

Минздрав опубликовал новый законопроект, согласно которому все медицинские организации будут обязаны осуществлять страхование пациентов. В случае нанесения ущерба последним страховщики выплатят им компенсацию по государственным тарифам. Пока, правда, законопроект предусматривает четыре основания для компенсаций – три степени инвалидности и смерть.

Законопроект «Об обязательном страховании пациентов при оказании медицинской помощи», разработанный Минздравом, представлен на общественное обсуждение. По документу все медицинские организации на территории РФ будут обязаны заключить договор обязательного страхования пациентов при оказании медицинской помощи со страховыми компаниями. Частные клиники будут уплачивать страховые взносы по договору сами, а за государственные заплатит федеральный Фонд ОМС. Взносы будут состоять из базовой ставки и коэффициентов, но порядок их расчета в документе не описан. Удостоверяющим документом такого договора будет считаться страховой полис.

При наступлении страхового случая, то есть причинения вреда пациенту во время лечения, он сможет претендовать на страховую выплату. Ее размер будет определяться государственными тарифами – в случае смерти пациента она составит 2 млн руб. Если по вине врача пациент получит инвалидности третьей, второй или первой группы, то ему будет выплачено 500 тыс. руб., 1 млн руб. или 1,5 млн руб. соответственно. Отметим, что других оснований для денежной компенсации нанесенного врачами ущерба законопроект не описывает.

Для определения необходимости выплаты страховой случай должен быть рассмотрен комиссией в составе представителя Роспотребнадзора, регионального бюро медико-социальной экспертизы, органа управления здравоохранения, пациентской организации и профсоюза. Для расследования конкретного случая в состав этой комиссии будут включаться сам пострадавший (или его представитель), представитель страховщика и врач соответствующей специальности из другого региона. Рассмотрение должно быть произведено не позднее 30 дней с момента обращения страховщика. Решение комиссии должно быть получено всеми сторонами конфликта в течение одного дня и потом может быть обжаловано в суде. Срок исковой давности по требованиям, вытекающим из договора обязательного страхования, составляет три года.

В случае положительного заключения страховая выплата должна быть предоставлена пациенту в течение 15 дней. За каждый день просрочки выплачивается неустойка. Если страховая выплата не может быть обеспечена из-за банкротства страховщика, отзыва у него лицензии или отсутствия договора о страховании у медицинской организации, то пациенту заплатят из компенсационного фонда профессионального объединения страховщиков – по тем же тарифам. Согласно проекту, в профобъединение будут обязаны вступить все страховые организации, желающие работать в этой области. Сумма их уставного капитала должна составлять не меньше 500 млн руб. Они также должны обладать лицензией на страхование от несчастных случаев и болезней и заниматься подобными операциями не менее пяти лет. Каждый страховщик обязан создать резерв гарантий, из которого впоследствии и будут предоставляться компенсационные выплаты.

Медицинские страховщики настороженно относятся к концепции Минздрава об обязательном страховании пациентов на случай смерти или инвалидности, цитирует агентство «Интерфакс-АФИ» представителя страховой компании, входящей в Межрегиональный союз медицинских страховщиков (МСМС). Объединения же «клиентов» медучреждений законопроект поддерживают. «Я считаю, что вводить закон нужно, так как определенный подход в нем выработан, а недостатки будут выявляться по мере применения», – сказал «Ъ» сопредседатель Всероссийского союза пациентов Юрий Жулев. По его словам, вызывают сомнение реальная независимость комиссий и привязка выплат к инвалидности, но в целом проект послужит появлению механизмов внесудебного урегулирования, которые уже существуют во многих странах.

Источник: [Коммерсантъ-Online](#) , 17.04.13

Автор: Мануйлова А.