

INSURANCE OF PROFESSIONAL LIABILITY OF MEDICAL WORKERS

MILOSLAVSKAYA Melina Arturovna

Senior Lecturer of the Department of Law and History

Pyatigorsk Medical Pharmaceutical Institute

Branch of the Volga State Medical University of the Russian Federation
Pyatigorsk, Russia

In this article, we will consider the civil claims of patients against doctors, in connection with compensation for moral damage, for established medical errors. Let's consider awareness of insurance risks, future specialists of dentists in their professional activities, and possible ways to protect against such risks.

Keywords: insurance, medical errors, moral damage, compensation, liability.

СОСТОЯНИЕ И ДИНАМИКА МОШЕННИЧЕСТВА
В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

РУКОЛЕЕВ Виталий Александрович

ассистент кафедры конституционного и международного права

ФГБОУ ВО «Уральский государственный экономический университет»

г. Екатеринбург, Россия

(SPIN-код): 4210-8243

В настоящей работе представлено состояние и динамика мошенничества в сфере обязательного медицинского страхования. Автором приведены примеры наиболее частых мошеннических действий. По завершении исследования, сделан вывод о том, что мошенничество в рассматриваемой сфере характеризуется высокой латентностью. Показатели о количестве совершаемых преступлений отсутствуют или намеренно скрыты, что отражает неслаженность действий страховщиков, специализирующихся на осуществлении обязательного медицинского страхования, по противодействию страховому мошенничеству.

Ключевые слова: обязательное медицинское страхование, мошеннические действия, полис медицинского страхования, организации, преступление, медицинская помощь, пациенты.

Распространенными мошенническим действиями в сфере обязательного медицинского страхования (далее – ОМС) относятся деяния, совершаемые под влиянием введения в заблуждение физических лиц, путем оказания частными медицинскими организациями, не включенными в реестр как осуществляющие деятельность в сфере ОМС, бесплатных медицинских услуг по полису медицинского страхования. Смысл этого вида мошенничества состоит в склонении граждан, под предлогом бесплатного оказания медицинских услуг, к подписанию кредитного договора с высокими процентными ставками. Обратим

внимание на статью 15 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» [6] (далее – Закон об ОМС), где сказано, что к медицинским организациям в сфере ОМС относятся организации, имеющие право на осуществление медицинской деятельности и включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС. Включение медицинских организаций в реестр происходит путем подачи такой организацией уведомления [1], направленного в территориальный фонд (подпункт 14 пункта 7 статьи 34). В части 5 статьи 15 Закона об ОМС говорится,

что медицинская организация осуществляет свою деятельность в сфере ОМС на основании договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, оплата которого на основании статьи 39 этого же закона, производится за счет средств ОМС, и страховой медицинской организацией, участвующей в реализации территориальных программ ОМС.

К сожалению, и среди медицинских организаций, включенных в реестр как осуществляющих деятельность в сфере ОМС, распространены случаи мошенничества. Недобросовестные субъекты получают денежные средства от своих пациентов за оказание медицинских услуг и одновременно подают заявки в страховые медицинские организации на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам. Так, в 2016 г. было возбуждено уголовное дело по факту мошенничества на сумму более 164 млн. руб. Суть преступления заключалась в том, что руководство частной медицинской организации, включенной в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС по Республике Коми, оказывало населению платные услуги. После оказания гражданам платной медицинской помощи, руководство клиники, в том числе через страховые компании, обращалось в ГУ ТФОМС Республики Коми и возмещало затраты за оказанные услуги в рамках ОМС. За период с января 2012 по декабрь 2014 г. сотрудники клиники внесли в реестр 276 192 граждан, которым была оказана медицинская помощь в рамках ОМС [4]. А в 2020 г. пресечена деятельность группы лиц, обманным путем получавших денежные средства от граждан с онкологическим диагнозом за платное лечение в ведущих московских клиниках. На самом же деле пациенты проходили лечение на общих основаниях в рамках ОМС. По предварительным данным, ущерб превысил 10 млн. руб. [5].

По сравнению с двумя выше описанными примерами мошенничества, где установить его явные признаки не представляется трудным, равно как и при расследовании возможно приобщить к уголовному делу показания свидетелей и потерпевших. В случае

же незаконного использования персональных данных застрахованных лиц в целях изготовления заведомо ложных документов, подтверждающих оказание медицинских услуг, доказать и выявить факт мошенничества не представляется возможным. Приведем пример из судебной практики. Петроградский районный суд города Санкт-Петербурга 6 февраля 2018 г. вынес обвинительный приговор в отношении главного врача Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Институт экспериментальной медицины» (ФГБНУ «ИЭМ») по части 1 статьи 285 УК РФ, а в отношении его заместителя по части 3 статьи 159 УК РФ и части 1 статьи 285 УК РФ. Из материалов уголовного дела следует, что лица, используя свои служебные полномочия, дали указания подчиненным изготовить подложные медицинские карты на пациентов реально медицинскую помощь в институте не получивших. На основании подложных документов в период с ноября 2015 г. по январь 2016 г. в адрес страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, были выставлены 878 счетов на оплату «оказанных» 511 застрахованным лицам медицинских услуг на общую сумму свыше 11 млн. руб., которые впоследствии были перечислены на счет института [2].

Подводя итог отметим, что мошенничество в сфере ОМС характеризуется высокой латентностью. Показатели о количестве совершаемых преступлений отсутствуют или намеренно скрыты, что отражает неслаженность действий страховщиков, специализирующихся на осуществлении ОМС, по противодействию страховому мошенничеству [3, с. 70]. Приписки в медицинских картах об лже-оказанной медицинской помощи, оформление медицинской карты пациента, зная его персональные данные, – стабильная криминальная практика по легализации (отмыванию) денежных средств из фонда обязательного медицинского страхования. В этой связи законодателю предстоит выработать эффективный механизм противодействия данным проявлениям, создать условия, препятствующие совершению преступлений в рассматриваемой сфере.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Письмо ФФОМС от 30 декабря 2011 г. № 9161/30-1/и «О направлении Методических указаний по представлению информации в сфере обязательного медицинского страхования» – URL:<https://www.consultant.ru> (дата обращения: 10.11.2023).
2. Приговор Петроградского районного суда города Санкт-Петербурга от 06 февраля 2018 г. по делу № 1-92/2018 – URL:<https://pgr--spb.sudrf.ru/> (дата обращения: 01.09.2023).
3. Пузырева К.Ю. К вопросу о необходимости изучения преступности в сфере обязательного медицинского страхования // Актуальные проблемы государства и права. – 2022. – Т. 6, № 1(21). – С. 65-75.
4. Следователями СУ МВД по Республике Коми расследуется уголовное дело по факту мошенничества на сумму более 164 миллионов рублей – URL:<https://мвд.пф/news/item/7818163/> (дата обращения: 08.08.2023).
5. Сотрудники МВД России задержали подозреваемых в масштабном мошенничестве в сфере оказания медицинских услуг – URL: <https://юао.мск.мвд.пф/news/item/20220262/> (дата обращения: 09.10.2023).
6. Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» – URL:<https://www.consultant.ru> (дата обращения: 10.11.2023).

**THE STATE AND DYNAMICS OF FRAUD
IN THE FIELD OF COMPULSORY HEALTH INSURANCE****RUKOLEEV Vitaly Aleksandrovich**

Assistant of the Department of Constitutional and International Law
Ural State University of Economics
Yekaterinburg, Russia
(SPIN-код): 4210-8243

This paper presents the state and dynamics of fraud in the field of compulsory health insurance. The author gives examples of the most frequent fraudulent actions. Upon completion of the study, it was concluded that fraud in this area is characterized by high latency. Indicators on the number of crimes committed are absent or intentionally hidden, which reflects the inconsistency of the actions of insurers specializing in the implementation of compulsory medical insurance to counter insurance fraud.

Keywords: compulsory medical insurance, fraudulent actions, health insurance policy, organizations, crime, medical care, patients.
