

А.Ю. Юркевич, Е.С. Доморад, 3 курс

Научный руководитель – И.А. Пригодич, к.э.н., доцент

Полесский государственный университет

Медицинское страхование является относительно новой формой страхования. Развитие страхования в медицинской области соотносится с эволюцией медицины и с появлением дорогостоящих услуг. Мошенничество в медицинской области может рассматриваться как с точки зрения закона, так и со стороны этики, т.к. страхование медицинских расходов снижает риск дополнительных затрат на лечение работников [1]. Цель статьи – выявить и рассмотреть наиболее распространенные случаи страхового мошенничества в медицинской сфере и обозначить методы борьбы с мошенничеством в страховой системе.

Фонды медицинского страхования по всему миру ежегодно теряют около 260 миллиардов долларов из-за мошенничества с медицинским страхованием, что эквивалентно 6% мировых расходов на здравоохранение [2]. При анализе случаев страхового мошенничества в медицинской сфере, было выявлено, что мошенники получают страховое возмещение следующими способами:

1. Получение страховой выплаты по поддельным документам: злоупотребление полномочиями, подделка документов, дача взятки, и служебный подлог. Основу преступных действий составляет мошенничество путем имитации страхового случая. Например, клиента признают инвалидом вследствие полученной травмы, хотя медицинских показаний к этому нет.

2. Умышленное членовредительство. Мошенники наносят себе незначительные травмы, получая выплаты из разных страховых компаний.

3. Соккрытие причин получения травмы. Например, предприятие страхует сотрудников от несчастного случая. Получив травму дома, страхователь сообщает, что она случилась на производстве.

4. Соккрытие информации о своем здоровье на момент заключения договора. Клиент умышленно скрывает наличие у него хронических заболеваний, а впоследствии при их обострении сообщает, что они новоприобретенные.

5. Завышение страховой суммы по лечению. Завышение страховой суммы путем «приписок» в диагнозе несуществующих болезней, назначения ненужных исследований, лекарств, методов диагностики и необязательных методик лечения.

6. Получение лечения подставным лицом. Администрация клиник в большинстве случаев не требует у застрахованного предъявить страховой полис, и практически никогда не просит предъявить документы, удостоверяющие личность. Это служит хорошим поводом для мошенничества в виде передачи страхового полиса третьим лицам.

7. Мошенничество с использованием полиса страхования ответственности медицинского работника. Оно заключается в инсценировке страхового события, связанного с врачебной ошибкой, которая повлекла причинение вреда больному, пациенту клиники. В этом случае ущерб больному должна компенсировать страховая компания, в которой был заключен договор страхования профессиональной ответственности врача.

8. Мошенничество с инсценировкой смерти застрахованного лица. Например, скоропостижная смерть застрахованного лица в период командировки в другой город. Подозрительными для страховой компании могут стать следующие позиции: значительный размер страховой суммы; страховым случаем произошел в скором времени после заключения договора страхования; ходатайство выгодоприобретателя о скорейшем рассмотрении страхового случая и выплате страховой суммы; сам факт смерти застрахованного лица в другом городе. В таком случае проводится расследование страхового случая: в больнице, где умер застрахованный, должны быть записи о его поступлении; опросы медицинского персонала больницы помогают выявить какие-либо факты, имеющие отношение к застрахованному; тело должно доставляться в морг города, где в командировке находился застрахованный; в отделе ЗАГС города, где в командировке находился застрахованный, должна составляться актовая запись о смерти застрахованного; выдается свидетельство о смерти с указанным номером; подпись руководителя ЗАГСа в представленном свидетельстве должна соответствовать оригиналу; проводится вскрытие трупа застрахованного в соответствии с медицинским порядком констатации причин внезапной смерти человека; если по документам была осуществлена кремация трупа застрахованного (должна присутствовать отметка в крематории города, где в командировке находился застрахованный). Так можно установить была ли смерть застрахованного инсценирована со всеми вытекающими уголовными последствиями.

9. Мошенничество посредством фиктивного оформления полисов обязательного медицинского страхования. К преступлениям подобной категории относится незаконное оформление полисов обязательного медицинского страхования на лиц, которые не имеют никакого отношения к конкретным организациям. В результате этих действий страховые компании вынуждены из соответствующих фондов медицинского страхования уплачивать стоимость медицинских услуг, которые якобы получили эти лица, не только не работавшие в этих организациях, но и не прописанные, и не проживающие в этом населенном пункте. Посредники в сговоре с медработниками, могут оформлять полисы обязательного медицинского страхования, находить людей, которым нужен полис, с предложением ускорить решение проблемы за определенную цену, и, получив согласие этих людей, решать вопрос, акцентируя внимание клиентов на то, что лечиться за деньги гораздо дороже и в выигрыше будут все стороны. Фонд, из которого перечисляются суммы на лечение, потерпит значительные убытки.

10. При страховании жизни и здоровья участились случаи инсценировок наезда на пешехода в целях незаконного получения страхового вознаграждения. Такой способ зарабатывания себе на жизнь достаточно опасен для жизни и здоровья самого мошенника, но такие факты периодически встречаются.

Случаи мошенничества, которые удалось раскрыть, развивают страховую практику: чтобы суметь противостоять чему-либо, необходимо столкнуться с проблемой. С каждым новым случаем создаются новые инструменты по борьбе с мошенничеством в сфере медицинского страхования, например информирование людей. Почти половина убытков от мошенничества, возмещенных в период с 1996 по 2005 год, приходится на судебные иски, поданные осведомителями [3]. Готов-

ность людей сообщать о нарушениях – неизбежный этап в содействии распространению изобличительного поведения.

Медицинские страховые компании разработали эффективную политику и методы борьбы с мошенничеством, направленные на предотвращение, обнаружение и расследование. У страховщиков есть профессиональные следователи и эксперты. Они выполняют проверки правдоподобия, например, сопоставляют лечение с основными заболеваниями, прежде чем возмещать иск. Страховые компании также проводят ретроспективный анализ всех ранее заявленных расходов с помощью сложной технологии обнаружения мошенничества, чтобы определить закономерности или тенденции в предыдущих требованиях. По результатам этих проверок страховые компании могут запросить у физических лиц или поставщика медицинских услуг более подробную информацию о расходах на лечение, направленных на возмещение.

Развитие новых видов услуг в сфере личного и медицинского страхования характеризуется не только как очередной этап развития экономических отношений в сфере страхования, но и увеличением мошеннических преступных проявлений по данному направлению. С каждым годом в страховании появляются новые схемы обмана страховщиков с целью получить корыстную выгоду в виде определенных выплат.

Таким образом, изучение схем мошенничества – необходимое мероприятие для улучшения системы защиты физических и юридических лиц. Как выяснилось в процессе исследования, наиболее распространенными случаями страхового мошенничества в медицинской сфере являются случаи фальсификации медицинских документов, умышленные акты несчастного случая, сокрытие важных фактов при заключении договора страхования. Данные о случаях мошенничества являются базой для подготовки необходимых превентивных мероприятий. Важным фактором в борьбе с мошенничеством являются лица, сообщающие о преступных схемах в необходимые органы. Эксперты, работающие со страховыми компаниями исследуют обстоятельства страхового случая, прежде чем выгодоприобретатель получит выплату.

Список использованных источников

1. Пригодич И. А. Страхование в системе ВЭД: электронный учебно-методический комплекс / И.А. Пригодич. – ПолесГУ, 2020. 313 с.
2. Johnson JM, Khoshgoftaar TM. Medicare fraud detection using neural networks. J Big Data. 2019;6(1):63. doi:10.1186/s40537-019-0225-0
3. Faunce TA, Bolsin SN. Three Australian whistleblowing sagas: lessons for internal and external regulation. Med J Aust. 2004;181(1):44–47. doi:10.5694/j.1326-5377.2004.tb06160.x