीएसयू बीमाकर्ताओं³⁸ ने 2891 दावा फाइलें सॉफ्टकॉपी में और 43 दावा फाइलें हार्ड कॉपी में प्रदान कीं, जिनमें से 5,279 दावे नमूने के रूप में चुने³⁹

³⁸ एनआईसीएल-1154, यूआईआईसीएल-1022, ओआईसीएल-559 और एनआईसीएल-199 प्रदान और लेखापरीक्षा किए गए

³⁹ एनआईसीएल-1364, यूआईआईसीएल-1577, ओआईसीएल-941 और एनआईसीएल-1397 नमूना चयनित दावे

गए। इस प्रकार, लेखापरीक्षा को 2,345 दावा फाइलें प्रदान नहीं की गई थीं, जिससे यह संकेत मिलता है कि पीएसयू बीमाकर्ताओं द्वारा यह सुनिश्चित नहीं किया जाता कि दावों की फाइलें हर तिमाही एकत्र की गई और संरक्षित की गई है।

एनआईसीएल ने उत्तर दिया (जून 2021) कि उन्होंने टीपीए से दावा फाइलें इकट्ठा करने के लिए अपने कार्यालयों को परिपत्र भेजा था लेकिन इसका कड़ाई से पालन नहीं किया जाता है। एनआईसीएल ने आगे कहा (अक्टूबर 2021) कि सभी कार्यालय अब नियमित रूप से टीपीए से दावा फाइलें एकत्र कर रहे हैं और इसकी मॉनिटरिंग भी की जा रही है। यूआईआईसीएल ने अभ्युक्तियों को नोट किया है (अक्टूबर 2021) और कहा कि वे टीपीए द्वारा विश्वसनीय निष्पादन सुनिश्चित करने के लिए अपनी प्रणाली और प्रक्रियाओं में लगातार सुधार कर रहे हैं। ओआईसीएल और एनआईसीएल ने आवश्यक अनुपालन के लिए लेखापरीक्षा अभ्युक्ति को नोट किया (अक्टूबर/नवंबर 2021)।

मंत्रालय ने पीएसयू बीमाकर्ताओं के उत्तरों का समर्थन किया (अक्टूबर 2021)।

4.8 सारांश

स्वास्थ्य बीमा दावों का प्रसंस्करण मुख्य रूप से पीएसयू बीमाकर्ता स्तर के साथ-साथ टीपीए स्तर दोनों पर डिजिटल प्लेटफॉर्म पर है जिसमें सन्निहित सत्यापन नियंत्रण, डेटा एकीकरण और डेटा के निर्बाध प्रवाह के साथ सही आईटी प्रणालियों की गारंटी है। पीएसयू बीमाकर्ताओं की आईटी प्रणाली में उचित सत्यापन जांच और नियंत्रण का अभाव था, जिससे सुचारू कामकाज और रिपोर्टिंग प्रणाली में कमी आती है। यह देखा गया है कि आईटी प्रणालियों को सभी आवश्यक फील्ड को कैचर करने के लिए डिज़ाइन नहीं किया गया है, कैचर किए गए डेटा पूर्ण नहीं हैं, प्रणाली कई प्रविष्टियों को स्वीकार कर रही हैं और डेटा अखंडता से संबंधित समस्याएं थीं। इसके परिणामस्वरूप दावों का बहु निपटान, बीमाकृत राशि से अधिक भुगतान और बोनस, विशिष्ट रोगों के लिए प्रतीक्षा अवधि खंड की अनदेखी के कारण अतिरिक्त भुगतान, सह-भुगतान खंड लागू न करना, विशिष्ट रोगों के लिए कैपिंग सीमा का उल्लंघन, स्वीकार्य दावा राशि का गलत आकलन, प्रत्यारोपण पर अनियमित भुगतान, विलंबित निपटान पर ब्याज का भुगतान न करना आदि जैसी चूकें हुई हैं।

अध्याय 5: समूह स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों का जोखिम अंकन

5.1 स्वास्थ्य बीमा जोखिम अंकन पॉलिसी

आईआरडीएआई द्वारा अधिसूचित स्वास्थ्य बीमा विनियमावली (जुलाई 2016) के विनियम 8 (क) में यह निर्धारित किया गया कि बीमा कंपनियाँ स्वास्थ्य बीमा जोखिम अंकन पॉलिसी विकसित करेंगी, जिसे बीमा कंपनी के बोर्ड द्वारा अनुमोदित किया जाएगा और नियामक के पास ऐसी अनुमोदित जोखिम अंकन पॉलिसी दाखिल की जाएगी। इसके अलावा, इसमें यह प्रावधान किया गया कि प्रत्येक बीमाकर्ता को चिकित्सा क्षेत्र और स्वास्थ्य बीमा कारोबार को प्रभावित करने वाले परिवर्तनों के अनुरूप जोखिम अंकन पॉलिसी की आवधिक समीक्षा के लिए उपाय करने की भी आवश्यकता है।

लेखापरीक्षा संवीक्षा से पता चला कि सभी चार पीएसयू बीमाकर्ताओं ने जोखिम अंकन पॉलिसी तैयार की है और लागू की है और बाद में इसकी समीक्षा⁴⁰ की है। हालांकि, पॉलिसी के कार्यान्वयन में अपर्याप्तताएं थीं, जिन पर नीचे चर्चा की गई है:

5.2 जोखिम अंकन पॉलिसी का पालन न करने से राजस्व की हानि

आईआरडीएआई ने स्वास्थ्य बीमा विनियमावली, 2016 के विनियम 8 (सी) में प्रावधान किया कि स्वास्थ्य बीमा के लिए किसी भी प्रस्ताव को बोर्ड द्वारा अनुमोदित जोखिम अंकन पॉलिसी के आधार पर यथा प्रस्तावित या संशोधित शर्तों पर स्वीकार किया जा सकता है या पूरी तरह से अस्वीकार किया जा सकता है। इसके अलावा, विनियम 10 में प्रावधान था कि बीमाकर्ता यह सुनिश्चित करेंगे कि स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी के लिए प्रीमियम व्यक्तिगत पॉलिसी और समूह पॉलिसियों और अन्य लागू प्रासंगिक जोखिम कारकों के लिए आयु पर आधारित होगा।

लेखापरीक्षा ने 222 समूह स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों (एनआईएसीएल: 78, यूआईआईसीईएल: 76 और ओआईसीएल: 68) की जांच करके अपनी संबंधित जोखिम अंकन पॉलिसी के संदर्भ में एनआईएसीएल, यूआईआईसीएल और ओआईसीएल के अनुपालन की जांच की। एनआईएसीएल के संबंध में, समूह पॉलिसियों के जोखिम अंकन

⁴⁰ एनआईएसीएल (सितंबर 2013 और मई 2016), यूआईआईसीएल (जुलाई 2013 और फरवरी 2018), ओआईसीएल (फरवरी 2015 और मई 2019) और एनआईएसीएल (मार्च 2016 और दिसंबर 2017)

की पहले लेखापरीक्षा की गयी थी और नियंत्रक एवं महालेखापरीक्षक की 2020 की प्रतिवेदन संख्या 18 के पैरा नंबर 5.4 में निष्कर्षों को शामिल किया गया था।

222 समूह स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों के लेखापरीक्षा नमूने में से तीनों पीएसयू बीमाकर्ताओं ने लेखापरीक्षा संवीक्षा के लिए केवल 188 पॉलिसियों के रिकॉर्ड उपलब्ध कराए हैं। इन 188 समूह स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों⁴¹ की लेखापरीक्षा संवीक्षा से पता चला कि:

- 30 पॉलिसियों (15.96 प्रतिशत) में, बोर्ड द्वारा अनुमोदित जोखिम अंकन पॉलिसी के अनुसार प्रीमियम प्रभारित किया गया था।
- 155 पॉलिसियों (82.45 प्रतिशत) में, व्यय कैलकुलेटर का पालन न करने और प्रतिकूल दावा अनुभव की गैर-लोडिंग न करने के परिणामस्वरूप ₹1,548.19 करोड़ का कम प्रीमियम प्रभारित हुआ।
- 3 पॉलिसियों में, एनआईएसीएल ने ₹9.28 करोड़ की अधिक छूट की अनुमति दी।

नीचे दी गई तालिका पीएसयू बीमाकर्तावार कम प्रभारित प्रीमियम और अधिक छूट की अनुमति को इंगित करती है।

तालिका 5.1: कम प्रभारित प्रीमियम और अधिक छूट अनुमति के विवरण

पीएसयू बीमाकर्ता का नाम	नमूना चयनित पॉलिसियों की संख्या	पॉलिसी की प्रति और यूडब्ल्यू रिकॉर्ड पूर्णतः प्रदान किए गए	व्यय कैलकुलेटर/ नॉन लोडिंग का पालन न करना		अधिक छूट की अनुमति		जांच की गयी पॉलिसियों की संख्या जिनमें सही ढंग से प्रीमियम प्रभारित किया गया
			पॉलिसियों की संख्या	कम प्रभारित प्रीमियम राशि (₹ करोड़ में)	पॉलिसियों की संख्या	अधिक छूट की अनुमति (₹ करोड़ में)	
एनआईएसीएल	78	48	41	866.25	3	9.28	4
यूआईआईसीएल	76	72	50	269.14	0	0	22
ओआईसीएल	68	68	64	412.80	0	0	4
कुल	222	188	155	1,548.19	3	9.28	30

कंपनी-वार लेखापरीक्षा निष्कर्षों पर नीचे चर्चा की गई है:

⁴¹ एनआईएसीएल: 48, यूआईआईसीएल: 72 और ओआईसीएल: 68

5.2.1 न्यू इंडिया एश्योरेंस कंपनी लिमिटेड (एनआईएसीएल)

2016-17 से 2018-19 के दौरान एकत्र किए गए ₹19,991 करोड़ के प्रीमियम के साथ एनआईएसीएल में स्वास्थ्य बीमा खंड समग्र बीमा कारोबार का 34 प्रतिशत है। स्वास्थ्य बीमा कारोबार का बड़ा हिस्सा समूह स्वास्थ्य बीमा ग्राहकों से है जो ₹19,991 करोड़ में से ₹11,544 करोड़ (58 प्रतिशत) की राशि है। उपरोक्त तीन वित्तीय वर्षों के दौरान समूह स्वास्थ्य बीमा ग्राहकों का औसत आईसीआर 111.43 प्रतिशत था, जिसने प्रतिकूल रूप से, स्वास्थ्य बीमा खंड की समग्र लाभप्रदता के साथ-साथ समग्र कारोबार को प्रभावित किया।

लेखापरीक्षा जांच के लिए कुल 78 समूह स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों (33 कॉर्पोरेट ग्राहकों) का चयन किया गया था। हालांकि, एनआईएसीएल विभिन्न संबंधित दस्तावेजों वाली केवल 48 पॉलिसियाँ उपलब्ध करा सका था।

इस संबंध में, लेखापरीक्षा में पाया गया कि नमूना जांच की गई 48 पॉलिसियों में से केवल 4 में, एनआईएसीएल द्वारा जारी दिशा-निर्देशों (जुलाई 2012) के अनुरूप व्यय आधार पर प्रीमियम लिया गया था। शेष 44 पॉलिसियों (91.67 प्रतिशत) में निम्नलिखित कमियां पाई गई -

- i. 9 पॉलिसियों में, एनआईएसीएल ने प्रीमियम की गणना के लिए व्यय कैलकुलेटर का प्रयोग नहीं किया है जिसके परिणामस्वरूप ₹128.80 करोड़ तक कम प्रीमियम प्रभारित किया गया है।
- ii. शेष 35 पॉलिसियाँ में, दावों की लागत, अधिग्रहण लागत और दावा प्रशासन लागत को एनआईएसीएल द्वारा जारी जोखिम अंकन पॉलिसी/ व्यय कैलकुलेटर दिशानिर्देशों (जुलाई 2012) के पैरा 5.4 के अनुरूप सही ढंग से नहीं अपनाया गया था जिसके परिणामस्वरूप ₹737.45 करोड़ तक कम प्रीमियम प्रभारित किया गया और विचलन का विवरण नीचे दिया गया है:

क. व्यय लेकिन सूचित नहीं किए गए (आईबीएनआर) दावे:

- 1 पॉलिसी में, आईबीएनआर दावों को निर्धारण के अनुसार लागू किया गया था।
- 14 पॉलिसियों में, 8 प्रतिशत की दर से प्रभारित किए जाने वाले आईबीएनआर के दावों को प्रभारित नहीं किया गया था।

- 20 पॉलिसियाँ में, कम की गयी आईबीएनआर दर (1 से 6 प्रतिशत) प्रभारित⁴² की गई हालांकि दिशा-निर्देशों में यह निर्धारित किया गया है कि आईबीएनआर दरों पर मोल-भाव नहीं किया जा सकता।

ख. प्रबंधन व्यय के मद में प्रीमियम लोड करना:

- एनआईएसीएल ने 35 पॉलिसियों में से 24 में निर्धारित 5 प्रतिशत की दर से प्रबंधन व्यय प्रभारित नहीं किया।
- एक पॉलिसी में, 1 प्रतिशत का कम प्रबंधन व्यय प्रभारित किया गया था।

ग. बाजार मुद्रास्फीति के मद में प्रीमियम लोड करना:

- बाजार मुद्रास्फीति केवल आठ पॉलिसियों में निर्धारित के रूप में प्रभारित की गयी थी।
 - 35 पॉलिसियों में से 24 में एनआईएसीएल 5 प्रतिशत की दर से लागू बाजार मुद्रा स्फीति प्रभारित नहीं की थी।
 - 5 प्रतिशत बाजार मुद्रास्फीति के प्रति, एक पॉलिसी में बाजार मुद्रास्फीति 1 प्रतिशत की दर से और दो पॉलिसियाँ में 0.2 प्रतिशत की दर से प्रभारित की गई थी।
- iii. निम्न तीन समूह ग्राहकों के लिए, प्रीमियम राशि में 'विशेष छूट' की अनुमति दी गई थी, यद्यपि जोखिम अंकन पॉलिसी में ऐसा कोई प्रावधान नहीं था।
- मराठा विद्या प्रसार समाज- ₹5.30 करोड़ राशि की 75 प्रतिशत छूट।
 - डॉ. सी जे देसाई - ₹15 लाख की राशि की 25 प्रतिशत छूट।
 - नासिक नगर निगम - ₹3.83 करोड़ की राशि की 75.8 प्रतिशत छूट।

उपरोक्त तीन ग्राहकों में से दो ग्राहकों (नासिक नगर निगम और डॉ सी जे देसाई) के लिए, पॉलिसी को एनआईएसीएल द्वारा पहली बार अंडरराइट और जारी किया गया था। इसलिए, पिछला आईसीआर डेटा उपलब्ध नहीं था। तीसरे ग्राहक अर्थात मराठा विद्या प्रसारक समाज के मामले में वर्ष 2015-16 के दौरान आईसीआर 384 प्रतिशत थी। पिछले वर्ष में उच्च दावा व्यय के लिए प्रीमियम राशि लोड करने के बजाय,

⁴² एक पॉलिसी में 1 प्रतिशत, एक पॉलिसी में 3 प्रतिशत, 3 पॉलिसी में 4 प्रतिशत, 14 पॉलिसी में 5 प्रतिशत और एक पॉलिसी में 6 प्रतिशत प्रभारित किया गया है।

पॉलिसी का उल्लंघन करते हुए 75 प्रतिशत की भारी छूट की अनुमति दी गई थी, जो ग्राहक को अनुचित लाभ देने का संकेत है।

i) एनआईएसीएल की स्वास्थ्य बीमा जोखिम अंकन पॉलिसी, 2016 के पैरा 6.2.3 में यह प्रावधान है कि लंबे समय से घाटे में चल रहे खाते यदि कोई हो, की पहचान करने के लिए कॉर्पोरेट और समूह कारोबार का आवधिक मूल्यांकन किया जाना चाहिए, और आवश्यक उपचारात्मक कार्रवाई शीघ्रता से की जानी चाहिए। हालांकि, एनआईएसीएल ने समय-समय पर इस तरह का मूल्यांकन नहीं किया और स्वास्थ्य बीमा पोर्टफोलियो का प्रभावी प्रबंधन सुनिश्चित करने के लिए बोर्ड के समक्ष रिपोर्ट नहीं रखी।

ii) स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों के समूह ग्राहक इस आधार पर प्रीमियम में कमी के लिए सौदेबाजी करते हैं कि वे अन्य पोर्टफोलियो जैसे आग, समुद्री-बीमा आदि में भी कारोबार लाते हैं। वित्त मंत्रालय के दिशा-निर्देशों (24 सितंबर 2012) ने ऐसे मामलों में 'अन्य पोर्टफोलियो खंडों' पर विचार करने की अनुमति दी, बशर्ते कि आईसीआर 100 प्रतिशत से कम हो। एनआईएसीएल के पास कई पोर्टफोलियो के तहत व्यापार की पेशकश करने वाले ग्राहक थे और इन्हें समूह पॉलिसियाँ जारी की गई थी, लेकिन प्रीमियम राशि का अनुमोदन करते समय प्रति सहायता के बारे में गणना पर विचार नहीं किया गया।

लेखापरीक्षा ने एनआईएसीएल के शीर्ष दो ग्राहकों अर्थात् मेसर्स टाटा कंसल्टेंसी सर्विसेज लिमिटेड/ टाटा ग्रुप कंपनियों (मेसर्स टीसीएस/ टाटा) और मेसर्स लाइफ इंश्योरेंस कॉर्पोरेशन ग्रुप (मेसर्स एलआईसी)⁴³ के मामले में प्रति सहायता से संबंधित पहलू का विश्लेषण किया। स्वास्थ्य खंड और स्वास्थ्य खंड के अलावा अन्य दोनों के लिए मेसर्स टीसीएस/ टाटा ग्रुप ऑफ कंपनीज और एलआईसी के संबंध में एकत्र प्रीमियम और व्यय की गई राशि के प्रमुख संकेतकों की तुलना नीचे दी गई है:

⁴³ एक साथ, मेसर्स टीसीएस/ टाटा समूह और मेसर्स एलआईसी समूह के पास पिछले पांच वर्षों के दौरान औसतन पूरे स्वास्थ्य व्यवसाय यानी खुदरा, समूह और सरकारी योजनाओं का 15.21 प्रतिशत हिस्सा है। यदि अकेले समूह श्रेणी पर विचार किया जाए, तो दोनों ग्राहकों के पास पिछले पांच वर्षों के दौरान औसतन एनआईएसीएल के समूह स्वास्थ्य बीमा व्यवसाय का लगभग 1/4 प्रतिशत हिस्सा है।

तालिका 5.2: शीर्ष दो ग्राहकों (स्वास्थ्य और अन्य पोर्टफोलियो) का प्रीमियम और व्यय

वित्त वर्ष	स्वास्थ्य खंड के तहत एकत्र प्रीमियम (₹ करोड़ में)	स्वास्थ्य खंड के अलावा अन्य के तहत एकत्र प्रीमियम (₹ करोड़ में)	समूह से एकत्र किया गया कुल प्रीमियम (₹ करोड़ में)	स्वास्थ्य पोर्टफोलियो में समूह के लिए खर्च की गई राशि (₹ करोड़ में)	स्वास्थ्य पोर्टफोलियो के अलावा अन्य में समूह के लिए खर्च की गई राशि (₹ करोड़ में)	सभी पोर्टफोलियो के तहत कुल दावा व्यय (₹ करोड़ में)
टीसीएस समूह						
2016-17	758.04	89.88	847.91	867.15	26.43	893.58
2017-18	817.60	89.87	907.47	892.71	53.41	946.12
2018-19	904.18	106.42	1,010.60	976.12	57.13	1,033.25
2019-20	973.56	79.09	1,052.65	1059.12	107.96	1,167.08
2020-21	1,107.08	124.48	1,231.56	1087.25	32.87	1,120.12
कुल	4,560.45	489.74	5,050.19	4882.35	277.80	5,160.15
एलआईसी समूह						
2016-17	286.75	0.09	286.84	313.79	0.74	314.53
2017-18	289.06	0.35	289.41	323.20	0.52	323.72
2018-19	330.61	0.75	331.36	374.55	0.21	374.76
2019-20	388.40	1.03	389.43	402.23	0.04	402.27
2020-21	441.21	0.8	442.01	445.39	0.57	445.96
कुल	1,736.03	3.02	1,739.05	1,859.16	2.08	1,861.24

उपरोक्त तालिका से यह देखा जा सकता है कि मेसर्स टीसीएस के संबंध में, स्वास्थ्य के तहत ₹4,560.45 करोड़ के प्रीमियम के प्रति, दावा व्यय ₹4,882.35 करोड़ था। सभी कारोबार लाइनों के तहत ₹5,050.19 करोड़ के कुल प्रीमियम के प्रति, दावा व्यय ₹5,160.15 करोड़ था (संग्रहीत प्रीमियम ₹109.96 करोड़ अधिक था)। मेसर्स टीसीएस/टाटा समूह के स्वास्थ्य खंड का औसत आईसीआर 107 प्रतिशत रहा और यदि अन्य पोर्टफोलियो पर विचार किया जाए तो भी आईसीआर 102 प्रतिशत रहा। इसके अलावा प्रबंधन खर्च जमा ब्रोकरेज जमा टीपीए फीस पर विचार करते हुए, टीसीएस/टाटा समूह का संयुक्त अनुपात स्वास्थ्य बीमा के तहत 127 फीसदी और समूचे टाटा समूह के लिए 122 फीसदी तक बढ़ जाएगा।

मेसर्स एलआईसी ग्रुप ऑफ कंपनीज के संबंध में, स्वास्थ्य के तहत संग्रहीत ₹1,736.03 करोड़ के प्रीमियम के मुकाबले, दावा व्यय ₹1,859.16 करोड़ था। कारोबार की सभी लाइनों के तहत संग्रहीत ₹1,739.05 करोड़ के कुल प्रीमियम के मुकाबले दावा

₹1,861.24 करोड़ था (संग्रहीत प्रीमियम से ₹122.19 करोड़ अधिक था)। मेसर्स एलआईसी ग्रुप के स्वास्थ्य क्षेत्र का औसत आईसीआर 107 प्रतिशत रहा और अगर कारोबार की सभी लाइनों पर विचार किया जाए तो भी आईसीआर 107 प्रतिशत पर ही रहा। इसके अलावा प्रबंधन व्यय जमा ब्रोकरेज जमा टीपीए शुल्क को ध्यान में रखते हुए, एलआईसी समूह का संयुक्त अनुपात स्वास्थ्य बीमा के साथ-साथ पूरे समूह के लिए 127 प्रतिशत तक बढ़ जाएगा।

इसलिए, स्वास्थ्य बीमा के कम प्रीमियम का दो ग्राहकों के अन्य पोर्टफोलियो से अर्जित लाभ से समंजन नहीं किया गया था। प्रीमियम के कम प्रभार के कारण शुद्ध हानि टीसीएस के संबंध में ₹1120 करोड़⁴⁴ और एलआईसी⁴⁵ के संबंध में ₹470 करोड़ है।

एनआईसीएल ने उत्तर दिया (जनवरी 2021) कि निजी और स्टैंड अलोन स्वास्थ्य बीमाकर्ता बड़े और समग्र लाभदायक और प्रतिष्ठित खातों का विचलन करने के लिए रणनीति अपनाते हैं। इस तरह के पलायन को रोकने और बाजार की मांग को पूरा करने के लिए, एनआईसीएल ने एक धारणीय और लम्बे समय के पोर्टफोलियो के लिए सभी कारकों के बीच संतुलन बना कर पॉलिसियाँ की कीमत निर्धारित की थी। प्रति सहायता पर बड़े ग्राहकों के लिए इस तथ्य को ध्यान में रखते हुए विचार किया जाता है कि स्वास्थ्य बीमा के थोक प्रीमियम निवेशों और उच्चतम ब्याज के लिए निधि की सुविधा प्रदान करते हैं। एनआईसीएल ने कहा कि सभी खातों की समय-समय पर समीक्षा की जाती है और यह सत्यापित करने की प्रणाली वर्ष 2020 में शुरू की गई है कि अनुमोदित प्रीमियम प्रभारित किया गया है। एनआईसीएल ने आगे उत्तर दिया (अक्टूबर 2021) कि उसने आवश्यक कदम उठाए हैं और समूह स्वास्थ्य बीमा कारोबार के विवेकपूर्ण जोखिम अंकन के लिए सचेत किया है ताकि इसे एक व्यवहार्य कारोबार प्रस्ताव बनाया जा सके।

⁴⁴ स्वास्थ्य खंड के तहत नुकसान ₹1233.99 करोड़ (₹4560.45 करोड़ - ₹4882.35 करोड़ = ₹321.90 करोड़) - [₹321.90 करोड़ यानी ₹912.09 करोड़] का 20% प्रबंधन व्यय और स्वास्थ्य खंड के अलावा अन्य लाभ ₹113.99 करोड़ के बीच अंतर (₹489.74 करोड़ - ₹277 करोड़ = ₹211.94 करोड़) - [20% प्रबंधन व्यय ₹211.94 करोड़ यानी ₹97.95 करोड़]

⁴⁵ स्वास्थ्य खंड के तहत नुकसान ₹470.34 करोड़ (₹1736.03 करोड़ - ₹1859.16 करोड़ = ₹123.13 करोड़) - [₹123.13 करोड़ का 20% प्रबंधन व्यय यानी ₹470.34 करोड़] और स्वास्थ्य खंड के अलावा अन्य लाभ ₹0.34 करोड़ के बीच अंतर (₹3.02 करोड़ - ₹2.08 करोड़ = ₹0.94 करोड़) - [20% प्रबंधन व्यय ₹0.94 करोड़ यानी ₹0.60 करोड़]

मंत्रालय ने एनआईसीएल के उत्तर का समर्थन किया (अक्टूबर 2021)।

एनआईसीएल के उत्तर को इस तथ्य के प्रति देखा जाना चाहिए कि किसी भी कारोबार में निरंतर नुकसान को बनाए रखना विवेकपूर्ण दृष्टिकोण नहीं है, तथापि, तर्क दिया गया कि थोक प्रीमियम निवेश और उच्चतम ब्याज के लिए धन की सुविधा प्रदान करते हैं। प्रति सहायता के संबंध में, लेखापरीक्षा ने पाया कि एनआईसीएल ने यह सुनिश्चित करने के लिए एक तंत्र स्थापित नहीं किया कि प्रति सहायता के संबंध में वित्त मंत्रालय के दिशानिर्देशों का पालन किया गया है। इसके अलावा, ऊपर चर्चा किए गए मेसर्स टीसीएस और एलआईसी के संबंध में लेखापरीक्षा द्वारा विश्लेषण से पता चला कि कारोबार की अन्य लाइनों से होने वाले लाभ स्वास्थ्य बीमा कारोबार में होने वाले नुकसान को पूरी तरह से समाहित नहीं कर सके।

5.2.2 यूनाइटेड इंडिया इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड (यूआईआईसीएल)

यूआईआईसीएल ने तीन वर्षों 2016-17, 2017-18 और 2018-19 (समग्र कारोबार का 39 प्रतिशत) के लिए स्वास्थ्य बीमा खंड में ₹14,682 करोड़ का प्रीमियम अर्जित किया। स्वास्थ्य बीमा खंड में व्यय किए गए दावे ₹16,393 करोड़ के थे, जो स्वास्थ्य बीमा खंड में 111.65 प्रतिशत आईसीआर बनता है जिससे उक्त तीन वर्षों के दौरान समग्र लाभ प्रदत्ता प्रभावित हुई।

76 समूह स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों को नमूने के रूप में चुना गया और 72 समूह स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों प्रदान की गईं और लेखापरीक्षा में जांच की गईं। इन पॉलिसियों की संवीक्षा से पता चला कि:

- 72 पॉलिसियों में से 50 में, यूआईआईसीएल ने व्यय कैलकुलेटर का पालन नहीं किया और प्रीमियम को उचित रूप से लोड करने में विफल रहा, जिसके परिणाम स्वरूप प्रीमियम को ₹269.14 करोड़ तक कम प्रभारित किया गया। इन 50 पॉलिसियों में इंडियन बैंक एसोसिएशन (आईबीए) को जारी की गईं 40 पॉलिसियां और अन्य समूह के ग्राहकों को जारी की गईं 10 पॉलिसियां शामिल हैं।
- 22 पॉलिसियों में, रिकॉर्ड से यह संकेत नहीं मिला कि यूआईआईसीएल ने आईबीएनआर, चिकित्सा मुद्रास्फीति, प्रबंधन व्यय जैसे कारकों पर अलग से विचार किया था।

यूआईआईसीएल ने उत्तर दिया (फरवरी 2021) कि उन्होंने समग्र दावा अनुभव पर विचार किया है और सभी समूह पॉलिसियाँ के लिए एक समान पद्धति का पालन किया है। यूआईआईसीएल ने कहा कि जोखिम अंकन पॉलिसी में यह प्रावधान किया गया कि उन्हें बही में एक विशेष ग्राहक को बनाए रखने, अन्य बीमाकर्ताओं को हमारे खातों के विपथन को रोकने और अन्य बीमाकर्ताओं की बही पर एक खाते का विपथन करने के लिए मूल्य निर्धारण में संतुलन स्तर का सहारा लेना पड़ सकता है। यूआईआईसीएल ने आगे कहा (अक्टूबर 2021) कि उन्होंने आवश्यक कोर्स सुधार किया है और घाटे में चल रहे खातों के लिए अपने ऋण जोखिम में काफी कमी की है।

मंत्रालय ने यूआईआईसीएल के उत्तर का समर्थन (अक्टूबर 2021) किया।

हानि पर जोखिम अंकन रणनीतिक कारणों से था इस उत्तर को इस तथ्य के प्रति देखा जाना चाहिए कि इस संबंध अनुमोदन, में किसी लागत लाभ विश्लेषण को नहीं दर्शाते।

5.2.3 ओरिएंटल इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड (ओआईसीएल)

ओआईसीएल ने तीन वर्षों 2016-17, 2017-18 और 2018-19 (कुल प्रीमियम का 34 प्रतिशत) के दौरान स्वास्थ्य बीमा खंड में ₹9,766 करोड़ का प्रीमियम अर्जित किया। स्वास्थ्य बीमा खंड में व्यय किए गए दावे ₹11,022 करोड़ के थे, जो स्वास्थ्य बीमा खंड में 112.86 प्रतिशत आईसीआर बनता, जिससे उक्त तीन वर्षों के दौरान समग्र लाभ प्रदत्ता प्रभावित हुई।

- ओआईसीएल ने सभी 68 नमूना चयनित पॉलिसियाँ प्रदान कीं। 68 पॉलिसियों में से 4 में प्रीमियम सही तरीके से लिया गया था और आवश्यक मंजूरी के दस्तावेज रिकॉर्ड में थे।
- 64 पॉलिसियों में, लेखापरीक्षा ने ऐतिहासिक अनुभव को अपनाने, ज्वलन्त लागत, अधिग्रहण लागत, प्रचार लागत और प्रबंधन खर्चों पर विचार नहीं करने जैसी कमियों के कारण ₹412.80 करोड़ तक प्रीमियम का कम संग्रह पाया।

ओआईसीएल ने लेखापरीक्षा अभ्युक्ति को स्वीकार किया (जनवरी/ अक्टूबर 2021) और आश्वासन दिया कि वह जटिल स्वास्थ्य बीमा बाजार के प्रतिस्पर्धी व्यवहार की लगातार निगरानी कर रहा है और इस कारोबार में दरों के अनुशासन को कायम करने के लिए पर्याप्त कदम उठा रहा है।

मंत्रालय ने ओआईसीएल के उत्तर का समर्थन किया (अक्टूबर 2021)।

सिफारिश 11: पीएसयू बीमाकर्ताओं को प्रीमियम दरों की उद्देश्य लोडिंग के माध्यम से समूह स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों की जोखिम अंकन के लिए और भारी नुकसान को रोकने के लिए जोखिम कवरेज को तर्कसंगत बनाने के लिए रणनीतियाँ विकसित करनी होंगी। साथ ही प्रति सहायता के संबंध में वित्त मंत्रालय के निर्देशों का बीमा कंपनियों द्वारा ईमानदारी से पालन करने की आवश्यकता है। इस संबंध में एक रिपोर्ट लेखापरीक्षा समिति, बोर्ड और मंत्रालय को वार्षिक रूप से प्रस्तुत किए जाने की आवश्यकता है।

5.3 सह-बीमा कारोबार

सह-बीमा कई बीमा कर्ताओं के बीच जोखिम का बंटवारा है। सह-बीमा में, मुख्य बीमाकर्ता प्रमुख शेयर के साथ जोखिम को कम करता है और शेष अन्य बीमाकर्ताओं के बीच साझा करता है। मुख्य बीमाकर्ता कारोबार की खरीद करता है और सभी प्रशासनिक कार्य करता है जिस के लिए मुख्य बीमाकर्ता द्वारा प्रबंधन शुल्क का एक छोटा प्रतिशत (प्रीमियम का 1 प्रतिशत) लगाया जाता है और सह-बीमाकर्ताओं से एकत्र किया जाता है। चार पीएसयू बीमाकर्ताओं ने सह-बीमा कारोबार को स्वीकार करने के लिए दिशा-निर्देश निर्धारित नहीं किए हैं। सह-बीमा कारोबार की लाभ प्रदता का विश्लेषण करने के उद्देश्य से, लेखापरीक्षा ने आगामी स्वास्थ्य सह-बीमा कारोबार की मात्रा और आईसीआर के आंकड़ों की तुलना कुल स्वास्थ्य बीमा कारोबार के आंकड़ों से की। एनआईसीएल, यूआईसीएल, ओआईसीएल और एनआईसीएल में इस संबंध में ब्यौरा निम्न लिखित तालिका में दिया गया है।

तालिका 5.3: कुल स्वास्थ्य बीमा कारोबार की तुलना में सह-बीमा के कारोबार की लाभ प्रदता (प्रीमियम राशि ₹ करोड़ में)

पीएसयू बीमाकर्ता	2016-17		2017-18		2018-19		2016-17 से 2018-19	
	कुल कारोबार के लिए प्रीमियम राशि और आईसीआर प्रतिशत (कोष्टक में)	आगामी कुल कारोबार के लिए प्रीमियम राशि और आईसीआर प्रतिशत (कोष्टक में)	कुल कारोबार के लिए प्रीमियम राशि और आईसीआर प्रतिशत (कोष्टक में)	आगामी कुल कारोबार के लिए प्रीमियम राशि और आईसीआर प्रतिशत (कोष्टक में)	कुल कारोबार के लिए प्रीमियम राशि और आईसीआर प्रतिशत (कोष्टक में)	आगामी कुल कारोबार के लिए प्रीमियम राशि और आईसीआर प्रतिशत (कोष्टक में)	कुल कारोबार के लिए प्रीमियम राशि और आईसीआर प्रतिशत (कोष्टक में)	आगामी कुल कारोबार के लिए प्रीमियम राशि और आईसीआर प्रतिशत (कोष्टक में)
एनआईसीएल	5959.61 (104.74)	598.25 (112.01)	7008.37 (103.83)	658.92 (117.79)	8253.67 (99.02)	664.83 (117.04)	21221.65 (102.33)	1922 (115.61)
यूआईआईसीएल	5241.38 (140.96)	107.38 (146.78)	5614.03 (111.20)	91.49 (133.88)	5365.25 (112.22)	108.69 (134.05)	16220.66 (121.28)	307.56 (138.24)
ओआईसीएल	3323.39 (121.77)	686.08 (85.31)	3608.44 (110.39)	667.22 (114.50)	4088.09 (108.21)	576.95 (142.76)	11019.92 (112.86)	1930.25 (114.19)
एनआईसीएल	4739.22 (127.50)	656.25 (103.35)	5333.91 (116.47)	619.37 (143.41)	5894.34 (104.10)	543.65 (196.54)	15967.47 (116.42)	1819.27 (144.91)
कुल	19263.60 (122.27)	2047.96 (111.86)	21564.75 (109.67)	2037.00 (127.40)	23601.35 (105.04)	1894.12 (147.60)	64429.70 (112.05)	5979.08 (128.24)

स्रोत: पीएसयू बीमाकर्ताओं द्वारा प्रदान किया गया डेटा

लेखापरीक्षा में पाया गया कि 2016-17 से 2018-19 तक तीन वित्त वर्षों के दौरान पीएसयू बीमाकर्ताओं के सह-बीमा कारोबार का आईसीआर 85.31 प्रतिशत से लेकर 196.54 प्रतिशत तक था। सभी कंपनियों और सभी वर्षों में, यह कुल स्वास्थ्य बीमा कारोबार (ओआईसीएल और एनआईसीएल में 2016-17 के दौरान छोड़कर) के आईसीआर से अधिक था। इसलिए आवक सह-बीमा कारोबार पीएसयू बीमाकर्ताओं के लिए लाभदायक नहीं था।

एनआईसीएल ने उत्तर दिया (जनवरी 2021) कि मुख्य बीमाकर्ता के निर्णय को दावों के संबंध में सभी सह-बीमा कर्ताओं द्वारा स्वीकार किया जाता है और आगे कहा गया है कि चूंकि सह-बीमा करार कारोबार की सभी लाइनों में एक समान है, इसलिए वे इस का पूर्णतः पालन करते हैं। यूआईआईसीएल ने कहा (फरवरी 2021) कि चूंकि आगामी सह-बीमा पॉलिसियाँ की आईसीआर समग्र स्वास्थ्य आईसीआर की तुलना में अधिक थी, इसलिए स्वीकृति हाल के वर्षों में अच्छे प्रस्तावों तक सीमित थी जिसने 2019-20 में सह-बीमा पॉलिसियों की आईसीआर को 73.37 प्रतिशत तक कम करने में मदद की थी। ओआईसीएल ने उत्तर दिया (जनवरी 2021) कि सह-बीमा शेष कंपनियों के बीच निपटाए जाते हैं और समझौतों की सभी शर्तों का विधिवत ध्यान रखा जाता है। हालांकि, उन्होंने लेखापरीक्षा की टिप्पणियों को विधिवत नोट किया है। एनआईसीएल ने

उत्तर दिया (फरवरी 2021) कि सह-बीमा दावों के मामले में मुख्य बीमाकर्ता द्वारा प्रदान किए गए दावों को बुक करना एक आम प्रथा है।

पीएसयू बीमाकर्ताओं का उत्तर इस तथ्य के प्रति देखा जाना चाहिए कि पीएसयू बीमाकर्ताओं द्वारा अपने साथियों से केवल अच्छी गुणवत्ता वाले आगामी सह-बीमा की स्वीकृति सुनिश्चित करने के लिए प्रणाली और प्रक्रियाओं की पीएसयू बीमाकर्ताओं में कमी थी।

एनआईसीएल और ओआईसीएल ने भविष्य के अनुपालन के लिए लेखापरीक्षा अभियुक्त नोट किया (अक्टूबर 2021)। ओआईसीएल ने आगे कहा कि वे सह-बीमा कारोबार को स्वीकार करते हुए और अधिक सावधानी बरतेंगे और जोखिम अंकन जांच लागू करेंगे। यूआईआईसीएल ने कहा (अक्टूबर 2021) कि वह किसी भी सह-बीमा कारोबार को स्वीकार करते समय विवेकपूर्ण जोखिम अंकन करेगा।

मंत्रालय ने तीन पीएसयू बीमाकर्ताओं के जवाबों का समर्थन (अक्टूबर 2021) किया।

सिफारिश 12: पीएसयू बीमाकर्ताओं को एक विवेकपूर्ण दृष्टिकोण के रूप में सह-बीमा कारोबार को स्वीकार करने के लिए उचित दिशानिर्देश तैयार करने और विशेष रूप से निजी बीमाकर्ताओं से नुकसान उठाने वाले सह-बीमा कारोबार से बचने की आवश्यकता है।

5.4 सारांश

पीएसयू बीमाकर्ताओं का समूह स्वास्थ्य बीमा खंड घाटे में चल रहा है और इसके लिए प्रीमियम दरों के वस्तुनिष्ठ जोखिम आकलन और लोडिंग की आवश्यकता होती है। मार्च 2021 को समाप्त पांच वर्षों के दौरान पीएसयू बीमाकर्ताओं को ₹26,364 करोड़ की राजस्व हानि हुई है। लेखापरीक्षा में 188 समूह स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों की जांच से पता चला कि व्यय कैलकुलेटर का पालन न करने और प्रति कूल दावा अनुभव की लोडिंग न करने के परिणामस्वरूप प्रीमियम को 155 पॉलिसियों में ₹1,548.19 करोड़ तक कम प्रभारित किया गया और 3 पॉलिसियों में ₹9.28 करोड़ की अतिरिक्त छूट दी गई। केवल अच्छी गुणवत्ता वाले आगामी सह-बीमा कारोबार की स्वीकृति सुनिश्चित करने के लिए उपयुक्त प्रणाली और प्रक्रिया पीएसयू बीमाकर्ताओं में अनुपस्थित थी जिसके परिणामस्वरूप समग्र स्वास्थ्य बीमा कारोबार की तुलना में स्वास्थ्य सह-बीमा कारोबार में अधिक नुकसान हुआ।

अध्याय 6: आंतरिक लेखापरीक्षा और धोखाधड़ी नियंत्रण

6.1 आंतरिक लेखापरीक्षा विभाग द्वारा स्वास्थ्य बीमा की लेखापरीक्षा

आंतरिक लेखापरीक्षा कार्यों में राजस्व के क्षरण के प्रति बचाव के लिए आंतरिक नियंत्रण की पर्याप्तता और सर्वोत्तम संभव तरीके में संसाधनों के प्रभावी और दक्ष उपयोग पर जांच करना, मूल्यांकन करना और प्रबंधन को रिपोर्ट करना शामिल है। पीएसयू बीमाकर्ताओं ने आंतरिक लेखापरीक्षा नियम पुस्तिका निर्धारित की है और अपने कार्यालयों/ विभागों की आंतरिक लेखापरीक्षा नियमित रूप से की है और टीपीए द्वारा निपटान किए गए दावों की लेखापरीक्षा भी की है।

इस सम्बन्ध में लेखापरीक्षा में पाया गया कि:

- एनआईसीएल में आंतरिक लेखापरीक्षा के लिए नियत किए गए लक्ष्य ₹10,000 से अधिक प्रदत्त दावों के लिए 20 प्रतिशत हैं और ₹10,000 से कम दावों के लिए 10 प्रतिशत हैं। 2016-19 के दौरान 26,95,412 दावे ऐसे थे जहां राशि ₹10,000 से अधिक थी और 37,82,445 दावे ऐसे थे जहां राशि ₹10,000 से कम थी। एनआईसीएल को 20 प्रतिशत की दर पर 5,39,083 दावों की और 10 प्रतिशत की दर पर 3,78,245 दावों की लेखापरीक्षा करनी चाहिए थी। तथापि एनआईसीएल ने 20 प्रतिशत और 10 प्रतिशत श्रेणी के अन्तर्गत टीपीए द्वारा निपटान किए गए क्रमशः मात्र 10,031 दावों और 467 दावों की लेखापरीक्षा की। इस प्रकार लेखापरीक्षा में कमी 20 प्रतिशत श्रेणी के अंतर्गत 98.14 प्रतिशत और 10 प्रतिशत श्रेणी के अन्तर्गत 99.88 प्रतिशत थी।
- यूआईआईसीएल में, दावों की लेखापरीक्षा के लिए निर्धारित प्रतिशतता 30 प्रतिशत थी। तथापि निपटान किए गए दावों के केवल 10.54 प्रतिशत की 2016-19 तक तीन वर्षों के दौरान लेखापरीक्षा की गयी और कमी 89.46 प्रतिशत थी।
- ओआईसीएल में आरओ दिनांक 15 अक्टूबर 2015 के ओआईसीएल के परिपत्र में ऐसा करने के अनुबंध के बावजूद समीक्षा/ लेखापरीक्षा कार्यक्रम के सम्बन्ध में एचओ को सूचना नहीं दे रहे थे।
- एनआईसीएल में टीपीए की लेखापरीक्षा के लिए एक स्वास्थ्य लेखापरीक्षा दल का गठन किया गया जो आंतरिक लेखापरीक्षा के अलावा एक अतिरिक्त लेखापरीक्षा

होगी। तथापि नमूना जांच किए गए 8 आरओ में से 5 में आंतरिक लेखापरीक्षा द्वारा टीपीए लेखापरीक्षा नहीं की गयी। इसके अतिरिक्त, 2016-19 की अवधि के दौरान 1364 टीपीए यूनिटों में से केवल 367 की स्वास्थ्य लेखापरीक्षा दलों द्वारा लेखापरीक्षा की गयी।

- सभी पीएसयू बीमाकर्ताओं में, 2016-17 से 2018-19 तक के वर्षों के दौरान लेखापरीक्षा परिणाम लेखापरीक्षा समिति को सूचित नहीं किए गए।

पीएसयू बीमाकर्ताओं ने उत्तर दिया (जनवरी/ फरवरी/ अक्टूबर/ नवम्बर 2021) कि उन्होंने लेखापरीक्षा द्वारा बताई गई कमी/ अपर्याप्तता को नोट कर लिया है और आश्वासन दिया कि उपयुक्त उपाय कार्यान्वित किए जाएंगे। उन्होंने यह भी आश्वासन दिया कि आवश्यक निर्देश हेतु भविष्य में लेखापरीक्षा समिति की बैठक में लेखापरीक्षा प्रतिवेदनों को रखा जाएगा।

पीएसयू बीमाकर्ताओं के उत्तरों से मंत्रालय सहमत था (अक्टूबर/ नवम्बर 2021)।

उत्तर पर इस तथ्य के प्रति विचार किया जा सकता है आंतरिक/ स्वास्थ्य लेखापरीक्षा में अपर्याप्त प्रणालियों और क्रियाविधियों और लेखापरीक्षा अननुरूप संख्या से दावों के अधिक निपटान अथवा गलत निपटान के कारण राजस्व के क्षरण की गुंजाइश रहती है।

सिफारिश 13: आन्तरिक लेखापरीक्षा में कमियों के लिए जवाबदेही तय किए जाने की जरूरत है। चूंकि स्वास्थ्य पोर्टफोलियो एक हानि उठाने वाला पोर्टफोलियो है, अतः आंतरिक लेखापरीक्षा तंत्र को मज़बूत बनाया जाना चाहिए ताकि हानियों में कमी हो।

6.2 टीपीए से लेखापरीक्षा वसूलियां

स्वास्थ्य लेखापरीक्षा दल टीपीए द्वारा प्रसंस्कृत दावों की लेखापरीक्षा करते हैं। मार्च 2019 को समाप्त तीन वित्त वर्षों के दौरान, चार पीएसयू बीमाकर्ताओं में, 659 दावों की लेखापरीक्षा की गई और ₹14.30 करोड़ की वसूली बताई गई, हालांकि, पीएसयू बीमाकर्ताओं ने अब तक केवल ₹6.06 करोड़ की वसूली की और ₹8.24 करोड़ (58 प्रतिशत) वसूली बकाया है जैसा कि नीचे विवरण दिया गया है:

तालिका 6.1: पीएसयू-वार लम्बित लेखापरीक्षा वसूली

विवरण	एनआईसीएल	यूआईआईसीएल	ओआईसीएल	एनआईसीएल	कुल
निष्पादित लेखापरीक्षाओं की संख्या	72	55	93	439	659
लेखापरीक्षा द्वारा बताई गई वसूली (₹ करोड़ में)	2.03	4.15	2.82	5.30	14.30
बीमाकर्ताओं द्वारा की गई वास्तविक वसूली (₹ करोड़ में)	0.09	3.00	0.53	2.44	6.06
बकाया वसूली राशि (₹ करोड़ में)	1.94	1.15	2.29	2.86	8.24
स्रोत: पीएसयू बीमाकर्ताओं द्वारा प्रदान किया गया डेटा					

लेखापरीक्षा में यह भी देखा गया कि एनआईसीएल और ओआईसीएल में टीपीए के साथ हस्ताक्षरित एसएलए में एक खंड था कि दावे के गलत प्रसंस्करण या अतिरिक्त भुगतान या कवर के दायरे से परे दावा भुगतान आदि के कारण किसी भी लेखापरीक्षा वसूली को पूर्ण रूप से वसूल किया जाएगा जो वसूली की राशि के बराबर/ अधिकतम शास्ति के रूप में अतिरिक्त राशि की वसूली के साथ होगी। तथापि, उपरोक्त वसूली में इस खंड का कार्यान्वयन सुनिश्चित नहीं किया जा सकता।

इसके अलावा, यह देखा गया कि पीएसयू बीमाकर्ताओं (एनआईसीएल को छोड़कर) ने अन्य आरओ के मध्य सहमत आंतरिक/ स्वास्थ्य लेखापरीक्षा प्रश्नों को परिचालित करने की प्रथा का पालन नहीं किया ताकि समान चूकों की जांच की जा सके और राजस्व के क्षरण को रोका जा सके।

एनआईसीएल ने लेखापरीक्षा अभ्युक्ति को नोट किया (अक्टूबर 2021) और बताया कि उन्होंने टीपीए से अतिरिक्त भुगतान और लागू शास्ति की समय पर वसूली की एक पद्धति तैयार की है। यूआईआईसीएल ने लेखापरीक्षा अभ्युक्ति को भी नोट किया (अक्टूबर 2021) और बताया कि उसने वसूली की राशि जमा करने की समय सीमा को शामिल करने के लिए उपयुक्त रूप से स्वास्थ्य सेवा करार को संशोधित किया है और चूक की स्थिति में शास्ति के प्रावधान को भी शामिल किया गया है। ओआईसीएल ने आगे के अनुपालन के लिए लेखापरीक्षा अभ्युक्ति को नोट किया (जनवरी/ अक्टूबर 2021) और टीपीए से अधिक भुगतान और लागू शास्तियों की समय पर वसूली के लिए मौजूदा प्रणाली को मजबूत करने का आश्वासन दिया। एनआईसीएल ने उत्तर दिया (फरवरी/ नवंबर 2021) कि उन्होंने स्वास्थ्य लेखापरीक्षा दलों को मजबूत

करने के लिए आवश्यक उपाय किए हैं और इस गतिविधि को समय पर पूरा करने के लिए उपयुक्त निर्देश दिए हैं। एनआईसीएल ने कहा कि वे संबंधित टीपीए के साथ वसूली के लिए लेखापरीक्षा दल द्वारा बताई गई राशि जमा करने के लिए लगातार अनुसरण कर रहे हैं।

मंत्रालय ने पीएसयू बीमाकर्ताओं के उत्तरों का समर्थन किया (अक्टूबर/ नवंबर 2021)।

सिफारिश 14: दावों के गलत प्रसंस्करण और कवर के दायरे से अधिक भुगतान को रोकने के लिए, पीएसयू बीमाकर्ताओं को एसएलए में सहमति के अनुसार शास्ति के उद्ग्रहण और समय पर वसूली के माध्यम से निवारक को लागू करना होगा।

6.3 स्वास्थ्य बीमा में धोखाधड़ी प्रबंधन और नियंत्रण

आईआरडीआई (स्वास्थ्य बीमा) विनियमावली 2016 का विनियम 36, यह निर्धारित करता है कि बीमाकर्ताओं और टीपीए को धोखाधड़ी की पहचान करने, निगरानी करने और कम करने के लिए प्रणालियां और क्रियाविधियां स्थापित करनी चाहिए।

i) एनआईसीएल ने धोखाधड़ी मॉनिटरिंग फ्रेमवर्क के एक भाग के रूप में कॉर्पोरेट एंटी-फ्रॉड पॉलिसी स्थापित की (2013 और 2019 में संशोधित)। नीति का एकमात्र उद्देश्य धोखाधड़ी की रोकथाम, पता लगाने, शमन, रिपोर्टिंग और कठोर अनुवर्ती कार्रवाई के लिए निर्देश प्रदान करना था। यह नीति धोखाधड़ी के मामलों में प्रभावी जांच के लिए और नियामक और उपयुक्त कानून प्रवर्तन प्राधिकरणों के लिए धोखाधड़ी के मामलों की त्वरित और सटीक रिपोर्टिंग के लिए एक सक्षम दस्तावेज भी थी।

इस संबंध में, लेखापरीक्षा में पाया गया कि एनआईसीएल द्वारा आईआरडीआई को प्रस्तुत किए गए रिटर्न के अनुसार, 2016-17 से 2018-19 की अवधि के दौरान 301 नए पता लगाए गए धोखाधड़ी वाले दावों को सूचित किया गया था। हालांकि, टीपीए द्वारा लेखापरीक्षा को दी गई जानकारी के अनुसार, 4,869 धोखाधड़ी के दावे थे, जिनमें से 2,524 मामले (₹12.27 करोड़) धोखाधड़ी के दावे साबित हुए थे। इसमें से 244 धोखाधड़ी के दावे (₹2.27 करोड़) नकदी रहित दावे थे और 2,280 धोखाधड़ी के दावे (₹10 करोड़) प्रतिपूर्ति दावे थे।

एनआईसीएल में कपटपूर्ण नकदी रहित दावों के विश्लेषण से पता चला कि:

- 122 दावों (₹1.39 करोड़) में पीपीएन अस्पताल का प्रबन्धन या इस के कर्मचारी शामिल थे; 105 दावों (₹0.75 करोड़) में पीपीएन अस्पतालों के अलावा

प्रबन्धन या उसके कर्मचारी शामिल थे और 17 दावे (₹0.13 करोड़) गैर-नेटवर्क अस्पतालों के दावों से संबंधित शामिल थे। एनआईएसीएल ऐसे अस्पतालों के विरुद्ध डी-पैनल की धारा के अनुरूप कार्रवाई शुरू करने, ऐसे अस्पतालों से संबंधित सभी दावों की जांच करने, कानूनी कार्रवाई शुरू करने और अपने वित्तीय हितों की रक्षा करने में विफल रहा।

- 2,280 धोखाधड़ी प्रतिपूर्ति दावों में से, 343 दावे (₹18.88 लाख) एक बीमाकृत अर्थात् मेसर्स टाटा कंसल्टेंसी सर्विसेज लिमिटेड से संबंधित थे। टीपीए ऐसे धोखाधड़ी प्रतिपूर्ति दावों की एनआईएसीएल को रिपोर्ट करने में विफल रहा। इसके अलावा, टीपीए ने इस संबंध में पॉलिसी खंड लागू करके, पॉलिसी को रद्द करने के लिए एनआईएसीएल के साथ चर्चा करने के बजाय, अपने पहले के दावों की धोखाधड़ी साबित होने के बाद भी बीमाकृत से दावों का निपटान करना जारी रखा।

ii) यूआईआईसीएल में, लेखापरीक्षा ने पाया कि कंपनी ने उन 6 अस्पतालों के 598 दावों (₹2.50 करोड़) का निपटान किया है, जो धोखाधड़ी की गतिविधियों में लिप्त पाए गए थे, जिन्हें टाला जा सकता था यदि जांच की प्रणाली कुशल और प्रभावी रही होती। यूआईआईसीएल ने इन अस्पतालों की पहचान करने में विफलता के लिए टीपीए पर कार्रवाई शुरू नहीं की है, जिन्होंने धोखाधड़ी की और ₹2.10 करोड़⁴⁶ के धोखाधड़ी भुगतान की वसूली करने में विफल रहे।

एनआईएसीएल ने जवाब दिया (जनवरी 2021) कि लेखापरीक्षा अभ्युक्तियों को ध्यान में रखते हुए उन्होंने अब धोखाधड़ी और दुर्व्यवहार प्रबंधन को संभालने के लिए एक मानक परिचालन प्रक्रिया (एसओपी) तैयार की है, जो व्यापक है और एसओपी परिनियोजन के अधीन है। एनआईएसीएल ने आगे बताया (अक्टूबर 2021) कि यह ट्रिगर उत्पन्न करके अपने आईटी सेवा प्रदाता के माध्यम से बेहतर धोखाधड़ी प्रबंधन और नियंत्रण समाधान खोजने की प्रक्रिया में है। यूआईआईसीएल ने उत्तर दिया (अक्टूबर 2021) कि उसके पास बोर्ड द्वारा अनुमोदित धोखाधड़ी प्रबंधन नीति है और वह धोखाधड़ी के दोषियों के विरुद्ध अपेक्षित कार्रवाई कर रहा है।

मंत्रालय ने एनआईएसीएल और यूआईआईसीएल के उत्तरों का समर्थन किया (अक्टूबर 2021)।

⁴⁶ एक अस्पताल से संग्रहित ₹2.50 करोड़ में से ₹0.40 करोड़ की कटौती करने के बाद

उत्तरों को इस तथ्य के मद्देनजर देखे जाने की आवश्यकता है कि बीमाकर्ताओं ने प्रमाणित धोखाधड़ी दावों के बारे में टीपीए से रिपोर्ट प्राप्त करने की निगरानी नहीं की तथा आईआरडीएआई स्वास्थ्य बीमा विनियमन 2016 के तहत यथा अपेक्षित नेटवर्क प्रदाताओं के विरुद्ध समय पर कार्रवाई शुरू नहीं की।

सिफारिश 15: पीएसयू बीमाकर्ताओं को धोखाधड़ी को रोकने के लिए एक मजबूत धोखाधड़ी प्रबंधन नीति तैयार करने और लागू करने की आवश्यकता है और धोखाधड़ी के मामलों में पॉलिसी को रद्द करने और अस्पताल को पैनल से बाहर करने के संबंध में उचित कार्रवाई करनी चाहिए।

6.4 सारांश

संगठन में सुदृढ़ आंतरिक लेखापरीक्षा ढांचा न केवल राजस्व के क्षरण का बचाव करता है बल्कि मौजूदा प्रणाली और नियंत्रणों में सुधार करना है। लेखापरीक्षा में पाया गया कि आंतरिक लेखापरीक्षा/ स्वास्थ्य लेखापरीक्षा के लिए प्रणालियां और क्रियाविधियां अपर्याप्त थीं और निष्पादित लेखापरीक्षाओं की संख्या निर्धारित लक्ष्यों/ निपटान किए गए दावों की कुल संख्या की तुलना में महत्वहीन थी, इस प्रकार दावों के अधिक निपटान के कारण राजस्व की हानि की गुंजाइश रह गई।

अध्याय 7: निष्कर्ष

स्वास्थ्य बीमा कारोबार पीएसयू बीमाकर्ताओं के कारोबार की दूसरी सबसे बड़ी लाइन है, मोटरबीमा कारोबार प्रथम है, जिसका सकल प्रत्यक्ष प्रीमियम 2016-17 से 2020-21 तक पांच वर्ष की अवधि के दौरान ₹1,16,551 करोड़ है। हालांकि, स्वास्थ्य बीमा कारोबार में पीएसयू बीमाकर्ताओं का निष्पादन वर्तमान में लाभदायक नहीं है और उन्हें निरंतर राजस्व हानियां हो रही हैं, जो मार्च 2021 को समाप्त पांच वर्षों के दौरान ₹26,364 करोड़ थी।

स्वास्थ्य बीमा कारोबार में, टीपीए बेहतर विशेषज्ञता, प्रदाता इंटरफेस में विशेषज्ञता, दावों के चिकित्सा अधिनिर्णयन और प्रौद्योगिकीय रूप से संचालित ग्राहक सेवाओं में लगे हुए हैं। अनुपालन लेखापरीक्षा का उद्देश्य यह पता लगाना था कि क्या पीएसयू बीमाकर्ताओं ने स्वास्थ्य बीमा पोर्टफोलियो को एक स्थायी तरीके से प्रबंधित किया और निष्पादन मापदंड इष्टतम थे; पीएसयू बीमाकर्ताओं ने टीपीए को सूचीबद्ध करने, अस्पतालों के नामांकन और टीपीए द्वारा प्रदान की गई सेवाओं की निगरानी के लिए एक प्रणाली निर्धारित की है; आईआरडीआई विनियमों, दिशा-निर्देशों, नियमों, परिपत्रों, नीतियों के अनुरूप दावों के प्रसंस्करण और निपटान के लिए एक उपयुक्त प्रणाली मौजूद थी; विभिन्न पार्टियों के साथ करार और स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों का जोखिम अंकन एक विवेकपूर्ण तरीके से किया गया था और राजस्व की रक्षा के लिए उपयुक्त आंतरिक नियंत्रण तंत्र मौजूद थे। लेखापरीक्षा में पिछले पांच वर्षों अर्थात् 2016-17 से 2020-21 तक पीएसयू बीमाकर्ताओं के स्वास्थ्य बीमा पोर्टफोलियो के निष्पादन की जांच की गयी। साथ ही नमूना चयन के आधार पर तीन वर्षों (अर्थात् 2016-17 से 2018-19 तक) के लिए पीएसयू बीमाकर्ताओं के जोखिम अंकन और दावा निपटान रिकॉर्ड की जांच की गई।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि पीएसयू बीमाकर्ताओं के स्वास्थ्य बीमा कारोबार के नुकसान ने या तो कारोबार की अन्य लाइनों के लाभ को समाप्त कर दिया/ कम कर दिया या समग्र हानि में वृद्धि की। पिछले पांच वर्षों में ₹26364 करोड़ रुपये की संचयी हानि निम्नलिखित कारकों के कारण हुई:

- प्रतिकूल दावा अनुभव के लिए प्रीमियम की लोडिंग न होने और आउटगो कैलकुलेटर का पालन न करने के कारण समूह पॉलिसियों के जोखिम अंकन में दक्षता की कमी थी। 3215 समूह स्वास्थ्य पॉलिसियों में से, लेखापरीक्षा में 188 समूह स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों की नमूना जाँच में 155 पॉलिसियों में

₹1548.19 करोड़ के कम प्रीमियम और तीन पॉलिसियों में ₹9.28 करोड़ की अधिक छूट का पता चला।

- पीएसयू बीमाकर्ता टीपीए को व्यवसाय आवंटित करते समय, विशेष रूप से आईसीआर के पिछले दावे के अनुभव को उचित महत्व नहीं दे रहे थे। पिछले वर्षों में 100 प्रतिशत से अधिक के उच्च आईसीआर के बावजूद टीपीए को समान स्तर या उससे भी उच्च स्तर का व्यवसाय मिलता रहा। टीपीए-वार उच्च आईसीआर ने स्वास्थ्य पोर्टफोलियो के समग्र आईसीआर को बढ़ा दिया है जिससे बड़ा नुकसान हुआ है।
- पीएसयू बीमाकर्ताओं की आईटी प्रणालियों में उचित सत्यापन जांच और नियंत्रण का अभाव था जिस के परिणाम स्वरूप दावों के लिए अधिक और अस्वीकार्य भुगतान हुआ।


वित्त मंत्रालय ने समूह नीतियों के जोखिम अंकन के लिए दिशानिर्देश (सितंबर 2012/ मई 2013) निर्धारित किए हैं जिसके अनुसार स्टैंडअलोन समूह नीतियों का संयुक्त अनुपात 95 प्रतिशत से अधिक नहीं होगा और क्रॉस सब्सिडी वाली समूह नीतियों के लिए, संयुक्त अनुपात 100 प्रतिशत से अधिक नहीं होगा। लेखापरीक्षा ने देखा कि पीएसयू बीमाकर्ताओं द्वारा दिशानिर्देशों का पालन नहीं किया गया था और समूह स्वास्थ्य बीमा खंड के लिए संयुक्त अनुपात जैसा कि पीएसयू बीमा कंपनियों द्वारा रिपोर्ट किया गया था, 125-165 प्रतिशत के बीच था। स्वास्थ्य खंड में पीएसयू बीमाकर्ताओं का तुलनात्मक प्रदर्शन निजी और एसएचआई बीमाकर्ताओं की तुलना में खराब था।

पीएसयू बीमाकर्ताओं ने टीपीए (यूआईआईसीएल को छोड़कर) को सूचीबद्ध किया लेकिन गैर-सूचीबद्ध टीपीए को भी कारोबार आवंटित किया। टीपीए की वैध बैंक गारंटी बनाए रखने और टीपीए से दावा रिकॉर्ड का नियमित संग्रहण जैसे सुरक्षा उपाय प्रचलित नहीं थे। परिणामस्वरूप, जब तक टीपीए द्वारा धोखाधड़ी गतिविधियां सामने आईं और आईआरडीआई द्वारा उनका पंजीकरण रद्द कर दिया गया, तब तक पीएसयू बीमाकर्ता टीपीए द्वारा निपटाए गए दावों की जांच नहीं कर सके। पीएसयू बीमाकर्ताओं ने ग्राहक अनुभव को बढ़ाने और स्वास्थ्य बीमा दावा प्रसंस्करण में अधिक दक्षता लाने के उद्देश्य से एचआईटीपीए को अपने संयुक्त उद्यम के रूप में समाविष्ट किया। एचआईटीपीए के तुलनीय निष्पादन मानकों और प्रमुख शहरों में मौजूदगी के बावजूद, पीएसयू बीमाकर्ताओं द्वारा एचआईटीपीए को कारोबार का आवंटन न्यूनतम था। पीएसयू बीमाकर्ताओं ने

पीपीएन बनाकर अस्पतालों का अपना नेटवर्क बनाने की पहल की लेकिन 10 साल बाद भी, पीपीएन कवरेज के तहत अस्पतालों का नामांकन अपर्याप्त रहा।

लेखापरीक्षा द्वारा डेटा विश्लेषण से पता चला कि एनआईएसीएल और यूआईआईसीएल ने अलग-अलग तिथियों पर दावों का एक से अधिक बार निपटारा किया है, हालांकि पॉलिसी संख्या, बीमाकृत नाम, लाभार्थी नाम, अस्पताल में भर्ती होने की तारीखें, बीमारी कोड, अस्पताल का नाम और बीमारी एक ही थी। लेखापरीक्षा ने एनआईएसीएल में एकाधिक निपटारों के 792 मामलों (₹4.93 करोड़) और यूआईआईसीएल में एकाधिक निपटारों के 12,532 मामले (₹8.60 करोड़) बताए, जैसा कि डेटाबेस से देखा गया है।

लेखापरीक्षा में पाया गया कि आंतरिक लेखापरीक्षा/ स्वास्थ्य लेखापरीक्षा के लिए प्रणालियां और क्रियाविधियां अपर्याप्त थीं और निष्पादित लेखापरीक्षाओं की संख्या निर्धारित लक्ष्यों/ निपटान किए गए दावों की कुल संख्या के लिए महत्वहीन थी, इस प्रकार दावों के अधिक निपटान के कारण राजस्व की हानि की गुंजाइश रह गई।


(राज गणेश विश्वनाथन)

नई दिल्ली
दिनांक: 24 फरवरी 2022

उप-नियंत्रक एवं महालेखापरीक्षक
(वाणिज्यिक) और अध्यक्ष, लेखापरीक्षा बोर्ड

प्रतिहस्ताक्षरित



नई दिल्ली
दिनांक: 24 फरवरी 2022

(गिरीश चंद्र मुर्मू)
भारत के नियंत्रक एवं महालेखापरीक्षक

अनुलग्नक

अनुलग्नक 1

(जैसा कि पैरा 1.8.1 में संदर्भित है)

नमूना दावा रिकॉर्ड के गैर-प्रस्तुतीकरण का टीपीए वार विवरण

क्रम सं.	टीपीए का नाम	पीएसयू बीमाकर्ता वार रिकॉर्ड का गैर-प्रस्तुतीकरण				कुल
		एनआईसीएल	यूआईसीएल	ओआईसीएल	एनआईसीएल	
1	अप्रैल यूएसए असिस्टेंस इंक (हेरिटेज टीपीए)	3	0	0	0	3
2	डीएचएस मेडी असिस्ट इंशोरेंस टीपीए प्राइवेट लिमिटेड	6	49	0	0	55
3	ई-मेडिटेक इंशोरेंस टीपीए लिमिटेड	13	26	49	66	154
4	एरिक्सन इंशोरेंस टीपीए प्राइवेट लिमिटेड	0	0	0	2	2
5	फैमिली हेल्थ प्लान इंशोरेंस टीपीए लिमिटेड	4	12	37	135	188
6	गुड हेल्थ इंशोरेंस टीपीए लिमिटेड	1	8	1	16	26
7	हेल्थ इंडिया इंशोरेंस टीपीए सर्विसेज प्राइवेट लिमिटेड	3	10	8	5	26
8	हेल्थ इंशोरेंस टीपीए ऑफ इंडिया लिमिटेड	0	3	1	25	29
9	हेरिटेज हेल्थ इंशोरेंस टीपीए प्राइवेट लिमिटेड	2	64	18	16	100
10	एमडीइंडिया हेल्थ इंशोरेंस टीपीए प्राइवेट लिमिटेड	3	56	64	78	201
11	मेडी असिस्ट इंशोरेंस टीपीए प्राइवेट लिमिटेड	50	106	11	188	355
12	मेडिकेयर इंशोरेंस टीपीए सर्विसेज (इंडिया) प्राइवेट लिमिटेड	19	8	2	10	39
13	मेडसेव हेल्थ इंशोरेंस टीपीए लिमिटेड	0	9	1	26	36
14	पैरामाउंट हेल्थ सर्विसेज एंड इंशोरेंस टीपीए प्राइवेट लिमिटेड	5	28	44	80	157
15	रक्षा हेल्थ इंशोरेंस टीपीए प्राइवेट लिमिटेड	18	22	17	21	78

क्रम सं.	टीपीए का नाम	पीएसयू बीमाकर्ता वार रिकॉर्ड का गैर-प्रस्तुतीकरण				कुल
		एनआईसीएल	यूआईआईसीएल	ओआईसीएल	एनआईसीएल	
16	यूनाइटेड हेल्थ केयर पारेख इंश्योरेंस टीपीए प्राइवेट लिमिटेड	8	45	0	37	90
17	विडाल हेल्थ इंश्योरेंस टीपीए प्राइवेट लिमिटेड	22	18	50	63	153
18	विपुलमेडिकॉर्प इंश्योरेंस टीपीए प्राइवेट लिमिटेड	1	9	44	61	115
19	ईस्ट वेस्ट असिस्ट टीपीए	0	16	0	17	33
20	जेनिंस इंडिया टीपीए	0	1	0	28	29
21	सेफवे टीपीए सर्विसेज	0	3	0	12	15
22	एलनकिट इंश्योरेंस टीपीए लिमिटेड	0	0	0	20	20
23	पार्क मेडिकलेम इंश्योरेंस टीपीए प्राइवेट लिमिटेड	0	0	5	26	31
24	अनमोल मेडिकेयर इंश्योरेंस टीपीए प्राइवेट लिमिटेड	0	0	0	7	7
25	गैंड इंश्योरेंस टीपीए प्राइवेट लिमिटेड	0	0	0	1	1
26	फोकस हेल्थकेयर टीपीए प्राइवेट लिमिटेड	0	0	0	2	2
27	डेडिकेटड हेल्थ सर्विसेज टीपीए (इंडिया) प्राइवेट लिमिटेड	0	0	0	39	39
28	इन हाउस बजाज	0	0	4	0	4

अनुलग्नक 2

(जैसा कि पैरा 3.2 में संदर्भित है)

पीएसयू बीमाकर्ताओं द्वारा टीपीए के बीच टीपीए वार आईसीआर और व्यवसाय आबंटन (प्रीमियम)

क्रम सं.	टीपीए का नाम	2016-17		2017-18		2018-19		2019-20		अभ्युक्ति
		प्रीमियम (₹ लाख में और आईसीआर प्रतिशत में)	कुल सकल प्रीमियम का प्रतिशत	प्रीमियम (₹ लाख में और आईसीआर प्रतिशत में)	कुल सकल प्रीमियम का प्रतिशत	प्रीमियम (₹ लाख में और आईसीआर प्रतिशत में)	कुल सकल प्रीमियम का प्रतिशत	प्रीमियम (₹ लाख में और आईसीआर प्रतिशत में)	कुल सकल प्रीमियम का प्रतिशत	
एनआईएसएल										
1	मेसर्स मेडी असिस्ट इंश्योरेंस टीपीए प्राइवेट लिमिटेड	172036 (111.66)	35.48	219663 (92.98)	38.65	265704 (95.45)	41.10	363502 (87.50)	43.62	<ul style="list-style-type: none"> 2016-17 से 2019-20 के दौरान टीपीए को 35 से 44 फीसदी कारोबार आवंटित किया गया है। हालांकि 2016-17 में आईसीआर 111.7 फीसदी था, लेकिन कारोबार 2017-18 में 36 से बढ़ाकर 39 फीसदी कर दिया गया था।
2	डेडिकेटेड हेल्थ केयर सर्विसेज (इंडिया) प्राइवेट लिमिटेड	12259 (174.15)	2.53	11337 (152.20)	1.99	0	0.00	0	0.00	<ul style="list-style-type: none"> हालांकि 2016-17 में आईसीआर 174 प्रतिशत था, व्यापार की मात्रा केवल थोड़ी कम हुई थी और 2017-18 में भी आईसीआर 152 प्रतिशत तक पहुंच गई थी।
3	मेसर्स विडाल हेल्थ इंश्योरेंस टीपीए प्राइवेट लिमिटेड	33581 (141.70)	6.92	39724 (96.18)	6.99	41185 (96.17)	6.37	40706 (102.49)	4.89	<ul style="list-style-type: none"> हालांकि 2016-17 में आईसीआर 142 प्रतिशत था, लेकिन कारोबार की मात्रा समान स्तर (लगभग 6.5 प्रतिशत) पर बनी रही।

क्रम सं.	टीपीए का नाम	2016-17		2017-18		2018-19		2019-20		अभ्युक्ति
		प्रीमियम (₹ लाख में और आईसीआर प्रतिशत में)	कुल सकल प्रीमियम का प्रतिशत	प्रीमियम (₹ लाख में और आईसीआर प्रतिशत में)	कुल सकल प्रीमियम का प्रतिशत	प्रीमियम (₹ लाख में और आईसीआर प्रतिशत में)	कुल सकल प्रीमियम का प्रतिशत	प्रीमियम (₹ लाख में और आईसीआर प्रतिशत में)	कुल सकल प्रीमियम का प्रतिशत	
										<ul style="list-style-type: none"> हालांकि 2017-18 और 2018-19 के दौरान आईसीआर 100 प्रतिशत से नीचे गिर गया, लेकिन 2019-20 में आईसीआर फिर से बढ़कर 103 प्रतिशत हो गया।
4	मेडिकेयर टीपीए सर्विसेज (इं) प्राइवेट लिमिटेड	11152 (232.47)	2.30	8600 (133.31)	1.51	7320 (118.26)	1.13	0	0.00	<ul style="list-style-type: none"> हालांकि 2016-17 में आईसीआर 233 प्रतिशत था, व्यवसाय का आवंटन दो और वर्षों (हालांकि कम स्तर पर) के लिए जारी रखा गया था और 2019-20 में आवंटन बंद होने से पहले इन दो वर्षों के दौरान आईसीआर 100 प्रतिशत से ऊपर रहा।
5	मेसर्स गुड हेल्थ इंश्योरेंस टीपीए लिमिटेड	7254 (119.52)	1.50	9998 (81.72)	1.76	9848 (85.97)	1.52	11386 (77.63)	1.37	<ul style="list-style-type: none"> 2016-17 में आईसीआर 120 प्रतिशत था, फिर भी 2017-18 में व्यापार आवंटन 1.5 प्रतिशत से बढ़ाकर 1.8 प्रतिशत कर दिया गया।
6	ई-मेडिकेटेक टीपीए सर्विसेज लिमिटेड	15802 (109.59)	3.26	18805 (113.86)	3.31	33 (7616.29)	0.01	0	0.00	<ul style="list-style-type: none"> हालांकि 2016-17 में आईसीआर 110 प्रतिशत था, 2017-18 में समान स्तर का व्यवसाय (लगभग 3 प्रतिशत) आवंटित किया गया था और आईसीआर बढ़कर 114 प्रतिशत हो गया। IRDAI द्वारा जनवरी 2019 में TPA के पंजीकरण का प्रमाणपत्र रद्द कर दिया गया था।

क्रम सं.	टीपीए का नाम	2016-17		2017-18		2018-19		2019-20		अभ्युक्ति
		प्रीमियम (₹ लाख में और आईसीआर प्रतिशत में)	कुल सकल प्रीमियम का प्रतिशत	प्रीमियम (₹ लाख में और आईसीआर प्रतिशत में)	कुल सकल प्रीमियम का प्रतिशत	प्रीमियम (₹ लाख में और आईसीआर प्रतिशत में)	कुल सकल प्रीमियम का प्रतिशत	प्रीमियम (₹ लाख में और आईसीआर प्रतिशत में)	कुल सकल प्रीमियम का प्रतिशत	
7	विपुल मेड कॉर्प टीपीए प्राइवेट लिमिटेड	7397 (135.37)	1.53	6979 (210.48)	1.23	8002 (81.33)	1.24	16436 (68.03)	1.97	• 2016-17 में आईसीआर 136 प्रतिशत था, फिर भी व्यापार की मात्रा थोड़ी कम हुई और 2017-18 में आईसीआर बढ़कर 210 प्रतिशत हो गई।
8	फेमिली हेल्थ प्लान टीपीए लिमिटेड	13626 (131.08)	2.81	17559 (107.72)	3.09	26819 (85.58)	4.15	46365 (77.12)	5.56	• 2016-17 में आईसीआर 131 प्रतिशत था, फिर भी कारोबार की मात्रा में वृद्धि हुई और 2017-18 में भी आईसीआर 100 प्रतिशत से ऊपर रहा।
9	मेसर्स पैरामाउंट हेल्थ सर्विसेज व इंश्योरेंस टीपीए प्राइवेट लिमिटेड	12635 (100.00)	2.61	15279 (117.29)	2.69	16047 (100.32)	2.48	28528 (86.60)	3.42	• 2016-17 से 2018-19 तक तीन वर्षों के लिए समान मात्रा में व्यवसाय आवंटित किया गया था और सभी तीन वर्षों में ICR 100 प्रतिशत से ऊपर बना रहा।
10	यूनाइटेड हेल्थकेयर पारेख टीपीए प्राइवेट लिमिटेड	30823 (94.25)	6.36	12818 (191.82)	2.26	21739 (95.19)	3.36	31309 (87.94)	3.76	• हालांकि 2017-18 में आईसीआर 192 फीसदी था, लेकिन कारोबार की मात्रा 2018-19 में 2.3 फीसदी से बढ़ाकर 3.4 फीसदी कर दी गई।

क्रम सं.	टीपीए का नाम	2016-17		2017-18		2018-19		2019-20		अभ्युक्ति
		प्रीमियम (₹ लाख में और आईसीआर प्रतिशत में)	कुल सकल प्रीमियम का प्रतिशत	प्रीमियम (₹ लाख में और आईसीआर प्रतिशत में)	कुल सकल प्रीमियम का प्रतिशत	प्रीमियम (₹ लाख में और आईसीआर प्रतिशत में)	कुल सकल प्रीमियम का प्रतिशत	प्रीमियम (₹ लाख में और आईसीआर प्रतिशत में)	कुल सकल प्रीमियम का प्रतिशत	
यूआईआईसीएल										
1.	ईस्ट वेस्ट असिस्ट इंश्योरेंस टीपीए प्राइवेट लिमिटेड	1987 (100.87)	0.50	2175 (118.53)	0.50	1720 (110.24)	0.40	2075 (95.30)	0.41	<ul style="list-style-type: none"> व्यवसाय की समान मात्रा (लगभग 0.5 प्रतिशत) 2016-17 से 2018-19 के दौरान आवंटित की गई थी और सभी तीन वर्षों में आईसीआर 100 प्रतिशत से ऊपर रहा।
2.	ई-मेडिकेक टीपीए सर्विसेज लिमिटेड	15467 (121)	3.90	11973 (115.57)	2.77	630 (744.20)	0.15	0 (-21739.09)	0.00	<ul style="list-style-type: none"> यद्यपि 2016-17 में आईसीआर 121 प्रतिशत था, व्यवसाय आवंटित करना जारी रखा (हालांकि कम स्तर पर) और 2017-18 में भी आईसीआर 100 प्रतिशत से ऊपर रहा। IRDAI द्वारा जनवरी 2019 में TPA के पंजीकरण का प्रमाणपत्र रद्द कर दिया गया था।
3.	फेमिली हेल्थ प्लान टीपीए लिमिटेड	36765 (97.96)	9.27	33888 (130.88)	7.83	36390 (97.94)	8.43	38918 (99.10)	7.60	<ul style="list-style-type: none"> हालांकि 2017-18 में आईसीआर 131 फीसदी था, लेकिन कारोबार की मात्रा 2018-19 में 7.8 फीसदी से बढ़कर 8.4 फीसदी हो गई।
4.	मेसर्स गुड हेल्थ इंश्योरेंस टीपीए लिमिटेड	12784 (126.20)	3.22	15429 (115.83)	3.57	17730 (111.42)	4.11	13810 (122.36)	2.70	<ul style="list-style-type: none"> हालांकि 2016-17 में आईसीआर 126 प्रतिशत था, फिर भी व्यापार की समान मात्रा (लगभग 3 से 4 प्रतिशत) टीपीए के लिए जारी रही और आईसीआर बाद के तीन वर्षों में भी 100 प्रतिशत से ऊपर रहा।

क्रम सं.	टीपीए का नाम	2016-17		2017-18		2018-19		2019-20		अभ्युक्ति
		प्रीमियम (₹ लाख में और आईसीआर प्रतिशत में)	कुल सकल प्रीमियम का प्रतिशत	प्रीमियम (₹ लाख में और आईसीआर प्रतिशत में)	कुल सकल प्रीमियम का प्रतिशत	प्रीमियम (₹ लाख में और आईसीआर प्रतिशत में)	कुल सकल प्रीमियम का प्रतिशत	प्रीमियम (₹ लाख में और आईसीआर प्रतिशत में)	कुल सकल प्रीमियम का प्रतिशत	
5.	हेल्थ इंडिया टीपीए सर्विसेज प्राइवेट लिमिटेड	11247 (110.21)	2.84	14143 (98.30)	3.27	14153 (120.71)	3.28	16978 (96.95)	3.32	<ul style="list-style-type: none"> हालांकि 2016-17 में आईसीआर 110 फीसदी था, लेकिन कारोबार की मात्रा 2017-18 में 2.8 फीसदी से बढ़ाकर 3.3 फीसदी कर दी गई। इसी तरह, हालांकि 2018-19 में आईसीआर 121 प्रतिशत था, 2019-20 में टीपीए को समान मात्रा में कारोबार (लगभग 3.3) आवंटित किया गया था।
6.	एमडी इंडिया हेल्थ इंश्योरेंस टीपीए प्राइवेट लिमिटेड	34181 (81.88)	8.62	62018 (148.48)	14.34	79464 (95.91)	18.41	84947 (104.85)	16.59	<ul style="list-style-type: none"> 9 से 18 प्रतिशत व्यवसाय टीपीए को आवंटित किया गया था और आईसीआर चार में से दो वर्षों में 100 प्रतिशत से ऊपर था। हालांकि 2017-18 में आईसीआर 149 फीसदी था, लेकिन कारोबार 2018-19 में 14 फीसदी से बढ़कर 18 फीसदी हो गया।
7.	मेसर्स मेडी असिस्ट इंश्योरेंस टीपीए प्राइवेट लिमिटेड	68964 (108.57)	17.40	73379 (95.50)	16.96	85734 (98.49)	19.86	118579 (83.07)	23.15	<ul style="list-style-type: none"> 17 से 23 फीसदी कारोबार टीपीए को आवंटित किया गया था। हालांकि 2016-17 में आईसीआर 109 प्रतिशत था, लेकिन 2017-18 में समान मात्रा में कारोबार आवंटित किया गया था
8.	मेड सेव हेल्थ केयर	16506 (112.20)	4.16	16520 (72.40)	3.82	19769 (127.18)	4.58	19296 (118.13)	3.77	<ul style="list-style-type: none"> प्रत्येक वर्ष टीपीए को लगभग 4 प्रतिशत व्यवसाय आवंटित किया गया और चार में से तीन वर्षों में आईसीआर 100 प्रतिशत से ऊपर रहा।

क्रम सं.	टीपीए का नाम	2016-17		2017-18		2018-19		2019-20		अभ्युक्ति
		प्रीमियम (₹ लाख में और आईसीआर प्रतिशत में)	कुल सकल प्रीमियम का प्रतिशत	प्रीमियम (₹ लाख में और आईसीआर प्रतिशत में)	कुल सकल प्रीमियम का प्रतिशत	प्रीमियम (₹ लाख में और आईसीआर प्रतिशत में)	कुल सकल प्रीमियम का प्रतिशत	प्रीमियम (₹ लाख में और आईसीआर प्रतिशत में)	कुल सकल प्रीमियम का प्रतिशत	
9.	मेसर्स पैरामाउंट हेल्थ सर्विसेज व इंश्योरेंस टीपीए प्राइवेट लिमिटेड	34878 (96.02)	8.80	39293 (112.70)	9.08	28064 (115.85)	6.50	23603 (111.15)	4.61	• हालांकि 2017-18 में आईसीआर 113 प्रतिशत था, फिर भी टीपीए को कारोबार आवंटित किया जाता रहा (हालांकि कम स्तर पर) और आईसीआर 2018-19 और 2019-20 के दौरान भी 100 प्रतिशत से ऊपर बना रहा।
10.	रक्षा टीपीए प्राइवेट लिमिटेड	25993 (78.75)	6.56	21049 (98.79)	4.87	21860 (104.56)	5.06	28504 (85.42)	5.57	• हालांकि 2018-19 में आईसीआर 105 फीसदी था, लेकिन कारोबार की मात्रा 2019-20 में 5 फीसदी से बढ़ाकर 5.6 फीसदी कर दी गई।
11.	सेफवे इंश्योरेंस टीपीए प्राइवेट लिमिटेड	680 (27.33)	0.17	1502 (23.20)	0.35	3264 (248.98)	0.76	4760 (82.45)	0.93	• हालांकि 2018-19 में आईसीआर 249 फीसदी था, लेकिन कारोबार की मात्रा 0.76 फीसदी से बढ़कर 2019-20 में 0.93 फीसदी हो गई।
12.	विपुल मेड कॉर्प टीपीए प्राइवेट लिमिटेड	22396 (123.64)	5.65	25053 (104.77)	5.79	20862 (99.76)	4.83	23694 (84.27)	4.63	• 2016-17 में आईसीआर 124 प्रतिशत था, फिर भी समान मात्रा में कारोबार आवंटित किया गया था और 2017-18 में भी आईसीआर 100 प्रतिशत से ऊपर रहा।
ओआईसीएल										
1.	मेसर्स मेडी असिस्ट इंश्योरेंस टीपीए प्राइवेट लिमिटेड	45201	16.18	44605 (124.41)	14.46	65631 (102.57)	18.86	83419 (94.16)	21.19	• 15 से 21 फीसदी कारोबार टीपीए को आवंटित किया गया था। • हालांकि 2017-18 में आईसीआर 124 फीसदी था,

क्रम सं.	टीपीए का नाम	2016-17		2017-18		2018-19		2019-20		अभ्युक्ति
		प्रीमियम (₹ लाख में और आईसीआर प्रतिशत में)	कुल सकल प्रीमियम का प्रतिशत	प्रीमियम (₹ लाख में और आईसीआर प्रतिशत में)	कुल सकल प्रीमियम का प्रतिशत	प्रीमियम (₹ लाख में और आईसीआर प्रतिशत में)	कुल सकल प्रीमियम का प्रतिशत	प्रीमियम (₹ लाख में और आईसीआर प्रतिशत में)	कुल सकल प्रीमियम का प्रतिशत	
										लेकिन कारोबार की मात्रा 14.5 फीसदी से बढ़कर 19 फीसदी हो गई और 2018-19 में भी आईसीआर 100 फीसदी से ऊपर रहा।
2.	मेसर्स विडाल हेल्थ इंश्योरेंस टीपीए प्राइवेट लिमिटेड	28527	10.21	38938 (108.16)	12.62	47458 (99.67)	13.64	53978 (105.73)	13.71	• 2017-18 में भले ही आईसीआर 108 फीसदी था, लेकिन कारोबार की मात्रा 2018-19 में 12.6 फीसदी से बढ़कर 13.6 फीसदी और 2019-20 में 13.7 फीसदी हो गई। 2019-20 में ICR 100 प्रतिशत से आगे निकल गया।
3.	मेसर्स एमडी इंडिया हेल्थ इंश्योरेंस टीपीए प्राइवेट लिमिटेड	42405	15.18	39887 (100.93)	12.93	36595 (99.43)	10.51	37427 (92.05)	9.51	• हालांकि 2017-18 में आईसीआर 101 प्रतिशत था, लेकिन आवंटन 2018-19 में (कम किए गए स्तर पर) जारी रहा।
4.	मेसर्स पैरामाउंट हेल्थ सर्विसेज व इंश्योरेंस टीपीए प्राइवेट लिमिटेड	20551	7.36	21447 (122.92)	6.95	20569 (119.33)	5.91	28224 (88.71)	7.17	• हालांकि 2017-18 में आईसीआर 123 फीसदी था, हालांकि कम मात्रा में कारोबार जारी रहा, लेकिन आईसीआर 2018-19 में भी 100 फीसदी से ऊपर रहा।
5.	मेसर्स हेरिटेज हेल्थ इंश्योरेंस टीपीए प्राइवेट लिमिटेड	7853	2.81	10150 (78.50)	3.29	11393 (117.09)	3.27	11618 (98.44)	2.95	• हालांकि 2018-19 में आईसीआर 117 प्रतिशत था, लेकिन कारोबार कम मात्रा में जारी रहा।

क्रम सं.	टीपीए का नाम	2016-17		2017-18		2018-19		2019-20		अभ्युक्ति
		प्रीमियम (₹ लाख में और आईसीआर प्रतिशत में)	कुल सकल प्रीमियम का प्रतिशत	प्रीमियम (₹ लाख में और आईसीआर प्रतिशत में)	कुल सकल प्रीमियम का प्रतिशत	प्रीमियम (₹ लाख में और आईसीआर प्रतिशत में)	कुल सकल प्रीमियम का प्रतिशत	प्रीमियम (₹ लाख में और आईसीआर प्रतिशत में)	कुल सकल प्रीमियम का प्रतिशत	
6.	मेसर्स गुड हेल्थ इंश्योरेंस टीपीए लिमिटेड	5365	1.92	5986 (94.41)	1.94	4762 (120.78)	1.37	5733 (94.86)	1.46	• 2018-19 में आईसीआर 121 प्रतिशत था, फिर भी कारोबार की मात्रा 1.4 प्रतिशत से बढ़कर 1.5 प्रतिशत हो गई।
7.	मेसर्स जीनियस इंडिया इंश्योरेंस टीपीए लिमिटेड	124	0.04	287 (115.89)	0.09	225 (103.46)	0.06	164 (93.30)	0.04	• 2017-18 और 2018-19 के दौरान व्यापार की मात्रा 0.04 प्रतिशत से 0.9 प्रतिशत और आईसीआर 100 प्रतिशत से ऊपर थी।
एनआईसीएल										
1.	एमडी इंडिया हेल्थ इंश्योरेंस टीपीए प्राइवेट लिमिटेड			18611.30 (122)	7.95	36852.32 (147)	11.73	38265.42 (114)	11.54	• 2017-18 में आईसीआर 122 प्रतिशत था, फिर भी 2018-19 में व्यापार आवंटन 7.95 प्रतिशत से बढ़ाकर 11.73 प्रतिशत कर दिया गया। • हालांकि 2018-19 में आईसीआर 147 प्रतिशत था, समान स्तर का व्यवसाय (लगभग 11 प्रतिशत) 2019-20 में आवंटित किया गया था और आईसीआर 2019-20 में भी 100 प्रतिशत से ऊपर बना रहा।
2.	मेसर्स मेडी असिस्ट इंश्योरेंस टीपीए प्राइवेट लिमिटेड			38869.87 (108)	16.61	52103.58 (146)	16.58	66056.35 (110)	19.92	• हालांकि 2017-18 में आईसीआर 108 प्रतिशत था, लेकिन समान स्तर का कारोबार 2018-19 में लगभग 16.6 प्रतिशत आवंटित किया गया था और आईसीआर 2018-19 में 146 प्रतिशत तक बढ़ गया था।

क्रम सं.	टीपीए का नाम	2016-17		2017-18		2018-19		2019-20		अभ्युक्ति
		प्रीमियम (₹ लाख में और आईसीआर प्रतिशत में)	कुल सकल प्रीमियम का प्रतिशत	प्रीमियम (₹ लाख में और आईसीआर प्रतिशत में)	कुल सकल प्रीमियम का प्रतिशत	प्रीमियम (₹ लाख में और आईसीआर प्रतिशत में)	कुल सकल प्रीमियम का प्रतिशत	प्रीमियम (₹ लाख में और आईसीआर प्रतिशत में)	कुल सकल प्रीमियम का प्रतिशत	
										<ul style="list-style-type: none"> हालांकि 2018-19 में आईसीआर 146 फीसदी था, लेकिन कारोबार की मात्रा 2019-20 में 16.58 फीसदी से बढ़ाकर 19.92 फीसदी और 2019-20 में भी आईसीआर 100 फीसदी से ऊपर थी।
3.	अलंकित हेल्थ केयर टीपीए लिमिटेड			1589.93 (114)	0.68	2072.58 (111)	0.66	156.66 (311)	0.05	<ul style="list-style-type: none"> हालांकि 2017-18 में आईसीआर 114 प्रतिशत था, समान स्तर का व्यवसाय (लगभग 0.7 प्रतिशत) 2018-19 में आवंटित किया गया था और आईसीआर 2018-19 में भी 100 प्रतिशत से ऊपर बना रहा। हालांकि कारोबार का आवंटन 2019-20 में घटाकर 0.05 फीसदी कर दिया गया, लेकिन आईसीआर 311 फीसदी तक चढ़ गया।
4.	अनमोल मेडिकेयर इंश्योरेंस टीपीए लिमिटेड			1891.68 (100)	0.81	3603.64 (117)	1.15	280.54 (926)	0.08	<ul style="list-style-type: none"> 2017-18 में आईसीआर 100 प्रतिशत था, फिर भी व्यापार आवंटन 2018-19 में 0.81 प्रतिशत से बढ़ाकर 1.15 प्रतिशत कर दिया गया। आईसीआर तीनों वर्षों में 100 प्रतिशत से ऊपर बना रहा और 2019-20 में 926 प्रतिशत तक पहुंच गया।
5.	एरिक्सन इंश्योरेंस टीपीए प्राइवेट लिमिटेड			502.52 (137)	0.21	2554.58 (67)	0.81	2478.47 (141)	0.75	<ul style="list-style-type: none"> हालांकि 2017-18 में आईसीआर 137 प्रतिशत था, लेकिन कारोबार की मात्रा 2018-19 में 0.21 से बढ़ाकर 0.81 प्रतिशत कर दी गई।

क्रम सं.	टीपीए का नाम	2016-17		2017-18		2018-19		2019-20		अभ्युक्ति
		प्रीमियम (₹ लाख में और आईसीआर प्रतिशत में)	कुल सकल प्रीमियम का प्रतिशत	प्रीमियम (₹ लाख में और आईसीआर प्रतिशत में)	कुल सकल प्रीमियम का प्रतिशत	प्रीमियम (₹ लाख में और आईसीआर प्रतिशत में)	कुल सकल प्रीमियम का प्रतिशत	प्रीमियम (₹ लाख में और आईसीआर प्रतिशत में)	कुल सकल प्रीमियम का प्रतिशत	
										<ul style="list-style-type: none"> हालांकि आईसीआर वर्ष 2018-19 के दौरान 100 प्रतिशत से नीचे गिर गया, वर्ष 2019-20 में आईसीआर फिर से बढ़कर 141 प्रतिशत हो गया।
6.	हेल्थ इंडिया टीपीए सर्विसेज प्राइवेट लिमिटेड			3751.95 (113)	1.60	4507.52 (128)	1.43	2828.62 (145)	0.85	<ul style="list-style-type: none"> हालांकि तीन वर्षों में व्यापार आवंटन की मात्रा में कमी आई, आईसीआर सभी तीन वर्षों में 100 प्रतिशत से ऊपर रहा।
7.	मेड सेव हेल्थ केयर			9688.33 (114)	4.14	12095.88 (110)	3.85	7818.74 (123)	2.36	<ul style="list-style-type: none"> हालांकि व्यवसाय का आवंटन कम कर दिया गया था, आईसीआर सभी तीन वर्षों में 100 प्रतिशत से ऊपर रहा।
8.	मेसर्स पैरामाउंट हेल्थ सर्विसेज व इंश्योरेंस टीपीए प्राइवेट लिमिटेड			16041.56 (148)	6.85	22592.56 (139)	7.19	16709.93 (113)	5.04	<ul style="list-style-type: none"> 2017-18 में आईसीआर 148 प्रतिशत था, फिर भी 2018-19 में व्यापार आवंटन 6.85 प्रतिशत से बढ़ाकर 7.19 प्रतिशत कर दिया गया। सभी तीन वर्षों में आईसीआर 100 प्रतिशत से ऊपर बना रहा।
9.	पार्क मेडिकल्स टीपीए प्राइवेट लिमिटेड			10873.19 (129)	4.65	16036.84 (116)	5.10	12092.72 (126)	3.65	<ul style="list-style-type: none"> 2017-18 में आईसीआर 129 प्रतिशत था, फिर भी 2018-19 में व्यापार आवंटन 4.65 प्रतिशत से बढ़ाकर 5.10 प्रतिशत कर दिया गया। सभी तीन वर्षों में आईसीआर 100 प्रतिशत से ऊपर बना रहा।

क्रम सं.	टीपीए का नाम	2016-17		2017-18		2018-19		2019-20		अभ्युक्ति
		प्रीमियम (₹ लाख में और आईसीआर प्रतिशत में)	कुल सकल प्रीमियम का प्रतिशत	प्रीमियम (₹ लाख में और आईसीआर प्रतिशत में)	कुल सकल प्रीमियम का प्रतिशत	प्रीमियम (₹ लाख में और आईसीआर प्रतिशत में)	कुल सकल प्रीमियम का प्रतिशत	प्रीमियम (₹ लाख में और आईसीआर प्रतिशत में)	कुल सकल प्रीमियम का प्रतिशत	
10.	रक्षा टीपीए प्राइवेट लिमिटेड			4004.75 (120)	1.71	5604.22 (122)	1.78	2714.62 (152)	0.82	<ul style="list-style-type: none"> हालांकि 2017-18 में आईसीआर 120 प्रतिशत था, समान स्तर का व्यवसाय (करीब 1.70 प्रतिशत) 2018-19 में आवंटित किया गया था और आईसीआर 2018-19 में भी 100 प्रतिशत से ऊपर बना रहा। सभी तीन वर्षों में आईसीआर 100 प्रतिशत से ऊपर था।
11.	यूनाइटेड हेल्थकेयर पारेख टीपीए प्राइवेट लिमिटेड			5852.65 (107)	2.50	7675.07 (112)	2.44	9222.76 (103)	2.78	<ul style="list-style-type: none"> हालांकि 2017-18 में आईसीआर 100 प्रतिशत से अधिक था, समान स्तर का व्यवसाय (2.4 प्रतिशत) 2018-19 में आवंटित किया गया था और आईसीआर 2018-19 में भी 100 प्रतिशत से ऊपर बना रहा। 2018-19 में ICR 112 प्रतिशत था, फिर भी व्यवसाय आवंटन को 2018-19 में 2.44 प्रतिशत से बढ़ाकर 2.78 प्रतिशत कर दिया गया और 2019-20 में भी ICR 100 प्रतिशत से ऊपर बना रहा।
12.	विडाल हेल्थ टीपीए प्राइवेट लिमिटेड			15280.94 (126)	6.53	15041.34 (121)	4.79	7943.52 (153)	2.40	<ul style="list-style-type: none"> हालांकि व्यवसाय का आवंटन कम कर दिया गया था, आईसीआर तीनों वर्षों में न केवल 100 प्रतिशत से ऊपर रहा, बल्कि यह बढ़ती प्रवृत्ति पर भी था।
13.	विपुल मेड कॉर्प टीपीए प्राइवेट लिमिटेड			19315.35 (92)	8.25	27873.15 (111)	8.87	33352.59 (92)	10.06	<ul style="list-style-type: none"> हालांकि 2018-19 में आईसीआर 111 प्रतिशत था, लेकिन व्यवसाय आवंटन 2019-20 में 10.06 प्रतिशत से बढ़कर 8.87 हो गया।

क्रम सं.	टीपीए का नाम	2016-17		2017-18		2018-19		2019-20		अभ्युक्ति
		प्रीमियम (₹ लाख में और आईसीआर प्रतिशत में)	कुल सकल प्रीमियम का प्रतिशत	प्रीमियम (₹ लाख में और आईसीआर प्रतिशत में)	कुल सकल प्रीमियम का प्रतिशत	प्रीमियम (₹ लाख में और आईसीआर प्रतिशत में)	कुल सकल प्रीमियम का प्रतिशत	प्रीमियम (₹ लाख में और आईसीआर प्रतिशत में)	कुल सकल प्रीमियम का प्रतिशत	
14.	गुड हेल्थ टीपीए लिमिटेड			4313.37 (91)	1.84	4220.71 (112)	1.34	1738.35 (195)	0.52	• हालांकि 2018-19 में आईसीआर 112 प्रतिशत था, व्यापार आवंटन जारी रखा गया था (कम किए गए स्तर पर) और आईसीआर 2019-20 में 195 प्रतिशत तक चढ़ गया।
15.	ईस्ट वेस्ट असिस्ट इंश्योरेंस टीपीए प्राइवेट लिमिटेड			2056.79 (120)	0.88	4324.42 (118)	1.38	4529.93 (98)	1.37	• हालांकि 2017-18 में आईसीआर 120 फीसदी था, लेकिन कारोबार की मात्रा 2018-19 में 0.88 से बढ़कर 1.38 फीसदी हो गई और 2018-19 में आईसीआर 100 फीसदी से ऊपर रहा।
16.	फेमिली हेल्थ प्लान टीपीए लिमिटेड			21282.31 (111)	9.09	33104.49 (115)	10.54	43195.31 (86)	13.03	• हालांकि 2017-18 में आईसीआर 111 प्रतिशत था, लेकिन 2018-19 में कारोबार की मात्रा 9.09 से बढ़कर 10.54 प्रतिशत और आईसीआर बढ़कर 115 प्रतिशत हो गई।
17.	जीनियस इंडिया टीपीए लिमिटेड			11986.81 (113)	5.12	15782.81 (82)	5.02	15618.20 (82)	4.71	• हालांकि 2017-18 में आईसीआर 113 प्रतिशत था, लेकिन कारोबार की मात्रा 2018-19 में समान स्तर (लगभग 5 प्रतिशत) पर बनी रही।
18.	हेरिटेज हेल्थ टीपीए प्राइवेट लिमिटेड			16945.91 (95)	7.24	21081.04 (101)	6.71	25470.80 (88)	7.68	• 2018-19 में आईसीआर 101 प्रतिशत था, फिर भी 2019-20 में व्यापार आवंटन 6.71 प्रतिशत से बढ़ाकर 7.68 प्रतिशत कर दिया गया।

अनुलग्नक 3

(जैसा कि पैरा 3.7 में संदर्भित है)

उन शल्य/चिकित्सा प्रक्रियाओं को दर्शाता विवरण जहां एनआईसीएल की केंद्रीय समिति द्वारा तय दरें अन्य समतुल्य अस्पताल की दरों से अधिक थी

क्रम सं.	प्रक्रिया की क्रम सं.	पीपीएन कोड	प्रक्रिया/उपचार का नाम	जनरल	सेमी प्राइवेट	प्राइवेट	जनरल	सेमी	प्राइवेट
				वार्ड			वार्ड	प्राइवेट	
				पीयरलेस अस्पताल (एनआईसीएल)			आरएन टैगोर आईआईसीएस (समतुल्य अस्पताल)		
1	7	जीआई 10	रेडिकल मास्टक्टोमी मोडिफाइड	62000	69000	74000	58000	65000	71000
2	10	जीआई 12 ए	इनगुइनल/फेमोरल-ओपन (मेश को छोड़कर)	44000	48000	53000	39000	44000	49000
3	11	जीआई 12 बी	इनगुइनल/फेमोरल-लैप (मेश को छोड़कर)	44000	49000	53000	42000	47000	52000
4	12	जीआई 15 ए	इनसिशनल/अंबिलिकल/वेंट्रल-ओपन (मेश को छोड़कर)	49000	53000	58000	44000	50000	53000
5	13	जीआई 15 बी	इनसिशनल/अंबिलिकल/वेंट्रल-लैप (मेश को छोड़कर)	51500	55000	61500	47000	53000	56000
6	14	जीआई 21	राइट व लेफ्ट हेमी कोलेक्टोमी	128500	140000	158500	120000	135000	150000
7	15	जीआई 23	एधियोलिसिस के साथ या बिना एक्प्लोरेटरी लैपरोटोमी	49000	54000	62500	45000	50000	58000
8	16	ओबीजी 02	सिजेरियन सेक्शन (अच्छी तरह से शिशु देखभाल सहित)	50000	53000	63000	47000	50000	51000
9	18	ओबीजी 04	टीएएच+बीएसओ+एधिसियोलिसिस (ओपन व लैप)	50000	57000	62000	48000	55000	61000

क्रम सं.	प्रक्रिया की क्रम सं.	पीपीएन कोड	प्रक्रिया/उपचार का नाम	जनरल	सेमी प्राइवेट	प्राइवेट	जनरल	सेमी	प्राइवेट
				वार्ड			वार्ड	प्राइवेट	
				पीयरलेस अस्पताल (एनआईसीएल)			आरएन टैगोर आईआईसीएस (समतुल्य अस्पताल)		
10	21	ओआरटीएच 01	टोटल नी रिप्लेसमेंट (प्रत्यारोपण को छोड़कर)	103000	110000	125000	98000	105000	120000
11	22	ओआरटीएच 03	टोटल हिप रिप्लेसमेंट (प्रत्यारोपण को छोड़कर)	94000	102000	117000	93000	102000	117000
12	23	ओआरटीएच 05 ए	फैक्चर नेक फेमूर (प्रत्यारोपण को छोड़कर)	65000	69000	76000	64000	68000	75000
13	24	ओआरटीएच 05 बी	फैक्चर नेक फेमूर-डीएचएस की आवश्यकता (प्रत्यारोपण को छोड़कर)	72000	77000	84000	67000	72000	79000
14	28	ओआरटीएच 19	आर्थ्रोस्कोपिक सर्जरी	45000	50000	55000	42000	47000	52000
15	32	यूआरओ 01	पीसीएनएल (पक्वूटेनियस नेफ्रोलिथोट्रिप्सी)	43000	48300	51000	40000	45000	50000
16	33	यूआरओ 03 ए	टर्प	51000	57000	63000	39000	46000	56500
17	35	यूआरओ 15	टर्बट (ट्रांसयूरेथ्रल रिसेक्शन ब्लैडर ट्यूमर)	49500	54500	60000	40000	45000	55000
18	6	जीआई 07	कोलसिस्टेक्टॉमी (लैप)	41000	46000	52000	40000	45000	50000
19	19	ओबीजी 10	पेल्विक फ्लोर रिपेयर के साथ हाइस्टरेक्टॉमी	55000	60000	70000	54000	60000	65000
20	34	यूआरओ 10	नेफ्रेक्टॉमी/ नेफ्रोलिथोमी/ पाइलेलिटोटॉमी	65000	72000	85000	60000	68000	79000

नोट: बोल्ड में आंकड़े स्वीकृत हुए अधिक प्रभारों को दर्शाते हैं।

शब्दावली

शब्दावली	विवरण
लाभ	लाभ का अर्थ उस सेवा की सीमा या डिग्री से है जिसे बीमा कृत व्यक्ति बीमाकर्ता के साथ अपने संविदा के आधार पर प्राप्त करने का हकदार है।
जन्मजात बाह्य विसंगति	जन्मजात बाह्य विसंगति का अर्थ है ऐसी स्थिति जो जन्म से ही विद्यमान होती है, और जो आकार, स्वरूप या अवस्थिति के संदर्भ में असामान्य होती है।
सह-भुगतान	सह-भुगतान का अर्थ है स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी के तहत एक लागत-सहभाजन आवश्यकता जो यह प्रावधान करती है कि बीमा धारक/ बीमाकृत दावा राशि का एक निश्चित प्रतिशत वहन करेगा। सह-भुगतान बीमाकृत राशि को कम नहीं करता है।
बीमा व्याप्ति	बीमा व्याप्ति का अर्थ होता है बीमाकृत व्यक्ति को पॉलिसी की शर्तों, नियमों, सीमाओं तथा अपवर्जनों के अधीन पॉलिसी के अंतर्गत उपलब्ध कराई गई स्वास्थ्य सेवाओं की पात्रता।
संचयी बोनस	संचयी बोनस का अर्थ है प्रीमियम में संबंधित वृद्धि के बिना बीमाकर्ता द्वारा प्रदान की गई बीमाकृत राशि में कोई वृद्धि अथवा अभिवृद्धि।
कॉर्पोरेट बफर	कॉर्पोरेट बफर का अर्थ है सामूहिक बीमा पॉलिसियों के मामले में समस्त समूह के लिए उपलब्ध अतिरिक्त बीमा राशि।
दिन देखभाल उपचार	दिन देखभाल उपचार का अर्थ है चिकित्सा उपचार, और/ अथवा सर्जिकल प्रक्रिया जो (i) तकनीकी उन्नति के कारण 24 घंटे से कम समय में अस्पताल/ दिन देखभाल केंद्र में सामान्य/ लोकल एनेस्थीसिया के तहत की जाती है, और (ii) जिसे अन्यथा 24 घंटे से अधिक समय के लिए अस्पताल में भर्ती करने की आवश्यकता होती है। आमतौर पर बाह्य रोगी के आधार पर लिया गया उपचार परिभाषा के दायरे में शामिल नहीं है।
कटौती राशि	कटौती राशि का अर्थ है स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी के अंतर्गत लागत साझा करने की एक आवश्यकता जो यह प्रावधान करती

शब्दावली	विवरण
	है कि बीमाकर्ता क्षतिपूर्ति पॉलिसियों के मामले में निर्दिष्ट रूप की राशि के लिए तथा अस्पताल की नकदी पॉलिसी के मामले में निर्दिष्ट दिनों/ घण्टों के लिए उत्तरदायी नहीं होगा जो बीमाकर्ता द्वारा किसी भी लाभ को देय करने के पहले लागू होगा। कटौती राशि बीमाकृत राशि को कम नहीं करती है।
डॉमिसिलियरी हॉस्पिटलाइजेशन	डॉमिसिलियरी हॉस्पिटलाइजेशन का अर्थ है किसी बीमारी/ रोग/ चोट के लिए उपचार करना, जिसे सामान्य कार्यवाही के दौरान अस्पताल में देखभाल और उपचार की आवश्यकता होती है, परंतु निम्नलिखित स्थितियों में से किसी के भी अंतर्गत घर में ही किया जाता है: <ol style="list-style-type: none"> 1. रोगी की स्थिति ऐसी है कि वह अस्पताल तक जाने की स्थिति में नहीं है अथवा 2. अस्पताल में कमरे की अनुपलब्धता के कारण रोगी घर पर ही उपचार लेता है।
आपातकाल	आपातकाल का अर्थ है किसी रोग अथवा चोट का प्रबंधन जिसके लक्षण अचानक और अप्रत्याशित रूप से होते हैं, और जिसके कारण चिकित्सक द्वारा बीमाकृत व्यक्ति को मृत्यु अथवा गंभीर दीर्घकालिक क्षति से बचाने के लिए तत्काल देखभाल किए जाने की आवश्यकता होती है।
अस्पताल में भर्ती होना	अस्पताल में भर्ती होने का अर्थ है अस्पताल में निर्दिष्ट प्रक्रियाओं/ उपचारों, जहां भर्ती लगातार 24 घंटों से कम की अवधि के लिए हो सकती है के अलावा लगातार 24 'अंतरंगी रोगी देखभाल' घंटों की न्यूनतम अवधि के लिए भर्ती।
आईसीयू प्रभार	आईसीयू प्रभार का अर्थ है अस्पताल द्वारा आईसीयू खर्च के संबंध में लिया गया प्रभार जिसमें मॉनिटरिंग यंत्र, क्रिटिकल केयर नर्सिंग तथा इंटेंसिविस्ट प्रभारों आईसीयू बेड, आईसीयू रोगी को उपलब्ध कराई गई सामान्य एवं चिकित्सीय सहायता सेवाएं के व्यय शामिल हैं।
किए गए दावे	भुगतान किए गए दावे सहित वर्ष के अंत में बकाया दावे में से वर्ष के आरंभ में बकाया दावे घटाकर।

शब्दावली	विवरण
गहन देखभाल यूनिट अथवा आईसीयू	गहन देखभाल यूनिट अथवा आईसीयू का अर्थ है अस्पताल का एक निर्धारित अनुभाग, रोगीकक्ष अथवा स्कंध जो एक समर्पित चिकित्सक के निरंतर पर्यवेक्षण के अंतर्गत होता है, और ऐसे रोगी, जो गंभीर स्थिति में है, अथवा जिन्हें जीवन अवलंब सुविधाओं की आवश्यकता है, उनकी निरंतर निगरानी तथा उपचार के लिए विशेष रूप से सज्जित है तथा जहां देखभाल और पर्यवेक्षण का स्तर साधारण तथा अन्य रोगीकक्षों से अधिक परिष्कृत और गहन है।
चिकित्सीय व्यय	चिकित्सीय व्यय का अर्थ है वह व्यय जो बीमाकृत व्यक्ति द्वारा किसी चिकित्सक के परामर्श पर रोग या चोट के कारण अनिवार्य रूप से और वास्तव में वहन किया गया है, जब तक यह व्यय उससे अधिक न हो जो तब देय होती यदि बीमाकृत व्यक्ति का बीमा नहीं हुआ होता और उसी चिकित्सीय उपचार के लिए उसी इलाके के किसी अन्य अस्पताल या चिकित्सक द्वारा लिए गए शुल्क से अधिक न हो
नेटवर्क प्रदाता	नेटवर्क प्रदाता का अर्थ है एक बीमाकर्ता, टीपीए अथवा संयुक्त रूप से बीमाकर्ता और टीपीए द्वारा सूचीबद्ध अस्पताल या स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता जो एक बीमाकृत को नकदी रहित सुविधा द्वारा चिकित्सा सेवाएं प्रदान करता है।
गैर-नेटवर्क प्रदाता	गैर-नेटवर्क प्रदाता का अर्थ है कोई भी अस्पताल, दिन देखभाल केंद्र या अन्य प्रदाता जो नेटवर्क का हिस्सा नहीं है।
बाह्य रोगी विभाग या ओपीडी उपचार	ओपीडी उपचार का अर्थ है वह उपचार जिसमें बीमाकृत चिकित्सक की सलाह के आधार पर रोगनिदान और उपचार के लिए क्लिनिक/ अस्पताल या परामर्श कक्ष जैसी सम्बद्ध सुविधा पर जाता है। बीमाकृत को दिन देखभाल या अंतरंगी रोगी की तरह भर्ती नहीं किया जाता है।
पूर्ववर्ती बीमारियां	पूर्ववर्ती बीमारियों का अर्थ है कोई भी स्थिति, रोग, चोट, या संबंधित स्थिति (यां) जिनके लिए बीमाकर्ता द्वारा पहली पॉलिसी जारी किए जाने के पहले संकेत या लक्षण थे और/ अथवा रोग निदान कर लिया गया था, और/ अथवा जिनके लिए

शब्दावली	विवरण
	48 घंटों के भीतर सलाह/ उपचार प्राप्त कर लिया गया था, तथा पॉलिसी का बाद में लगातार नवीनीकरण किया गया।
अस्पताल में भर्ती होने से पूर्व के खर्च	बीमाकृत व्यक्ति के अस्पताल में भर्ती होने से पूर्व निश्चित दिनों के दौरान किया गया चिकित्सा व्यय
अधिमान्य प्रदाता नेटवर्क (पीपीएन)	अधिमान्य प्रदाता नेटवर्क जुलाई 2010 में चार पीएसयू बीमाकर्ताओं द्वारा शुरू किया गया एक संयुक्त प्रयास है। पीपीएन लागत को युक्तिसंगत बनाने, स्वास्थ्य बीमा वृद्धि, अस्पताल में नकदी रहित भर्ती और लागत में कमी लाने के उद्देश्य को प्राप्त करने की एक क्रियाविधि है। अधिमान्य प्रदाता नेटवर्क से तात्पर्य है, उन चुनिंदा शहरों, जिन्होंने बीमाकृत व्यक्तियों के लिए निश्चित प्रक्रिया के लिए नकदी रहित पैकेज दरों के लिए स्वीकृति दे दी है, में अस्पतालों, दिन देखभाल केंद्रों, नर्सिंग होम, जैसा भी हो, का नेटवर्क। ऐसे अस्पतालों और प्रक्रियाओं की सूची बीमाकर्ता और टीपीए की वेबसाइट पर बीमाकृत की जानकारी हेतु उपलब्ध होती है तथा इसका समय-समय पर अद्यतन किया जाता है।
अस्पताल में भर्ती होने के बाद के खर्च	बीमाकृत व्यक्ति के अस्पताल से छुटी दिए जाने के तुरंत बाद हुए चिकित्सा व्यय
राजस्व हानि	निवल अर्जित प्रीमियम जमा कुल निवेश आय घटा निवल व्यय किए गए दावे घटा निवल व्यय किए गए कमीशन घटा बीमा संबंधित संचालन व्यय (विदेश कर सहित) घटा प्रीमियम की कमी
कमरे का किराया	कमरे का किराया से तात्पर्य है अस्पताल द्वारा कमरे और भोजनव्यवस्था पर हुए खर्च के लिए प्रभारित राशि है और इसमें सम्बद्ध चिकित्सा व्यय शामिल होंगे।
सेवाएं	सेवाओं का अर्थ है वह सभी चिकित्सीय स्वास्थ्य देखभाल और अनुषंगी सेवाएं जो टीपीए द्वारा बीमाकर्ता और/ अथवा बीमाधारक और/ अथवा बीमाकृत व्यक्ति को उपलब्ध कराने के लिए स्वीकृत की गयी हो, जिनमें निम्नलिखित शामिल हैं:

शब्दावली	विवरण
	<ul style="list-style-type: none"> i. नकदी रहित अभिगम सेवा खंड में परिभाषित हॉस्पिटलाइजेशन सेवा। ii. कॉल सेंटर एवं एसएमएस सेवा iii. नामांकन और पहचान पत्र सेवा iv. ग्राहक संबंध और संपर्क प्रबंधन v. अन्वेषण सेवा vi. नकदी रहित सेवा vii. दावा प्रसंस्करण सेवा viii. प्रबंधन सूचना प्रणाली (एमआईएस) सेवा ix. कानूनी सहायता और अन्य
बीमा राशि	पॉलिसी अनुसूची में सूचीबद्ध/ दर्शाई गई, पॉलिसी में से बीमाकृत व्यक्तियों द्वारा चुनी गई पॉलिसी के अंतर्गत कवरेज की अधिकतम राशि
शल्य चिकित्सा अथवा शल्य प्रक्रिया	शल्य चिकित्सा अथवा शल्य प्रक्रिया का अर्थ है चिकित्सक द्वारा किसी रोग या चोट, विकलांगता और कमी में सुधार, रोग का निदान एवं इलाज, कष्ट से राहत और आयु में वृद्धि के लिए अस्पताल या दिन देखभाल केंद्र में अपेक्षित मैन्युअल और/या शल्य चिकित्सीय प्रक्रिया है
थर्ड पार्टी प्रबंधक	कोई भी व्यक्ति जो प्राधिकरण द्वारा अधिसूचित आईआरडीएआई (थर्ड पार्टी प्रबंधक-स्वास्थ्य सेवाएं) विनियमावली, 2016 के तहत पंजीकृत है, और उक्त विनियमावली में परिभाषित स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करने के उद्देश्य से स्वास्थ्य बीमा कारोबार कर रही बीमा कंपनी द्वारा प्रदत्त फीस या पारिश्रमिक पर, कार्य कर रहा है।

© भारत के नियंत्रक एवं महालेखापरीक्षक
www.cag.gov.in