

Минздрав подготовил проект закона «Об обязательном страховании пациентов при оказании медицинской помощи». Страховщики рады новому многомиллиардному рынку, но уже критикуют проект. Он готовился без участия отраслевого лобби, поэтому роль компаний в нем скромнее их ожиданий – у страховщика, например, нет права принимать решение о страховом случае.

Защита от лечения

Проект закона «Об обязательном страховании пациентов при оказании медицинской помощи» Минздрав готовил последние два года. Наконец 15 апреля документ официально был вынесен на публичное обсуждение. Проект вводит понятие врачебной ошибки: действие либо бездействие медиков, «повлекшее причинение вреда жизни и здоровью пациента при оказании ему медицинской помощи». ЛПУ запрещается работать, не заключив договора страхования.

Законопроект устанавливает значительные страховые суммы: 2 млн руб. в случае смерти застрахованного, 1,5 млн руб. – при установлении инвалидности I группы, 1 млн – при II группе и 0,5 млн руб. – при III группе. Сомнения относительно такой шкалы уже выражают защитники клиентов страховщиков. «Непонятно, почему за вред, причиненный пациенту и не повлекший установления инвалидности или смерти пациента, никакой выплаты не предусмотрено, – говорит президент Ассоциации защиты страхователей (АЗС) Николай Тюрников. – А это и есть большинство имеющих место в практике случаев. Мы считаем необходимым предусмотреть выплаты в пределах 500 тыс. руб. даже в тех случаях, когда врачебная ошибка не повлекла смерти или установления инвалидности, но потребовала долечивания, приобретения дополнительных препаратов или реабилитации».

Любопытно, что страховщики, приветствующие любую обязательную продажу полисов, тоже примкнули к критикам проекта. Опрошенные «Деньгами» представители страховых компаний недоумевают, почему чиновники Минздрава не посоветовались с ними. «К сожалению, нет информации об участии представителей страховых компаний в разработке данного законопроекта, – говорит глава СГ «УралСиб» Сирма Готовац. – В результате в нем отсутствует даже право страховщика принимать решения о страховом случае. По сути, урегулирование берет на себя «общественная организация».

Дело в том, что проект предусматривает создание комиссии по установлению причинно-следственной связи между врачебной ошибкой и причинением вреда жизни и здоровью пациента. Собранные по страховому случаю документы передаются страховщиком для изучения и принятия решения о производстве выплаты в уполномоченные территориальные органы Минздрава, которые совместно с этой комиссией принимают решение о выплате.

В комиссию, наряду с профессиональными медработниками, входят пострадавший пациент (его представитель) и представитель страховщика. «Таким образом, решение о страховой выплате принимается страховщиком не самостоятельно, он может лишь участвовать в установленных законопроектом процедурах, что должно приводить к принятию объективного решения», – комментирует старший партнер коллегии адвокатов Lex Collegium Роман Щербинин. Если специалисты, вошедшие в комиссию, не могут договориться между собой о конечном решении, они вправе назначить независимую экспертизу. Максимальная стоимость экспертизы не может превышать 20 тыс. руб., однако в документе не сказано, за чей счет она проводится.

По мнению компаний, проект не учитывает всех рисков пострадавшего пациента. По словам главы управления развития страхования ответственности, финрисков и общей методологии страховщика «Транснефть» Светланы Сухининой, по проекту возмещение вреда, предусмотренное общими нормами законодательства (гл. 59 ГК РФ), не производится. «Риски расходов пациента, связанные с восстановлением его здоровья, утратой им заработка на период лечения, возмещению не подлежат, а ведь их размер может быть весьма значительным», – говорит она.

Юристы указывают на расплывчатую трактовку сроков обращения застрахованного за выплатой – он вправе предъявить требование о возмещении вреда «при первой возможности». «Подобного рода формулировки способны на практике привести к многочисленным спорам пациентов и страховщиков, поэтому их стоит конкретизировать», – считает Роман Щербинин.

Однако одним из самых весомых минусов проекта для пациента юристы называют исключение из страхового покрытия компенсации морального вреда и возмещения упущенной выгоды. Пострадавший сможет взыскать эти затраты с виновного медика только в судебном порядке. В настоящее время практика взыскания компенсации морального вреда в российских судах не очень развита. Тем не менее при рассмотрении «медицинских дел» суды намного щедрее в удовлетворении компенсаций морального ущерба. Николай Тюрников приводит в пример случай в Ростове-на-Дону: с

медучреждения была взыскана компенсация морального вреда в размере 200 тыс. руб., а в кассационной инстанции этот размер был увеличен до 600 тыс. руб. «13-летний ребенок стал инвалидом и потерял способность нормально сидеть и передвигаться в результате врачебной ошибки – из-за невнимательности и небрежности врачей, которые не сделали элементарные исследования на ранней стадии воспаления позвонка, воспаление переросло в разрушение позвонков и повреждение костного мозга», – вспоминает детали Тюрников.

Цена непрофессионализма

Согласно законопроекту, страховые тарифы для каждой медорганизации будут разными – в зависимости от видов, формы и условий медицинской помощи и количества пациентов. Коэффициенты, входящие в состав страховых тарифов, будут зависеть от ряда критериев: специальных методов и медицинских технологий, медицинских изделий, уровня профессиональной квалификации медицинских работников и проч.

Глава управления андеррайтинга и методологии страхования от несчастных случаев и болезней Страхового дома «ВСК» Алексей Храпов говорит, что «порядок определения страховых тарифов будет являться одним из основных проблемных моментов, так как отсутствуют статистические данные, необходимые для расчетов». В настоящее время в добровольном страховании ответственности медиков у страховщиков нет единой шкалы тарифов. По оценке Светланы Сухиной, страховые суммы по таким договорам составляют в среднем от 1 млн до 30 млн руб., а диапазон средних годовых тарифов – от 0,75% до 2%.

По словам главы департамента личного страхования «Энергогаранта» Натальи Клименко, тарифы находятся в пределах от 0,6% до 3%, что зависит от численности кандидатов на страхование, профессии врача, стажа работы, квалификации, страховой суммы. «Размеры страховой суммы определяются бюджетом медицинского учреждения и необходимостью страхования тех или иных специалистов. В настоящее время страховые суммы устанавливаются от 100 тыс. до 2 млн руб. Выплата страхового возмещения производится в зависимости от осложнения, вызванного врачебной ошибкой, в пределах страховой суммы, – поясняет Клименко. – Обычно для специалистов хирургического профиля тарифы выше, чем терапевтического, из-за большей вероятности допущения врачебных ошибок при оперативных вмешательствах, несвоевременности диагностики, позднего поступления больного».

По сведениям главы центра кредитного страхования жизни от несчастных случаев СК «Согласие» Елены Касаточкиной, тарифы находятся в диапазоне от 0,5% до 4%. В «Согласии» средний годовой тариф составляет 0,9%. «Для городских лечебно-профилактических учреждений в регионах суммы ответственности по договору страхования составляют 1–2 млн руб., для областных ЛПУ Москвы и Санкт-Петербурга могут достигать и 20–30 млн руб., но это в целом на все лечебное учреждение с различными ограничениями по одному страховому случаю», – поясняет она. В «Ренессанс Страховании» тарифы составляют от 0,5% до 2,5%.

При этом выплаты по такой страховке нельзя назвать массовыми, как в ОСАГО. «Мы при урегулировании убытков (по добровольному страхованию. – «Деньги») сталкиваемся чаще всего с тем, что пациенты не могут доказать и отсудить у медицинских учреждений какие-то реально понесенные ими расходы, так как процесс сбора справок, чеков в нашей стране достаточно сложен, – рассказывает глава департамента страхования финрисков и ответственности «АльфаСтрахования» Зинаида Кузьмина. – Однако, если речь идет о судебном разбирательстве и потерпевшие претендуют на возмещение морального ущерба, суды в большинстве случаев эти жалобы удовлетворяют. Средний размер возмещения по моральному иску – 100–300 тыс. руб., в некоторых случаях – 500 тыс. – 1 млн руб., и существует тенденция к росту этих сумм».

Объем рынка добровольного страхования ответственности медучреждений и частнопрактикующих врачей – около 100 млн руб. премии. «После введения обязательного страхования ответственности объем рынка может составить несколько миллиардов рублей», – говорит заместитель директора департамента корпоративных продаж МСК Дмитрий Ионов. Эксперты страховой компании «Транснефть» оценивают этот рынок более чем в 5 млрд руб.

Все боятся врачей

Все опрошенные «Деньгами» эксперты заявили, что проект нуждается в доработке. При этом страховщики опасаются убыточности, клиники – высоких тарифов, а защитники пациентов – удорожания медицинских услуг для граждан. «При условии публичности и установлении тарифов государством у страховщика останется очень мало возможностей для маневра. Какую ответственность будет нести ЛПУ с высоким количеством медицинских ошибок, какие будут мероприятия проводиться в связи с этим? Как будет увеличиваться премия по убыточным договорам?» – перечисляет опасения Елена Касаточкина.

«Самый важный вопрос – это справедливые тарифы, – уверен Николай Тюрников. – Ведь плата за страхование в конечном итоге будет переложена медицинскими учреждениями на пациентов, то есть будут увеличены тарифы на медицинские услуги с учетом того, что медицинские учреждения будут обязаны в соответствии с этим законом страховать своих пациентов». «Получается, что изначально в стоимость медицинского обслуживания уже должна быть включена и цена полиса, соответственно, пациенты будут непосредственно из своего кармана оплачивать будущую смерть или инвалидность», – говорит председатель Национального союза защиты прав потребителей Павел Шапкин.

Впрочем, есть и другая точка зрения. «Повышения цен случиться не должно, – уверен Ислам Шахабов, врач, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. – Крайне неблагоприятные исходы лечения случаются редко, поэтому неподъемных страховых премий здесь не будет. Думаю, что с принятием этого законопроекта люди только выиграют. Это делается прежде всего ради интересов населения в сфере охраны здоровья граждан. Получается, что без судебной тяжбы пострадавший пациент гарантированно получает немалую сумму».

Представители частных клиник настроены пессимистично. «Закон в предложенном виде ничего не даст пациенту и лишь пополнит счета страховых компаний», – считает Сергей Мисюлин, председатель правления НП «Национальный союз региональных объединений частной системы здравоохранения». Напомним, что разработать тарифы по новому виду обязательного страхования, как и, например, в ОСАГО, должно правительство. Такой проект постановления пока не появился.

Тем временем, несмотря на недоработки в документе, в Госдуме его уже ждут. «Этот закон важен и необходим, – считает Сергей Калашников, председатель комитета Государственной думы по охране здоровья. – И очень плохо, что мы затягиваем с его внесением на рассмотрение. Однако сегодня в этой теме есть принципиальный момент: ответственность за ошибку должен нести отдельный врач, а не медицинское учреждение. У нас же пока нет системы индивидуальной ответственности врачей, а значит, и системы их индивидуальной аттестации».

Действительно, если на Западе субъектом права является врач, который сохраняет большую самостоятельность даже в рамках медучреждения, то в России лечение – это комплексная технология. «В предлагаемом законопроекте прослеживается попытка

вывести врача из судебного процесса, – говорит председатель совета Общества защиты пациентов Андрей Хромов. – Ответчиком в случае наступления страхового случая будет уже страховая компания. Но ни одна такая компания не заинтересована в выплатах денег пациентам. Мало того, все они способны привлекать достаточно квалифицированных адвокатов, которые докажут, что врачебной ошибки не было».

Источник: [Коммерсантъ-Деньги](#) , № 21, 03.06.13

Авторы: Григорьева Е., Аликина Е.