

**"सार्वजनिक क्षेत्र की बीमा कंपनियों के स्वास्थ्य बीमा कारोबार में थर्ड पार्टी प्रशासकों" पर
सीएजी की लेखापरीक्षा रिपोर्ट संसद में प्रस्तुत**

"सार्वजनिक क्षेत्र की बीमा कंपनियों के स्वास्थ्य बीमा कारोबार में थर्ड पार्टी प्रशासकों" पर भारत के नियंत्रक एवं महालेखापरीक्षक की 2022 की अनुपालन लेखापरीक्षा रिपोर्ट संख्या-1 आज संसद में पेश की गई।

भारत में स्वास्थ्य बीमा कारोबार करने वाली बीमा कंपनियां हैं। इनमें से चार सामान्य 32 अर्थात् (पीएसयू बीमाकर्ता) बीमा कंपनियां सार्वजनिक क्षेत्र की सामान्य दी न्यू इंडिया एश्योरेंस कंपनी लिमिटेड (एनआईसीएल), युनाइटेड इंडिया इश्योरेंस कंपनी लिमिटेड (यूआईसीएल), दि ओरिएंटल इश्योरेंस कंपनी लिमिटेड और नेशनल (ओआईसीएल) इश्योरेंस कंपनी लिमिटेड प्र बीमा उत्पादों को स्वयं ही जो विभिन्न (एनआईसीएल) दान करती हैं। चारों बीमा कंपनियां वित्त मंत्रालय के प्रशासनिक नियंत्रण में काम (वित्तीय सेवा विभाग) कर रही हैं।

स्वास्थ्य बीमा कारोबार पीएसयू बीमाकर्ताओं के कारोबार में दूसरा सबसे बड़ा कारोबार है (पहला मोटर बीमा है) जिसका सकल प्रत्यक्ष प्रीमियम 21-2020 से 17-2016 में पांच वर्ष की अवधि के दौरान ₹1,16,000 करोड़ है। 551 स्वास्थ्य बीमा कारोबार में प्रदाता इंटरफेस, दावों के चिकित्सा अधिनिर्णयन और प्रौद्योगिकीय रूप से चालित ग्राहक सेवाओं में बेहतर विशेषज्ञता, विशिष्टीकरण के लिए टीपीए को नियुक्त किया गया है। लेखापरीक्षा ने पिछले पांच वर्ष यानी 2016-17 से 2020-21 तक 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 नमूने चयन के आधार पर की गई थी। मुख्य लेखापरीक्षा निष्कर्ष इस प्रकार हैं:

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 कम कर दिया या समग्र हानि में वृद्धि की। समूह स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों में वहाँ हानियाँ हुई थी जहाँ 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, 2.2 और 2.3)

- वित्त मंत्रालय (एमओएफ) ने समूह पॉलिसियों के जोखिम अंकन (अंडरराइटिंग) के लिए दिशानिर्देश निर्धारित किए (सितंबर 2012/मई 2013) जिसके अनुसार स्टैंडअलोन समूह पॉलिसियों का संयुक्त अनुपात¹ 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)

टीपीए का मनोनयन और नेटवर्क प्रदाताओं का नामांकन

- एनआईसीएल 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 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।

3.1 पैरा), (3.3 और 3.2

- 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।

(3.2 पैरा)

¹ संयुक्त अनुपात - "अर्जित दावा अनुपात जमा प्रबन्धन व्यय जमा एजेंट/दलाल का कमीशन जमा टीपीए शुल्क और अन्य व्ययों का योग"

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

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

(3.4 पैरा)

- 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।

(3.7 पैरा)

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 सुचारू 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।

(4.3 और 4.2 पैरा)

- लेखापरीक्षा द्वारा डेटा विश्लेषण से पता चला कि एनआईएसीएल और

यूआईआईसीएल कुछ दावों का 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 एनआईसीएल में एक से अधिक निपटान के 792 मामलों (₹4.93 करोड़) और यूआईआईसीएल में 12,532 मामलों (₹8.60 करोड़) इंगित किए, जैसा कि डेटाबेस से देखा गया। इसके अलावा, लेखापरीक्षा ने एनआईसीएल 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।

4.2.1 पैरा)और(4.2.2

- टीपीए को सेवा स्तरीय करार के अनुसार दावों की अनिवार्य जांच करने की आवश्यकता है लेकिन एनआईसीएल, 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।

(4.7 पैरा)

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) 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(

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)

- एनआईसीएल 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। एनआईसीएल ऐसे अस्पतालों के विरुद्ध गैर मनोनयन खंड के 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 एनआईसीएल को इस तरह के धोखाधड़ी प्रतिपूर्ति दावों की रिपोर्ट करने में विफल रहे और पॉलिसी को रद्द करने के लिए एनआईसीएल 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)