Правительство РФ готовит отрицательное заключение на законопроект депутата Владислава Резника с поправками к закону об организации страхового дела в РФ, где говорится о предоставлении страховым компаниям права запросить медучреждение о поставленном диагнозе, сообщил "Интерфаксу" информированный источник на страховом рынке.

Он подчеркнул, что в законопроекте "речь идет только о тех случаях, по которым сам клиент предоставляет письменное согласие страховщику на запрос информации в медучреждения, где он лечится".

По данным Всероссийского союза страховщиков (ВСС), в настоящее время примерно 50% направляемых в медучреждения страховщиками запросов для подтверждения выплаты остаются без ответа, медики при этом ссылаются на защиту медицинской тайны. Страховщики без возможности перепроверить медданные сталкиваются с увеличением числа мошенничеств в личном страховании и страховании жизни. Во всем мире эта отрасль страхования подвергается упорным атакам мошенников, страховщики ведут с ними активную борьбу.

В перечне правительственных аргументов против законопроекта собеседник агентства отметил следующие: поправки носят технический характер и при этом создают новые риски, в том числе связанные с невозможностью идентифицировать стороны договора страхования или подтвердить его юридическую силу. Кроме того, с учетом новой практики получения медицинских документов в электронном виде гражданами, страхователи сами могут оперативно предоставить страховщику нужные для выплаты документы, считают в правительстве.

"Этот аргумент справедлив. Но только для случаев, когда страховщики имеют дело с законопослушными и честными страхователями. Факт фальсификации медицинских заключений может быть выявлен только с помощью перекрестных проверок в самих медучреждениях", — пояснил собеседник "Интерфакса".

Положения законопроекта с поправками о получении страховщиками информации, относящейся к медтайне, противоречат ряду других действующих законодательных актов, считают в правительстве. "Кроме того, правительство не поддерживает идею либерализации доступа к таким данным за счет посредников на страховом рынке, поскольку они не выступают стороной страхового договора", — сообщил "Интерфаксу" источник.

Как сообщалось ранее, законопроект В.Резника с поправками в страховой закон был внесен в Госдуму в середине апреля. Комментируя документ, первый заместитель руководителя фракции "Единая Россия" Андрей Исаев уточнил, что в перечень сведений, которые медорганизация должна предоставить страховщикам, входят данные о диагнозе с указанием даты его установления или факта получения травмы с

указанием даты обращения в медицинскую организацию. Также в этот список входят данные об установлении пациенту инвалидности (I, II или III группы) или категории "ребенок-инвалид" с указанием даты проведения медико-социальной экспертизы.

Поддержка ЦБ

Банк России со своей стороны поддержал идею прозрачного информационного взаимодействия с медиками для скорейшего оформления выплат пострадавшим. Представители регулятора в публичных выступлениях в этом году неоднократно подтверждали факт роста числа мошенничеств не только в секторе ОСАГО, но и в личных видах страхования.

ЦБ РФ готов поддержать депутатские поправки в страховое законодательство, которые предусматривают право страховщиков на получение необходимой для проведения выплат информации по договорам страхования жизни и договорам страхования от несчастного случая.

"Мы за сохранение врачебной тайны", — заявил руководитель департамента страхового рынка ЦБ Игорь Жук журналистам, комментируя инициативу депутатов. Он добавил, что вопрос об объемах и порядке предоставления информации, относящейся к врачебной тайне, должен обсуждаться. При этом он напомнил, что страховщики ОСАГО давно работают с персональными данными и делают это так, что за все время существования базы АИС РСА ни одного вопроса о злоупотреблениях в этой сфере не возникало.

Ростовские дела

Представитель регулятора рассказал о распространившейся в последнее время практике злоупотребления страхователями своими правами по договорам страхования жизни.

"В частности, в Ростовской области зафиксирован случай, когда страхователь приобрел полисы защиты от несчастного случая в семи компаниях. После этого в результате солнечного удара он внезапно падает и ударяется головой о бордюрный камень, затем оформляет вторую группу инвалидности. После этого идет получать выплаты в семь страховых компаний. При наличии признаков недобросовестного поведения, либо при получении медицинских справок, либо при оформлении инвалидности страховщики ничего не могут доказать, получая отказы в информации от лечебных учреждений, где приводится ссылка на врачебную тайну", — привел пример И.Жук.

Такое положение вещей и развитие практики в этом направлении приводят к потере страховщиками желания широко страховать граждан от несчастного случая.

"Законопроект, предусматривающий право на обмен существенными данными между страховщиком и медучреждением, важен страховщикам жизни, но еще больше — самим страхователям, — заявил "Интерфаксу" вице-президент по страхованию жизни ВСС Максим Данилов. — Если страховщик не уверен в основаниях для выплаты, он дольше проверяет клиента, возмещение, в котором нуждается пострадавший, тот получит позже". М.Данилов высказал предположение, что "поправки о доступе страховщиков к медицинской информации, определенной законом, еще будут обсуждаться и совершенствоваться, их очень ждет рынок".

Что происходит на практике при усилении угроз мошенничества, пояснил "Интерфаксу" президент Ассоциации страховщиков жизни, генеральный директор компании "Метлайф" Александр Зарецкий. Он признал, что "для упрощения получения выплат клиентами при наступлении страховых событий компания отказалась от следования длинному списку рисков в договоре страхования". "Вместо этого страховщик готов был

платить по факту назначения инвалидности определенной группы клиенту. Эта перемена методики повлекла всплеск мошеннических обращений за выплатами по фальсифицированным инвалидностям. Мы вынуждены были вернуться к практике выплат по перечню отдельных рисков", — поделился А.Зарецкий, признав, что в Ростовской области компания сталкивалась с трудностями требований неправомерных выплат по страхованию жизни.

Защитить средства ФСС

Кроме коммерческих страховщиков, мошенничеством ради получения страховых выплат заинтересовался государственный Фонд социального страхования (ФСС). Выявленные случаи мошенничества принудили его к организации систематической работы по противодействию разного рода злоупотреблениям. В результате весной этого года ФСС и ВСС создали совместную рабочую группу для выработки методологии и обмена опытом.

В конце прошлого года в одном из публичных выступлений председатель фонда Андрей Кигим признался, что злоупотребления при получении страховых выплат, равно как и социальных выплат, беспокоят ФСС. Они носят латентный характер, по понятным причинам полноценная статистика отсутствует. Тем не менее, только по Ростову ФСС были выявлены злоупотребления по выплатам на 10 млн рублей. Аналогичные нарушения были выявлены в Новосибирске и Иркутске, сообщил А.Кигим. Если данные по Ростову экстраполировать на все иные субъекты РФ, гипотетически потенциальные убытки могут достигать 1 млрд рублей в год, не исключают в фонде.

А.Кигим уточнил, что Фонду соцстраха приходится обеспечивать защиту от мошенничеств порядка 200 млрд рублей в год, которые фонд расходует на оплату больничных листов, примерно 50 млрд рублей в год, которые фонд расходует на выплаты пострадавшим от несчастных случаев на производстве, и около 30 млрд рублей годового финансирования на приобретение средств технической реабилитации для инвалидов по госконтрактам, которые организуются ФСС.

Сфера действий мошенников расширяется

Главный эксперт "Интерфакса" Анжела Долгополова, комментируя дискуссию, подчеркнула, что страховые мошенничества должны пресекаться, пока они не достигли масштабов бедствия. "Опуская тему ошибок страховщиков ОСАГО, все-таки можно сказать, что попустительство в отношении мошенников и различных их злоупотреблений в сегменте привело к жесточайшему кризису страховщиков ОСАГО. Это с одной стороны. А с другой — создало возможности для благоденствия прослойке мошенников на страховом рынке с годовым доходом более 20 млрд рублей", — отметила она.

"Не случайно истории о страховых мошенниках разных мастей концентрируются в определенных географических регионах. Окрепнув экономически, эти люди продолжат создавать проблемы представителям власти и правоохранителям. Теперь болезнь готова перекинуться с моторного страхования на другие виды. Формирование условий для информационной прозрачности сильно затруднит жизнь мошенников, во всяком случае в сфере личного страхования и выплат за ущерб жизни и здоровью", — полагает А.Долгополова.

Источник: Финмаркет, 29.08.2017