

DOI: <https://doi.org/10.37634/efp.2026.6.10e>
УДК 368.02

Олена Володимирівна **ПЕТРУШКА**

к.е.н., доцент, Західноукраїнський національний університет

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2065-8825>

e-mail: petrushka888@ukr.net

ШАХРАЙСТВО У СТРАХОВІЙ СФЕРІ: ОЗНАКИ ПРОЯВУ ТА ШЛЯХИ УНИКНЕННЯ

У статті досліджено сутність страхового шахрайства та його вплив на розвиток страхового ринку й економіки держави. Визначено основні ознаки та чинники виникнення шахрайських схем на ринку страхування. З огляду на значні масштаби поширення шахрайських практик у сфері страхування, автором обґрунтовано необхідність удосконалення механізмів їх попередження та виявлення. Особливу увагу приділено необхідності формування комплексної системи протидії страховому шахрайству, що передбачає консолідацію зусиль державних органів, страхових компаній, професійних об'єднань страховиків та інших учасників страхового ринку.

Ключові слова: страхове шахрайство, ознаки зловживань у страховій сфері, механізм протидії страховому шахрайству

Стаття надійшла 29.04.2026

Статтю прийнято 18.05.2026

Статтю опубліковано 29.05.2026

ВСТУП

Страхове шахрайство є одним із найбільш поширених видів економічних правопорушень, що супроводжує розвиток страхових відносин протягом тривалого історичного періоду. Незважаючи на вдосконалення нормативно-правового регулювання, механізмів фінансового контролю та систем управління ризиками, зазначене явище залишається актуальною проблемою функціонування сучасного страхового ринку. Його поширення негативно впливає на фінансову стійкість страхових компаній, порушує принципи справедливої розподілу страхових ризиків та створює додаткове навантаження на добросовісних учасників страхових правовідносин. Умови цифрової трансформації економіки, розвиток інформаційно-комунікаційних технологій та розширення електронних каналів взаємодії між суб'єктами страхового ринку значною мірою сприяли ускладненню схем страхового шахрайства та появі нових способів незаконного отримання матеріальної вигоди.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Методологічною та інформаційною основою цього дослідження є аналіз статей, наукових праць вітчизняних та зарубіжних вчених з питань фінансового шахрайства у страховій сфері, а також статистичних даних, нормативно-правових актів та Інтернет-ресурсів. У дослідженні застосовано методи аналізу та синтезу, індукції та дедукції, спостереження та порівняння.

МЕТА статті полягає у дослідженні страхового шахрайства, розкритті його характерних ознак та способів прояву, а також пошуку шляхів боротьби з фінансовими зловживаннями у страховій сфері.

РЕЗУЛЬТАТИ

Сутність страхового шахрайства полягає у свідомому вчиненні протиправних дій, спрямованих на незаконне заволодіння коштами страховика або отримання інших матеріальних переваг шляхом обману, приховування істинної інформації, фальсифікації документів чи маніпулювання умовами страхового договору. Такі дії характеризуються наявністю прямого умислу та корисливої мети, що відрізняє їх від помилок або ненавмисних порушень, які можуть виникати в процесі реалізації страхових правовідносин. Основною

метою суб'єктів страхового шахрайства є отримання неправомірної фінансової вигоди за рахунок ресурсів страхових компаній або інших учасників страхового ринку.

У науковій літературі страхове шахрайство трактується як різновид фінансового шахрайства, що охоплює комплекс умисних дій або бездіяльності учасників страхового процесу, спрямованих на введення в оману страховика стосовно фактичних обставин, які мають значення для укладення, виконання чи припинення договору страхування.

Особливістю страхового шахрайства є те, що його суб'єктами можуть бути не лише страхувальники, а й інші учасники страхового ринку, зокрема страхові агенти, брокери, експерти-оцінювачі, працівники страхових компаній та треті особи, які беруть участь у процесі врегулювання страхових випадків. Це свідчить про складний та багаторівневий характер зазначеного правопорушення, що потребує комплексного підходу до його виявлення, попередження та мінімізації негативних наслідків.

Поширення страхового шахрайства зумовлює суттєві економічні, соціальні та репутаційні втрати для страхового сектору. Виплата необґрунтованих страхових відшкодувань призводить до зменшення фінансових ресурсів страховиків, погіршення показників їхньої платоспроможності та зниження ефективності управління страховими резервами. З метою компенсації понесених збитків страхові компанії змушені переглядати тарифну політику, що нерідко супроводжується підвищенням вартості страхових послуг для сумлінних клієнтів. У результаті відбувається зниження рівня доступності страхового захисту та послаблення конкурентоспроможності страхового ринку загалом.

Крім фінансових наслідків, страхове шахрайство негативно впливає на рівень суспільної довіри до інституту страхування. Зростання кількості шахрайських схем ускладнює процедури врегулювання страхових випадків, посилює контрольні заходи з боку страховиків та збільшує тривалість перевірки страхових претензій. Це, зі свого боку, може призводити до погіршення якості обслуговування клієнтів, виникнення додаткових адміністративних витрат та зниження ефек-

тивності функціонування страхових компаній. З огляду на це протидія страховому шахрайству є одним із пріоритетних напрямів забезпечення фінансової безпеки ринку страхування та важливою умовою підвищення його стабільності та прозорості.

Одним з ключових напрямів дослідження страхового шахрайства є встановлення та систематизація причинно-мотиваційних чинників, які зумовлюють вчинення протиправних дій у сфері страхових послуг. Аналіз мотивів страхового шахрайства дає змогу не лише глибше зрозуміти природу цього явища, а й сформувати ефективні інструменти його попередження, своєчасного виявлення та мінімізації ризиків для всіх учасників страхового ринку.

Мотиваційна основа страхового шахрайства переважно пов'язана з прагненням до незаконного отримання матеріальної вигоди, зменшення власних фінансових витрат або ухилення від виконання договірних зобов'язань. Водночас характер мотивів може варіюватися залежно від статусу суб'єкта правопорушення, особливостей страхового продукту, економічної ситуації та рівня контролю з боку страхової компанії. До найбільш поширених мотивів вчинення шахрайських дій у страховій сфері належать:

- незаконне привласнення страхових платежів або їх частини з метою особистого збагачення;
- прагнення отримати страхове відшкодування у розмірі, що перевищує фактично завдані збитки;
- бажання компенсувати раніше сплачені страхові внески шляхом безпідставного одержання страхових виплат;
- використання факту настання страхового випадку для завищення обсягу матеріальної шкоди та отримання додаткових фінансових переваг;
- уникнення виконання фінансових зобов'язань або перекладання відповідальності за наслідки страхового випадку на іншу сторону страхового договору.

Зазначені мотиви формують підґрунтя для реалізації різноманітних шахрайських схем, які відрізняються за масштабом, рівнем організації та ступенем суспільної небезпеки. Саме тому в науковій літературі економічні правопорушення у страховій сфері прийнято класифікувати залежно від характеру їх організації та способу реалізації злочинного наміру. Найбільш поширеним є поділ страхового шахрайства на професійне та аматорське.

Професійне страхове шахрайство являє собою складну систему заздалегідь спланованих і ретельно організованих протиправних дій, які здійснюються з метою систематичного отримання незаконного прибутку. Як правило, такі схеми реалізуються організованими групами осіб, діяльність яких має ознаки чітко структурованого злочинного механізму. До складу подібних груп можуть входити фахівці різних сфер діяльності, зокрема юристи, медичні працівники, експерти-оцінювачі, посередники та навіть працівники страхових компаній. Застосовуючи професійні знання, службові повноваження та доступ до інформаційних баз даних, вони створюють умови для незаконного отримання страхових виплат, фальсифікації документів або штучного формування страхових випадків. Такий вид шахрайства характеризується високим рівнем латентності та завдає значних фінансових втрат страховому сектору.

На відміну від професійного, аматорське страхове шахрайство не має ознак складної організації та зазвичай здійснюється окремими страхувальниками. Найчастіше воно виникає внаслідок прагнення отримати додаткову вигоду під час врегулювання реального страхового випадку. Типовими проявами такого шахрайства є завищення суми збитків, приховування обставин, що мають істотне значення для оцінювання ризику, подання недостовірних відомостей про характер події або умисне викривлення інформації про об'єкт страхування. Незважаючи на відносно невеликі масштаби окремих випадків, масовість подібних порушень суттєво впливає на фінансові результати діяльності страховиків та підвищує витрати на здійснення контрольних процедур. Дослідження у сфері боротьби із страховим шахрайством показують, що співвідношення професійного та аматорського шахрайства становить в середньому 1:10 [1]. Така статистика підтверджує, що основна частина шахрайських дій припадає на окремих страхувальників, які застосовують можливості страхового механізму для одержання неправомірної вигоди. Водночас саме професійне шахрайство, незважаючи на його відносно меншу поширеність, завдає найбільш масштабних економічних збитків страховому сектору, оскільки характеризується високим рівнем організації, значними обсягами незаконно отриманих коштів та складністю процесу виявлення й документування протиправної діяльності.

Залежно від характеру формування злочинного наміру та особливостей реалізації протиправних дій страхове шахрайство доцільно поділяти на заплановане та ситуативне.

Заплановане страхове шахрайство характеризується попередньою підготовкою та цілеспрямованою організацією незаконної діяльності. Його відмінною рисою є наявність заздалегідь сформованого умислу на отримання неправомірної матеріальної вигоди ще до моменту укладення договору страхування. У більшості випадків реалізація таких схем потребує ретельного планування, координації дій декількох осіб, а інколи й сприяння працівників страхових компаній або інших учасників страхового процесу. Саме тому цей різновид шахрайства відзначається високим рівнем організованості та складністю виявлення.

У ситуативному шахрайстві зазвичай задіяні страхувальники, які уклали договір з метою класичного страхового захисту. Але під час настання страхової події з їхнього боку можуть мати місце дії, пов'язані зазвичай з приховуванням справжніх причин і обставин події з метою уникнути відмови у виплаті або штучно завищити суму збитку. Наприклад, це приховування факту нетверезого стану водія, недостовірні відомості про страховий випадок, спроби видати отриманий раніше збиток за нові пошкодження [2].

Однією з важливих класифікаційних ознак страхового шахрайства є поділ його на внутрішнє та зовнішнє залежно від суб'єктів вчинення протиправних дій. Такий вид шахрайства може мати місце на будь-якому етапі дії договору страхування:

- після оголошення ризику страхувальником або його представником, якщо спотворення інформації є навмисним;
- під час продажу договору представником страховика (страховим працівником або агентом);
- після висунення претензії.

Внутрішнє страхове шахрайство являє собою різновид економічних правопорушень, що здійснюються працівниками страхової організації або іншими особами, які мають доступ до внутрішніх бізнес-процесів страховика. Такі дії можуть реалізовуватися як самостійно, так і у змові зі страхувальниками, вигодонабувачами, страховими посередниками чи іншими зацікавленими суб'єктами. Особливість внутрішнього шахрайства полягає у використанні службових повноважень, професійних компетенцій та доступу до конфіденційної інформації для отримання неправомірної матеріальної вигоди. Саме тому цей вид шахрайства становить підвищену небезпеку для страхової компанії, оскільки його наслідками є не лише прямі фінансові втрати, а й порушення ефективності системи корпоративного управління, зниження якості внутрішнього контролю та погіршення репутаційного капіталу страховика.

До ключових проявів внутрішнього страхового шахрайства належать навмисне викривлення інформації стосовно причин, умов та наслідків настання страхового випадку, фальсифікація результатів оцінювання збитків, маніпулювання страховою вартістю об'єктів страхування, здійснення сумнівних перестрахувальних операцій, а також свідоме порушення процедур андеррайтингу та врегулювання страхових претензій. Окрему групу ризиків становлять випадки умисного введення страхувальників в оману стосовно умов страхового покриття, підроблення документації, незаконне коригування інформації в електронних базах даних, корупційні дії та інші форми зловживання службовим становищем. Значної шкоди страховій діяльності завдають також випадки навмисного приховування суттєвих обставин договору страхування або сприяння незаконному одержанню страхового відшкодування третіми особами.

Сучасні тенденції розвитку страхового сектору свідчать про трансформацію традиційних форм зовнішнього шахрайства та появу нових ризиків, обумовлених цифровізацією фінансових послуг. Однією з найбільш суттєвих загроз є зростання масштабів кіберзлочинності, що створює додаткові можливості для несанкціонованого доступу до інформаційних систем страховиків, викрадення персональних даних клієнтів та маніпулювання електронними документами. Значного поширення набувають схеми використання підроблених або дубльованих документів, фальсифікації індивідуальних даних, незаконної ідентифікації осіб та подання фіктивних заяв про настання страхових випадків.

Для повного розуміння сутності страхового шахрайства важливим є визначення його характерних ознак, які дають змогу відмежувати цей вид правопорушення від інших проявів економічної злочинності у сфері страхування. Однією з основних ознак страхового шахрайства є незаконне посягання на майнові інтереси страховика або інших учасників страхових правовідносин. Об'єктом посягання є фінансові ресурси страхових компаній, страхові резерви та інші матеріальні цінності. обов'язковою характеристикою страхового шахрайства є його протиправний характер, що проявляється у навмисному введенні страховика в оману шляхом подання недостовірної інформації, приховування істотних обставин або фальсифікації документів. Визначальною ознакою такого правопорушення є наявність корисливого мотиву, спрямованого на отри-

мання незаконної матеріальної вигоди. Наслідком реалізації шахрайських схем стає неправомірне заволодіння майном або майновими правами на користь винної особи чи третіх осіб, що супроводжується заподіянням матеріальної шкоди страховій компанії. Саме сукупність зазначених характеристик дозволяє розглядати страхове шахрайство як один із найбільш небезпечних проявів економічної злочинності у страховій сфері.

У розвинених країнах світу протидія страховому шахрайству набула системного характеру, що зумовило консолідацію зусиль страхових компаній, професійних об'єднань та державних інституцій. Дослідження зарубіжного досвіду свідчить, що важливим елементом протидії страховим злочинам є формування централізованих реєстрів страхових випадків, збитків та фактів недобросовісної поведінки учасників страхового ринку [3]. Для виявлення шахрайських схем активно застосовуються інноваційні цифрові технології, зокрема засоби перевірки достовірності документів, інструменти аналізу інформації із соціальних мереж та відкритих інтернет-ресурсів, спеціалізовані інформаційні платформи, а також механізми залучення громадськості через гарячі лінії та інші канали комунікації. Водночас в Україні процес формування ефективної системи протидії страховому шахрайству перебуває на стадії становлення, а функціонування комплексної інформаційної бази страхових випадків та координація відповідних заходів залишаються недостатньо розвиненими.

В умовах цифрової трансформації фінансового сектору ключовим фактором підвищення ефективності внутрішнього контролю страхових компаній стає впровадження сучасних аналітичних технологій. Їх застосування забезпечує своєчасне виявлення ризикових операцій, підвищує точність прогнозування можливих загроз та сприяє формуванню превентивної моделі управління ризиками. Особливого значення набувають технології Big Data, які дають змогу здійснювати багатомірний аналіз значних масивів структурованої та не структурованої інформації з метою виявлення прихованих закономірностей, взаємозв'язків і потенційних ризиків. Водночас алгоритми штучного інтелекту та машинного навчання забезпечують автоматизоване оброблення інформації, ідентифікацію нетипових поведінкових моделей та оперативне виявлення підозрілих транзакцій.

Формування ефективної системи внутрішнього контролю в страхових компаніях передбачає впровадження комплексного ризик-орієнтованого підходу, який охоплює розроблення внутрішніх регламентів, побудову багаторівневої системи корпоративного управління, проведення регулярного оцінювання ризиків та реалізацію відповідних контрольних заходів. Важливим складником такого механізму є безперервний моніторинг діяльності страховика, що забезпечує своєчасне виявлення відхилень від встановлених стандартів, мінімізацію фінансових втрат та підвищення рівня фінансової стійкості установи [4].

Одним з найбільш перспективних напрямів удосконалення механізмів протидії страховому шахрайству є застосування поведінкової аналітики. Зокрема, автоматизовані системи здатні фіксувати нетипову активність в оформлення страхових договорів, поданні заяв про настання страхових випадків або здійсненні страхових платежів. Аналіз таких відхилень забезпечує можли-

вість раннього виявлення потенційних порушень та суттєво скорочує витрати на проведення додаткових перевірок.

Важливим інструментом виявлення незаконних схем є також комплексний аналіз інформації про страхові випадки. Завдяки застосуванню сучасних алгоритмів оброблення даних страхові компанії отримують можливість встановлювати приховані закономірності, виявляти концентрацію підозрілих звернень у певних регіонах, сегментах страхування або серед окремих груп клієнтів.

Практика діяльності провідних міжнародних страхових компаній демонструє високу ефективність застосування цифрових інструментів для виявлення та попередження страхового шахрайства. Поєднання технологій Big Data, штучного інтелекту, геоінформаційних сервісів та аналізу відкритих джерел інформації дає змогу здійснювати багаторівневу перевірку страхових претензій, оцінювати достовірність поданих даних та оперативно виявляти ознаки потенційних зловживань. У результаті значно знижуються фінансові втрати страховиків, підвищується якість обслуговування клієнтів та зміцнюється довіра до страхового сектору.

Не менш важливим елементом системи протидії страховому шахрайству є розвиток кадрового потенціалу страхових організацій. Підвищення професійної компетентності працівників забезпечується через впровадження спеціалізованих освітніх програм, тренінгів, практичних семінарів та сертифікаційних курсів, спрямованих на формування навичок роботи із сучасними аналітичними інструментами та методиками оцінювання ризиків.

References

1. The Association of Certified Fraud Examiners. The Report to the Nation on Occupation Fraud and Abuse. Austin, 2024. URL: <https://www.acfe.com/report-to-the-nations/2024/>
2. Shebanin V., Allakhverdiyeva I. Insurance fraud: Theoretical conceptualization and countermeasures. *Ukrainian Black Sea Region Agrarian Science*. 2022. № 26(1). DOI: 10.56407/2313-092X/2022-26(1)-5
3. Bohrinovtseva K., Bondaruk O., Kliuchka O. Ways to combat insurance fraud in modern development conditions. *European Scientific Journal of Economic and Financial Innovations*. 2024. №1(13). DOI: 10.32750/2024-0111 (in Ukrainian).
4. Petrushka O.V. Financial fraud in the insurance sector. *Prychornomoski economic studies*. 2019. № 47-2. pp. 106-110. (in Ukrainian).

Olena PETRUSHKA

PhD in Economics, Associate Professor, West Ukrainian National University

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2065-8825>

e-mail: petrushka888@ukr.net

INSURANCE FRAUD: SIGNS OF INFECTION AND WAYS TO AVOID IT

Introduction. Insurance fraud is one of the most common types of economic offenses that has accompanied the development of insurance relations over a long historical period. Its spread negatively affects the financial stability of insurance companies, violates the principles of fair distribution of insurance risks, and creates an additional burden on bona fide participants in insurance relations.

The purpose of the paper is to study insurance fraud, reveal its characteristic features and ways of manifestation, as well as find ways to combat financial abuse in the insurance sector.

Results. The motivational basis of insurance fraud is mainly associated with the desire to illegally obtain material benefits, reduce one's own financial expenses or evade contractual obligations. At the same time, the nature of the motives may vary depending on the status of the offender, the characteristics of the insurance product, the economic situation and the level of control by the insurance company. One of the main features of insurance fraud is the illegal encroachment on the property interests of the insurer or other participants in insurance legal relations. An obligatory characteristic of insurance fraud is its illegal nature, which is manifested in the intentional misleading of the insurer by providing false information, concealing material circumstances or falsifying documents.

Conclusion. It has been established that in the context of digitalization, the role of modern technologies in detecting and preventing insurance fraud is increasing. The use of Big Data tools, artificial intelligence and behavioral analytics for the timely identification of suspicious transactions is of particular importance. It is substantiated that effective counteraction to insurance fraud requires a comprehensive approach that combines the improvement of the internal control system, the development of human resources and the active interaction of insurers with state and law enforcement agencies.

Keywords: insurance fraud, signs of abuse in the insurance sector, mechanism for combating insurance fraud