

CZU: 368.9.06:343.72

FRAUDELE ÎN SISTEMUL ASIGURĂRILOR MEDICALE – CONSECINȚELE ȘI METODELE DE COMBATERE A ACESTORA

Iulia CAPRIAN, Marcela ENACHE

Universitatea de Stat din Moldova

Pe parcursul unui an, există milioane de cereri de asigurări de sănătate depuse la companiile de asigurare, care ajută la prestarea serviciilor medicale mai accesibile. Un mic procent din aceste milioane de polițe de asigurare acordate sunt frauduloase, dar acest mic procent presupune un cost estimat la zeci de miliarde de dolari pe an, ceea ce conduce la prime mai mari și la alte cheltuieli suplimentare pentru consumatori. Dintre toate tipurile de fraudă existente în domeniul asigurărilor, fraudă în domeniul asigurărilor medicale presupune furnizarea de informații false sau incomplete în cererile de asigurare, depuse pe baza unor circumstanțe înșelătoare, cu intenția de a obține anumite beneficii în baza contractului de asigurare. În acest caz, este foarte important ca societățile de asigurări să știe cum să gestioneze astfel de situații, iar consumatorii să cunoască cum să se protejeze de fraude în domeniul asigurărilor.

Cuvinte-cheie: asigurări medicale, fraudă, asigurător, servicii medicale, managementul fraudelor.

MEDICAL INSURANCE FRAUDS – CONSEQUENCES AND METHODS OF FIGHTING AGAINST THEM

Over the course of a year, there are millions of health insurance claims submitted to the healthcare companies that help make quality care more affordable. Out of these millions of claims, a small percentage are fraudulent, but that small percentage supposes cost a estimated to a sum of tens of billions of dollars annually, leading to higher premiums and other out-of-pocket expenses. Out of all the types of insurance frauds, the medical insurance fraud makes up the majority of false claims, revealing why this is such an important problem. In this case, it is very important for companies to know how to manage these kind of situations and for consumers how to protect themselves.

Keywords: medical insurance, fraud, insurer, medical services, fraud management.

Introducere

Apariția fraudei în asigurări este strâns legată de existența și dezvoltarea asigurărilor. Nevoia de asigurare este secundată întotdeauna de acțiunea unor indivizi imorali. În actele de fraudă sunt implicate, pe lângă infractori, și alte persoane. Frauda afectează tot spectrul societății, în mod direct asigurătorii și indirect fiecare individ, asigurat sau nu, inclusiv organele de stat și bugetul de stat [1, p.106].

Fraudele generează anual pierderi însemnate societăților de asigurare. Organizarea acestora cu rețea teritorială vastă pentru a crea o condiție indispensabilă eficienței în activitatea de asigurare – dispersia – favorizează apariția și dezvoltarea fraudei. Cu cât structura subunităților este mai numeroasă, cu atât controlul activității devine mai greu și ineficient. Lipsa sau ineficiența unui control riguros al actului de asigurare – de la încheierea și subscrierea primelor până la expirarea sau rezilierea contractului sau a poliței de asigurare – conduc la apariția și dezvoltarea fenomenului de fraudă. Fenomenul se dezvoltă numai acolo unde găsește o verigă slabă a sistemului informațional.

Practic, se manifestă următorul fenomen: cu toate că unele societăți de asigurare au organizat un mecanism de control, nu există o politică de organizare a unui sistem integrat cu baza de date unică.

Societățile de asigurare doresc un segment de piață a asigurării cât mai mare. În această situație managerii nu au ca prioritate programe de combatere și prevenire a fraudelor. De aceea, se susține că singura soluție cu adevărat viabilă poate veni numai din partea Comisiei de Supraveghere a Asigurărilor care să impună organizarea unui control financiar intern [1, p.118].

Probleme precum cele evidențiate mai sus, dar și altele, conduc la realizarea unei organizări la nivel național a activității de combatere a fraudei și la realizarea unor protocoale de lucru pentru schimbul de informații cu autoritățile statului [1, p.119].

Frauda în asigurările medicale – factor determinant principal al pierderilor financiare considerabile în domeniul sănătății

Frauda reprezintă un fenomen care afectează orice tip de asigurare, fie că este vorba despre asigurarea de viață, de protecție sau de sănătate. Acest fenomen se manifestă sub multiple forme și poate include:

- Furnizarea de informații false sau incomplete în cererile de asigurare sau răspunsuri eronate pe formularele anexe;
- Depunerea unei cereri de despăgubire pe baza unor circumstanțe înșelătoare, inclusiv exagerarea unei revendicări reale;
- Furnizarea oricărei alte informații nefondate în contextul relațiilor cu un asigurător, cu intenția de a obține anumite beneficii în baza contractului de asigurare.

Frauda în asigurări poate fi comisă de către asigurător, deținătorul poliței de asigurare sau de către o terță persoană care are intenția de a revendica o poliță de asigurare. Formele fraudei pot varia de la pretenții oportuniste, prin revendicări vis-à-vis de accidente și răniri fictive, până la delapidări comise de grupuri de crimă organizată.

Dacă aducem în discuție tema asigurărilor medicale, există două metode generale prin care deținătorul unei polițe de asigurare medicală poate comite o fraudă, și anume:

1. *Acordarea permisiunii unei alte persoane de a prelua identitatea și informațiile privind asigurarea medicală a asiguratului cu scopul de a obține beneficii în domeniul ocrotirii sănătății.*
2. *Utilizarea beneficiilor oferite de asigurarea medicală pentru a plăti costul preparatelor care nu au fost prescrise de către un specialist în domeniul sănătății.*

Prestatorii de servicii medicale nu sunt nici ei scutiți de riscul de a comite a fraude. Astfel de acte frauduloase pot fi întreprinse sub următoarele forme:

1. *Facturarea pentru serviciile, procedurile care nu au fost niciodată furnizate*
2. *Tarifarea excesivă pentru servicii mai scumpe decât cele furnizate efectiv*
3. *Efectuarea și oferirea anumitor servicii inutile în scopul câștigului financiar.*

Una dintre principalele probleme ale prescrierii tratamentelor care nu sunt necesare, metodă cunoscută și sub denumirea de „overtreatment” (tratament excesiv), este că se cheltuie resurse valoroase care ar putea fi oferite pacienților care au cu adevărat nevoie de ele. Un sondaj efectuat cu participarea a 2106 medici din Statele Unite a constatat că medicii cred că 20,6% din totalul îngrijirilor medicale oferite pacienților nu sunt necesare (22% din rețetele prescrise, 24,9% din teste și 11,1% din proceduri) [2]. Chiar dacă frica de practica incorectă și cererile pacienților au fost plasate ca fiind principalele cauze ce declanșează oferirea tratamentului excesiv, mai mult de 70% din medici au declarat că majoritatea specialiștilor ar oferi tratamente care nu sunt necesare în cazul în care ar obține un profit. Această constatare dezamăgitoare contribuie la supraaglomerarea spitalelor din întreaga lume. Primul și cel mai evident impact se observă asupra sănătății pacientului. Cei care nu pot accesa serviciile de care au nevoie sau cei care se confruntă cu perioade lungi de așteptare se pot pomeni în situații precum în Marea Britanie, unde 6000 de pacienți așteaptă mai mult de 12 ore pentru a primi tratamentul urgent [3]. Cu toate acestea, personalul medical suferă și el. În Hong Kong, asistentele medicale din sistemul de sănătate publică au o rată de suicid deosebit de înaltă. Mai exact, profesia de asistent medical are cea mai înaltă tendință de suicid în rândul tuturor meseriilor din țară. Primirea îngrijirii medicale în timp util de la profesioniști este imperativă în sectoarele de sănătate din întreaga lume. Cu toate acestea, pacienții pot purta o anumită responsabilitate pentru supraaglomerarea spitalelor. Într-un studiu efectuat în Coreea s-a constatat că numai 3,1% din totalul de pacienți ai departamentului de urgență au reprezentat 14% din totalul vizitelor. Cetățenii coreeni sunt protejați de un sistem național de asigurări de sănătate, însă asigurarea poate face ca persoanele să aibă mai multe șanse de a solicita tratament medical de la spital, chiar dacă problema este minoră.

4. *Recomandarea tratamentelor neacoperite de asigurarea medicală*

5. *Falsificarea diagnosticului unui pacient pentru justificarea anumitor teste, intervenții medicale sau alte proceduri.* În cazul în care medicii sunt tentați de a suprasolicita pacienții cu proceduri sau servicii inutile, uneori aceste decizii pot fi fatale. Indiferent dacă este vorba de un pacient sau de un medic, realizarea prea multor teste mărește riscul diagnosticării false, diagnosticării greșite sau supradiagnosticării unei boli, care poate duce la prescrierea unor medicamente sau tratamente dăunătoare. Supradiagnosticul este locul în care se identifică o anomalie, cum ar fi celulele canceroase, dar este văzută – fie în mod eronat, fie deliberat – ca fiind suficientă pentru a justifica asistența medicală imediată. În cazurile mai grave, frauda de sănătate poate duce la deces [4]. Anul trecut, un furnizor de servicii medicale a fost condamnat la 10 ani de închisoare pentru că a înșelat programele de stat ce vizează asigurările medicale în SUA, Medicare, Medicaid și asigurători privați obținând în final o sumă de peste 20 de milioane de dolari. Cea mai gravă parte a acestei crime este că rapoartele false de radiologie produse de această companie au dus la moartea a cel puțin doi pacienți.

6. *Facturarea fiecărei etape a unei proceduri unice ca și cum ar fi o procedură separată*

Ori de câte ori se depistează, fraudă și corupția costă mai mult decât banii pe care unii îi obțin din anumite acțiuni neconforme. Asemenea unui joc de domino, efectele fraudei și corupției într-un sistem de sănătate aduc după sine o mulțime de alte consecințe devastatoare. Conform publicației „Costul Asigurărilor Medicale Internaționale”, realizat de compania Pacific Prime în 2017, problemele legate de corupție și afirmații frauduloase rămân unele dintre cele mai mari provocări cu care se confruntă sectorul medical în secolul XXI [5]. De exemplu, firma britanică de audit Crowe Clark Whitehill a constatat că numărul exercițiilor de măsurare a pierderilor datorate fraudei a crescut aproape exponențial din 1997. Frauda asigurărilor de sănătate joacă un rol important în această creștere. În 2016, Departamentul de Justiție al SUA a raportat că a acuzat peste 300 de profesioniști din domeniul medical de acțiuni frauduloase [6]. Suma totală de 900 milioane USD rezultați din aceste activități de delapidare subliniază în continuare cât de semnificativă a devenit problema fraudei în domeniul sănătății. La nivel global, pierderile de sănătate datorate fraudei și erorilor au crescut în mod constant din 2008, costând Statele Unite până la 487 miliarde USD în 2011. În sine, cifrele de mai sus se ridică, probabil, la doar un mic procent din totalul actual. De exemplu, Coaliția împotriva fraudei în materie de asigurări estimează că fraudă din domeniul asigurărilor de sănătate se ridică la „zeci de miliarde de dolari pe an” [7]. Aceste pierderi cauzate de fraude provoacă adesea nu doar un cost mai ridicat al prestării serviciilor, ci, ulterior, prime de asigurare mai mari. Potrivit unui articol realizat de The Telegraph [8], supratratamentul și fraudă sunt un motor al inflației accelerate în domeniul asigurărilor. Fraudele legate de asigurările de sănătate au costat atât instituțiile de stat, cât și asigurătorii privați sume uriașe în ultimii ani. Totuși, aceste pierderi trebuie să aibă o origine. În cazul asigurărilor de sănătate socială furnizate de guvern, pierderile rezultate din fraudă și corupție își au originea, în general, în bugetul spitalelor și al altor instituții similare din sectorul sănătății. Pacienții serviciilor publice suferă, deoarece în așa mod se pierde în continuare calitatea și standardele înalte de îngrijire medicală, care este substanțială pentru cetățenii unui stat. În cazul asigurătorilor privați, pierderile de fraudă sunt percepute în rândul consumatorilor. Societățile de asigurări sunt și administratori de risc. Dacă tendințele indică faptul că activitățile frauduloase devin tot mai frecvente sau mai îndrăznețe, primele de asigurare vor fi ajustate pentru a atenua posibilele pierderi pe care aceste incidente le pot aduce.

Procesul de management al fraudelor

Cercetarea de față se concentrează pe cinci concepte principale: proces, activitate, scop, sistemul de management al fraudelor și caracteristica lui, care sunt descrise în Figura 1.

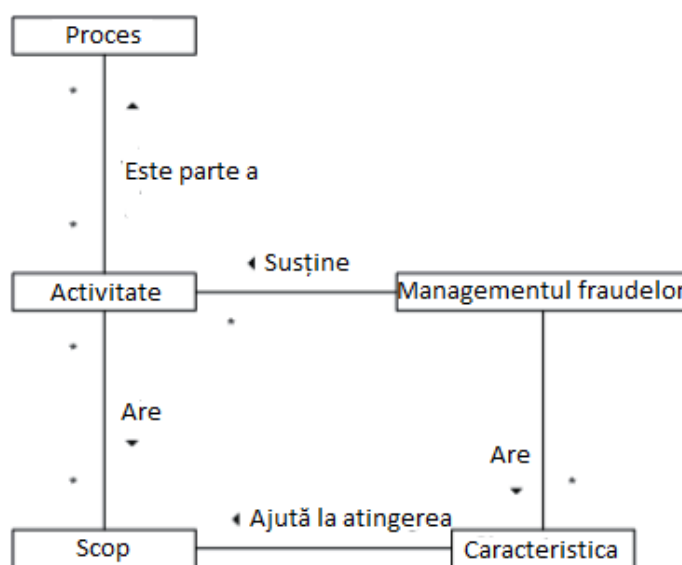


Fig.1. Concepte ale sistemului de management al fraudelor.

Fiecare activitate de combatere a fraudei face parte din unul sau mai multe procese de afaceri. În organizații precum companiile de asigurări, aceste procese sunt mai mult sau mai puțin stabile și trebuie să fie consolidate cu activități suplimentare pentru a permite gestionarea fraudelor. Pentru a spori eficiența managementului fraudelor, activitățile trebuie să fie sprijinite de un sistem informatic dedicat. Un astfel de sistem sprijină

activitățile prin permiterea realizării obiectivelor, scopurilor. Pentru a permite atingerea unor obiective specifice, este necesară gestionarea fraudei prin intermediul unui sistem de management ce are anumite caracteristici.

Luând ca exemplu strategia "British National Health Care" [9], pentru a gestiona cu succes fraudele, o societate de asigurări trebuie să întreprindă șase activități: (1) descurajarea, (2) prevenirea, (3) detectarea, (4) investigarea, (5) sancționarea și despăgubirea și (6) monitorizarea performanței.

Activitățile de gestionare a fraudelor sunt legate și interdependente, ilustrate în Figura 2.

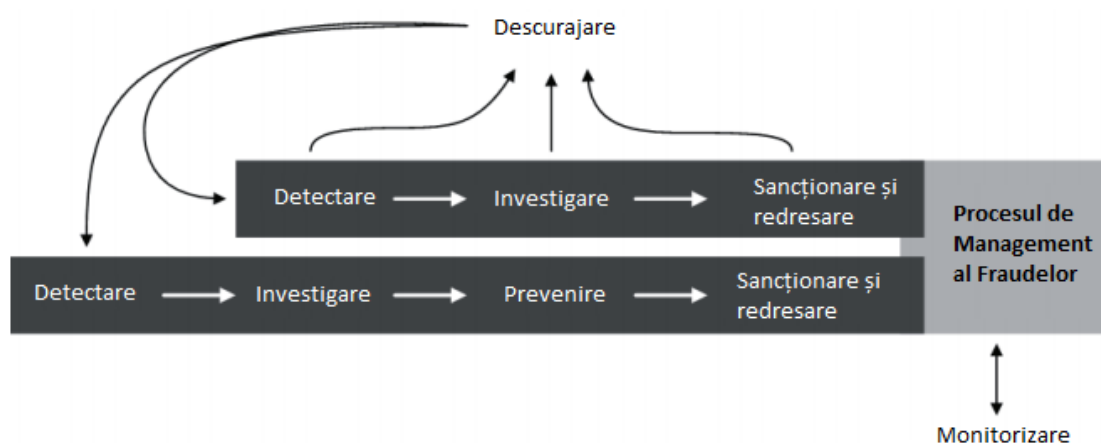


Fig.2. Gestionarea fraudelor.

Există două procese principale de gestionare a fraudei și două activități individuale în curs de desfășurare care ar trebui să fie integrate în alte procese de afaceri. Primul proces este curativ și include detectarea, investigarea, sancționarea și redresarea activităților. Detectarea vizează depistarea fraudei din date informaționale. Investigarea are loc când suspiciunea a fost ridicată și are în vedere furnizarea unui volum de informații suficiente unui analist pentru a concluziona dacă a fost săvârșită o fraudă și pentru a evalua dacă este necesară parcurgerea unor procese legale pentru redresarea situației. Al doilea proces este preventiv și include depistarea precoce, prevenirea investigațiilor și sancțiunilor. Scopul este de a preveni fraudă. După prevenirea cu succes, organizația poate decide asupra impunerii unor sancțiuni juridice suplimentare persoanelor implicate în activitățile frauduloase, pentru a nu suferi un efect economic nefavorabil ulterior.

Prima dintre activitățile procesului de management este descurajarea fraudei, care vizează eliminarea motivelor pentru care să se producă fraude. Institutul American al Contabililor Publici Certificați (AICPA) a construit o schemă-triunghi [10], care constă din trei condiții ce trebuie să fie prezente pentru a se produce fraudă: (1) stimulare / presiune, (2) oportunitate și (3) rațiune. Înlăturarea elementelor din triunghi reduce probabilitatea fraudei [11]. Prima condiție – motivarea, presiunea sau motivul pentru comiterea unei fraude (de exemplu, nevoia de bani) sunt în afara controlului societății de asigurări. A doua condiție – oportunitatea fraudei (de exemplu, controlul ineficient și superficial), poate fi controlată de o companie de asigurări prin eforturi ce implică personal calificat și suficient timp pentru analiza informațiilor. A treia condiție – atitudinea, raționalizarea sau justificarea fraudei față de sine poate fi redusă prin sancționarea în timp util și eficient a fraudelor descoperite.

Prevenirea înseamnă detectarea fraudei înainte ca consecințele să fie suportate. Deși s-ar părea că nu există nicio diferență între „detectarea” și „prevenirea” unei fraude, distincția majoră se bazează pe disponibilitatea datelor. Toate datele relevante pentru detectarea încercărilor de fraudă pot să nu fie disponibile la momentul în care încercăm să prevenim fraudele. Cu toate acestea, în ce privește abilitatea de a remedia daunele, prevenirea este mult mai eficientă decât detectarea. De obicei, nu se înregistrează pierderi, dacă societatea poate preveni fraudă. Prevenirea fraudei însumează toate obiectivele de detectare a fraudei.

Detectarea fraudelor vizează depistarea unor tipuri cunoscute de fraude, abuz și nereguli, precum și anomalii care nu pot fi legate direct de fraudă. Există totuși trei caracteristici importante care trebuie să fie luate în considerare atunci când se are în vedere elaborarea unor metode eficiente de detectare a fraudelor: (1) datele, (2) fraudatorii și (3) organizarea. Cu toate acestea, profesioniștii în domeniul declanșării fraudelor își schimbă tactica în timp. Se adaptează atunci când descoperă cum funcționează un sistem de detectare a fraudei,

încercând să-l evite. Aceștia încearcă, de asemenea, să facă cazurile de fraudă greu de distins de cazurile legitime. Din această cauză este necesar ca și sistemele de detectare să se modifice în timp.

Atunci când se aduce la cunoștință o afirmație suspectă, sarcina anchetatorilor este să o investigheze și să decidă dacă este, de fapt, frauduloasă sau nu. Pe această bază, compania de asigurări poate decide să acționeze în consecință și să adune dovezi pentru a genera un caz întemeiat împotriva făptașilor. Investigarea include verificarea tuturor dovezilor, care de obicei sunt distribuite din diferite surse de date și sisteme de informații diferite.

Când se depistează o fraudă, sancționarea este de o importanță majoră atât pentru căutarea căilor de atac, cât și pentru sensibilizarea opiniei publice împotriva fraudei. Procesele de urmărire penală variază de la o țară la alta. Avocații companiei de asigurări cu experiență escaladează căile de atac. De obicei, ele încep cu abordări simple, pentru a încerca rezolvarea litigiilor pe cale pașnică. Astfel de abordări salvează o mulțime de timp și de resurse financiare care altfel sunt pierdute în proceduri legale îndelungate.

Compania de asigurări trebuie să monitorizeze în mod constant eforturile de combatere a fraudei și urmărirea obiectivului final. Conducerea trebuie să supravegheze toate activitățile de gestionare a fraudelor. Trebuie să fie afișate informațiile cu privire la descurajarea fraudei, performanța prevenirii și detectării fraudei, eficiența investigației și succesul căilor de atac.

Prevenirea fraudelor în cadrul sistemului național de asigurări medicale

Compania Națională de Asigurări în Medicină (CNAM) a elaborat Conceptul Sistemului Informațional Integrat „Asigurare Obligatorie de Asistență Medicală (SII AOAM)”, care va conține toate informațiile și procesele/acțiunile care au avut sau au loc în domeniu.

Potrivit autorilor, s-a constatat că sistemele informaționale gestionate și utilizate de către instituțiile medicale, dar și de către CNAM, sunt fragmentate și nu acoperă integral procesele și datele cu care se operează în cadrul CNAM. Mai mult, unele sisteme nu permit schimbul de date electronice în regim automatizat, altele dispun doar de anumite instrumente ce permit schimbul de date în regim manual, prin încărcarea unor fișiere exportate din sisteme externe. Din aceste cauze, CNAM a decis să creeze un Sistem Informațional Integrat.

SII AOAM va avea drept scop asigurarea evidenței și punerea la dispoziția tuturor celor interesați (autorități și instituții ale statului, entități, societatea civilă, cetățeni) a informației actualizate cu privire la domeniul asigurărilor obligatorii de asistență medicală. Mai exact, SII AOAM va permite:

1. Colectarea și procesarea informațiilor economice, financiare și medicale necesare funcționării AOAM.	2. Asigurarea transparenței privind controlul și gestionarea fondurilor AOAM.	3. Evidența persoanelor asigurate și neasigurate.	4. Evidența furnizorilor de servicii medicale și farmaceutice prin crearea și administrarea registrelor respective.
5. Asigurarea procesului de raportare a datelor către furnizorii de servicii medicale și farmaceutice.	6. Blocarea tentativelor de fraudare prin accesul controlat și verificări de tip cross-check ale datelor.	7. Detectarea și eliminarea dublurilor de asigurați, precum și de servicii medicale prestate.	8. Asigurarea interoperabilității componentelor AOAM cu alte sisteme informaționale.

Potrivit autorilor, principalii beneficiari ai implementării sistemului sunt cetățenii, ale căror contribuții la fondul AOAM vor fi gestionate corect și eficient. Astfel, aceștia vor avea acces integrat la „Asigurare Obligatorie de Asistență Medicală”, care se va realiza din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală.

Concluzii

Detectarea și reducerea fraudei în domeniul asigurărilor reprezintă o prioritate esențială pentru asigurători. Industria asigurărilor continuă să-și consolideze sistemele și controalele pentru a se asigura că toate tipurile de fraudă sunt detectate și împiedicate. Asigurătorii caută frecvent metode care sunt în continuă evoluție pentru a combate schimbările în comportamentul fraudulos. În lista ce urmează sunt marcați pași importanți pe care angajații companiilor de asigurări trebuie să-i urmeze pentru a combate practicile frauduloase:

1. Este necesară raportarea oricăror polițe de asigurare furate;

2. Este imperativă evitarea semnării formularelor necompletate;
3. Diagnozele trebuie să fie verificate minuțios și comparate cu informația descrisă în formular;
4. Dezvăluirea informației despre polițele de asigurare trebuie evitată;
5. Trebuie să fie cunoscută informația despre serviciile care pot fi acoperite de asigurarea medicală.

Pentru a se proteja, persoanele asigurate trebuie să respecte următoarele recomandări:

1. Informațiile personale trebuie să fie păstrate în mod confidențial;
2. Orice consumator trebuie să fie informat cu privire la rolul și drepturile sale în calitate de asigurat;
3. Asiguratul trebuie să caute opinii independente despre tratamentele medicale la care urmează să fie supus.

Frauda în asigurările medicale nu reprezintă o crimă fără victime. Acest lucru se reflectă în consecințele grave pentru cei găsiți vinovați de fraudă, care pot include pedepse privative de libertate, dar și pentru consumatorii de rând care sunt nevoiți să plătească cu prețul sănătății sau cu riscul de a achita sume mari pentru primele de asigurare.

Referințe:

1. DECEBAL, M. B. *Control în asigurări*. Cluj Napoca, 2005, p.106-117.
2. BAKALAR, N. *Overtreatment Is Common, Doctors Say*, 2017. Disponibil: <https://www.nytimes.com/2017/09/06/well/live/health-care-overtreatment-doctor-survey.html>
3. SPENCER, B. *Shame of the delay for stroke victims' brain scans: How 6,000 patients waited more than 12 hours at hospital for crucial treatment in one year*, 2016. Disponibil: <https://www.dailymail.co.uk/news/article-3884232/Shame-delay-stroke-victims-brain-scans-6-000-patients-waited-12-hours-hospital-crucial-treatment-one-year.html>
4. PARKER-POPE, T. *Overtreatment Is Taking a Harmful Toll*, 2012. Disponibil: <https://well.blogs.nytimes.com/2012/08/27/overtreatment-is-taking-a-harmful-toll/>
5. Revista Pacific Prime *Cost of International Health Insurance – 2017, Pacific Prime's Analysis*, Disponibil: <https://www.pacificprime.com/cohi-2017/analysis/>
6. VASILOGAMBROS, M. *The U.S. Justice Department charged 301 people for \$900 million in false billings*, 2016, Disponibil: <https://www.theatlantic.com/news/archive/2016/06/healthcare-fraud-takedown/488306/>
7. *By the numbers: fraud statistics*: Article by The Coalition Against Insurance Fraud. Disponibil: <http://www.insurancefraud.org/statistics.htm#13>
8. PALLOT, P. *Over-treatment and fraud accelerate insurance inflation*, 2013. Disponibil: <https://www.telegraph.co.uk/news/health/health/10508492/Over-treatment-and-fraud-accelerate-insurance-inflation.html>
9. Counter Fraud and Security Management Service. *Protecting our NHS*, 2001.
10. Statement on Auditing Standards No. 99: *Consideration of Fraud in a Financial Statement Audit*, 2002.
11. CENDROWSKI, H., PETRO, L.W., MARTIN, J.P. *The Handbook of Fraud Deterrence*. 2nd edition. John Willey and Sons Inc, 2007.

Date despre autori:

Iulia CAPRIAN, doctor, conferențiar universitar, Facultatea de Științe Economice, Universitatea de Stat din Moldova.

E-mail: kaprianusm@gmail.com

Marcela ENACHE, doctorandă, Școala doctorală Științe Economice, Universitatea de Stat din Moldova.

E-mail: marcela.enachi@gmail.com

Prezentat la 17.10.2019