

Законопроект об обязательном страховании пациентов при оказании медицинской помощи, разработанный Минздравом РФ, вводит запрет на оказание медицинской помощи учреждениями, не застраховавшими своих пациентов, следует из текста законопроекта, имеющегося в распоряжении агентства «Интерфакс-АФИ».

«Самым удивительным в законопроекте следует считать сам вид страхования, который не подлежит никакой классификации по российскому страховому законодательству», – отметила главный эксперт «Интерфакс-ЦЭА» Анжела Долгополова.

«Сама идея защиты пациентов на фоне участвовавших историй о причинении им вреда из-за врачебной ошибки – вполне благая», – считает аналитик. Однако ее исполнение вызывает массу вопросов.

«Речь идет об обязательном страховании имущественных интересов пациентов в случае причинения вреда их жизни и здоровью. Вместе с тем имущественные интересы страховать в обязательном порядке не позволяет Гражданский кодекс РФ. Во всем мире подобные риски успешно страхуются по договорам обязательного страхования ответственности врачей или медучреждений. Такой же законопроект разрабатывался Минздравом РФ некоторое время назад», – отметила А.Долгополова. Она добавила, что «по духу законопроект ближе к страхованию пациентов от несчастного случая».

Законопроект об обязательном страховании пациентов при оказании медпомощи разрабатывался Минздравом РФ в целях защиты прав пациентов от врачебной ошибки, говорится в документе.

При этом страховым признается событие, по которому доказана взаимосвязь врачебной ошибки с ухудшившимся состоянием здоровья или смертью пациента. Выплаты предусмотрены семьям погибших в размере 2 млн рублей. Сумма распределяется поровну между всеми выгодоприобретателями, если их несколько.

Также выплаты предусмотрены в случае получения пациентом инвалидности. Моральный вред, согласно законопроекту, не компенсируется.

Страховая выплата не следует, если установлено, что пациент причинил вред своему здоровью самостоятельно.

При получении инвалидности первой группы возмещение составит 1,5 млн рублей, второй группы – 1 млн рублей, третьей группы – 0,5 млн рублей, отмечается в законопроекте.

Установлением причинно-следственной связи по страховому событию будет заниматься специальная комиссия, в которую войдут представители территориального фонда ОМС, лечебного учреждения, медэксперты, представители пострадавшего и страховщика, представители профобъединения медработников и организации по защите прав пациентов.

После вынесения решения о страховом событии комиссией, которая проводит расследование в 30-дневный срок, страховая компания должна осуществить выплату не позже, чем через 15 дней. Решение комиссии может быть обжаловано застрахованным лицом (выгодоприобретателем), страховщиком либо медицинской организацией в суде.

Страховщики получают специальные лицензии, организуют профобъединение и создают гарантийный фонд, из которого проводятся выплаты по случаю, признанному страховым. Они должны иметь представительства по всей территории РФ. Рентабельность по операциям страхования пациентов по закону составляет 5%, излишки страховщиками направляются на формирование фонда выплат.

Страховщики, согласно законопроекту, должны представлять интересы страхователей в суде. Договор страхования считается публичным, то есть страховщик не вправе уклониться от его заключения. Страхователь может получить рассрочку по оплате договора, он считается расторгнутым в случае просрочки по оплате очередного взноса 30 дней.

Судя по всему, конечными плательщиками страховых премий по новому законопроекту окажутся территориальные фонды ОМС, поскольку большинство лечебных учреждений в России используют бюджетное финансирование. Медучреждения, согласно документу, будут платить страховую премию с учетом коэффициентов, которые учитывают наличие страховых выплат, профессионализм персонала и категорию медучреждения. Это, по мнению авторов законопроекта, будет способствовать экономической заинтересованности медучреждений в эффективности оказанных услуг.

«Медорганизация перед оказанием медпомощи обязана письменно ознакомить пациента или его представителя с условиями договора», – говорится в законопроекте. Сведения о договоре страхования должны быть доступны пациентам.

Срок действия договора обязательного страхования пациентов – не менее 1 года.

Предполагается, что законопроект вступит в силу спустя 10 дней после его официального опубликования. Ряд его положений, по замыслу авторов, должны вступить в силу с 1 января 2015 года.

Источник: [Финмаркет](#) , 23.04.13