

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
МАРІУПОЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ЕКОНОМІКО-ПРАВОВИЙ ФАКУЛЬТЕТ
КАФЕДРА ПРАВА ТА ПУБЛІЧНОГО АДМІНІСТРУВАННЯ**

До захисту допустити:
Завідувач кафедри
к.ю.н., доцент Черних Є.М.

«___» _____ 2021 р.

ДОГОВІР МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

Кваліфікаційна робота
здобувача вищої освіти
другого (магістерського) рівня вищої
освіти освітньо-професійної
програми 081 Право
Сухарєвої Діани Андріївни
Науковий керівник:
Волік Вячеслав Вікторович
д.ю.н., професор
Рецензент: Мироненко Ольга
Валеріївна: керуючий партнер
адвокатського бюро «Мироненко і
партнери»

Кваліфікаційна робота захищена
з оцінкою _____
Секретар ЕК _____
«___» _____ 2021 р.

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ	8
.....	8
1.1 Поняття та значення медичного страхування.....	8
1.2 Форми медичного страхування.....	16
.....	16
Висновки до розділу 1.....	22
.....	22
РОЗДІЛ 2. ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДОГОВОРУ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ	24
2.1 Поняття та істотні умови договору медичного страхування.....	24
.....	24
2.2 Сторони договору медичного страхування.....	45
.....	45
2.3 Відповідальність сторін за договором медичного страхування.....	56
Висновки до розділу 2.....	69
.....	69
РОЗДІЛ 3. ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ	72
3.1 Проблеми розвитку медичного страхування в Україні.....	72
3.2 Перспективи розвитку медичного страхування.....	76
Висновки до розділу 3.....	81
.....	81
ВИСНОВКИ	82
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	88

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Успішний розвиток будь-якої країни залежить від наявності здорового та міцного суспільства. При цьому бажанням кожної людини є захищеність від ризику непередбачених витрат на лікування від різних хвороб, які є перепорою на шляху гармонійного життя. Практичні показники розвитку медичної сфери залишають бажати кращого. Конституцією закріплено безкоштовність та загальнодоступність медицини, однак вказана норма є по суті декларативною. Поясненням вказаного є платність більшості медичних послуг, якість надання яких залежить від фінансової спроможності пацієнта. Отже, стан розвитку медичної галузі у нашій державі є вкрай незадовільним. За період, з якого Україна стала незалежною державою, медицина не тільки не досягла рівня розвинутих країн, але й стала неспроможною забезпечити необхідний медичний догляд. У зв'язку з чим зберігається стійка тенденція до перевищення рівня смертності над народжуваністю. В таких умовах незадовільний стан розвитку галузі охорони здоров'я, є підставою пошуку найбільш ефективної моделі медичного захисту громадян. Такою моделлю повинно бути медичне страхування. Медичне страхування є важливим елементом системи страхової медицини. Метою медичного страхування є забезпечення громадян страховим захистом за наявності виникнення непередбачуваних медичних витрат. Сучасний стан функціонування системи медичного страхування в Україні представлено добровільним медичним страхуванням (ДМС), яке активно провадять страхові компанії. Важливе місце у системі заходів поліпшення соціальної захищеності громадян займає забезпечення можливості одержання своєчасної, необхідної та якісної медичної допомоги, що є вкрай актуальним у сучасних умовах, особливо у період пандемії викликаної COVID-19. Напрями вирішення вказаних проблем, з урахуванням світового досвіду, можуть бути різними. Вони

відрізняються, у першу чергу, наявною структурою джерел фінансування системи охорони здоров'я та організацією надання медичних послуг. Саме за допомогою страхової медицини можливим є вирішення питань доступності та гарантованості медичних послуг усім верствам населення. Одним із способів на шляху вирішення актуальних проблем розвитку медичної галузі, у тому числі покращення фінансування за рахунок страхових внесків є впровадження дієвих механізмів страхової медицини, у тому числі загальнообов'язкового медичного страхування.

Ступінь наукової розробки теми. Питання регулювання медичного страхування в правовій науці були об'єктом розгляду у наукових доробках наступних вітчизняних та зарубіжних вчених, серед яких: Т.В. Блащук, В.А. Васильєва, В.В. Луць, Н.В. Міловська, Н.Б. Пацурія, Н.М. Петечел, В.Ю. Стеценко, О.С. Яворська та інші. Недостатня теоретична розробка вказаних проблем та, зокрема, фрагментарність законодавчого регулювання породжують певні труднощі на практиці. При цьому доцільним вважається розробка, аналіз, об'єктивна оцінка, обговорення та відповідне закріплення на законодавчому рівні правового забезпечення медичного страхування з урахуванням особливостей форм медичного страхування, обумовлених їх специфікою. Отже, вказані питання підлягають подальшому дослідженню та доопрацюванню.

Об'єктом дослідження є суспільні відносини, пов'язані з правовим регулюванням медичного страхування в Україні.

Предмет дослідження - сукупність правових норм, які визначають правові засади медичного страхування в Україні, його форми та особливості реалізації.

Метою роботи є комплексне дослідження та поглиблення наукових знань щодо питань правового регулювання медичного страхування в Україні, практики його застосування, наукових поглядів із зазначених питань для успішної імплементації і формування на цій основі висновків та пропозицій

щодо удосконалення правового регулювання медичного страхування в Україні.

Для досягнення поставленої мети були поставлені наступні завдання:

- охарактеризувати поняття та значення медичного страхування;
- окреслити форми медичного страхування;
- визначити поняття та істотні умови договору медичного страхування;
- охарактеризувати сторони договору медичного страхування;
- окреслити питання відповідальності сторін за договором медичного страхування;
- визначити проблеми розвитку медичного страхування в Україні;
- висвітлити перспективи розвитку медичного страхування в Україні.

Методи наукового дослідження. Теоретичну основу роботи становить діалектичний метод пізнання, який забезпечив з'ясування поняття «договір медичного страхування», що базується на загально-теоретичних та законодавчих нормах і положеннях. Формально-юридичний метод дозволив дослідити порядок укладення, зміни, розірвання та припинення договору медичного страхування, визначити правові наслідки, які настають у випадку невиконання чи неналежного виконання умов вказаного договору. Метод аналізу та узагальнення використовувався для дослідження елементів договірних відносин медичного страхування. За допомогою методу інтегрального аналізу вивчено наукові результати вчених та фахівців з питань регулювання медичного страхування. За допомогою методу системно-структурного аналізу було досліджено особливості організаційно-правових засад медичного страхування та його форм. Системно-функціональний метод застосовувався для розгляду проблем законодавчого регулювання медичного страхування та перспективних напрямів розвитку з урахуванням позитивного досвіду зарубіжних країн.

Наукова новизна отриманих результатів. В ході дослідження, керуючись методами системно-структурного аналізу, були розглянуті та визначені процеси та явища пов'язані, по-перше, з встановленням теоретико-правових засад медичного страхування в Україні; по-друге, укладенням, змістом та відповідальністю за порушення договору медичного страхування; і по-третє, визначенням проблем нормативно-правового регулювання та перспектив розвитку медичного страхування в Україні з урахуванням позитивного досвіду зарубіжних країн.

Здійснено аналіз проблем правового регулювання та перспектив розвитку медичного страхування, та було встановлено, що договір медичного страхування - це письмова угода між страхувальником та страховиком, на підставі якої страховик зобов'язується у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату страхувальнику або іншій особі, яка визначена у договорі страхування страхувальником, на користь якої укладено договір страхування, а страхувальник зобов'язується сплатити страхові платежі у визначені строки та виконувати інші умови договору.

Практичне значення отриманих результатів. В ході дослідження було зроблено одну з перших за предметною спрямованістю спроб провести комплексний аналіз правового регулювання договору медичного страхування в Україні. Основні положення та висновки дослідження можуть бути використані у науково-дослідній сфері, як теоретична основа для подальшого удосконалення юридичних інститутів і юридичних норм, що характеризують загально-теоретичні аспекти регулювання медичного страхування; організаційно-правові засади здійснення медичного страхування; а також у навчальному процесі в межах викладання таких навчальних дисциплін, як «Цивільне право України», «Медичне право», «Правові основи охорони здоров'я»

Апробація дослідження. Основні положення, результати дослідження, висновки і рекомендації були представлені на засіданні круглого столу «Теоретико-практичні засади розвитку національного права

України в умовах євроінтеграції» (Маріупольський державний університет, 01 грудня 2021 р., с.), а також на міжнародній науково-практичній конференції «Актуальні питання розвитку права та законодавства: наукові дискусії», яка відбулася 18-19 грудня 2021 року у місті Львові.

Структура дослідження визначена метою і завданнями. Робота складається зі вступу, трьох розділів, які включають 7 підрозділів, висновків та списку використаних джерел (120 найменувань). Обсяг основної частини роботи становить 87 сторінок.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ

1.1 Поняття та значення медичного страхування

У межах реформування економічної галузі питання медичного забезпечення, у тому числі медичного страхування громадян України є одними з найбільш актуальних і обговорюваних.

Ринок страхових послуг є однією з тих важливих складових ринкової інфраструктури, яка безпосередньо пов'язана з іншими елементами. Важливе місце у вказаній системі посідає медичне страхування. Розвиток даного напрямку в Україні є досить нерівномірним та водночас характеризується постійними змінами. Вищевказане обумовлено економічною ситуацією в країні, неспроможністю державного бюджету покривати в повному обсязі потреби у медичній сфері, а також неможливістю населення користуватися вільно послугами медичного страхування через низький рівень фінансової спроможності.

Здоров'я нації є важливою умовою економічного розвитку країни та благополуччя суспільства в цілому, отже саме держава повинна нести, у аспекті медичного забезпечення, відповідальність перед громадянами. Мова йде насамперед про соціальну, економічну та моральну відповідальність держави.

Система охорони здоров'я належить до пріоритетних напрямів соціальної політики держави, оскільки людина, її життя та здоров'я являється найвищою соціальною цінністю, що закріплено в Конституції України, а також є важливою складовою соціально-економічного потенціалу країни.

Медичне страхування в умовах ринкових відносин покликано усувати або пом'якшувати вплив ряду непередбачених обставин, які виникають в

житті людини і негативно впливають на його здоров'я, шляхом повного або часткового відновлення працездатності. Воно пов'язане з компенсацією коштів витрачених на оплату медичної допомоги, та інших витрат щодо підтримки стану здоров'я, як от: відвідування лікарів та амбулаторне лікуванням, придбання медикаментів, лікування у стаціонарі, проведення профілактичних та оздоровчих заходів, отримання стоматологічних послуг тощо. Крім того страхова медицина включає фінансування наукових інноваційних досліджень, підготовку медичних кадрів, витрати на розвиток матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я, надання медичної допомоги населенню тощо [1].

Виділяють основні принципи на яких базується страхова медицина. Серед вказаних принципів, основними є: забезпечення соціальної й економічної захищеності середніх і малозабезпечених верств населення, гарантування прав усіх громадян на необхідну і якісну медичну допомогу, обов'язковість внесків як фізичних, так і юридичних осіб. Доцільним представляється окреслення різних підходів фахівців щодо визначення поняття «медичне страхування». Так, В. Базілевич розуміє вказане поняття як форму захисту інтересів громадян у випадку втрати ними здоров'я з будь-якої причини. З позиції П. Ніколаєнкова медичне страхування є способом захисту державою прав пацієнта на повноцінне лікування й охорону здоров'я. Як вид особистого страхування, пов'язаний з компенсацією видатків громадян, які обумовлені одержанням медичної допомоги, а також інших витрат, спрямованих на підтримку здоров'я медичне страхування розглядає С. Осадець. А. Савенко характеризує вказану категорію як частину соціального страхування, яке полягає в гарантуванні з боку держави рівних можливостей для громадян щодо одержання медичної й фармацевтичної допомоги. Як сукупність правових норм, які регулюють суспільні відносини із приводу захисту майнових інтересів фізичних осіб при одержанні медичної допомоги у випадку настання страхових випадків, визначених договором страхування або чинним законодавством за рахунок страхових грошових

фондів, які формуються зі страхових внесків медичне страхування окреслює В. Стеценко. Згаданий вчений наголошує на тому, що медичне страхування є складником системи страхування взагалі [2].

Т. Яворська визначає поняття медичне страхування як вид особистого страхування, яке здійснюється у випадку розладу здоров'я з будь-якої причини, у тому числі у зв'язку із хворобою й нещасним випадком. Так, аналізуючи поняття медичне страхування з урахуванням позицій фахівців медичної сфери дослідження маємо можливість виокремити ознаки досліджуваної категорії. Такими ознаками є: зв'язок ризикової основи існування кожної окремої людини та суспільства в цілому зі станом здоров'я; спосіб організації та форма реалізації відносин між страховиком і страхувальником; захист майнових інтересів і прав громадян; платний і компенсаційний характер відносин; рівні як для страховика так і для самого страхувальника можливості одержання економічних вигід; перерозподіл ресурсів – основний принцип функціонування медичного страхування [3].

Враховуючи різноманітність підходів до трактування поняття медичного страхування, об'єднуючою ознакою є ризикова природа існування як кожної окремої людини, так і людського суспільства в цілому, що обумовлено наступними факторами: 1) як істота біологічна, людина схильна до численних ризиків, пов'язаних зі втратою та збереженням життя і здоров'я; 2) людина є суб'єктом економічних відносин і їй загрожують ризики втрати тих якостей, які визначають статус продуктивної сили суспільства; 3) людина є соціально організованим індивідумом, що потрапляє під вплив ризиків, викликаних соціально-політичним устроєм суспільства.

Отже, медичне страхування розглядається з різних аспектів, тобто як систему економічних відносин, у якій сторонами виступають страховик та страхувальник. При цьому суб'єктами страхування є держава в особі органів виконавчої влади, роботодавці, застраховані особи, медичні заклади, фармацевтичні компанії тощо. Також медичне страхування розглядають як

спосіб захисту інтересів сторін та суб'єктів страхування в умовах ринкової економіки. Крім того медичне страхування розуміється як сукупність правових норм, які регулюють суспільні відносини з питань захисту майнових інтересів фізичних осіб під час отримання медичної допомоги при настанні страхових випадків, які передбачено договором страхування або законодавством за рахунок грошових фондів, які сформувалися зі страхових внесків [4, с. 134-135].

Основною метою медичного страхування є: захист здоров'я співробітників підприємства та їх працездатності; зменшення фінансових проблем роботодавця і співробітників, які пов'язані з організацією і наданням медичної допомоги; скорочення кількості днів непрацездатності співробітників за рахунок надання якісної медичної допомоги і контролю над процесом одужання; додатковий стимул для співробітників до збереження робочого місця і підвищення якості роботи [5]. Медичне страхування характеризується тими ж ознаками, що й інші види страхування, але наявні деякі особливості, серед яких: страховий ризик при медичному страхуванні пов'язаний з особою застрахованого, а не з його майном; наявність іншого складу основних учасників страхових правовідносин (з'являється новий суб'єкт - медична установа); якщо в інших видах страхування у разі настання страхового випадку страхові виплати отримує безпосередньо застрахований, то при медичному страхуванні кошти перераховуються на рахунок лікувально-профілактичної установи, де застрахованому надавалась медична допомога; при медичному страхуванні застрахованому (пацієнту) надається певний обсяг медичної допомоги, в той час як у традиційних видах останнім етапом при настанні страхового випадку є виплата страхових коштів. Крім того проявом сутності медичного страхування є можливість громадян безкоштовно користуватися певним комплексом медичних послуг кваліфікованих спеціалістів у платних клініках. При цьому мова йде про сплату одноразового внеску на рік, який на порядок менший ніж вартість медичних послуг. Так, медичне страхування є складовою функціонування

системи охорони здоров'я у нормативному аспекті, економічну основу якої складає фінансування із спеціальних страхових фондів, які формуються за рахунок грошових внесків підприємств, закладів і організацій різних форм власності і які призначені для фінансування надання медичної допомоги населенню в рамках страхових програм, контролю за обсягом і якістю [6, с. 84-85].

Основою розвитку медичного страхування є належний нагляд та правове забезпечення у цій сфері. Соціально-правовою складовою розвитку системи охорони здоров'я України є Конституція (ст. 49), яка закріплює права людини на охорону здоров'я, охорону здоров'я та медичне страхування. Отже, Конституцією України регламентовано три складові частини-безпосередньо право на охорону здоров'я, право на медичну допомогу та право на медичне страхування. Однак основний закон не розкриває сутність та порядок медичного страхування. При цьому, беручи до уваги, що проголошено саме право на медичне страхування, а не обов'язок, варто вказати, що мова йде саме про добровільний характер медичного страхування. Але Закон України «Про страхування» передбачає можливість існування як добровільного так і обов'язкового медичного страхування (ст.ст. 6-7), при цьому не визначаючи чітко види обов'язкового медичного страхування.

На сучасному етапі розвитку медичне страхування України регулюється такою нормативно-правовою базою: Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», Закон України «Про страхування», Постанова Кабінету Міністрів України «Про створення мережі закладів з організації надання медичної допомоги «Асистанс–Україна», Постанова Кабінету Міністрів України від 19 березня 2014 р. № 121 «Про затвердження Порядку надання медичної допомоги іноземцям та особам без громадянства, які постійно проживають або тимчасово перебувають на території України, які звернулися із заявою про визнання біженцем...», Закон України «Про ліцензування видів господарської діяльності», Цивільний

кодекс України тощо. Як бачимо, медичне страхування не має ще досконалої правової бази, якої потребує. Ефективне запровадження медичного страхування неможливе без створення відповідного законодавчого забезпечення.

В Україні лише планується введення обов'язкового державного медичного страхування. І хоча існує певна правова передумова запровадження системи обов'язкового медичного страхування (стаття 49 Конституції України, стаття 18 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», Концепція розвитку охорони здоров'я населення України, статті 4, 5, 6 Закону України «Про страхування» тощо), однак, дане питання буде комплексно вирішуватись лише з прийняттям закону, яким буде введено обов'язкове медичне страхування та встановлено механізм його здійснення.

Рівень і значення системи страхового захисту населення визначаються факторами особистого характеру, системними змінами економіко – політичного плану, природно - географічними й культурно-історичними особливостями держави. У період загострення економічних проблем і соціальної напруги необхідність її розширення й удосконалення стає найбільш значимою й актуальною [7, с.599]. Страхова медицина – це форма організації охорони здоров'я, яка передбачає обов'язкове державне страхування від хвороб у поєднанні із приватною лікарською практикою й медичними установами, яка дозволяє поставити оплату праці медперсоналу й доходи лікувальних установ у безпосередню залежність від якості лікування й діагностики й при цьому, з фінансової точки зору, одержання якісної медичної допомоги, яка доступна більшості громадян [8, с.157]. Крім того страхова медицина дозволяє вирішити питання залучення додаткових фінансових ресурсів до сфери охорони здоров'я. Сьогодні медичне страхування в Україні практично не користується попитом та в той же час є малодоступним для широкого кола населення [9, с. 36].

Відзначимо, щороку чисельність населення України зменшується, при цьому також погіршується стан здоров'я осіб працездатного віку й кількість економічно активного населення скорочується. Отже, необхідним є реформування медичної галузі за допомогою впровадження медичного страхування і закріплення його як фундаменту фінансування сфери охорони здоров'я. Але в умовах недостатнього бюджетного фінансування системи охорони здоров'я та низької якості медичного обслуговування в державних медичних закладах зростає значення позабюджетних джерел фінансування. Одним із основних таких джерел є добровільне медичне страхування, яке наразі діє як один із видів особистого страхування, призначенням якого є забезпечення можливості повної або часткової виплати коштів за надання медичних, медико-профілактичних послуг застрахованим особам у разі розладів здоров'я. Страхування здійснюється згідно з умовами укладеного договору та відповідно до Правил страхування. У таких умовах можна відзначити, що добровільне медичне страхування є гарною мотивацією для співробітників, однак все ж таки більшість громадян України все одно не страхуються.

Наразі більше 90% людей в Україні, у яких відсутнє медичне страхування. Вказане породжує перспективи розвитку медичного страхування, спираючись на наявність потенційних споживачів страхових послуг. Відмітимо, що медичне страхування є складовою ефективного функціонування економічної галузі та в першу чергу системи охорони здоров'я, так як медичне страхування виступає гарантом здорової нації майбутніх поколінь. Також медичне страхування є формою захисту інтересів громадян у разі втрати ними здоров'я з будь-якої причини.

З соціально-економічної точки зору медичне страхування є однією з найважливіших складових національної медичної системи. Ці відносини ґрунтуються на визначенні медичного страхування, яке є формою захисту здоров'я та життя громадян і суспільства від ризиків. Як форма соціального захисту у сфері охорони здоров'я медичне страхування гарантує надання

медичних послуг за будь-яких обставин, у тому числі медичних послуг, пов'язаних із захворюваннями та нещасними випадками. Основним завданням медичного страхування є організація та фінансування посередницької діяльності за планом страхування шляхом надання медичних послуг населенню; контролювати обсяги та якість страхових медичних проектів лікувально-профілактичних закладів соціальної сфери та окремих приватних лікарів; страхових фондів, утворених за рахунок грошових внесків підприємств, установ, груп, громадян, медичних, соціальних закладів та приватних лікарів відповідно до договорів [10]. Для України зараз є характерним наявність недосконалої системи медичного забезпечення, проявом якої є недостатність фінансування медичної галузі, а також нерівномірність і нераціональність розподілу ресурсів в середині системи, що призводить до низького рівня медичної системи в цілому. Виходячи з цього відзначимо, що медична галузь вимагає радикальних реформ.

Незважаючи на наявність проблеми підвищення рівня медичного обслуговування, зараз медичне страхування в Україні перебуває на стадії розвитку. Існуюча система медичного забезпечення в нашій країні знаходиться у глибокій організаційно-структурній та фінансовій кризі, проявом чого є неефективність структури медичного обслуговування, нерівномірний розподіл ресурсів у системі охорони здоров'я, низька якість обслуговування та високі ціни на фармацевтичну продукцію, а також низький рівень інструментального та лабораторного забезпечення надання первинної медичної допомоги та низька частка видатків на охорону здоров'я у порівнянні відношення до ВВП.

У таких умовах постає питання стосовно збільшення фінансування галузі, що вимагає пошуку додаткових джерел. Водночас сучасний стан системи охорони здоров'я України не може повністю забезпечити громадянам право на отримання медичної допомоги, яка відповідає міжнародним стандартам та законодавству України. Водночас система фінансування закладів охорони здоров'я потребує позитивних

концептуальних змін, наприклад, переходу на принцип витратного фінансування надання конкретних медичних послуг конкретним громадянам. Наразі страхова медична допомога є реальною альтернативою бюджетним асигнуванням, яка не забезпечує конституційних прав громадян на безкоштовну медичну допомогу. Об'єктивною потребою зараз є розвиток медичного страхування, щоб забезпечити фінансування сектору охорони здоров'я. Так, медичне страхування має багато переваг, серед яких можна виділити наступні: медична страховка – це елемент соціального захисту громадян України; медична страховка краще, ніж «прямі» договори з медичними закладами; дає змогу отримати низькі тарифи та дуже великі знижки від страхових компаній у разі страхування колективів [11].

Предметом медичного страхування є майнові інтереси, пов'язані з життям і здоров'ям громадян, метою якого є надання страхувальнику права на отримання медичних послуг у разі страхового випадку, але за рахунок накопичених коштів і коштів для профілактичних заходів. Страховим ризиком у медичному страхуванні є хвороба застрахованого, а страховим випадком застрахованого є його звернення до медичних закладів та надання медичних послуг застрахованим. Відповідно до Закону України про страхування відмінність між медичним страхуванням та страхуванням життя полягає в тому, що воно не передбачає ризику смерті чи дожиття до певного віку чи закінчення дії договору, що робить його різновидом страхування ризиків. Основними завданнями медичного страхування є:

- 1) посередницька діяльність в організації та фінансуванні страхових планів для надання медичних послуг населенню; 2) контроль кількості та якості страхових медичних проектів для лікування та профілактики, соціальних закладів та окремих приватних лікарів; 3) за рахунок використання грошових внесків підприємств, організацій, закладів та громадян страхові кошти спрямовуються на оплату робіт, що проводяться згідно з домовленістю з медичними, соціальними зусилями та приватними лікарями.

1.2 Форми медичного страхування

Медичне страхування може здійснюватися в двох основних формах: добровільній та обов'язковій. В Україні існування обов'язкового та добровільного медичного страхування закріплено Законом України «Про страхування» (ст. 6-7) [12]. Обов'язкову форму медичного страхування використовують, як правило, у тих країнах, де переважне значення має суспільна охорона здоров'я. Добровільну форму медичного страхування використовують за наявності поширених приватних страхових програм.

Відзначимо відсутність наявної єдиної уніфікованої системи обов'язкового медичного страхування в країнах з ринковою економікою. Обов'язкове медичне страхування є формою соціального страхування, так як здійснюється на принципах державності, загальності, некомерційності, та водночас порядок його проведення визначається законом. Так, принцип обов'язкового страхування поширюється на такі країни, як Франція, Канада, Німеччина, Нідерланди, Швеція, Бельгія. Добровільне медичне страхування є домінуючим в Ізраїлі та Швейцарії, а обов'язкове державне страхування поширюється лише на військовослужбовців та поліцейських. Обов'язкові форми зазвичай використовуються в країнах, де охорона здоров'я є першочерговою, тоді як добровільні форми зазвичай використовуються в країнах, де приватні страхування є поширеними. Обов'язкове медичне страхування задовольняє лише основні потреби, а обсяг послуг та медичні умови обов'язкового медичного страхування обмежені. Це передбачає наявність добровільного медичного страхування. Добровільне медичне страхування має на меті надання гарантій для страхувальника (страхувальника) та гарантії того, що страхова компанія повністю або частково відшкодує додаткові витрати, пов'язані з наданням послуг медичного закладу, передбаченими програмою добровільного страхування [13]. Добровільне медичне страхування може бути індивідуальним або

колективним. Особливістю колективного страхування є те, що страхові внески сплачують юридичні особи, а джерелом платежу за індивідуальним страхуванням є доходи громадян. [14].

Медичне страхування поділяється на види за різними критеріями. Так, за формою залучення застрахованих осіб медичне страхування поділяється на індивідуальне та колективне. За принципом управління медичне страхування поділяють на централізоване, децентралізоване та змішане. Враховуючи характер фінансування системи медичного страхування, останнє ділиться на бюджетне, соціальне, приватне та змішане. За формою проведення медичне страхування класифікують на обов'язкове та добровільне.

Обов'язкове медичне страхування є складовою системи соціального страхування, яке здійснюється відповідно порядку та умов, які передбачено чинним законодавством за правилами та базовою програмою обов'язкового медичного страхування, що затверджується Кабінетом Міністрів України [15].

Добровільне медичне страхування являє собою вид особистого медичного страхування, у якому використовують принцип страхової еквівалентності. У такому разі мова йде про отримання застрахованим таких видів медичних послуг та у тому обсязі, який покриває сплачена страхова сума. Відмітимо, мінімальне регламентування державою добровільного медичного страхування. Проявом вказаного є норми законодавства з вказаних питань. Так у Законі України «Про страхування» встановлено заборону на здійснення обов'язкових видів страхування, які не передбачено цим законом.

Отже, до ознак добровільного медичного страхування належать:

- здійснюється на добровільних засадах, наприклад на основі вільного волевиявлення сторін;

- у зв'язку з особистими потребами застрахованого надавати якісні медичні послуги собі або тим, хто уклав договір добровільного медичного страхування;
- умови добровільного медичного страхування, в тому числі розмір страхування, ціна, перелік страхових випадків, якість медичних послуг, визначаються за взаємною згодою;
- з урахуванням строку дії договору добровільного медичного страхування зобов'язання своєчасно сплачувати внески страхувальника;
- не може бути обов'язковою умовою для здійснення інших прав;
- може бути індивідуальним або колективним тощо.

Правова сутність добровільного медичного страхування полягає в розширенні прав пацієнтів. Коли страхові компанії здійснюють страхову діяльність на ринку добровільного медичного страхування, вони можуть надавати базове медичне страхування, що перевищує національні норми, як от: більш якісні медичні послуги, які передбачають вибір лікаря, медичної установи, додаткове консультування; компенсація витрат на придбання лікарських препаратів; послуги сервісного характеру, серед яких палати з підвищеним комфортом, додаткове харчування тощо. Серед видів добровільного медичного страхування також виділяють наступні:

- страхування ризиків - страхування від захворювань, зазначених у договорі, за цією страховкою можуть бути відшкодовані витрати на надання передових медичних послуг та додаткових послуг у разі настання страхового випадку. Цей вид страхування ще називають «медичне страхування на випадок хвороби»;

- накопичувальне страхування - страхування, що забезпечує накопичені кошти на лікування будь-якого захворювання та надає додаткові послуги відповідно до виду страхового полісу. Цей вид страхування ще називають «безперервним медичним страхуванням» [16, с. 5].

Страхування медичних витрат, так званий «медичний асістанс», має на меті оплату невідкладної медичної допомоги та деяких додаткових послуг

під час перебування громадян України за кордоном [17, с. 55]. Цей вид страхування забезпечує громадянам найнеобхідніші медичні послуги та послуги з транспортування до місця постійного проживання для лікування.

Цей вид страхування не лише надає медичні послуги, а й надає технічні та організаційні послуги, тому даний вид страхування не можна вважати повністю медичним. Більшість із них є комплексними, і його метою є захист мандрівників від різних ризиків, пов'язаних із життям, здоров'ям, транспортування хворих або померлих, перевезення автомобілів, пошук багажу тощо. Крім того, існують такі види добровільного медичного страхування:

- безповоротний вид страхування. Після медичного огляду та визначення стану здоров'я вартість договору розраховується окремо для кожного застрахованого, додаткову вартість несе страхова організація, якщо сума лікування перевищує договірну суму лікування;

- поворотний, вид страхування при якому сума договору страхування є середньою; якщо вартість лікування нижча за договірну суму, вона буде повернута страхувальнику, однак, за винятком страхової суми ризику;

- у вигляді оплати за додаткові послуги;

- преміальний.

Досвід європейських країн показує, що добровільне медичне страхування існує в трьох основних варіантах, серед яких:

- альтернативне страхування (замісне), метою якого є замінити існуючу загальну систему страхування охорони здоров'я;

- доповнювальне страхування, вводиться для забезпечення додаткового страхування послуг, які повністю або частково не фінансуються національною системою охорони здоров'я;

- розширювальне страхування, яке характеризується прискоренням доступу до медичних послуг та розширенням сфери застосування.

Крім того, добровільне медичне страхування також може будуватися на засадах солідарності, тобто системи громадського солідарного медичного

страхування як альтернативної системи медичної допомоги. Йдеться про створення лікарняних кас чи товариства взаємного страхування, організаційно-оперативний досвід якого вже мав місце в Україні наприкінці XIX – на початку XX ст.

Аналіз вказаних форм медичного страхування вказує на наявність спільних та відмінних рис добровільного та обов'язкового медичного страхування.

Тому суттєві відмінності в системі добровільного медичного страхування включають призначення страхових внесків, які можуть бути використані лише в медичних цілях, та деяка обмеженість ролі держави. В обов'язковому медичному страхуванні закріплено основні пільги, застраховані та всі сторони, визначаються правила взаємодії учасників, контроль над потоками капіталу тощо. Проте не існує нормативно-правових актів з окремих питань добровільного медичного страхування. Основною особливістю обов'язкового медичного страхування є те, що ця форма страхування координується державними органами та є неприбутковою. Страхові внески, що сплачуються громадянами та юридичними особами, є у формі оподаткування, тому є стабільними - відповідно до встановленої суми у визначений час, і всі страхувальники мають однакове страхове покриття [18]. Іншою інколи протилежною ознакою є добровільна форма медичного страхування: відсутня очевидна національна координація, страхові гроші виплачуються страхувальником добровільно, а страхова компанія отримує прибуток окремо за договором, але він нестабільний. Основною причиною появи ДМС є обмеженість обсягу та умов надання медичних послуг за планом ОМС. Окрім відмінностей між добровільним та обов'язковим медичним страхуванням, є й деякі спільні риси. Зокрема, останній містить однакову економіко-правову природу, а також мету реалізації, що свідчить про необхідність використання останньої у формі паралельної системи в державі для захисту майнових інтересів зацікавлених осіб у страхових випадках. Сьогодні, коли законодавча база, необхідна для запровадження

загальнообов'язкового національного соціального медичного страхування, не існує, добровільне медичне страхування відіграє допоміжну роль у наданні медичної допомоги населенню. Виходячи з дослідження різних точок зору в науковій літературі, медичне страхування визначається як вид особистого страхування, який передбачає платіжні зобов'язання страховика відповідно до закону чи договору та входить до планів страхування медичної, лікувально-профілактичної допомоги, що надається страхувальнику за рахунок цільового фонду, утвореного за рахунок коштів підприємств, органів влади та громадян. Медичне страхування класифікується за різними ознаками. У практиці в світі та Україні існують дві основні форми медичного страхування, які мають спільні та унікальні характеристики: обов'язкове та добровільне медичне страхування. Сьогодні медична система та система охорони здоров'я нашої країни знаходиться в кризовому становищі не лише фінансово, а й організаційно, що спричинено нерівномірним розподілом коштів та недостатніми медичними стандартами в сфері обслуговування громадян. Одним із кроків до вирішення проблем, які є в системі охорони здоров'я, повинна стати медична реформа в сфері охорони здоров'я і, зокрема, впровадження загальнообов'язкового медичного страхування [19].

Висновки до розділу 1

Досліджуючи теоретико-правові засади розвитку медичного страхування, проаналізовано підходи щодо визначення поняття медичного страхування, його значення в світлі соціального захисту України. Вказано на фактори, які характеризують рівень та значення системи страхового захисту населення, серед яких: системні зміни економіко-політичного плану; природно-географічні та культурно-історичні особливості розвитку держави. Окреслено основні характеристики медичного страхування та вказано на недосконалість системи медичного забезпечення та її прояви, серед яких основним є недостатність фінансування медичної галузі. Зосереджено увагу

на необхідності реформування медичної галузі за допомогою впровадження медичного страхування, що обумовлено зменшенням населення та погіршенням стану здоров'я осіб працездатного віку тощо. Висвітлено рівень законодавчого регулювання медичного страхування та вказано на недоліки, які потребують подальшого вирішення, оскільки без створення відповідного законодавчого забезпечення неможливе ефективне запровадження медичного страхування. Крім того охарактеризовано основні форми медичного страхування: добровільне та обов'язкове. Вказано на підвиди добровільного медичного страхування, серед яких: індивідуальне та колективне, окреслено їх ознаки. Також звернуто увагу на існуванні різних підвидів добровільного медичного страхування залежно від критеріїв розмежування. Визначено основні ознаки добровільного медичного страхування та його сутність, що полягає в розширенні прав пацієнтів. Також висвітлено спільні та відмінні риси добровільного та обов'язкового медичного страхування.

РОЗДІЛ 2

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДОГОВОРІВ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

2.1 Поняття та істотні умови договору медичного страхування

Перш ніж перейти до означення істотних умов договору медичного страхування, необхідно визначити поняття договору медичного страхування. Підставою виникнення зобов'язання з медичного страхування є відповідний юридичний факт, тобто цивільно-правовий договір, який є системою зв'язків, які виникають між учасниками, безпосередньо їх дії у визначеному періоді часу, які направлені на досягнення певного результату. З позиції М.І. Брагінського головним призначенням договору є регулювання поведінки людей з окресленням меж їх можливої та належної поведінки [20, с. 15].

Враховуючи засади цивільної доктрини, відзначимо аспекти договору. Серед основних, договором є юридичний факт, як підстава виникнення цивільних правовідносин. У цьому випадку договір, як юридичний факт характеризується наступними ознаками: 1) у договорі виявляється воля кількох осіб (два або більше), яка повинна відповідати одне одному та збігатися за змістом; 2) договір являє собою спільні дії осіб, які спрямовані на досягнення цивільно-правових наслідків, серед яких: встановлення, зміна або припинення цивільних прав та обов'язків [21, с. 157]. Крім того, договір розглядають як правовідношення. Мова йде про роль договору не тільки у опосередкуванні впливу на динаміку цивільних правовідносин, а з урахуванням вимог законодавства, звичаїв ділового обороту, розумності, справедливості також визначає зміст прав та обов'язків учасників договору. Договір у такому аспекті є засобом регулювання поведінки сторін цивільних правовідносин [22, с. 24]. І, нарешті, договір розглядають як документ, яким закріплюється факт встановлення зобов'язальних правовідносин [23, с. 284].

Відмітимо, універсальність та доцільність договору, як правової форми опосередкування майнових та товарно-грошових відносин, що обумовлює зростання його ролі та значення в сучасних умовах розвитку ринкової економіки. Мова йде про створення моделі поведінки на підставі договору між суб'єктами, якою регламентовано форма та порядок взаємовідносин [24, с. 129]. При цьому договір розуміється й як засіб саморегуляції та як форма вираження права, тобто являється універсальним елементом механізму правового регулювання договірних відносин [25, с. 109]. Також договір розглядається і як юридичний факт, що є основою зобов'язання. Крім того договір розуміється й як саме договірне зобов'язання, а також документ у якому закріплено факт встановлення зобов'язального правовідношення [26, с. 26]. Враховуючи окреслену багатозначність терміну «договір», можна вказати на так звану природну характеристику. Тобто саме наявність такої характеристики окреслює стадії як укладення так і виконання договору. Спочатку виготовляється документ, потім укладається договір, і насамкінець, відбувається виконання договору.

Найчастіше договір розглядають як правовідношення та при цьому співвідносяться права та обов'язки сторін за договором, які виникають з його тексту, а також законодавчих норм. Як правочин, договір в основному оцінюють з точки зору його укладення, зміни та припинення, що говорить про певні можливості виникнення прав та обов'язків сторін договору [27, с. 60].

Стосовно розмежування договору та інших юридичних фактів, в аспекті обумовлення підстав для застосування певної норми права у конкретній ситуації та для виникнення, зміни або припинення конкретних правовідносин, В.А. Васильєва вказує також на регулювання поведінки сторін, що виявляється у визначенні прав та обов'язків учасників певних правовідносин, які вони породжують. Отже, можна вказати на існування певної програми дій, якою є насамперед договір, метою якого є координація діяльності сторін певних правовідносин [29, с. 102].

Якщо розглядати договір як юридичну підставу, при цьому неможливо розуміти зміст правовідносин, які виникають із договору, який не передбачено законом. При наявності таких обставин виявляється неможливим передбачення прав та обов'язків в нормах права, тоді вважається необхідним їх фіксація у договорі. В.В. Васильєва зосереджує увагу на розгляді договору як правовідношення, як результат укладення правочину, так як саме в них є наявними права та обов'язки сторін договору, які реалізуються [28, с. 58-59]. Також відмітимо, що зміст договору не охоплює всі умови, так як в основному вони окреслюються імперативними та диспозитивними нормами, або звичаями ділового обороту.

У разі розуміння договору як зобов'язання, неможливим представляється дослідження його істотних умов, так як змістом договору при цьому є права та обов'язки сторін договору, які обумовлені його умовами. Отже, у такому випадку визначення договору призводить до змішування понять «договір» та «зобов'язання» [29, с. 101-102].

Варто погодитись з думками фахівців вказаної сфери дослідження щодо здійснення аналізу істотних умов договору через розуміння останнього як юридичного факту, що відображає найбільш цілісний аналіз. Крізь призму юридичного факту договір належить до правомірних дій, які вчиняються його учасниками та які направлені на виникнення, зміну або припинення цивільних прав та обов'язків [30, с. 20]. Договір, який містить нібито абстрактну модель стосунків, яка окреслюється у загальних положеннях закону, наповнюється конкретним змістом, що обумовлює його як індивідуальний правовий акт. [31, с. 25]. Битує думка, з якою можна погодитись стосовно визначення договору у сфері приватного права як універсального юридичного елементу механізму внутрішнього регулювання суспільних відносин [32, с. 60]. Будова Цивільного кодексу України, як основного базового регулятора договірних відносин, включає як дефініцію визначення поняття договір так і дефініції різних договірних інститутів та субінститутів, зокрема, у окремих розділах та параграфах договірного права.

Юридична характеристика договору медичного страхування включає визначення останнього з урахуванням класифікаційних ознак системи цивільно-правових договорів. Застосовується при цьому дихотомічний спосіб класифікації, який передбачає можливість поділу договорів за підставами, які характерні й для поділу на види правочинів в цілому. Означений спосіб базується на виокремленні дихотомічного критерію поділу, серед яких виділяють наступні: оплатні-безоплатні; абстрактні-казуальні; умовні-безумовні; неоспорювані-оспорювані; розпорядчі-зобов'язальні; алеаторні-комутативні; комерційні-фідучіарні; строкові-безстрокові; планові-непланові; загально-цивільні-господарські; підприємницькі-споживчі тощо [33, с. 322]. Найпоширеніші підстави класифікації договорів: розподіл прав та обов'язків між сторонами; наявність зустрічного задоволення; момент підписання договору. Використовуючи наведені причини, можна виділити три види договорів: односторонні та двосторонні; оплатні та безоплатні; реальні та добровільні.

Підходячи вже більш конкретно до визначення поняття договору медичного страхування, відзначимо, що поняття «договір страхування» закріплено у Законі України «Про страхування» (ст. 16). У цьому договорі йдеться про письмову угоду між страхувальником і страховиком. Страховик обіцяє, що у разі настання страхового випадку страхувальник виплатить страхові гроші страхувальнику або іншим особам, зазначеним у договорі страхування (подати допомогу, виконати послугу тощо), страхувальник обіцяє сплатити страхові платежі у визначені строки та виконувати інші умови договору.

Поняття договору страхування також закріплено нормами Цивільного кодексу України (ст. 979.). Вказане поняття збігається з вищевказаним. Відмітимо, що проблема правового регулювання, а також закріплення на рівні законів новітніх договірних конструкцій сфери страхування обумовлено, насамперед, розвитком ринку страхових послуг, зростанням конкуренції між страховими компаніями тощо.

Крім того, наголосимо, на неоднозначності сприйняття загального визначення поняття договору страхування у юридичній літературі та Цивільному кодексі України зокрема. З цього приводу Т.В. Блащук, вказує на не дуже вдалий підхід законодавця щодо визначення поняття договору страхування. Поясненням вказаного є неврахування особливостей окремих видів страхування, від яких залежать умови договору [34, с. 5]. Основними ознаками договору страхування на думку С.А. Пилипенко, відносяться: двосторонній характер договору; оплатність; реальність; ризиковий характер договору для сторін; строковий характер відповідальності страховика [35, с. 9-10].

Нормами Закону України «Про страхування» (ст. 6) закріплено поняття медичне страхування, як вид добровільного страхування, яке між іншим іменується як безперервне страхування здоров'я. Правовідносини з медичного страхування виникають на підставі договору медичного страхування, яке є видом страхування, об'єктом якого є майнові інтереси громадян, пов'язані зі здоров'ям застрахованої особи, компенсацією витратів громадян, пов'язаних з отриманням медичних послуг, а також інших витратів, пов'язаних з підтриманням здоров'я за рахунок страхових внесків. При цьому до медичних послуг можливе віднесення: відвідування лікарів, прийняття необхідних процедур та іншого лікування у амбулаторних умовах; придбання медикаментів; перебування у стаціонарі медичної установи; отримання стоматологічної допомоги; проведення профілактичних заходів тощо. Крім того, відзначимо, при медичному страхуванні не передбачається ризик смерті або дожиття до певного віку чи до закінчення терміну дії договору. З таких причин такий вид страхування відноситься до ризикового. Враховуючи такі дані, варто вказати на відсутність визначення поняття договору медичного страхування як у науковій літературі, так й у законодавстві. Деякі нормативно-правові акти закріплюють поняття договору страхування, яке є родовим стосовно договору медичного страхування. Так, для формулювання поняття договору медичного страхування, необхідним

вважаємо зосередити увагу на загальноновизнаних класифікаціях, що сприятиме ґрунтовнішому з'ясуванню його правової виявленню властивих природи, йому рис та особливостей.

З урахуванням критерію поділу прав та обов'язків між сторонами договори поділяють на односторонні, двосторонні та багатосторонні. Цивільним кодексом України (ст. 626) закріплено поділ договорів на односторонні та двосторонні.

Одностороння угода - це угода, в якій одна сторона зобов'язується вчинити певні дії або не вчиняти іншій стороні, а інша сторона має право вимагати, але зустрічного зобов'язання перед першою стороною немає.

Договір є двостороннім у разі наділення правами та обов'язками обидві сторони договору. Отже, одностороннім є договір, в якому одна сторона має суб'єктивні права, а друга – суб'єктивні обов'язки. При цьому двосторонні договори характеризуються наявністю вимоги однієї сторони, якій кореспондує відповідний обов'язок іншої сторони та навпаки.

Так, беручи до уваги вищевказаний аналіз, договір медичного страхування є двостороннім договором, так як сторони мають взаємні права та обов'язки, які визначено договором. Однак, обов'язок страховика щодо сплати страхової суми у часі настає пізніше або взагалі не настає на відміну від обов'язку страхувальника. Вказане пов'язане з роллю страхового ризику. Що стосується наступного критерію класифікації договору медичного страхування, серед них це відплатність чи безвідплатність. Договір про надання послуг, за загальними підставами може бути як оплатним так і безоплатним. Договір розглядається як відплатний, як вказує В.В.Луць, згідно з певними діями однієї сторони, інша сторона договору сплачує певну суму або надає інше зустрічне задоволення [36, с. 56]. Питання відплатності або безвідплатності певного виду цивільно-правового договору може вказуватись як у самому договорі або у законі [37, с. 537].

Так, оплатність договору медичного страхування закріплено на рівні Закону України «Про страхування» (ст. 9-10), що передбачає здійснення

плати за послугу, яка передбачена договором. Отже, проявом вказаного є сплата страхового платежу (страховий внесок, страхова премія) страхувальником страховику, а у разі настання страхового випадку, страховик здійснює страхову виплату. Однак не завжди виникає обов'язок страховика щодо здійснення страхової виплати, у такому разі виникає можливість віднести договір медичного страхування до ризикових (алеаторних) договорів. Особливість ризикових договорів полягає в фактичному отриманні контрагентом зустрічного задоволення меншого обсягу, ніж надано ним самим, незалежно від настання встановленої обставини [38, с. 318]. Так, алеаторними, з позиції О.С. Іоффе, називають договори, які, будучи оплатними, конструюються так, що обсяг зустрічного задоволення, який потребується від однієї сторони, залишається невідомим, поки не настане обставина, яка може її остаточно визначити [39, с. 295]. Стосовно вказаного Р.А. Майданик зауважує, що алеаторними правочинами є угоди, в яких заздалегідь невідомо, якій зі сторін вона принесе вигоду, а якій – збитки, те й інше залежить від випадку, так як їх виконання обумовлено випадковими або особистими сторонніми юридичними фактами, які передбачені у договорі або іншій підставі зобов'язання, що відноситься до його змісту та сутності [40, с. 33].

Отже, страховик не знає заздалегідь, чи буде він здійснювати страхову виплату за договором медичного страхування, також не знає суми та час виплати. В такому разі можна говорити, що обов'язок страховика реалізується за часом не відразу та не завжди, а тільки у разі настання страхового випадку. При цьому ризикує також і страхувальник, тому що не має впевненості в отриманні страхової виплати ним або застрахованою особою, у разі сплати страхового платежу. Так, до таких ризикових договорів, на думку К. Победоносцева, належать договори, в яких мета, наміри, кінцевий результат та матеріальна цінність залежать від ймовірної або випадкової події, при цьому невідомо під час його укладення, яка сторона отримує вигоду [41, с. 49]. Ризиковість (алеаторність) цивільно-

правові договори характеризується включенням до складу їх умов юридичного ризику, як специфічного способу визначення розміру зустрічного надання [42, с. 66]. Отже, сутність алеаторності договору медичного страхування тобто алеаторність договору медичного страхування полягає у заснованій на випадку можливості нееквівалентності первинного та зустрічного надання за цим договором. При цьому умова стосовно страхового ризику визначається імперативними нормами закону, у зв'язку з чим страховий ризик є обов'язковим елементом будь-якого зобов'язання зі страхування [43, с. 109-110].

Права та обов'язки у договорі медичного страхування виникають при вчиненні правочину, але предмет певного обов'язку, тобто дія яка потребується до вчинення зобов'язаною особою, має залежність від настання певної події. При цьому у страховика не виникає нового обов'язку, при настанні страхового випадку, тому що під час укладення договору у нього вже виникає обов'язок здійснити страхову виплату. У разі настання страхового випадку, страховик лише виконує закладений у зміст договору при його укладенні первісний обов'язок [44, с. 172].

Поділ договорів за ступенем юридичної завершеності здійснюється на остаточні та попередні [45, с. 428]. Договір медичного страхування відноситься до остаточних, адже завжди породжує права та обов'язки сторін щодо надання конкретних послуг. Згідно норм Цивільного кодексу України (ст. 985), договір медичного страхування може бути укладений на користь третьої особи, яка визначається страхувальником, для отримання страхової виплати у разі настання страхового випадку. Норми цивільного законодавства та Закону України «Про страхування» не мають правових обмежень щодо третіх осіб, які можуть бути призначені страхувальниками для отримання страхових виплат.

Момент набрання чинності договору говорить про визначення його консенсуальним або реальним, при цьому на практиці оцінюються ознаки та умови договору, передбачені у рамках закону або сторонами у договорі.

Нормами Цивільного кодексу України, беручи до уваги ст. 979, яка містить визначення поняття договору страхування, не закріплюються ознаки консенсуальності або реальності останнього. Однак норми Закону України «Про страхування» (ч.1 ст. 983) вказують на момент набрання чинності договору, яким є момент внесення страхувальником першого страхового платежу, якщо інше не встановлено договором. Виходячи з вказаного, відмітимо, що договір медичного страхування може визначатися як реальний, у разі невизначення його консенсуальним нормами закону або договору. При цьому недостатнім для укладення реального договору є досягнення домовленості, необхідним вважається вчинення фактичних дій, які спрямовані на виконання стороною свого договірного обов'язку, якими можуть бути передача речей, сплата грошової суми тощо [33, с. 17].

Тому, як правило, факт виникнення цивільних правовідносин за договором медичного страхування полягає в тому, що застрахована особа сплачує перші страхові гроші.

Норми Цивільного кодексу України та Закону України «Про страхування» сконструйовані таким чином (диспозитивність), що дозволяє набрання чинності договором пов'язувати будь з яким іншим моментом після укладення правочину за всіма істотними умовами, а не тільки з моментом сплати страхового платежу. Наприклад, це може бути надання страхувальником необхідних документів. При цьому набрання чинності договором не може мати місце після настання страхового випадку [43, с. 113]. В такому випадку норму Цивільного кодексу України (ст. 983) потрібно трактувати так, що договір медичного страхування поширюється на страхові випадки, які настали після набрання ним чинності, у разі, якщо договором не передбачено більш пізній період, з якого випадки будуть вважатися страховими, тобто, надати зворотної сили договору медичного страхування не можна.

В сучасних умовах наявна практика продажу страхових полісів, в яких передбачено страховиком односторонні умови страхового договору, так звані

стандартні форми окремих видів страхування. У разі придбання такого полісу, страхувальник дає згоду на запропоновані умови страховика [46, с. 36]. Отже, договір медичного страхування є різновидом договору приєднання, загальне визначення якого закріплено нормами Цивільного кодексу України (ст. 634).

Згідно з визначенням поняття договору приєднання, це угода, умови якої встановлюються однією стороною в формулярах або іншій стандартній формі, і лише умови угоди можуть бути досягнуті шляхом приєднання іншої сторони.

При цьому інша сторона не може пропонувати свої умови договору. Друга сторона не може запропонувати свої умови договору [47, с. 709]. Визначальною ознакою договорів приєднання є відсутність взаємного волевиявлення сторін при його укладенні. Так, тільки одна сторона пропонує свої умови, а інша їх приймає, за відсутності можливості їх змінити, узгодити [48, с. 95]. При цьому не порушується принцип свободи договору, адже друга сторона сама вирішує укласти їй чи ні договір на запропонованих умовах [49, с. 154]. Законодавчі норми зарубіжних країн також визнають договір страхування видом договору приєднання, при цьому захищають споживачів від невігідних умов договору.

Зарубіжне законодавство також зазвичай визнає, що договір страхування є різновидом договору приєднання, але він захищає споживачів від негативних наслідків договору страхування. Стосовно вказаного, відмітимо, Директива №93/13 права Європейського Союзу закріплює, що несправедливі умови договору, укладеного між постачальником послуг та споживачем, не можуть бути примусово виконані щодо споживача, наприклад через суд, за умови, що такі несправедливі умови не були у достатній мірі погоджені сторонами у ході переговорів. Отже, у разі отримання споживачем страхової послуги сформованого тексту договору за відсутності можливості його змінити, умови договору не вважаються погодженими належним чином [50, с. 46].

В наукових колах певні дискусії характерні щодо віднесення договору страхування, та безпосередньо договору медичного страхування до публічних договорів. Публічним, відповідно до ст. 633 Цивільного кодексу України вважається договір, у якому однією зі сторін є суб'єкт підприємницької діяльності, який взяв на себе обов'язок здійснювати продаж, виконання робіт про надання послуг кожному, хто до нього звернеться. При цьому не допускається відмова суб'єкта підприємницької діяльності від укладення публічного договору за наявності у нього можливостей надати споживачеві відповідні товари або послуги. Так, І.І. Банасевич вказує, що публічним вважається договір у якому споживачем товарів, робіт або послуг є також суб'єкт підприємницької діяльності, а не тільки фізична особа-споживач, обумовлюючи таке конструкцією норми Цивільного кодексу, яка містить поняття означеного договору [51, с. 69].

Як зауважує В.І. Дрішлюк, факт укладення договору, який прямо вказаний у законі як публічний, а не зазначення цього в статуті, ліцензії або договорі, дозволяє говорити про публічність діяльності підприємця [52, с. 115]. Отже, враховуючи попередній аналіз характеристик, договір медичного страхування є споживчим, у разі, коли страхувальником є фізична особа, але не може вважатися публічним, адже за нормами Цивільного кодексу України таким не визнається. Крім того, під час укладення договору медичного страхування оцінці підлягає страхові ризики страхувальника, які здійснюються страховиком, на основі якої страховиком приймається рішення щодо укладення або відмови в укладенні договору.

Таким чином, договір медичного страхування поєднує загальні ознаки договору страхування та особливі, які притаманні лише йому. Також Законом України «Про страхування» закріплено три види добровільного медичного страхування, серед яких: медичне страхування (безперервне страхування здоров'я), страхування здоров'я на випадок хвороби та страхування медичних витрат. Однак критерії розмежування вказаних видів не визначено. Перші два види добровільного медичного страхування мають схожий

механізм здійснення. Різниця полягає у формуванні страхових програм, які пропонуються страховиком.

Насправді, безперервне медичне страхування та медичне страхування мають подібні механізми. Основна відмінність полягає у формуванні страхового плану, який надається страховою компанією при підписанні договору. З продовженням медичного страхування плани страхування стали більш широкими та надають різноманітні медичні послуги. Крім того, медичне страхування на випадок хвороби забезпечує страхування медичних витрат на конкретні захворювання, що передбачено договором страхування. Визначений договір може бути укладений як на одне захворювання, так і на декілька захворювань, якими може користуватися застрахований. Отже, при страхуванні на випадок хвороби страховик виплачує страхувальнику певну суму, тоді як у разі безперервного медичного страхування страховик не виплачує страхувальнику, а безпосередньо виплачує медичній установі, яка надає медичні послуги. .

Поняття договору страхування медичних витрат подається Т.В. Волинець у дисертаційному дослідженні, та йдеться про письмову угоду між страховиком і страхувальником, за якою страховик зобов'язується оплатити медичні послуги, надані медичним закладом страхувальнику у разі настання страхового випадку (хвороби), страхувальник при цьому зобов'язаний своєчасно сплачувати страхові платежі [53, с. 9-10]. Отже, страхування медичних витрат є компенсацією видатків застрахованої особи на випадок настання непередбачуваного певного захворювання. Практика показує, страхування медичних витрат загалом характерна у разі виїзду особи за кордон.

У свою чергу медичне страхування (безперервне страхування здоров'я) за змістом є більш широким видом страхування, так як поряд із послугами з лікування включає також їх профілактику, діагностику та підтримку здоров'я застрахованої особи.

Враховуючи вказаний аналіз щодо договору медичного страхування, вважається за доцільне визначити поняття договору медичного страхування, спираючись на легальну конструкцію договору страхування. Отже, договір медичного страхування - це угода між страховиком та застрахованим, згідно з яким страховик зобов'язується надати медичні послуги страхувальнику або іншим особам, зазначеним у договорі медичного страхування, у разі настання страхового випадку. Договір медичного страхування укладається за планом медичного страхування, і застрахований зобов'язується сплачувати страхові внески та виконувати інші умови договору у строки, визначені договором.

Для визначення юридичної природи цивільно-правового договору необхідно з'ясувати його зміст. Наукова література підтвердила практичну значущість змісту договору, тобто умов укладення договору, зумовлену правами та обов'язками сторін договору та їх залежністю від їх правильного виконання [54, с. 452]. Існує багато визначень щодо змісту договору. Так, з точки зору О.О. Красавчикова, змістом договору є система умов його укладення [55, с. 4]. Схожої точки зору дотримується Є.О. Харитонов, який по суті є сукупністю умов, визначених самими сторонами та погоджених сторонами, а також обов'язкових умов актів цивільного законодавства [56, с. 471]. Згідно з позицією О.С. Іоффе, зміст договору - це сукупність умов, встановлених сторонами, або умов, що випливають із закону, на якому базується укладання договорів [39, с. 27].

В.В. Луць окреслив концепцію змісту договору, в якій вбачав умови досягнення сторонами відповідних домовленостей. У разі письмового оформлення ці умови фіксуються в пунктах договору, які також можуть включати посилання на чинне законодавство у цій галузі [36, с. 79]. Крім того, інші науковці зазначали, що зміст договору, включає обов'язкові умови, які включені на підставі чинного цивільного законодавства [57, с. 145]. Питання істотних умов договору є ключовими для вивчення структури договору, оскільки вони визначають його зміст.

Ці основні умови викладені Цивільному кодексі України. Відповідно до статті 638 Цивільного кодексу України цими умовами є умови предмета договору, обов'язкові або необхідні умови цього виду договору, передбачені законом, і всі умови, що застосовуються хоча б до однієї сторони, мають бути узгоджені. У цьому випадку визначення істотних умов окреслює конкретні обставини типу договору і є підставою для відокремлення договорів за юридичною природою [58, с. 6].

Тому розглянемо умови, які становлять зміст договору медичного страхування та є вирішальними для останнього. Відповідно до Цивільного кодексу України (ст. 982), істотними умовами договору страхування є: предмет договору страхування, страховий випадок, сума, яку страховик повинен сплатити (страхова сума) у разі настання таких обставин, страховий випадок, розмір страхового відшкодування та умови відшкодування, а також строк дії договору та інші умови, передбачені цивільним законодавством.

Предмет є істотною частиною договору та умовою, яка завжди є обов'язковою. Предметом договору також є стандарт, який визначає угоду, досягнуту сторонами, створюючи тим самим певні зобов'язання. Непослідовність унеможлиблює досягнення мети [29, с. 176]. За відсутності єдиного розуміння предмету договору можуть виникнути практичні проблеми, проявом яких може бути визнання судом неукладеності договору та незрозумілим предметом договору. Отже, предмет є індивідуальною ознакою за якою відбувається розмежування договорів на види та типи. [59, с. 31].

Предметом договору страхування за Цивільним кодексом України (ст. 980) та Закону України «Про страхування» можуть бути майнові інтереси, які не суперечать закону та пов'язані з життям, здоров'ям, працездатністю, пенсійним забезпеченням. Виходячи з вказаного, предметом договору медичного страхування є майнові інтереси, які не суперечать закону та пов'язані зі здоров'ям. Але таке визначення має дещо суперечливий характер. Нерідко, під час характеристики договору страхування, вчені оперують терміном «об'єкт страхування». При цьому відбувається

змішування понять предмет та об'єкт страхування. Різне бачення щодо вказаних понять, дозволяє розглянути співвідношення останніх. Предметом договору є дії, які повинен здійснити кожен боржник, та об'єкт, на який вказані дії спрямовані [60, с. 26]; також у договорі виділяють юридичний об'єкт – дії та матеріальний об'єкт – річ, або інші благо, на яке спрямована поведінка [61, с. 138-139]; предметом іменують дії або бездіяльність договору та виокремлюють у договорах складний предмет, який складається з кількох об'єктів [62, с. 78-79]; об'єкт договору визначають складним та виділяють юридичний, вольовий та майновий об'єкт, а предметом договору визначають матеріальний об'єкт породжуваних договором правовідносин [63, с. 407]. Так, на думку Ю.Б. Фогельсона об'єктом страхування виступає майновий інтерес. При цьому предметом договору страхування є зобов'язання страховика виплатити певну страхову суму при настанні певної події. Іншими словами, предметом договору страхування є грошове зобов'язання [64, с. 121]. Іншої думки додержується В.П. Янишен. Вчений під об'єктами страхових відносин розуміє страхові платежі страхувальника та страхові виплати [65, с. 7]. У цьому разі грошове зобов'язання є не предметом, а об'єктом. Відзначимо, страхові відносини є видом цивільних правовідносин, тому для них характерними є загальні та спеціальні ознаки. При цьому особливості страхових правовідносин виражаються крізь призму традиційних елементів будь-яких правовідносин, серед яких: суб'єктний склад, об'єкт, зміст. Особливість страхового правовідношення виражається через призму традиційних елементів (суб'єктного складу, об'єкта, змісту) будь-яких правовідносин. У цивільному праві під об'єктом правовідносин розуміють те, на що ці правовідносини спрямовані і мають певний вплив. При цьому об'єкт цивільних правовідносин – це те саме, що й об'єкт цивільних прав, це матеріальна та/або нематеріальна вигода, яка пов'язана з цивільними правовідносинами [66]. Слід зазначити, що при аналізі предмета договору страхування законодавець використав не поняття страхового інтересу, а поняття майнового інтересу. При цьому страховий інтерес займає

важливе місце як категорія в системі страхових відносин. Тому прийнято вважати, що за відсутності страхових виплат відсутня можливість виникнення чи шкоди, а страхування безглузде. Наявність страхових інтересів є необхідною умовою встановлення страхових зобов'язань. Страховий інтерес у страховому зобов'язанні - це основний елемент, який визначає можливість існування страхування та притаманний майновому та особистому страхуванню.

Страхові виплати визначають найважливіші елементи страхових зобов'язань, зокрема: склад предмета, предмет, права та обов'язки предмета, а також відповідальність за його виконання, невиконання чи неналежне виконання. Отже, враховуючи попередній аналіз, слід зазначити, що об'єктом зобов'язань із медичного страхування є майнові інтереси страхувальника (страхувальника), пов'язані зі здоров'ям у разі настання страхового випадку. Отже, згідно з договором медичного страхування, у разі страхового випадку страховик виплатить страхувальнику.

При цьому ознакою страхового інтересу як об'єкта страхового зобов'язання є його суб'єктність, майновість, законність та ризик.

Безпосередньо суб'єктивний характер пов'язаний зі страхувальником, так як тільки особа, яка володіє страховим інтересом, може бути суб'єктом страхового зобов'язання.

Ознакою договору медичного страхування є належність його до типу цивільно-правових договорів про надання послуг. Отже, у разі, коли відносини стосовно надання послуг ведуть до встановлення прав та обов'язків та у зв'язку з цим потрапляють у сферу приватно-правового регулювання, можна вести мову про зобов'язально-правові відносини, предметом яких є послуги [29, с. 95]. Предметом договору з надання послуг, на думку А.А. Телестакової, є саме послуга [67, с. 51].

Отже, підсумовуючи, можна побачити, що предметом договору медичного страхування є надання страховиком страхової послуги страхувальнику стосовно захисту його майнових інтересів шляхом

здійснення страхової виплати, у разі настання страхового випадку, пов'язаного із заподіянням шкоди здоров'ю страхувальника, або застрахованої особи.

Визначаючи істотні умови цивільно-правового договору, варто враховувати, що вирішення питання щодо цього залежить від суті конкретного договірної зобов'язання. При цьому вказівка на істотні умови може міститися як в Цивільному кодексі України, та і у спеціальному законодавстві.

Структура договору як документа містить договірні умови та відповідні реквізити [68, с. 312]. При цьому реквізитами договору є наступні складові: назва виду документа, заголовок, місце укладання, дата, повні назви сторін, їх представників, повноваження, на підставі яких вони діють, текст, відомості сторін, підписи, печатки сторін, які укладають договір [69, с. 155]. Крім того, найменування сторін, дату та місце укладення договору не слід відносити до істотних умов договору медичного страхування, так як серед них, згідно Закону України «Про страхування», є умови, які визначають необхідні реквізити, які не є істотними умовами договору медичного страхування, як от назва документу, назва та адреса страховика, прізвище, ім'я, по-батькові або назва страхувальника та застрахованої особи, їх адреси, підписи сторін тощо. Також це можна вказати й стосовно прав та обов'язків сторін [70, с. 87]. Отже, істотними умовами є такі, коли сторонам договору слід розуміти, чи може договір виконаний належним чином без включення та узгодження сторонами тієї або іншої умови. Крім вказаного, сторони можуть визнати недостатніми умови, що названі істотними у законі або у договорі, та забажати включення додаткових умов. У такому разі такі умови набувають значення істотних. Так, істотні умови можуть бути трьох видів: загальні для всіх договорів, спеціальні, які передбачено законом для певного виду договору, та індивідуальні, такі які пропонуються однією зі сторін договору під час його укладення [71, с. 301]. Отже, основними умовами договору медичного страхування є предмет договору медичного

страхування, страховий випадок, сума, яку страховик зобов'язаний сплатити у разі настання страхового випадку (страхова сума), розмір страхового платежу, та умови оплати, умови договору та плани медичного страхування.

Загальною основною умовою є предмет, тобто правовідносини, що досягаються між двома сторонами. Враховуючи, що договір медичного страхування є різновидом договору надання послуг, предметом договору медичного страхування є надання страховиком страхових послуг застрахованим. Також для реалізації страхового зобов'язання в договорі медичного страхування необхідно вказати конкретну подію, якою є страховий випадок, що є також істотною умовою договору медичного страхування. Згідно з нормами Закону України «Про страхування» (ч.2 ст. 8) страховий випадок визначено як подію, при якій страховик зобов'язаний виплатити страхову суму страхувальнику, застрахованій особі або іншим третім особам, які сталися у порядку, передбаченому договором страхування або законом. Страховий випадок за договором медичного страхування - це звернення застрахованої особи до лікувального, аптечного чи профілактичного закладу з метою попередження або внаслідок гострого захворювання, погіршення хронічного захворювання, травми, отруєння чи інших нещасних випадків протягом періоду дії договору медичного страхування з метою отримання медичних, профілактичних або консультаційних послуг у межах вибраного плану. Окреслено випадки стосовно того, які події не відносяться до страхового випадку. Серед них: вчинення страхувальником (застрахованою особою) навмисних або неправомірних дій, які призвели до настання страхового випадку; учинення спадкоємцем застрахованої особи навмисного злочину, який призвів до настання страхового випадку; замах на самогубство, за виключенням дій, коли застрахована особа була доведена до такого стану протиправними діями третіх осіб; навмисне спричинення застрахованою особою собі тілесних ушкоджень [72, с. 4]. Цей перелік не є вичерпним. Страховий випадок пов'язаний зі страховим ризиком, наявність якого є необхідною умовою

виникнення страхового правовідношення. Розмір страхового платежу та строки його сплати є наступною умовою договору медичного страхування. Страховий платіж за Законом України «Про страхування» являє собою плату за страхування, яку страхувальник зобов'язаний внести страховику за договором страхування. Так, за загальним правилом, зі сплатою першого страхового платежу відбувається набрання договором страхування чинності (ст. 18). У такому разі значення має факт, коли після укладення договору медичного страхування не внесено перший платіж. При цьому мова йде про ненабрання чинності договором, страховик при цьому не зобов'язана здійснювати страхову виплату, не дивлячись на те, що мав місце страховий випадок. Сплата страхового платежу може здійснюватися одноразово або кількома внесками. У разі послідовної сплати, в договорі медичного страхування визначаються строки внесення страхових платежів. Несплата у встановлені строки внеску, тягне дострокове припинення договору, що передбачено нормами Цивільного кодексу України (ст. 997) та Закону України «Про страхування» (ст. 28). При цьому розмір страхового платежу залежить від певного ризику, який оцінює страховик.

Розмір страхових виплат залежить від конкретного ризику, який може оцінити тільки страхова компанія. Тому розмір страхового відшкодування значною мірою залежить від ризику, прийнятого на страхування. Отже, розмір страхової виплати як необхідна умова договору медичного страхування значною мірою залежить від ризиків, прийнятих на страхування.

Розмір страхової суми, як істотної умови договору медичного страхування, являє собою грошову суму, в межах якої страховик, згідно умов страхування, зобов'язаний здійснити виплату у разі настання страхового випадку. Як один з елементів страхового зобов'язання, страхова сума необхідна для формування страхового фонду, являє собою граничний розмір зобов'язань страховика з виплати страхового відшкодування [73, с. 16]. Вказана сума може встановлюватись як в цілому для договору медичного страхування, так і окремо за випадками. Розмір страхової суми визначається

під час укладання договору медичного страхування, внесення змін до договору за домовленістю між страховиком та страхувальником. Також вказане може здійснюватися у випадках, передбачених законодавством. При цьому залежно від розміру страхової суми визначається розмір страхового платежу та страхової виплати. Важливе значення має валюта страхування, яка передбачена договором медичного страхування, або законодавством.

Наступною істотною умовою договору медичного страхування є строк, тобто період у часі, протягом якого учасники страхових відносин здійснюють належні їм права та виконують певні обов'язки. Н.В. Міловська зауважує, строк договору страхування перебуває у залежності від страхового ризику, тобто чим більше строк чинності договору, тим вище ймовірність настання страхового випадку та тим більший розмір страхового платежу [74, с. 18]. Нормами Цивільного кодексу України (ст. 983) та Закону України «Про страхування» (ст. 18) визначено момент набрання чинності договором страхування. Тобто договір набирає чинності з моменту сплати страхувальником першої страхової премії, якщо інше не передбачено договором медичного страхування. Отже, з дня набрання чинності договором медичного страхування страховик зобов'язується здійснити страхові виплати відповідно до умов страхування у разі настання страхового випадку. Якщо страхові гроші не сплачені у встановлений строк, договір вважається неукладеним. Отже, договір медичного страхування набирає чинності з 00:00 наступного дня, коли страхові кошти в повному обсязі надходять на поточний рахунок страховика. Строк дії договору медичного страхування може бути подовжено, кількість подовжень при цьому не обмежена. У випадках, передбачених законом або договором, можливе дострокове припинення чинності договору медичного страхування.

Останньою істотною умовою договору медичного страхування є програма медичного страхування, які розробляються страховиком. Так, медична програма є додатком до договору медичного страхування, у якій вказується конкретний варіант допомоги. Програма медичного страхування

являє собою погоджені зі страховиком та страхувальником у договорі медичного страхування види, обсяги, порядок організації надання та фінансування медичних послуг, також перелік медичних установ, до яких має право звернутися страхувальнику разі настання страхового випадку. медичних установ, в які страхувальник має право звернутися у разі настання страхового випадку. Такі програми можуть бути різними, що відрізняється переліком медичних послуг та особливостями застрахованих осіб [75, с. 140]. Крім вказаного, програми можуть відрізнятися вартістю, на яку також здійснюють вплив вказані умови. Також можливим є зміна програми страхування у період дії договору медичного страхування, але за згодою страховика та за умови внесення додаткових страхових платежів страхувальником. Страховиками можуть бути запропоновані програми, які різняться обставинами, за яких страхувальник отримуватиме медичну допомогу, серед яких: амбулаторно, у стаціонарі, виклик медичної допомоги або лікаря додому, компенсація витрат на придбання ліків, консультації спеціалістів тощо. З аналізу практики, відзначимо наявність двох видів програм медичного страхування, серед яких – універсальні та спеціалізовані. Універсальною програмою медичного страхування передбачені випадки, які не передбачають додаткового консультування осіб, які потребують медичної допомоги. Спеціалізована програма медичного страхування включає консультування вузькими спеціалістами осіб, які потребують допомоги, характерні для осіб які вже захворіли [76, с. 99]. Так, поширеними на практиці є наступні програми медичного страхування: відвідування лікарів та амбулаторне лікування; придбання медикаментів; лікування у стаціонарі; стоматологічна допомога; профілактичні заходи тощо. Можна виокремити наступні медичні послуги залежно від страхового покриття: повне страхування медичних витрат, часткове страхування медичних витрат; страхування витрат лише по одному страховому ризику. Таким чином, відзначимо відсутність законодавчого закріплення істотних умов для договору медичного страхування. Отже, сторони, під час укладання договору

медичного страхування керуються безпосередньо переліком умов, які передбачені для договору страхування загалом. При цьому сторони договору медичного страхування можуть доповнити існуючі істотні умови, які набувають значення істотних.

2.2 Сторони договору медичного страхування

Оскільки медичне страхування трактується як система економічних відносин, характерним для нього є наявність декількох суб'єктів страхової діяльності, серед яких: страховики, страхувальники, застраховані особи та медичні заклади.

Для визначення сторін договору медичного страхування, необхідним вважається звернутися до загальних договірних засад, які врегульовано цивільним законодавством. Основною ознакою для визначення сторони договору медичного страхування вважається саме реалізація волі у правовідносинах [28, с. 77]. Отже, коли вже укладено договір, учасник цивільних правовідносин з цього моменту вже стає стороною певного правовідношення, та іменується згідно норм діючого законодавства, яким регулюються конкретні правовідносини. Так, в теорії зобов'язального права сторони договору про надання послуг визначено як виконавець та замовник. Враховуючи норми цивільного законодавства, варто вказати, що не має у регулюванні вказаних питань обмежень щодо суб'єктного складу договорів про надання послуг. У такому разі відповідно суб'єктами (учасниками цивільних правовідносин) можуть бути як фізичні так і юридичні особи.

Якщо говорити про спеціальний суб'єктний склад відносин, то вказане може конкретно визначатися чинним законодавством, або ж впливати із характеру вказаних послуг. Мова йде, насамперед, про юридичних або фізичних осіб, які займаються підприємницькою діяльністю, також можливо й про осіб, які мають професійні знання в сфері договорів про надання послуг [77, с. 6]. Таким чином, питання визначення

особливостей суб'єктного складу договору медичного страхування є одним із найважливіших. Отже, сторонами договору медичного страхування, виходячи з норм Цивільного кодексу України (ст. 979; 984) та Закону України «Про страхування» (ст. 16), визначено страховика та страхувальника. Вказані сторони є основними учасниками. Однак, крім сторін, суб'єктами правовідносин медичного страхування також можуть бути медичні установи та застраховані особи.

Сторони безпосередньо беруть участь у виникненні, зміні та припиненні правовідносин з медичного страхування. Що стосується участі інших учасників, відмітимо залежність від волевиявлення страховика та/або страхувальника, та насамперед, від норм чинного законодавства України.

Договірні відносини між сторонами медичного страхування, а саме страховиком та страхувальником, мають дворівневу структуру. Першим рівнем регламентовано загальні умови страхування, які містяться у правилах страхування. Другий рівень виражається у визначенні конкретних умов під час укладення договору страхування на підставі діючих законодавчих нормах.

Крім того сторони під час укладення договору, мають право визначати його умови, зміст, однак не допускати істотних змін положень правил страхування [43, с. 211]. При цьому підставою для участі сторін у правовідносинах є наявність правосуб'єктності, яка є соціально-правовою можливістю бути учасниками цивільно-правових відносин. Вказане гарантується державою [78, с. 127]. Страховик є обов'язковим учасником договірних відносин медичного страхування. Вказаний суб'єкт є юридичною особою, яка спеціально створена для здійснення страхової діяльності, одержала ліцензію на здійснення страхової діяльності, на підставі норм законодавства. Вказане закріплюється нормами Цивільного кодексу України (ч.1 ст. 984). Крім того страховик зобов'язується здійснити страхові виплати при настанні страхового випадку.

Також, як впливає зі змісту ст. 979 Цивільного кодексу України, страховик – це сторона договору страхування, що бере на себе зобов'язання здійснити страхову виплату при настанні страхового випадку (ст. 979). Страхові послуги повинні надаватися тією особою, яка наділена таким правом згідно норм закону, а не договору, однак з урахуванням його вимог. Вказане закріплюється положеннями Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг» [79], а також Закону України «Про страхування». У такому разі медичне страхування може здійснюватися тільки фінансовими установами, які мають ліцензію на здійснення страхової діяльності, як це передбачено нормами Закону України «Про страхування» (ст. 2). У такому разі особа набуває статусу фінансової установи з моменту внесення про це запису до відповідного державного реєстру. Ліцензії на здійснення страхової діяльності не можна передавати третім особам. Здійснення страхових послуг відбувається безпосередньо після отримання ліцензії. Згідно норм чинного законодавства, фінансові установи (страховики) можуть бути у формі відповідних товариств: акціонерних, повних, командитних, товариств з додатковою відповідальністю

У тому випадку, коли підприємства, установи та організації займалися іншими видами діяльності, окрім страхової, виключається можливість у них бути страховиками шляхом внесення змін до статутних документів. Поряд з терміном «страховик» на практиці часто трапляється й термін «страхова компанія». На практиці, з урахуванням норм страхового законодавства термін «страховик» може бути замінений терміном «страхова компанія», «страхова організація» та інші, у разі якщо ці юридичні особи мають відповідний дозвільний документ (ліцензію) на здійснення страхової діяльності.

Говорячи про страхову діяльність, відмітимо певні аспекти правоздатності залежно від суб'єкта здійснення такого виду діяльності. Так нормами Цивільного кодексу закріплено загальне поняття цивільної правоздатності, яке характерно як для фізичних так і юридичних осіб,

суб'єктів цивільних правовідносин, за виключенням тих прав та обов'язків, які за своєю природою можуть належати тільки людині (фізичній особі), тобто яка, з позиції В.І. Борисової здатна мати загальну (універсальну) правоздатність [80, с. 28]. Окрім вказаного, для юридичних осіб притаманна спеціальна правоздатність, але за відсутності можливості займатися іншими видами діяльності, окрім страхової [81, с. 129-130]. Так, при визначенні спеціальної правосуб'єктності, на думку В.В. Надьон, встановлюється спеціальні види суб'єктивних прав та обов'язків для певних осіб згідно з установчими документами та нормами законодавства з означених питань [82, с. 117]. Сфера договірних страхових відносин потребує спеціальних знань, а отже повинна здійснюватися спеціалізованою страховою організацією з наявними професійними знаннями. При цьому страховиком отримується відповідна ліцензія, як вже окреслювалося. А.В. Зеліско вказує на виникнення правоздатності юридичної особи з моменту державної реєстрації та набуття дієздатності через механізм легалізації. Також вважається, що ліцензування впливає на обсяг саме дієздатності юридичної особи [78, с. 144].

Враховуючи вказане, відзначимо, що на стороні страховика у договірних відносинах медичного страхування, може бути така юридична особа, яка має можливість здійснювати страхову діяльність після отримання спеціального дозволу – ліцензії, що свідчить про наявність у юридичних осіб – страховиків спеціальної правосуб'єктності. У цьому випадку спеціальна правосуб'єктність визначає у страховика не тільки статус юридичної особи, а й статус саме фінансової установи, що закріплено нормами Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринку фінансових послуг» (ст. 2). Порядок отримання ліцензії на здійснення страхової діяльності регламентовано нормами Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності» та Постанови КМУ «Про затвердження ліцензійних умов провадження господарської діяльності з надання фінансових послуг (крім професійної діяльності на ринку цінних паперів)»

Спеціальна правосуб'єктність визначає наявність у страховика не лише статусу юридичної особи, а й статусу фінансової установи відповідно до ст. 2 Закону України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринку фінансових послуг». Порядок ліцензування страховика здійснюється відповідно до Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності» [83] та Постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з надання фінансових послуг (крім професійної діяльності на ринку цінних паперів)» [84]. Поділ страховиків на певні види регулюється Законом України «Про страхування» (ч. 2 ст. 38), у рамках вказаного мова також йде й про медичне страхування. Так, страховики, які отримали дозвіл на здійснення страхової діяльності зі страхування життя, вже не мають права здійснювати інші види страхування. Отже, страховики, які отримали ліцензію на провадження страхової діяльності із страхування життя, не мають права здійснювати інші види страхування. Зазначені позиції діяльності з питань медичного страхування відповідають міжнародному рівню та досвіду, говорять про спеціалізацію з виділенням страховиків «Life assurance» і «Non-life» або «General insurance» [43, с. 218]. Страховик має право здійснювати види страхування, які окреслено в ліцензії. Поняття ліцензії охарактеризовано у Законі України «Про ліцензування видів господарської діяльності» (п. 5 ст. 1), являє собою запис у Єдиному державному реєстрі юридичних осіб, фізичних осіб –підприємців та громадських формувань про рішення органу ліцензування щодо наявності суб'єкта господарювання права на провадження визначеного ним виду господарської діяльності, що підлягає ліцензуванню. Видача ліцензій страховикам на здійснення медичного страхування у тому числі здійснюється Національною комісією, функціями якої є державне регулювання в сфері ринків фінансових послуг. Вказане закріплюється ст. 36 Закону України «Про страхування». Страхова діяльність у нашій державі здійснюється страховиками-резидентами України, які повинні мати у складі не менше

трьох учасників. При цьому страховики здійснюють тільки страхування, перестрахування та фінансову діяльність, яка безпосередньо пов'язана з формуванням, розміщенням страхових резервів та їх управлінням, що є предметом їх діяльності.

Крім того, законодавством про страхування визначено умови платоспроможності страхових компаній, тобто встановлюються мінімальний розмір статутного фонду, гарантійного вкладу страхової компанії, діяльність якої пов'язана з іншими видами страхування, крім страхування життя, встановленого у сумі на 1 млн євро, а страхові компанії, що займаються страхуванням життя, розраховано у розмірі 10 млн євро за валютним курсом України. Законодавство про страхування також передбачає розірвання договорів медичного страхування у разі ліквідації страхової компанії. Однак у разі реорганізації страховика договір медичного страхування в цьому випадку не припиняється (ст. 28). Говорячи про правонаступництво за страховими договорами у випадку реорганізації, відмітимо відсутність обов'язковості після переходу до страховиків- правонаступників майна, прав та обов'язків страховиків, що реорганізуються, додаткового оформлення відносин зі страхувальниками за укладеними договорами. Вказане закріплено нормами Положення «Про особливості забезпечення правонаступництва за укладеними договорами страхування у разі реорганізації страховиків» [85].

Однак за бажанням страхувальника договір страхування може бути переукладений у порядку, встановленому чинним законодавством. Аналізуючи норми Закону України «Про страхування», вважаємо за доцільне наголосити на загальних вимогах страхових компаній, які здійснюють медичне страхування. Таким чином, до них належать: а) створювати страхову компанію лише в певній організаційно-правовій формі: товариство або товариство з додатковими зобов'язаннями; б) мінімальна кількість учасників страховика може бути не менше трьох осіб; в) наявність ліцензії на медичне страхування г) встановлені вимоги до розміру та порядку формування статутного капіталу (умови забезпечення платоспроможності); г)

виключність діяльності страхової компанії, тобто можливе лише: страхування та перестраховування, пов'язані з формуванням, розміщенням та управлінням страхових резервів та фінансової діяльності. Виключність діяльності страхової компанії (страхування, перестраховування та фінансова діяльність, пов'язана з утворенням, розміщенням страхових резервів та їх управлінням; д) включення до переліку фінансових установ згідно з Законом України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг».

Отже, враховуючи попередній аналіз страховика, як сторони договору медичного страхування, визначимо поняття останнього. Страховик – це юридична особа, яка надає страхові послуги на підставі ліцензії, отриманої в установленому законом порядку, зобов'язується за визначену винагороду здійснити страхувальнику або застрахованій особі страхову виплату у разі настання певної події (страхового випадку). При цьому правоздатність та дієздатність у страховика, як юридичної особи, виникає з часу державної реєстрації страховика та видачі ліцензії на право здійснення медичного страхування. Так, страховик має загальну правоздатність юридичної особи з відповідним обсягом дієздатності. Страховик наділений загальною правоздатністю юридичної особи з відповідним обсягом дієздатності, як фінансової установи, так як саме отримання ліцензії надає можливість здійснювати страхову діяльність, а отже, своїми діями набувати права та нести обов'язки в процесі здійснення медичного страхування.

Наступною стороною договору медичного страхування, як говорилося раніше, є страхувальник. Страхувальником, згідно норм Цивільного кодексу України (ст. 984) та Закон України «Про страхування» (ст. 3) визначено юридичних осіб та дієздатних фізичних осіб, які уклали зі страховиками договори страхування, або є страхувальниками відповідно до законодавчих норм. Проте, серед вчених наявні дискусії щодо вузькості такого визначення, так як страхувальниками повинні визнаватися юридичні та фізичні особи, у яких наявним є страховий інтерес та характеризуються

правосуб'єктністю [43, с. 226]. Отже, здається можливим виокремлення ознак страхового інтересу, серед яких: а) зацікавленість у збереженні здоров'я, як об'єкта страхової охорони; б) зацікавленість у попередженні настання страхового випадку та витрат, пов'язаних з відшкодуванням шкоди, заподіяної здоров'ю застрахованої особи за договором медичного страхування; в) здійснення активних дій щодо отримання у майбутньому компенсації на покриття витрат, шляхом укладення договору медичного страхування. Отже, страхувальнику надається право вибору страховика для укладення договору медичного страхування, що є реалізацією страхового інтересу страхувальника. На практиці бувають випадки, які потребують заміни страхувальника. До таких відносять: смерть особи, обмеження дієздатності, визнання недієздатною особою. Якщо страхувальником є юридична особа – припинення юридичної особи. Цивільним кодексом України регулюються особливості заміни страхувальника за наявності вищевказаних підстав залежно від виду страхувальника. Так нормами Цивільного кодексу України (ст. 994 ЦК) та Закону України «Про страхування» (ст. 22) У разі смерті застрахованої особи, фізична особа, яка уклала договір медичного страхування на користь третьої особи, її права та обов'язки можуть бути передані третій особі або застрахованій особі, яка за законом зобов'язана здійснювати охорону прав та законних інтересів застрахованих.

У такому випадку страховик, або спадкоємець має право підняти питання про переукладення договору медичного страхування. В іншому разі права та обов'язки страхувальника можуть перейти до третіх осіб тільки за згодою страховика, якщо інше не закріплено у договорі медичного страхування.

У випадку настання смерті страхувальника при укладенні договору медичного страхування на користь інших осіб, договір не припиняється, так як предметом страхування є майнові інтереси самої застрахованої особи. Отже, вказана особа може вступити у договір як страхувальник, набуваючи

при цьому права та обов'язки попередника. Крім того наявні випадки, коли у силу різних обставин, особа не може вступити у договір. Такими обставинами можуть бути: вік, стан здоров'я, перебування під опікою тощо. У такому разі статусом страхувальника наділяються батьки, опікуни, усиновителі, піклувальники та інші особи, до обов'язків яких входить вживання заходів для охорони прав та інтересів такої особи.

При цьому, якщо повнолітня дієздатна особа, на користь якої укладено договір медичного страхування, відмовляється від набуття прав та обов'язків страхувальника за договором, останній припиняється за наявності наслідків, передбачених діючим законодавством. Деякі інші аспекти щодо договірних відносин у разі припинення юридичної особи як страхувальника. У разі встановлення правонаступників після припинення юридичної особи, права та обов'язки переходять до правонаступників. Вказане закріплено нормами Цивільного кодексу України (ст. 995) та Закону України «Про страхування» (ст. 23). Якщо юридична особа – страхувальник припиняється і встановлюються правонаступники, права та обов'язки страхувальника переходять до правонаступників. Таке правило притаманне випадкам коли припиняється юридична особа шляхом реорганізації. Права та обов'язки за договором медичного страхування страхувальника (юридичної особи) переходять до того правонаступника, до якого за документами реорганізації переходить страховий інтерес стосовно якої являвся предметом договору медичного страхування. У разі ліквідації страхувальника у формі юридичної особи також припиняється договір медичного страхування. Дивлячись на ризиковий характер відносин медичного страхування, відзначимо вплив юридичних фактів, якими є визнання фізичної особи недієздатною або обмеження вказаної у дієздатності. Вказані аспекти регулюються нормами Цивільного кодексу України (ст. 996). Згідно з вказаною нормою права та обов'язки страхувальника (фізичної особи) за договором медичного страхування, яку визнано недієздатною на підставі рішення суду, здійснюються опікуном з часу визнання особи страхувальника недієздатною.

Аналіз норм Закону України «Про страхування» (ч.1 ст. 24) дає змогу бачити дещо інший підхід щодо вказаного, тобто вказується що права та обов'язки за договором страхування переходять до опікуна. У цьому випадку можна погодитися з думкою Н.М. Петечел щодо недостатньої обґрунтованості норми, так як визнання фізичної особи недієздатною не тягне за собою перехід її прав та обов'язків до інших осіб [86]. Отже права та обов'язки зберігаються за страхувальником, однак враховуючи такий цивільно-правовий статус фізичної особи, вони здійснюються опікуном [87, с. 758].

Якщо говорити про обмежений вік з якого можлива повна цивільна дієздатність, то вказані випадки регулюється Цивільним кодексом України (ст. 35). Таким чином, особам, які досягли 16 років і працюють за трудовим договором або бажають займатися підприємницькою діяльністю, може бути надано повну цивільну дієздатність, з часу її державної реєстрації як суб'єкта підприємницької діяльності. Враховуючи вказане, виходить, що страхувальником може бути також неповнолітня особа, яка має весь обсяг цивільної дієздатності, отриманої в установленому законодавством порядку. Наявність повної цивільної дієздатності також є характерним у разі запису неповнолітньої особи матір'ю або батьком дитини (ч.1 ст. 35 ЦК).

Аналіз вищевказаних норм щодо цивільної дієздатності суб'єктів відносин страхування дозволяє відзначити залежність можливості участі фізичної особи у договірних відносинах медичного страхування, які передбачають надання їй страхових послуг страховиком від обсягу цивільної дієздатності фізичної особи. Отже тільки фізична особа, для якої характерним є повний обсяг цивільної дієздатності, може укласти зі страховиком договір страхування, тим самим вважатися страхувальником, тобто стороною договору медичного страхування [88, с. 90].

У тому разі, якщо фізична особа-страхувальник, під час дії договору медичного страхування визнається недієздатною або обмежено дієздатною на підставі рішення суду, її права та обов'язки страхувальника здійснюються відповідно за згодою піклувальника або опікуном. При цьому застрахованою

особою, яка визначена страхувальником у договорі медичного страхування може бути будь-яка фізична особа.

Таким чином, підсумовуючи попередньо описане, відзначимо поняття страхувальника, яким є юридична або фізична дієздатна особа, яка уклала договір медичного страхування зі страховиком з метою страхового захисту страхових інтересів, які пов'язані зі здоров'ям на свою користь або на користь третіх осіб.

Правом застрахованого є укладення договору для третьої особи, а його майнові інтереси стають предметом договору медичного страхування. ЦК України (ст. 985) передбачає, що страхувальник має право укласти договір зі страховиком, вигодонабувачем якого є третя особа, а у разі страхового випадку страховик зобов'язаний сплатити страхові гроші. третя сторона.

У такому разі учасником страхових правовідносин є застрахована особа.

При цьому, якщо страхувальник не укладає договір із третьою особою як вигодонабувачем, то застрахованою особою є він сам. Крім того, страхувальники можуть підписувати договори медичного страхування зі страховими компаніями на користь третіх осіб (застрахованих), тільки за їх згодою. Застрахована особа повинна мати підстави для занепокоєння з приводу настання страхового випадку, результат якого може вплинути на його особисту сферу. Застраховані особи можуть отримати права та обов'язки страхувальника за договором медичного страхування.

У такому разі до договору медичного страхування додається список застрахованих осіб та документи, підтверджуючі згоду вказаних осіб на укладення договору медичного страхування.

Доцільним також вважаємо розглянути суб'єктів медичного страхування, серед яких медичні установи. Медичні установи, як суб'єкти медичного страхування являють собою суб'єктів надання медичних послуг, які зареєстровані у встановленому законом порядку як суб'єкти

господарської діяльності (юридичні та фізичні особи), які мають ліцензію на провадження діяльності з надання медичних послуг, тобто ліцензовані заклади охорони здоров'я всіх форм власності, а також медичні та фармацевтичні працівники, які здійснюють приватну практику, а також інші юридичні особи та підприємці, які мають дозвіл на здійснення такого виду діяльності [89, с. 239].

Медичні установи зобов'язані надавати медичні послуги застрахованим у розмірі, виді, формі та на умовах, передбачених відповідними стандартами лікування, які також включаються до плану медичного страхування та звітують страховику про обсяги наданих медичних послуг застрахованим. Отже, страховик та медичний заклад підписують договір про співпрацю щодо надання медичних послуг застрахованим відповідно до умов договору медичного страхування. Угода передбачає контроль якості медичних послуг, гарантованих планом медичного страхування. У цьому випадку страховик виступає посередником між страхувальником і медичним закладом. Отже, до обов'язків його відносять поряд з оплатою, також організацію застрахованому одержання медичної послуги. При цьому страхова компанія здійснює страхову виплату шляхом перерахунку вартості лікування на рахунок медичної установи на підставі виставлених рахунків. Крім того у вказаних ситуаціях страховик також здійснює захист страхувальника у спірних питаннях, контролюючи при цьому якість медичних послуг.

Отже, відзначимо, що обов'язковими учасниками договору медичного страхування є його сторони, серед яких страховик та страхувальник, які повинні бути наділені достатнім обсягом цивільної дієздатності для здійснення прав та обов'язків за договором медичного страхування. При цьому договір медичного страхування повинен враховувати інтереси обох сторін, як страховика так і страхувальника. Притаманним для належного виконання договору медичного страхування є взаємообумовлене задоволення

інтересів обох сторін, що породжує загальний інтерес до укладення договору та його належного виконання.

2.3 Відповідальність сторін за договором медичного страхування

Окреслення питань відповідальності сторін за договором медичного страхування передбачає, насамперед, наслідки порушення будь-якого зобов'язання. Наслідками зобов'язань є подальші заходи, які може застосувати кредитор у разі порушення такого зобов'язання. У доктрині цивільного права вказані заходи іменують правовими наслідками порушення зобов'язання. Так, нормами Цивільного кодексу України (ст. 611) закріплено правові наслідки порушення зобов'язань, які встановлено законом або договором, зокрема: припинення зобов'язання у разі односторонньої відмови від зобов'язання, якщо вказане встановлено законом або договором, або розірвання договору; зміна умов зобов'язання; сплата неустойки; відшкодування збитків та моральної шкоди. Також у Цивільному кодексі України (ст. 16) йдеться про загальні способи захисту цивільних прав та інтересів, мова йде про застосування правових наслідків. Друга частина заходів у контексті порушення зобов'язання застосовуються як заходи відповідальності.

Поняття цивільно-правової відповідальності є родовим поняттям щодо визначення питання відповідальності за договором медичного страхування. Так, О.С. Іоффе зауважував, що цивільно-правова відповідальність є санкцією за правопорушення, яка тягне за собою негативні наслідки для порушників у вигляді позбавлення суб'єктивних цивільних прав або покладання нових чи додаткових цивільно-правових обов'язків [39, с. 97].

Так, підставою цивільно-правової відповідальності є порушення суб'єктивних цивільних прав: майнових та особистих немайнових. При цьому умовами цивільно-правової відповідальності є протиправність

порушення суб'єктивних прав, збитки (школа), причинний зв'язок між порушенням прав та збитками, вини правопорушника [20, с. 705]. Звернемо увагу на визначення поняття цивільно-правової відповідальності, аналізуючи наукові погляди вчених. З позиції І.С. Канзафарової цивільно – правова відповідальність розглядається як система цивільно-правових засобів, зумовлена особливостями предмету та методу цивільно-правового регулювання, за допомогою яких забезпечується та гарантується захист цивільних прав та інтересів, здійснюється карально-виховний вплив на правопорушників [90, с. 101-102].

Цивільна відповідальність, з точки зору Р.А. Майданика, розуміється як застосовна до порушників заходів державного примусу у вигляді додаткових цивільно-правових зобов'язань майнового характеру (санкцій) у разі незаконних дій чи бездіяльності, передбачених законом або договором [91, с. 86]. Так, цивільно-правова відповідальність передбачає покладення на правопорушника, заснованих на законі невиконаних правових наслідків, проявом яких є позбавлення його певних прав або заміна невиконаного обов'язку новим, або приєднання до невиконаного обов'язку нового, додаткового [92, с. 137].

Отже, вказаними заходами відповідальності за нормами Цивільного кодексу України (ст. 611) є відшкодування збитків, моральної шкоди та сплата неустойки.

Звертаємо увагу, що підставою цивільно-правової відповідальності є порушення суб'єктивних цивільних прав, оскільки цивільно-правова відповідальність – це відповідальність одного учасника при передачі майна іншому учаснику, відповідальність порушника перед потерпілим. Загальна мета її відновлення порушених прав за принципом розміру заподіяної шкоди або збитку. Так шкідливі наслідки негативного впливу порушення прав громадян на суспільні інтереси (як і самі інтереси), об'єктивна та суб'єктивна сторони цивільного правопорушення не мають правового значення при застосуванні цивільно-правової відповідальності [20, с. 569]. Зміст ст. 610

ЦК України визначає порушення зобов'язання, як невиконання або виконання з порушенням умов, які визначено змістом зобов'язання (неналежне виконання). Розмежування понять «невиконання» та «неналежне виконання», з позиції В.В. Луця, повинно різнитися у кожному випадку залежно від характеру порушення зобов'язання. Так, при невиконанні договірною зобов'язання відсутні будь-які ознаки його виконання або взагалі його немає, а при неналежному виконанні – зобов'язання виконано, але з порушенням вимог щодо нього, як от умов щодо місця, предмета, часу тощо [22, с. 85]. Так, неналежне виконання, як вказує Т.В. Боднар, спостерігається у випадку, коли боржник вчинив дії, які спрямовані на виконання зобов'язання, однак такі дії не відповідають тим вимогам, які встановлені умовами договору або вимогами нормативно-правових актів, відносно кожного елементу виконання зобов'язання, тобто вказані дії вчинені з порушенням умов щодо предмета і способу виконання, суб'єктного складу, місця, строку виконання [93, с. 242].

Отже, підставою відповідальності сторін договору медичного страхування є їх невиконання або неналежне виконання, таке, що не відповідає умовам договору, вимогам Цивільного кодексу України, інших актів законодавства, але в разі відсутності таких вимог та умов звичаям ділового обороту або іншим вимогам. Однак однієї підстави для притягнення до цивільно-правової відповідальності не є достатнім, адже наявними повинні бути умови цивільно-правової відповідальності. Вона настає за наявності передбачених у законі або договорі умов та полягає у покладанні на зобов'язану особу суб'єктивного цивільного обов'язку по відшкодуванню шкоди, завданої кредитору (потерпілому) [94, с. 8]. Так до умов цивільно-правової відповідальності, що також визначають, як склад цивільного правопорушення, відносять протиправну поведінку особи, шкідливий результат такої поведінки (збитки); причинний зв'язок між протиправною поведінкою та шкідливими наслідками; вина.

Об'єктивними умовами відповідальності, або ознаками, доведення яких покладається на потерпілу особу, як от кредитора є перші три елементи. Вина є суб'єктивною умовою цивільно-правової відповідальності особи, яка порушила зобов'язання (боржника) [95, с. 145]. Обов'язковою умовою для настання цивільно-правової відповідальності є протиправність поведінки особи боржника, яка виражається у порушенні умов договору та норм законодавства. Вона виражається в порушенні умов договору та норм законодавства. ВА. Васильєва стверджує, про вплив зі змісту норм, що містять положення про те, що невиконання або неналежне виконання договору є протиправною дією (ст. 610 ЦК України), а також окремих норм, які регулюють відносини із окремих договорів [29, с. 272].

Нормами Цивільного кодексу України (ст. 651) закріплено категорію істотного порушення договору, як однієї з підстав його зміни або розірвання. При цьому істотним визнається порушення договору однією стороною, коли внаслідок завдання шкоди, інша сторона позбавляється того, на що вона розраховувала під час укладення договору. Також істотне порушення є підставою для звернення до суду з вимогою про розірвання договору. Отже, вказане питання виноситься на розсуд суду.

Крім того, визначення істотного порушення, яке вказано у Цивільному кодексі України (ч.2 ст. 651) вказує, що підставою поряд з фактом порушення умов договору іншою стороною, є також наявність шкоди. Так, порушення договірних зобов'язань, за загальним правилом, має наслідком заподіяння шкоди. Але, слід мати на увазі, що шкода вже заподіяна, або можуть складатися обставини для заподіяння шкоди іншій стороні [43, с. 425]. Крім того, відмітимо, шкода не є обов'язковою підставою виникнення цивільно-правової відповідальності, тому що для неустойки не вимагається її наявність. Особливе місце серед форм цивільно-правової відповідальності займає відшкодування збитків, під якими розуміється несприятливі майнові наслідки у вигляді реальних збитків та упущеної вигоди (ст. 22 ЦК України).

Фактичний збиток відноситься до збитків, завданих внаслідок знищення або пошкодження речі, а також витрат, понесених або понесених для відновлення його порушених прав. Упущена вигода - це той дохід, який особа може реально отримати, якщо її права не були порушені. На відміну від інших видів цивільно-правової відповідальності, договірна відповідальність дозволяє сторонам договору надавати послуги, щоб впливати на обсяг відповідальності виходячи з реальних умов, які застосовуватимуться у разі порушення зобов'язання та їх розмір, в обумовлених законодавством межах. При цьому установлення причинного зв'язку набуває необхідної умови договірної відповідальності, коли йде мова про відшкодування збитків. При застосування неустойки, встановлення причинного зв'язку має факультативний характер, при цьому набуває правового значення у разі зменшення неустойки з причини неспіврозмірності її зі збитками [96, с. 151].

Вина особи є суб'єктивною умовою цивільно-правової відповідальності, що є характерною у разі невиконання зобов'язання або виконання неналежним чином. Нормами Цивільного кодексу України (ч.1 ст. 614) закріплено обов'язковість вини як суб'єктивної умови для застосування відповідальності, якщо інше не встановлено законом або договором. Вина може виражатися у формі умислу або необережності.

Нормами Цивільного кодексу України (ст. 614) поєднано поведінкову та психологічну концепції вини. При цьому визначено правило про відповідальність за наявності вини в одній із форм (психологічна концепція) та встановлено вимогу щодо поведінки зобов'язаної особи щодо вжиття всіх заходів стосовно належного виконання зобов'язання, у іншому разі поведінка вважається винною (поведінкова концепція). Завдяки такому підходу з'являється можливість встановлення вини як фізичної так і юридичної особи, а також врахування особливостей договірних та деліктних зобов'язань [97, с. 10]. Важливе значення для поведінкової концепції вини набуває категорія належної дбайливості, за допомогою якої визначається вина

суб'єкта договірних відносин. Однак відмітимо непридатність для визначення вини або невинуватості критерію вжиття всіх залежних від боржника заходів, так як формальне застосування заходів не значить, що боржником все належно виконано. При цьому у зарубіжних державах у договірних відносинах превалює поведінкова концепція вини, тобто від боржника потребується прояв турботливості, яка повинна відповідати звичаям обороту або властива доброму господарю, або прояв турботливості «порядного комерсанта» [97, с. 10]. Так, на думку деяких вчених, кредитору, а також суду байдуже психічне ставлення виконавця до своєї діяльності, форми вини, адже при порушенні договору медичного страхування доведенню підлягає виключно наявність непереборної сили (ст. 906 ЦК).

Також необхідно звернути увагу на випадки відповідальності сторін договору у разі непереборної сили. Нормами Цивільного кодексу України (ч.1 ст. 906) закріплено виключення відповідальності у разі доведення неможливості належного виконання договору внаслідок непереборної сили. При цьому вказане застосовується, якщо інше не передбачено законом або умовами договору.

Отже, бачимо саме закріплення диспозитивної норми Цивільного кодексу України, якою закріплено встановлення відповідальності виконавця при здійсненні ним підприємницької діяльності (за відсутності непереборної сили) за наявності вини. Непереборною силою вважається подія за даних умов, яка є невідвратною та надзвичайною, це, зокрема, явища природи (землетруси, обвали, шторми тощо), а також можливі суспільні явища (епідемії, воєнні дії, страйки тощо) [43, с. 447]. Стосовно цього доцільно вказати думку О.С. Іоффе, який характеризував вищевказане явище, як ставлення до події, що є надзвичайною за своїм характером, характеризується шкідливою дією, яку неможливо попередити допустимими для особи господарськими засобами. Вчений при цьому поєднував «випадок» та «непереборну силу» за ознаками Науковець об'єднував «випадок» і

«непереборну силу» за ознакою відсутності вини правопорушника [39, с. 473].

Непереборна сила не залежить від бажання учасників медичного страхування, і можливість його передбачення зазвичай виключається. Лише за наявності причинно-наслідкового зв'язку між непереборною силою і заподіяною шкодою можливе звільнення від відповідальності з причини непереборної сили. Підсумовуючи, заходи цивільно-правової відповідальності можуть застосовуватися для порушення суб'єктивних прав кредиторів та наявності умов цивільно-правової відповідальності. Аналізуючи чинне законодавство в Україні, незаконну діяльність у сфері договірних відносин медичного страхування можна поділити на дві категорії за критерієм сторін договору, а саме: 1) Страхова компанія порушує договір медичного страхування у разі: нежиття своєчасних заходів щодо оформлення всіх необхідних страхових платіжних документів; невиконання або затримка виконання страхових виплат; ухилення від переукладання договорів медичного страхування із застрахованим; розголошення інформації про страхувальника та його майновий стан; нежиття заходів попередження та зменшення збитків, спричинених настанням страхових випадків, або страхувальнику не були відшкодовані витрати, понесені внаслідок вжиття таких заходів; тощо. 2) Страхувальник порушує договір медичного страхування у випадках: - несплати або затримки сплати страхових внесків; - несвоєчасного повідомлення страховика про страховий випадок; - неповідомлення страховика про інші договори медичного страхування щодо об'єкта страхування і т.д. Слід зазначити, що при укладенні договору медичного страхування сторони можуть передбачити відповідальність за протиправні дії, які не передбачені чинним законодавством.

Ознаками порушень у сфері договірних відносин медичного страхування є: а) дії або бездіяльність учасників страхових правовідносин, які виявляються у вигляді невиконання або неналежного виконання ними своїх зобов'язань; б) невиконання або неналежне виконання зобов'язань.

Зобов'язання відповідно до положень договору або актів цивільного законодавства становить зміст страхового зобов'язання в) порушення вимог Цивільного кодексу України, інших спеціальних нормативно-правових актів, звичаїв ділового обороту, умов договору медичного страхування, що є протиправним г) порушення суб'єктивних цивільних прав контрагента та/або інших осіб, що виявляється як невиконання боржником договору або поведінка (вчинення певних дій), якої можна уникнути за договором [43, с. 432]. Поширеним видом порушення зобов'язань за договором медичного страхування є прострочення страховика або страхувальника.

Дотримання строку виконання зобов'язання є підставою для визначення належності виконання у цій частині. Термін є основою оцінки законності предмета зобов'язання та його своєчасності [98, с. 189]. Невиконання однією стороною договору своєчасно певних зобов'язань є підставою для відшкодування збитків другій стороні [43, с. 428]. Так, відповідно до ст. 992 Цивільного кодексу України, у разі невиплати страховиком страхових коштів страхувальнику або іншим особам, страховик зобов'язаний сплатити штраф у розмірі, передбаченому договором або законом. При цьому положенням п. 3 ч.1 ст. 988 Цивільного кодексу України передбачено, що страховик зобов'язаний не лише сплатити страхові гроші, а й сплатити їх у строк, визначений договором. Виходячи з цього, можна відмітити сплату страховиком неустойки у розмірі, встановленому законом або договором за кожен день затримки виплат, у разі несплати страховиком страхувальнику або застрахованій особі страхової виплати в строк встановлений договором медичного страхування.

Невиконання договірних зобов'язань у строки, визначені договором медичного страхування, безумовно, розцінюється як порушення у разі прострочених зобов'язань. Однак, якщо у разі настання страхового випадку страхувальник повідомив про це страховика у строк, визначений договором медичного страхування, а страховик не вжив заходів щодо виплати страхувальнику вчасно з усіма необхідними документами, прострочення

вважається таким з вини страховика. У свою чергу страхувальники можуть зволікати з наданням інформації страховим компаніям про будь-які зміни страхових ризиків. Отже, якщо страхувальник не прийме належного виконання, наданого страховиком, у визначений строк, або не вчинить дій, за якими боржник не може виконати свої зобов'язання, воно вважається простроченим не з вини страхувальника, а з вини і не підлягає виконанню [43, с. 430].

Цивільним кодексом України (ст. 997) передбачено відмову страховика від договору медичного страхування у тому разі, якщо наявне прострочення страхового платежу страхувальником та несплати його протягом 10 днів після пред'явлення письмової вимоги страховика. При цьому інше може бути встановлено договором. Крім того нормами Цивільного кодексу України (ч. 3 ст. 612) передбачена можливість відмови кредитора від прийняття виконання зобов'язання та вимоги відшкодування збитків у випадку втрати інтересу стосовно договірних умов внаслідок прострочення виконання зобов'язань. За договором медичного страхування страхувальник має право звертатися за наданням медичної допомоги до тих медичних закладів, які вказані у договорі медичного страхування. У тому випадку, якщо страхувальник звертається до іншого медичного закладу, не передбаченого договором медичного страхування, страховик наділений правом відмови у здійсненні страхових виплат. У вказаних випадках є напрацьована судова практика, яка є неоднозначною у таких випадках. Так, рішенням Святошинського районного суду м. Києва від 26.01.2016 року було відмовлено у задоволенні позову щодо здійснення страхових виплат за договором добровільного медичного страхування. Підставою відмови стало обрання застрахованою особою медичний заклад, який не було вказано у договорі та це не було погоджено зі страховиком [99]. Отже, у разі належного та своєчасного повідомлення страховика про настання страхового випадку можливе здійснення страхових виплат. Щодо цього існує така судова практика. Рішенням Апеляційного суду Львівської області від 17 травня 2016

року було змінено рішення Золочівського районного суду Львівської області, та було відмовлено у задоволенні позову про стягнення зі страхової компанії витрат, які пов'язані з наданням медичної допомоги за договором страхування, так як позивач вчасно не повідомив страховика про настання страхового випадку. Також діяв на власний розсуд без згоди страховика та за відсутності відомостей про страховий випадок та належні документи [100]. Проте, відомі випадки задоволення позовних вимог страхувальника. Шевченківським районним судом м. Львова від 09.10.2013 року було задоволено позов страхувальника про стягнення страхової виплати за договором медичного страхування, не дивлячись на неповідомлення страховика щодо настання страхового випадку та узгодження питання надання медичної допомоги. Поясненням такої ситуації була відсутність фізичної можливості попереднього узгодження страхувальником зі страховиком питань надання медичної допомоги, обумовлена підвищеним артеріальним тиском та критичним станом [101].

Так, традиційними формами цивільно-правової відповідальності за невиконання зобов'язань медичного страхування є відшкодування збитків та стягнення неустойки. При цьому відшкодування збитків та моральної шкоди також є й способами захисту цивільних прав.

Відзначимо, Цивільним кодексом України (ст. 22) закріплено право на відшкодування збитків, у разі порушення цивільних прав. Збитками при цьому вважаються: 1) втрати, які понесла особа у разі знищення або пошкодження речі, а також які особа зробила, або мусить зробити для відновлення свого порушеного права, тобто реальні збитки; 2) доходи, які б могла отримати особа, коли б її право не було порушено, тобто упущена вигода.

Цивільним кодексом України (ст. 991) також передбачено випадки вимагання розірвання договору медичного страхування та відшкодування збитків при цьому. Такою умовою є невиконання умов договору

страхувальником або застрахованою особою. Таке ж право має страхувальник, якщо страховиком не дотримується таємниця страхування.

Говорячи про збитки, зауважимо, відповідальність страхувальника у вигляді відшкодування збитків настає у разі невиконання останнім вимоги негайного повідомлення про зміни у обставинах, які повідомлені страховику при укладанні договору медичного страхування, у разі, якщо вказані обставини мають вплив на розмір страхової виплати. При цьому збитки відшкодовуються у повному обсязі, якщо інший розмір не передбачено договором або законом.

Відшкодування збитків у повному обсязі відповідає положенню рівнозначності обсягу заподіяної особі шкоди. При цьому повинні відшкодовуватися усі реальні збитки та упущена вигода [102, с. 364]. Розмір збитків за цивільним законодавством (ст. 623 ЦК), які завдані порушенням зобов'язання, доводить кредитор. Так, збитки визначаються за ринковими цінами, які були характерними на день задоволення боржником вимог кредитора у місці, де зобов'язання мало бути виконано, у разі незадоволення вимоги добровільно, - у день пред'явлення позову, якщо інше не встановлено законом або договором. Можливе судом задоволення вимоги про відшкодування збитків, з урахуванням ринкових цін, існуючих на день, коли ухвалюється рішення. Часто, порушення законодавства у досліджуваних випадках тягне сплату боржником неустойки, якій потрібно приділити певну увагу.

Нерідко порушення зобов'язання поряд з відшкодуванням збитків тягне за собою сплату боржником неустойки, встановленої законом або договором. Отже, розглянемо питання сплати неустойки. Відзначимо, неустойка поряд з тим, що є мірою цивільно-правової відповідальності, також вона є способом забезпечення виконання зобов'язань. У свій час на неустойці, як формі відповідальності, приділяв увагу О.С. Іюффе. Так, вчений зауважував, у якому разі саме стягуються збитки – коли вони дійсно завдані.

Існують випадки, коли під час вчинення правопорушення, збитки не виникають, у такому разі відсутні негативні наслідки для особи.

Також для відшкодування збитків повинні бути доведені як факти, так і сума, при неустойці потерпілий може довести лише факти правопорушення, що дає йому гарантію хоча б певного розміру відшкодування. Крім того, довгострокові зобов'язання часто передбачають неналежне виконання. У разі порушення договору шкода все ще не піддається підрахунку, тому неустойка є оперативним засобом спонукання боржника до виконання своїх зобов'язань постійно, а не лише при виявленні збитків [39, с. 160]. Погоджуючись з вченими відзначимо, неустойка є найзручнішим способом відшкодування втрат. Її практичні переваги безсумнівні: сплата неустойки не звільняє боржника від виконання обов'язку в натурі, а також не позбавляє кредитора права на відшкодування збитків, завданих невиконанням або неналежним виконанням своїх зобов'язань (ст. 552 ЦК). Іншими словами, якщо встановлено неустойку за порушення зобов'язань, з особи буде стягнуто її у повному обсязі понад відшкодування збитків, але якщо інше не передбачено законом або договором. При цьому, як правило, не вимагається надання доказів, крім доказу факту порушення договору. Так, у багатьох випадках розмір неустойки дає можливість поновити майнові втрати, якщо вони наявні. Також страховик може нести майнову відповідальність, у вигляді неустойки за несвоєчасне здійснення страхових виплат, що визначається Цивільним кодексом України (ст. 992), а розмір неустойки при цьому визначається умовами договору. Можливість відновити порушені права та водночас захистити їх надається потерпілому з позиції того, що неустойка є і мірою цивільно-правової відповідальності й способом забезпечення виконання страхових зобов'язань.

Питання відшкодування моральної шкоди також є актуальним у дослідженні, так як теж є, на підставі цивільного законодавства, способом захисту цивільних прав та інтересів, що гарантується державою та за допомогою якої здійснюється відновлення порушених особистих немайнових

благ та прав [43, с. 450]. Виходячи з аналізу норм Цивільного кодексу України (ст. 611), в договірних правовідносинах відшкодування моральної шкоди можливе у випадках невиконання або неналежного виконання договірних зобов'язань, що передбачено законодавством, або договором. Стосовно цього, слушним є погляд В.Д. Примака, який зауважує, що відшкодування моральної шкоди є універсальним правовим засобом цивільно-правового захисту, можливе застосування якого у випадку заподіяння немайнових втрат внаслідок первісного порушення як абсолютних, так і відносних (з договірними також), не лише немайнових, а також майнових цивільних прав. Не має значення при цьому при порушенні яких прав вказане здійснилося: цивільних, інших приватно-правових, або публічно-правових відносин [103, с. 175]. Норми Цивільного кодексу України (ст. 23) закріплюють підстави застосування відшкодування моральної шкоди. Отже, особа має право на відшкодування моральної шкоди, яка завдана внаслідок порушення її прав. Відшкодовується остання незалежно від майнової шкоди, також не пов'язана з розміром відшкодування. При цьому моральна шкода відшкодовується одноразово, якщо інше не встановлено законом або договором. Таким чином, надається можливість вирішення порядку відшкодування моральної шкоди суб'єктами договору медичного страхування на власний розсуд.

Питання про встановлення фактів моральної шкоди має виходити з обґрунтованого переконання, що шкоду реально заподіяно, тобто покладати на боржника цивільно-правову відповідальність, розмір якої є необхідним і достатнім для відновлення віри до справедливості, чесності, розумності [119 с. 454]. Оскільки відносини між страховою компанією та фізичною особою під час укладення договору медичного страхування регулюються вимогами Закону України «Про захист прав споживачів» [104], можна стверджувати, що якщо договір медичного страхування укладено для задоволення особистих потреб фізичної особи, ці відносини підпадають під дію положень вказаного закону, у тій частині, яка не врегульована нормами спеціального закону. Отже, застрахований є споживачем страхових послуг, що надаються

за договором медичного страхування, тому встановлений факт порушення прав та інтересів споживача є підставою для прийняття рішення про відшкодування моральної шкоди. Підсумовуючи, можна побачити, що цивільно-правова відповідальність сторін договору медичного страхування ґрунтується на невиконанні або неналежному виконанні ними своїх обов'язків, тобто невиконання умов договору, Цивільного кодексу України та норм інших актів цивільного законодавства. Отже, цивільно-правова відповідальність настає за невиконання або неналежне виконання договорів медичного страхування, а саме у формі: відшкодування збитків, сплати неустойки, відшкодування моральної шкоди. У разі невиконання страховиком страхових коштів страхувальнику або застрахованій особі у строк, визначений договором медичного страхування, страховик зобов'язаний сплатити неустойку в розмірі, передбаченому договором або законом за кожен прострочений день.

Висновки до розділу 2

В ході дослідження організаційно-правових основ медичного страхування в Україні висвітлено поняття та істотні умови договору медичного страхування, його сторони та відповідальність сторін за договором медичного страхування. Отже, у даному розділі охарактеризовано загальні аспекти регулювання договірних відносин за цивільним законодавством та найбільш актуальні підходи щодо визначення поняття договору медичного страхування. При цьому охарактеризовано поняття договору з точок зору розуміння останнього як засобу саморегуляції, форми вираження права, правовідношення, зобов'язання, юридичної підстави, юридичного факту, документу у якому закріплено факт встановлення зобов'язального правовідношення, що обумовлює багатозначність вказаного терміну. Висвітлено юридичну характеристику договору медичного

страхування з урахуванням класифікаційних ознак системи цивільно-правових договорів, зокрема мова йде про дихотомічний критерій поділу.

Поняття договору медичного страхування узагальнено як письмовий договір між страхувальником і страховиком, згідно з яким страховик зобов'язується виплатити страхові гроші страхувальнику або іншим особам, зазначеним у договорі страхування, на користь якої укладено договір страхування, а страхувальник зобов'язується своєчасно сплачувати страхові внески та виконувати інші умови договору

З точки зору різних критеріїв класифікації, договір медичного страхування визначається як двосторонній, оплатний, алеаторним (ризиковим), остаточним, реальним, споживчим. Однак наявні наукові дискусії щодо різних критеріїв класифікації, наприклад, віднесення договору медичного страхування до договорів приєднання, що свідчить про односторонній характер договору. Договір медичного страхування поєднує загальні ознаки договору страхування та особливі ознаки.

Основними умовами договору медичного страхування є предмет договору медичного страхування, страховий випадок, сума, яку страховик зобов'язаний сплатити у разі настання страхового випадку (страхова сума), страхова сума та умови виплати, умови договору та програма медичного страхування.

Окреслено суб'єкти страхової діяльності, серед яких виділено: страховики, страхувальники, застраховані особи та медичні заклади. Сторонами договору медичного страхування визначено нормами Цивільного кодексу України та Закону України «Про страхування» страховиків та страхувальників, договірні відносини між якими мають дворівневу структуру. Розглянуто особливості відповідальності сторін за договором медичного страхування. Вказано на підстави та умови цивільно-правової відповідальності сторін договору. Охарактеризовано склад цивільного правопорушення як умови цивільно-правової відповідальності, серед яких: протиправна поведінка особи, шкідливий результат такої поведінки,

причинний зв'язок між протиправною поведінкою та шкідливими наслідками, вина. Акцентовано увагу на класифікації правопорушень у сфері договірних відносин медичного страхування за критерієм сторони договору: порушення зі сторони страховика та порушення зі сторони страхувальника. Вказано на традиційні форми цивільної відповідальності за порушення договірних зобов'язань з медичного страхування: відшкодування збитків та стягнення неустойки. При цьому відшкодування збитків та моральної шкоди розглядаються як способи захисту цивільних прав так і форми відповідальності.

РОЗДІЛ 3

ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ

3.1 Проблеми розвитку медичного страхування в Україні

Медична галузь України сьогодні не має шансів користуватися перевагами ринкової економіки, яке, наразі, знаходиться в стадії удосконалення. Нинішній державний бюджет, за рахунок якого фінансується медицина, не може забезпечити навіть половини її потреб. У наявній системі медичного страхування багато людей не мають чіткого пояснення, тобто страхування є гарантією відшкодування медичних витрат шляхом дострокового накопичення коштів у разі настання страхового випадку. Це пов'язано з необхідністю надання громадянам доступних, якісних та різноманітних медичних послуг, які можуть стати додатковим джерелом фінансування діяльності з надання медичної допомоги. Але сьогодні медичне страхування має дозволити залучати додаткові фінансові ресурси з різних джерел, організувати медичне обслуговування населення шляхом надання медичних послуг для всього населення та повного одержання різноманітних можливостей у вказаній сфері [105].

Нині на ринку медичного страхування існують певні проблеми функціонування механізму обов'язкового та добровільного медичного страхування, які значно ускладнюють реалізацію процесу їхнього злиття.

Основними етапами впровадження обов'язкового та добровільного страхування як єдиного комплексу є: оптимізація тарифів на обов'язкове медичне страхування на основі актуарних розрахунків з урахуванням різних факторів, які можуть вплинути на можливість страхових випадків; обґрунтування оптимальної величини страхових внесків на непрацююче населення (безробітні, пенсіонери та діти); запровадження більш

прогресивних методів відшкодування витрат на обов'язкове медичне страхування для медичних закладів; стимулювати населення до контрольних заходів у сфері охорони здоров'я; встановити податкові пільги у розвитку системи добровільного та обов'язкового страхування для страховиків та страхувальників з метою укладення договорів; підвищити страхові внески для громадян, які бажають користуватися національною системою загальнообов'язкового медичного страхування, та звільнити тих, хто придбав поліс добровільного медичного страхування; виключити можливість подвійної оплати послуг, що надаються за планами добровільного та загальнообов'язкового медичного страхування; сформулювати положення про лікування та надання медичних послуг та єдині стандарти для визначення обов'язків медичних установ та медичного персоналу.

Сьогодні основною проблемою системи медичної допомоги та медичного страхування є дисбаланс між задекларованим національним медичним страхуванням та розміром фінансового забезпечення. Хоча кошти, які отримує система охорони здоров'я, з кожним роком збільшуються, на регіональні програми, які гарантує держава для надання населенню безкоштовних медичних послуг, відчувається серйозний дефіцит коштів [106, с. 103]. При цьому важливими проблемами низького рівня розвитку медичного страхування в Україні є: неефективна структурна системи загальнообов'язкового медичного страхування та відсутність територіальної єдності, паралельно діють системи загальнообов'язкового та добровільного медичного страхування, відсутність розмежування платних та безкоштовних медичних послуг у вітчизняному законодавстві. Чітке визначення послуг, скорочення державних коштів на систему охорони здоров'я, неефективне використання виділених державних фінансових ресурсів.

Хоча основні показники страхових компаній та страхових посередників значно зросли, існують об'єктивні причини нерозвиненості та невирішеності проблем українського страхового ринку, а саме: недовіра суспільства до діяльності страхових компаній; економічна нестабільність країни; низька

якість та складне життя. умови; нерозвинена інфраструктура страхового ринку; недосконале законодавство; низький рівень реальних доходів населення; низькі медичні стандарти та погані умови проживання пацієнтів у медичних установах; обмежена кількість страхових компаній з практичним досвідом медичного страхування; недостатній рівень кадрового та наукового забезпечення. Недостатньо ефективна система охорони здоров'я.

Крім того, добровільне медичне страхування все ще недостатньо розвинене. Про використання обов'язкового медичного страхування як складової соціальних нарахувань на заробітну плату ведуться дискусії протягом багатьох років. Такий підхід підтримується 1) Міністерством охорони здоров'я України та 2) Лігою страхових організацій України. Незважаючи на різні концепції, обидві організації підтримують зусилля щодо запровадження обов'язкового медичного страхування в найближчі два-три роки. Основними перешкодами на шляху запровадження загальнообов'язкового національного медичного страхування є: відсутність відповідних нормативно-правових актів, медичних стандартів та економічних стимулів для лікарів або медичних працівників; наразі у медичних працівників не вистачає навичок та здібностей; з одного боку, відсутність договірної форми відносин між платником та постачальником послуг з іншої. Окреслене вказує на непрозорість та несправедливість системи медичного обслуговування [107]. Крім того не виключається можливість існування обов'язкової системи медичного страхування, що містила б надання медичної допомоги громадянам із середнім рівнем доходів, а не лише малозабезпеченим. Багато років поспіль наявні дискусії з окреслених питань, проте зроблено мало. Застосування програм добровільного медичного страхування передбачає отримання: якісну та швидку медичну допомогу гідного рівня; можливість вибору медичної установи та водночас лікаря; забезпечення необхідними медичними препаратами та виробами, які є найефективнішими; проведення вакцинації, профілактичних оглядів, цілодобову медичну допомогу незалежно від місця знаходження,

профілактичних оглядів усієї родини, отримання лікарняних листів та довідок. Так, страхова компанія здійснює оплату за усіма медичними витратами у рамках обраної страхової програми. Крім того, надаються застрахованим кваліфіковані консультації лікарів та можливість звернення за медичною допомогою цілодобово, незалежно від місця знаходження. Враховуючи відсутність практики у достатній кількості заробляти кошти лікувальними установами, тому наявна незацікавленість останніх у роботі зі страховими компаніями. При цьому у наданні послуг застрахованим особам (страхувальникам) зацікавлене саме керівництво лікарні (головний лікар, його заступники, завідувачі відділення тощо), тому що кошти надходять на рахунок лікарні. Відзначимо, що навряд чи кошти, які перераховує страхова компанія за лікування застрахованих осіб поступають у заробітну плату лікарів, середніх та молодших медичних працівників.

У приватних клініках ситуація дещо інша, приватні клініки почали звертати увагу на страхові компанії. У той же час клініки погоджуються знизити вартість лікування, надати знижки та можливості контролю за лікуванням страховими компаніями, а також надати участь у різних планах медичного страхування. Страхові компанії забезпечили медичне страхування практично всіх серйозних клієнтів-юридичних осіб. Хоча бізнес-конкуренція все ще жорстка, страхові компанії все більше приділяють увагу громадянам. Страхові компанії прагнуть залучити вигідних клієнтів за допомогою різних бонусів, наприклад, додаткового захисту від нещасних випадків [107].

Однак при цьому компанії виключають з плану вартість відвідування клієнтами тренажерного залу, басейну тощо. Страхові компанії прагнуть позбутися «нестрахових» послуг, які були дуже популярні на ранніх етапах розвитку ринку. Крім того корпоративні клієнти орієнтовані на комплексний захист, для яких характерна комбінація страхових програм: «Поліклініка», «Спеціалізована стоматологія», «Планова та екстрена стаціонарна допомога». Як правило програми добровільного медичного страхування ділять на три рівні: вища ланка (для керівників), середня ланка, низька ланка (для рядових

працівників). Залежно від рівня страхової програми встановлено обмеження щодо видів надаваних медичних послуг та їх обмеженість. Серед найбільш застрахованих в рамках корпоративних програм, наявні працівники фінансової сфери, інвестиційної, юридичної, телекомунікаційної та ІТ сфери. При цьому, страхуванням персоналу зацікавлені насамперед компанії, які працюють в галузях з наявною високою конкуренцією на ринку праці, саме де відчувається дефіцит персоналу. Крім того, наразі, корпоративне добровільне медичне страхування цікавим також є й для середнього та малого бізнесу.

3.2 Перспективи розвитку медичного страхування в Україні

Сьогодні у світі використовується кілька режимів функціонування системи охорони здоров'я для реалізації права на охорону здоров'я, доступ до медичної допомоги та лікування. У більшості розвинених країн використовується медичне страхування, яке є особливою формою лікування. Існують три види медичного страхування: державне медичне страхування, приватне медичне страхування та змішане медичне страхування. Японія є однією з найздоровіших країн у світі, а її система охорони здоров'я визнана однією з кращих. З 1960-х років в Японії діє універсальна система медичного страхування, яка забезпечує комплексний захист для всіх японських громадян [108; 109]. Одна з особливостей японців виявляється у тому, що доступ до медичних установ є безкоштовним. Система охорони здоров'я Японії забезпечує необмежений доступ, а пацієнти можуть отримати медичні послуги в будь-якому медичному закладі по всій країні та вибрати частоту лікування, незалежно від страховки, статусу або тяжкості захворювання.

Лише в окремих випадках, якщо у пацієнта немає направлення від первинної або вторинної медичної установи, йому доведеться сплатити деякі додаткові збори за медичний заклад третинного рівня. В Японії ця система називається «системою відкритого доступу», згідно з якою пацієнти можуть

отримати необхідні медичні послуги за фіксованою ставкою, коли хворіють або отримали травму, за умови підтвердження страховки [109; 110]. Медичне страхування охоплює понад 5000 медичних, стоматологічних послуг та ліків [110]. Усі люди, які прожили в Японії більше 3 місяців, незалежно від національності, повинні зареєструватися в державному медичному страхуванні. Законодавство Японії не дозволяє вибирати національний план медичного страхування.

Натомість, національний план медичного страхування визначається залежно від статусу зайнятості, віку та місця проживання: медичне страхування на базі роботодавця, національне медичне страхування за місцем проживання та медичне страхування людей віком від 75 років. За японською системою охорони здоров'я пацієнти несуть 30% медичних витрат, а держава оплачує решту 70%. Медичне страхування літніх людей старше 75 років в основному підтримується державним фінансуванням та внесками на медичне страхування [111].

У США немає універсальної медичної допомоги, американці купують медичну страховку, щоб покрити значну частину своїх витрат на охорону здоров'я. Медичне страхування може запобігти заборгованості за медичні послуги та оплатити регулярні огляди, лабораторні дослідження, вакцини та ліки, що відпускаються за рецептом. Щоб отримати медичне страхування, потрібно вибрати план медичного страхування, зареєструватися та регулярно сплачувати платежі до медичних страхових компаній.

Людям із наявним медичним страхуванням, які проживають у Сполучених Штатах Америки, надається низка послуг у здійсненні своїх прав на охорону здоров'я. Перш за все, він може швидко відвідати лікарів-спеціалістів, використовувати новітні технології, інновації, передові сучасні технології та методи лікування, щоб отримати необхідну допомогу. Американські лікарні є світовим лідером у галузі досліджень і розробок, багато ліків і технологій розробляються в Сполучених Штатах Америки і використовуються у всьому світі [112]. Крім того, у США є велика кількість

незастрахованих людей. Люди без страховки стикаються з надзвичайно дорогими медичними витратами. Лікарня обробляє тільки невідкладні випадки без передоплати, і може відмовитися від лікування без страховки або підтвердження іпотеки. Це призводить до того, що незастраховані люди частіше відкладають лікування або взагалі відмовляються від лікування, ніж ті, хто має страховку, що призводить до серйозних наслідків. Крім того незастрахованим особам дуже дорого обходиться лікування. Наприклад, у разі перелому ноги, вартість медичної допомоги складатиме приблизно 7500 доларів. Середня вартість перебування у медичному закладі становитиме близько 30 тисяч доларів [113]. Застраховані громадяни США разом із членами родини, у більшості випадків за рахунок роботодавців. При цьому страхові плани надаються також федеральними або урядами штатів, профспілками або приватними особами. Крім того громадяни пенсійного віку, їх сім'ї та особи, які мають низький рівень доходів, наділені можливістю отримання допомоги через державну страхову програму Medicaid [114], [115].

На відміну від Сполучених Штатів, австралійська система охорони здоров'я є прикладом надійної та добре керованої системи, що характеризується поєднанням державних і приватних медичних послуг. Австралійці мають доступ до низки послуг для підтримки та профілактики здоров'я та лікування більш складних захворювань, які можуть потребувати допомоги спеціаліста чи лікарні. Система складається з двох основних частин: державної системи охорони здоров'я та приватної медичної системи. В Австралії страхові плани, що фінансуються Medicare, забезпечують універсальне покриття, яке сплачує частину доходу платників податків для покриття більшості медичних послуг, включаючи послуги лікаря та лікарні та ліки, що відпускаються за рецептом.

Наявність програми надає людям якісні та доступні медичні послуги, включаючи безкоштовне лікування в державних лікарнях, а також безкоштовні або субсидовані виплати приватним медичним працівникам за

певні послуги по всій країні. В Австралії також існує добровільне приватне медичне страхування, яке може надавати деякі послуги, які не покриваються державною системою [116].

У Швейцарії найкраща система охорони здоров'я в Європі. Крім того, швейцарська система охорони здоров'я є однією з найдорожчих у світі. На відміну від інших європейських країн, система охорони здоров'я Швейцарії не оподатковується і не фінансується роботодавцями. Натомість кожен, хто живе в Швейцарії, сплачує внески і може отримати базове медичне страхування та страхування від нещасних випадків для лікування. Багато людей доповнюють свою основну страховку додатковим приватним медичним страхуванням. Тому користуватися системою охорони здоров'я можуть лише люди, які мають хоча б базову медичну страховку. Базове медичне страхування покриває приблизно 80-90% витрат на охорону здоров'я, включаючи: нещасні випадки, альтернативні методи лікування, психотерапію, реабілітацію після операції або серйозного захворювання, скринінг на рак, невідкладну допомогу при серйозних захворюваннях ротової порожнини або щелепи (догляд за зубами), витрати на загальний огляд і лікування (госпіталізація, амбулаторне та невідкладне), послуги офтальмолога, гінекологічний огляд та пологи, медичне виробли та ліки, що відпускаються за рецептом. Крім того, базова медична страховка покриває різноманітні щеплення, у тому числі проти кашлюку, дифтерії, правця, гепатиту В, кору, епідемічного паротиту та краснухи тощо [117]. Система медичного страхування Нідерландів являє собою поєднання приватних медичних планів та соціальних умов, які базуються на принципах ефективності, солідарності та цінності для пацієнтів. У Нідерландах існує два види медичного страхування: обов'язкове основне страхування або базове страхування й необов'язкове додаткове страхування. Основне медичне страхування в Нідерландах є обов'язковим. Поліс медичного страхування дає право на безкоштовне медичне лікування в Нідерландах, включаючи стандартні рецепти. Державне медичне страхування не охоплює деяких видів

лікування, таких як стоматологічна допомога та фізіотерапія [118; 119]. Кожен, хто проживає або працює понад чотири місяці в Нідерландах, повинен отримати медичне страхування базового рівня (з додатковим покриттям або без нього). Люди з меншим рівнем доходу можуть звернутися за фінансовою допомогою на основну медичну допомогу або, якщо вони хочуть додаткових послуг, але не можуть їх дозволити [120].

Для того, щоб реалізувати свої права на охорону здоров'я в Нідерландах, особа повинна зареєструватися в місцевій раді для отримання номера обслуговування громадян (BSN), потім вибрати та зареєструватися на медичне страхування та у місцевого лікаря [119]. Крім того, якщо протягом чотирьох місяців людина не отримає базову медичну страховку, держава вживе всіх заходів для викорінення незастрахованих. Зокрема, уряд спершу надішле лист із проханням зареєструватися на медичне страхування протягом трьох місяців. Ті, хто не звернувся протягом вказаного строку, будуть оштрафовані. Наприклад, штраф у 2019 році становив 410,49 євро. Крім того, якщо особа не звернеться більше півроку, то знову виписують штраф у такому ж розмірі. Більше того, якщо з першого листа уряду пройшло дев'ять місяців, місцева влада зареєструє особу в страховій компанії та нарахує їй щомісячну компенсацію із зарплати [120].

Отже, аналіз реалізації прав на охорону здоров'я та функціонування системи охорони здоров'я в різних країнах світу робить висновок, що на практиці не існує єдиної правильної та універсальної моделі фінансового забезпечення охорони здоров'я. Зарубіжний досвід свідчить, що важливу роль у функціонуванні медичної допомоги відіграють культура суспільства та соціальна поведінка громадян конкретної країни. Механізм фінансування охорони здоров'я можна покращити за рахунок бюджетного фінансування та соціального медичного страхування.

Вважаємо, що для підвищення ефективності національної системи охорони здоров'я Україні необхідно сформулювати та впроваджувати власний план медичного страхування з урахуванням соціально-економічних

особливостей розвитку країни. Для цього слід переглянути існуючу національну політику у цій сфері, зосередившись на вирішенні найважливіших питань охорони здоров'я, зокрема щодо доступності та своєчасності якісної медичної допомоги, ефективної медичної допомоги та підвищення якості медичної допомоги. Вважаємо, що запровадження в Україні обов'язкового медичного страхування не лише покращить надання медичних послуг, а й покращить управління та фінансування всієї системи.

Висновки до розділу 3

Характеризуючи питання проблем та перспектив розвитку медичного страхування, розглянуто основні проблемні питання, які стримують розвиток як добровільного так і обов'язкового медичного страхування в Україні, вказані передумови виникнення окреслених проблем, які потребують вирішення. Серед основних проблем виокремлено: економічна нестабільність держави; недосконале законодавство; низький рівень медичної допомоги; низька якість та складні умови життя; недостатній рівень кадрового та наукового забезпечення, недовіра населення до діяльності страхових компаній, обмежена кількість страхових організацій, у який наявний реальний досвід здійснення медичного страхування тощо. Крім того окреслено перспективи розвитку медичного страхування в Україні з урахуванням позитивного досвіду зарубіжних країн у здійсненні добровільного та обов'язкового медичного страхування, включаючи соціально-економічні особливості розвитку нашої держави. Висвітлено зарубіжний досвід розвитку систем страхування Японії, США, Австралії, Швейцарії, Франції, при цьому зосереджено увагу як на позитивних та негативних сторонах наявних страхових систем.

ВИСНОВКИ

Дослідження є одним із небагатьох у вітчизняній юридичній науці комплексним дослідженням національного законодавства, що регламентує правове визначення медичного страхування, зокрема, договору медичного страхування, практики його застосування, що включає аналіз істотних умов договору медичного страхування з позицій цивільно-правового законодавства, наукових поглядів із зазначених питань і формування на цій основі висновків і пропозицій щодо вдосконалення правового регулювання договору медичного страхування в Україні з урахуванням позитивного досвіду зарубіжних країн у досліджуваних питаннях. За результатами роботи сформульовано такі основні висновки:

1. Охарактеризовано поняття та значення медичного страхування. Окреслено умови та підстави розвитку медичного страхування в умовах ринкових відносин, що покликано стримувати виникнення або пом'якшення вже виниклих непередбачуваних обставин, які виникають у житті людей та негативно впливають на стан їх здоров'я, шляхом часткового або повного відновлення працездатності залежно від існуючих факторів впливу. Висвітлено основні принципи, на яких базується страхова медицина, серед яких відзначено наступні: забезпечення соціальної й економічної захищеності середніх і малозабезпечених верств населення; гарантування прав усіх громадян на необхідну і якісну медичну допомогу; обов'язковість внесків як фізичних, так і юридичних осіб. Встановлено, що медичне страхування є видом особистого страхування, частиною соціального страхування, формою захисту інтересів громадян (прав пацієнтів) на повноцінне лікування та охорону здоров'я та сукупність правових норм, регулюючих відносини стосовно захисту майнових інтересів фізичних осіб під час одержання медичної допомоги у разі настання страхових випадків, окреслених договором страхування або законодавством, за рахунок

страхових фондів, які формуються зі страхових внесків. Визначено основні ознаки медичного страхування: зв'язок ризикової основи існування кожної окремої людини та суспільства в цілому зі станом здоров'я; спосіб організації та форма реалізації відносин між страховиком і страхувальником; захист майнових інтересів і прав громадян; платний і компенсаційний характер відносин; рівні як для страховика так і для самого страхувальника можливості одержання економічних вигід; перерозподіл ресурсів. Основною метою медичного страхування є, насамперед, захист здоров'я людини та їх працездатності; зменшення фінансових проблем роботодавця та співробітників, які пов'язані з організацією та наданням якісної медичної допомоги та контролю над процесом одужання тощо. Охарактеризовано питання правового забезпечення медичного страхування в Україні.

2. Окреслено форми медичного страхування та розкрито їх основні переваги та ознаки. Встановлено наявність двох основних форм медичного страхування: добровільної та обов'язкової. Обов'язкове медичне страхування виступає складовою частиною системи соціального страхування, здійснюється згідно умов та порядку передбачених чинним законодавством, правилами та базовою програмою обов'язкового медичного страхування, затвердженою урядом. Вказана форма координується державними органами та є неприбутковою. Добровільне медичне страхування є видом особистого медичного страхування для якого характерним є принцип еквівалентності. Мова йде про отримання видів медичних послуг застрахованим у обсязі, який покриває сплачена ним страхова сума. Для добровільної форми характерна відсутність національної координації, страхові гроші виплачуються добровільно, страхова компанія отримує прибуток окремо за договором, є нестабільним.

При цьому відзначено що при обов'язковій формі охорона здоров'я є першочерговою, добровільні форми використовуються в країнах, де поширені приватні страхування. Крім того вказано на наявність видів добровільного медичного страхування, серед яких: колективне та

індивідуальне; страхування ризиків, накопичувальне страхування; безповоротне, поворотне, у вигляді оплати за додаткові послуги, преміальне. Досвід європейських країн передбачає наступні види добровільного медичного страхування: альтернативне (замісне), доповнювальне, розширювальне. При колективному добровільному медичному страхуванні страхові внески сплачуються коштами юридичних осіб, при індивідуальному за рахунок доходів окремих громадян. Окреслено відмінні та спільні риси добровільного та обов'язкового медичного страхування.

3. Визначено поняття та істотні умови договору медичного страхування. При цьому досліджено загальні засади правового регулювання договірних відносин цивільного законодавства у частині регулювання договору медичного страхування, зокрема сторін договору з окресленням меж їх можливої та належної поведінки. Проаналізовано поняття договору як юридичного факту, як підстава виникнення цивільних правовідносин; як правовідношення; документ, яким закріплено факт встановлення зобов'язальних правовідносин; як засіб саморегуляції; форма вираження права тобто є універсальним елементом механізму правового регулювання договірних відносин. За допомогою аналізу терміну договору, окреслюються стадії як укладення так і виконання договору. Проаналізовано класифікації договорів на підставі різних критеріїв, серед яких урахування поділу прав та обов'язків між сторонами (односторонні та двосторонні); відплатність та безвідплатність; ступінь юридичної завершеності (остаточні та попередні); момент набрання чинності (реальний або консенсуальний). При цьому договір медичного страхування віднесено до двосторонніх (наявна практика також стандартних форм окремих видів страхування, що дає підставу віднести вказані договори до односторонніх договорів приєднання), оплатних, а також алеаторних (ризикових), остаточних, реальних, у разі невизначення його консенсуальним нормами закону або договору. Встановлено, що договір медичного страхування поєднує загальні ознаки договору страхування та особливі, які притаманні тільки йому. На

законодавчому рівні закріплено три види добровільного медичного страхування, серед яких: медичне страхування (безперервне страхування здоров'я), страхування здоров'я на випадок хвороби та страхування медичних витрат. Однак критерії розмежування вказаних видів не визначено. Різниця полягає у формуванні страхових програм, які пропонуються страховиком. З урахуванням аналізу законодавства та наукової літератури визначено поняття договору медичного страхування, який являє собою домовленість між страховиком та страхувальником, згідно з якою страховик зобов'язується у разі настання страхового випадку, здійснити оплату медичних послуг, які були надані страхувальнику або іншій особі, яка визначена у договорі медичного страхування страхувальником, на користь якої було укладено договір медичного страхування згідно програми медичного страхування, в свою чергу страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені договором строки та виконувати інші умови договору. Охарактеризовано істотні умови договору медичного страхування серед яких предмет договору страхування, страховий випадок, сума, яку страховик повинен сплатити (страхова сума) у разі настання таких обставин, страховий випадок, розмір страхового відшкодування та умови відшкодування, а також строк дії договору та інші умови, передбачені цивільним законодавством.

4. Охарактеризовано сторони договору медичного страхування серед яких страховик та страхувальник. Вказані сторони є основними учасниками. Однак, крім сторін, суб'єктами правовідносин медичного страхування також можуть бути медичні установи та застраховані особи. Аналіз вказаного здійснено з урахуванням загальних договірних засад, врегульованих цивільним законодавством включає реалізацію волі у правовідносинах. Вказано на дворівневу структуру договірних відносин медичного страхування. Окреслено умови набуття статусу страховика. Крім того висвітлені питання правосуб'єктності сторін договору медичного страхування, що є підставою для участі у правовідносинах медичного

страхування, серед яких: загальна та спеціальна. Страховиком є юридична особа, яка спеціально створена для здійснення страхової діяльності, одержала ліцензію на здійснення страхової діяльності на підставі норм законодавства, а також яка бере на себе зобов'язання здійснити страхову виплату при настанні страхового випадку. Висвітлено вимоги до страхових компаній (страховиків) щодо організаційно-правової форми їх діяльності, мінімальної кількості учасників, наявність ліцензії на медичне страхування, умови забезпечення платоспроможності. Страхувальником є юридичні особи та дієздатні фізичні особи, які уклали зі страховиками договори страхування, або є страхувальниками відповідно до законодавчих норм. Окреслено випадки заміни страхувальника з причин припинення юридичної особи або смерті фізичної особи.

5. Окреслено питання відповідальності сторін за договором медичного страхування що передбачає наслідки порушення зобов'язання. Окреслено поняття та підстави цивільно-правової відповідальності, яку визначають як застосування до правопорушника, у випадку здійснення протиправних дій або бездіяльності, передбачених законом або договором заходів державного примусу у вигляді додаткових цивільно-правових обов'язків майнового характеру (санкцій). Підставами відповідальності за договором медичного страхування визначено невиконання або неналежне виконання договору сторонами. Висвітлено умови відповідальності за порушення договору медичного страхування, як от склад цивільного правопорушення, відносять протиправну поведінку особи, шкідливий результат такої поведінки (збитки), причинний зв'язок між протиправною поведінкою та шкідливими наслідками; вина. Крім того охарактеризовано заходи відповідальності за порушення договору медичного страхування, серед яких відшкодування збитків, моральної шкоди та сплата неустойки. Окреслено умови відповідальності за договором медичного страхування у разі наявності непереборної сили.

6. Визначено проблеми медичного страхування в Україні, при цьому вказано на основні з них та підстави їх виникнення. Встановлено наявність проблем функціонування механізму обов'язкового та добровільного медичного страхування. Серед основних проблем виділено незбалансованість державних гарантій медичної допомоги та обсягів їх фінансового забезпечення; економічна нестабільність в Україні; низька якість та складні умови життя; недовіра населення до діяльності страховиків та їх посередників; недосконале законодавство; низький рівень медичної допомоги; низький рівень реальних доходів населення; нерозвиненість інфраструктури страхового ринку; недостатній рівень кадрового та наукового забезпечення тощо.

7. Висвітлено перспективи розвитку медичного страхування в Україні. У рамках цього питання проаналізовано досвід функціонування систем медичного страхування розвинутих країн та європейських країн у тому числі. Окреслено позитивні та негативні сторони вищевказаного. Вказано на певні аспекти позитивного досвіду розвитку та функціонування обов'язкового та добровільного медичного страхування означених країн з метою імплементації у наявну страхову систему України. При цьому висвітлено позитивний досвід функціонування системи охорони здоров'я Австралії, що передбачає державну та приватну системи. Вказаний приклад є позитивним прикладом поєднання двох систем, що забезпечує отримання високоякісної та доступної медичної допомоги. Крім того вказано на існування системи охорони здоров'я в Швейцарії, що є найкращою у Європі. Схожою системою медичного страхування зі Швейцарією є система медичного страхування в Нідерландах, що також поєднує обов'язкове та необов'язкове медичне страхування. Встановлено на підставі здійсненого аналізу страхових систем у різних державах відсутність універсальної моделі медичного страхування. Важливим є при цьому культура суспільства та соціальна поведінка громадян конкретної країни. Стосовно нашої держави, зауважимо, для підвищення ефективності національної системи охорони здоров'я необхідним вважається

розроблення та впровадження власної програми медичного страхування з урахуванням соціально-економічних особливостей розвитку держави.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Мордвінов О.Г., Сердюк М.Ю. Проблеми і перспективи впровадження медичного страхування в Україні. *Держава та регіони. Серія: Державне управління*. №3 (55). 2016. С. 135-140.
2. Стеценко В.Ю. Медичне страхування як складова системи страхування (правові аспекти). *Форум права*. 2009. № 3. С. 597-602.
3. Тлуста Г.Ю. Медичне страхування в реформуванні системи охорони здоров'я України. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Економіка*. № 3 (156). 2014. С. 65-70.
4. Авраменко Н. Державна соціальна політика в галузі охорони здоров'я України. *Економіка та держава*. 2011. №3. С. 134-135.
5. Недолужко А. Добровільне медичне страхування у системі страхового захисту здоров'я / А.В. Недолужко, Н.Г. Нагайчук. URL: <http://nauka.zinet.info/9/nedoluzhko.php>.
6. Богуславський С.І. Медичне страхування в Україні: проблеми та перспективи / С.І. Богуславський, Ю.С. Шибалкіна // *Зовнішня торгівля право та економіка*. 2008. № 4. С. 83-86.
7. Стеценко В. Медичне страхування як складова системи страхування (правові аспекти). *Форум права*. 2009. №3. С. 597-602.
8. Савенко А.Ю. Введення бюджетно-страхової системи фінансування обов'язкового медичного страхування в Україні як один із шляхів реформування української системи охорони здоров'я / А.Ю. Савенко, А.О. Паламарчук. *Вісник Хмельницького національного університету. Серія Економічні науки*. №1, Т.2. 2010. С. 156-160.
9. Волохова Л.Ф., Остапенко Д.О. Медичне страхування та його розвиток в Україні. *Финансовые услуги*. 2017. № 1. С. 35-39.

10. Чорномаз О.Б. Проблеми і перспективи впровадження медичного страхування в Україні. URL: <http://science.lpnu.ua/sites/default/files/journalpaper/2017/may/2177/vnulpurn2015824210>.
11. Міщук І, Віннічук І. Сучасний стан обов'язкового медичного страхування в Україні та шляхи його розвитку. *Підприємництво, господарство і право*. №2. 2019. С. 110-114.
12. Про страхування: Закон України від 7 березня 1996 року № 85/96-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/85/96-%D0%B2%D1%80#top>.
13. Губар О. Особливості ринку добровільного медичного страхування в Україні. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Економіка*. 2006. № 81-82. с. 70-71
14. Приказюк Н. Медичне страхування в Україні: тенденції та перспективи розвитку. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Економіка*. № 104. 2008. С. 25-29.
15. Державна політика у сфері охорони здоров'я: кол. моногр.: у 2 ч. / [кол. авт.; упоряд. проф. Я.Ф. Радиш ; передм. та заг. ред. проф. М.М. Білинської, проф. Я.Ф. Радиша]. Київ: НАДУ, 2013. Ч. 2. 484 с.
16. Агиевец С.В. Медицинское право: Учеб.пособие. Гродно: ГрГУ. 2003, 167 с.
17. Буздуган Я.М. Правові та організаційні основи фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні. дис...канд. юрид. наук: 12.00.07. Київський національний ун-т імені Тараса Шевченка. Київ. 2009. 228 с.
18. Михайловська Н.С. Діяльність сімейного лікаря в умовах страхової медицини: навч.-метод. посіб. до практ. занять та самостійної роботи студентів VI курсу з дисципліни «Загальна практика – сімейна медицина». Запоріжжя: ЗДМУ, 2017. 109 с.
19. Климук Н.Я. Особливості медичного страхування в Україні у сучасних умовах. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2021. № 1 (87). С. 55-60.

20. Брагинский М.И., Витрянский В.В. Договорное право. Книга первая. Общие положения: изд. 3-е, стереотипное. Москва. «Статут», 2001. 848 с.
21. Зозуляк О.І. Поняття цивільно-правового договору в юридичній літературі та законодавстві. *Підприємництво, господарство і право*. 2010. № 3. С. 157-159.
22. Луць В.В. Контракти в підприємницькій діяльності: навчальний посібник. 2-ге вид., перероб. і допов. Київ. Юрінком Інтер, 2008. 576 с.
23. Панченко М.І. Цивільне право України: навч. посіб. Київ. Знання, 2005. 583 с.
24. Гудима М.М. Предмет договору про надання туристичних послуг за законодавством України: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03. Івано-Франківськ, 2013. 212 с.
25. Сібільов М.М. Цивільно-правовий договір в механізмі правового регулювання суспільних відносин в сфері приватного права. *Юридичний вісник*. 2002. № 3. С. 105-109.
26. Гражданское право: учебник: в 2 т. Т. 1 / отв. ред. проф. Е.А. Суханов. Москва. БЕК, 2002. 816 с.
27. Васильєва В.А. Проблеми цивільно-правового регулювання відносин з надання посередницьких послуг: дис. ... док. юрид. наук: 12.00.03. Івано-Франківськ, 2006. 416 с.
28. Васильєва В.В. Договір як підстава виникнення цивільно-правового зобов'язання: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03. Київ. 2013. 214 с.
29. Васильєва В.А. Цивільно-правове регулювання діяльності з надання посередницьких послуг. Монографія. Івано-Франківськ: ВДВ ЦІТ Прикарпатського національного університету ім. В. Стефаника, 2006. 346 с..
30. Луць В.В. Договір як регулятор суспільних відносин. *Право України*. № 9. 2012. С. 19-25
31. Луць В.В. Проблеми договірної регулювання майнових відносин. *Українське комерційне право*. № 4. 2003. С. 21-35.

32. Сібільов М.М. Співвідношення актів цивільного законодавства і договору та базові моделі регулювання договірних відносин за чинним Цивільним кодексом України. *Вісник Хмельницького інституту регіонального управління та права*. № 4 (12). 2004. С. 56-60.

33. Договірне право України. Загальна частина: навч. посіб. / Т.В. Боднар, О.В. Дзера, Н.С. Кузнєцова та ін.; за ред. О.В. Дзери. Київ: Юрінком Інтер, 2008. 896 с.

34. Блащук Т.В. Цивільно-правове регулювання особистого страхування: автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03. Київ. 2003. 18 с.

35. Пилипенко С.А. Правове забезпечення обов'язкового особистого страхування працівників органів внутрішніх справ: автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03. Харків, 2002. 20 с.

36. Луць В.В. Контракти в підприємницькій діяльності: навчальний посібник. 2-ге вид., перероб. і допов. Київ. Юрінком Інтер, 2008. 576 с.

37. Цивільне та сімейне право України: підручник / за ред. Є.О. Харитонова, Н.Ю. Голубевої. Київ. Правова єдність, 2009. 968 с.

38. Брагинский М.И. Договорное право. Общие положения / М.И. Брагинский, В.В. Витрянский. Москва. Статут, 1997. 682 с.

39. Иоффе О.С. Обязательственное право. Москва. Юридическая литература, 1975. 880 с.

40. Майданик Р.А. Поняття «ризикових зобов'язань» у цивільному праві України. *Бюлетень Міністерства юстиції України*. 2005. № 5. С. 26-33.

41. Воробйова Т. Договір добровільного страхування медичних витрат як новий інструмент страхового ринку. *Підприємництво, господарство і право*. 2007. № 3. С. 48-51.

42. Тімуш І.С. Поняття ризикового договору в цивільному праві. *Підприємництво, господарство і право*. 2004. № 2. С. 65-66.

43. Міловська Н.В. Договірні зобов'язання зі страхування у цивільному праві України: проблеми теорії та практики: монографія. Київ.

НДІ приватного права і підприємництва імені академіка Ф.Г. Бурчака НАПрН України, 2019. 488 с.

44. Гражданское право: в 2-х т. Том II. Полутом 2. Учеб. / Отв. ред. проф. Е.А. Суханов. 2-е изд. Москва. 2000. 704 с.

45. Харитонов Є.О. Цивільне право України. Підручник / Є.О. Харитонов, Н.О. Саніахметова. Київ. «Істина», 2005. 776 с.

46. Безсмертна Н. Договір страхування в системі цивільно-правових договорів. *Право України*. 2004. № 3. С. 34-38.

47. Топоркова М.М. Типовий договір і договір приєднання як форма регулювання постачання тепловою енергією. *Форум права*. 2012. № 2. С. 709-713.

48. Яворська О.С. Договори приєднання: проблеми правового регулювання. *Підприємництво, господарство і право*. 2009. № 10. С. 93-95.

49. Науково-практичний коментар Цивільного кодексу України: у 2 т. 4-те вид., перероб. і допов. / за ред. О.В. Дзери (кер. авт. кол.), Н.С. Кузнецової, В.В. Луця. Київ. Юрінком Інтер, 2010. Т. II. 1056 с.

50. Регулирование договора страхования в рамках права Европейского Союза. *Страховое право*. 1996. № 2. С. 46-49.

51. Банасевич І.І. Теоретико-правові підходи до розмежування споживчого та публічного договорів. Актуальні проблеми вдосконалення чинного законодавства України. Збірник наукових статей. Випуск 43. Івано-Франківськ: Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника, 2017. С.67-75.

52. Дрішлюк В.І. До питання про ознаки публічного договору. *Університетські наукові записки*. 2007. № 1 (21). С. 114-116.

53. Волинець Т.В. Цивільно-правові засоби здійснення права на медичну допомогу: автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03. Львів, 2008. 15 с.

54. Науково-практичний коментар до Цивільного кодексу України / за заг. ред. д.ю.н. Е.О. Харитонова. 4-е вид, доп. і перер. Харків. Одіссей, 2008. 1200 с.
55. Красавчиков О.А. Гражданско-правовой договор: понятие, содержание и функции. Гражданско-правовой договор и его функции: межвуз. сб. науч. тр. Свердловск, 1980. 143 с.
56. Харитонов Є.О., Старцев О.В. Цивільне право України: підручник. Вид. 2-е, перероб. і доп. Київ. Істина, 2007. 816 с.
57. Цивільне право України: в 2-х томах, підручник / за ред. д-ра юрид. наук, проф. Є.О. Харитонова; канд. юрид. наук Н.Ю. Голубєвої. Вид. друге. Харків. Одіссей, 2010. Т. 2. 872 с.
58. Луць А.В. Свобода договору в цивільному праві України: автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03. Львів, 2001. 18 с.
59. Бабіч І. Проблема визначення поняття «предмет договору» у цивільному праві та цивільному законодавстві України. *Підприємництво, господарство і право*. 2005. № 12. С. 29-32.
60. Гавзе Ф.И. Обязательственное право (общие положения). Минск: Изд-во БГУ им. В.И. Ленина. 1968. 126 с.
61. Брагинский М.И. Общее учение о хозяйственных договорах. Минск: Наука и техника, 1967. 260 с.
62. Витрянский В.В. Существенные условия договора в отечественной цивилистике и правоприменительной практике. *Вестник ВАС РФ*. 2002. № 6. С. 75-83.
63. Кульчій О.О. Проблеми визначення предмета договору страхування цивільно-правової відповідальності автовласників. *Держава і право*. 2011. № 51. С. 403-408.
64. Міловська Н.В. Предмет як істотна умова договорів страхування. *Приватне право і підприємництво. Збірник наукових праць*. Вип. 13. 2014. С. 119-122.

65. Янишен В.П. Поняття та ознаки страхових правовідносин в Україні: автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03. Харків, 1997. 18 с
66. Харитонов Є.О., Харитонova О.І., Старцев О.В. Цивільне право України: підручник. Київ: Істина, 2011. URL: <http://westudents.com.ua/knigi/479-tsvivlnpravoukrani-haritonov-o.html>.
67. Телестакова А.А. Правове регулювання відносин з надання послуг. Навч. посіб. Київ. Центр учбової літератури, 2010. 160 с.
68. Мічурін Є.О. Правочини з житлом: науково-практичний посібник / видання третє, перероблене та доповнене. Харків: Юрsvіт, 2007. 536 с.
69. Галушак С.В. Сучасні ділові папери: навч. посіб. для вищ. та серед. спец. навч. закл. / С.В. Глушак, О.В. Дияк, С.В. Шевчук. 4-те вид., переробл. і допов. Київ. А.С.К., 2003. 400 с.
70. Зазуляк І.І. Істотні умови договору: теоретичний аспект: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03. Харків, 2009. 172 с.
71. Цивільне право України: підручник: у 2-х т. / Борисова В.І. (кер. авт. кол.), Баранова Л.М., Жилінкова І.В. та ін.; за заг. ред. В.І. Борисової, І.В. Спасибо-Фатєєвої, В.Л. Яроцького. Київ. Юрінком Інтер, 2007. Т. 2. 639 с.
72. Правила добровільного страхування медичних витрат. Українська страхова група. Київ. 2005. 8 с. Зареєстровано Державною Комісією з регулювання ринків фінансових послуг України за №2150770 від 26.08.2005. URL: <https://ukringroup.ua/ua/help/policies>.
73. Козинov А.Е. Существенные условия договора страхования гражданской ответственности по российскому законодательству: автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03. Москва. 2011. 25 с.
74. Міловська Н.В. Теоретичні засади цивільно-правового регулювання договірних відносин зі страхування: автореф. дис. ... док. юрид. наук: 12.00.03. Київ, 2019. 36 с.

75. Внукова Н.М., Кузьминчук Н.В. Соціальне страхування: Кредитно-модульний курс: навч посіб. Київ. Центр учбової літератури, 2009. 412 с.
76. Пунда О.О., Арзянцева Д.А. Медичне страхування в Україні: правові та організаційні засади. *Університетські наукові записки*. 2009. № 1 (29). С. 95-100.
77. Телестакова А.А. Система договорів про надання послуг в цивільному праві України: автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03. Київ. 2008. 25 с.
78. Зеліско А.В. Підприємницькі юридичні особи приватного права як суб'єкти цивільних правовідносин: монографія. Івано-Франківськ: Прикарпат. нац. ун-т ім. Василя Стефаника, 2016. 445 с.
79. Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг: Закон України від 12.07.2001 р. № 2664-III. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2664-14#Text>.
80. Борисова В. Інститут юридичної особи у праві України. *Право України*. 2010. № 12. С. 25-31.
81. Цивільне право України: підручник: у 2-х т. / За заг. ред. В.І. Борисової, І.В. Спасибо-Фатєєвої, В.Л. Яроцького. Київ. Юрінком Інтер, 2004. Т. 1. 656 с.
82. Надьон В.В. Суб'єктивний обов'язок як елемент змісту цивільних правовідносин: монографія. Харків: Право, 2017. 391 с.
83. Про ліцензування видів господарської діяльності: Закон України від 02.03.2015 р. № 222-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/222-19#Text>.
84. Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з надання фінансових послуг (крім професійної діяльності на ринку цінних паперів): Постанова Кабінету Міністрів України від 07.12.2016 р. № 913. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/913-2016-%D0%BF#Text>.

85. Положення про особливості забезпечення правонаступництва за укладеними договорами страхування у разі реорганізації страховиків: затв. розпорядженням Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг України від 04.06.2004 р. № 913. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0776-04#top>.

86. Петечел Н.М. Правове регулювання договору медичного страхування. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03. Івано-Франківськ, 2021. 222 с.

87. Договірне право України. Особлива частина: навч. посіб. / Т.В. Боднар, О.В. Дзера, Н.С. Кузнєцова та ін.; за ред. О.В. Дзери. Київ: Юрінком Інтер, 2009. 1200 с.

88. Міловська Н.В. Суб'єктний склад договірних зобов'язань зі страхування. Науковий вісник Херсонського державного університету. 2017. Вип. 2. Т. 1. С. 88-91.

89. Страхування: підручник / Керівник авт. колективу і наук. ред. С.С. Осадець. Вид. 2-ге, перероб. і доп. Київ: КНЕУ, 2002. 599 с.

90. Канзафарова І.С. Теорія цивільно-правової відповідальності: монографія. Одеса: Астропринт, 2006. 264 с.

91. Майданик Р.А. Цивільно-правова відповідальність. Юридична відповідальність: проблеми виключення та звільнення / колектив авторів, відп. ред. Ю.В. Баулін. Донецьк: ПП «ВД «Кальміус», 2013. С. 86-87.

92. Чмихов Ю.А. Цивільно-правове регулювання договору про надання ріелторських послуг: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03. Івано-Франківськ, 2017. 178 с.

93. Боднар Т.В. Теоретичні проблеми виконання договірних зобов'язань (цивільно-правовий аспект): дис. ... док. юрид. наук: 12.00.03. Київ, 2005. 442 с.

94. Примак В.Д. Цивільно-правова відповідальність юридичних осіб: автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03. Київ, 2005. 16 с.

95. Науково-практичний коментар Цивільного кодексу України: у 2 т. 4-те вид., перероб. і допов. / за ред. О.В. Дзери (кер. авт. кол.), Н.С. Кузнецової, В.В. Луця. Київ. Юрінком Інтер, 2010. Т. II. 1056 с.

96. Васильєва В.А. Правове регулювання відносин за договором консигнації: дис. ... канд. юрид. наук. 12.00.03. Івано-Франківськ, 2000. 202 с.

97. Верховець А.А. Цивільно-правова відповідальність за порушення договору: автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03. Київ, 2010. 16 с.

98. Боднар Т.В. Загальні засади виконання цивільно-правових зобов'язань. *Вісник господарського судочинства*. 2005. № 4. С. 169-174.

99. Рішення Святошинського районного суду м. Києва від 26 січня 2016 р. у справі про здійснення страхової виплати за договором добровільного медичного страхування. URL: <http://reyestr.court.gov.ua/Review/55763537>.

100. Рішення Апеляційного суду Львівської області від 17.05.2016 р. у справі про стягнення зі страхової компанії витрат, пов'язаних із наданням медичної допомоги за договором медичного страхування. URL: <http://reyestr.court.gov.ua/Review/51609975#>.

101. Рішення Шевченківського районного суду м. Львова від 9.10.2013 р. у справі про стягнення страхової виплати за договором медичного страхування. URL: <http://reyestr.court.gov.ua/Review/34089490>.

102. Гриняк А.Б. Теоретичні засади правового регулювання підрядних зобов'язань у цивільному праві України: монографія. Київ. НДІ приватного прав і підприємництва НАПрН України, 2013. 374 с.

103. Примак В.Д. Особливості відшкодування моральної шкоди як заходу цивільно-правової відповідальності. *Часопис Київського університету права*. 2013. № 3. С. 175-179.

104. Про захист прав споживачів: Закон України від 12.05.1991 р. № 1023-ХІІ. Дата оновлення: 01.08.2021 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1023-12#Text>.

105. Коваль О.А., Ночвай О.І. Проблеми та перспективи впровадження медичного страхування в Україні. *Ефективна економіка*. № 4, 2014. URL: <http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=2905>.

106. Федорович І.М. Проблеми та перспективи розвитку медичного страхування в Україні. Економіка та сучасний менеджмент: теоретичні підходи та практичні аспекти розвитку: збірник тез наукових робіт учасників Всеукраїнської науково-практичної конференції (м. Одеса, 10-11 лютого 2017 р.) / ГО «Центр економічних досліджень та розвитку». Одеса. ЦЕДР, 2017. С. 101-105.

107. Ніколаєнко С.М. Основні тенденції розвитку ринку медичного страхування в Україні. *Бізнес Інформ*. 2013. № 1. С. 281-287.

108. National Health Insurance Act No. 192 of December 27, 1958. URL: <http://www.japaneselawtranslation.go.jp/law/detail/?re=02&dn=1&x=0&y=0&co=1&ia=03&ja=04&yo=&gn=&sy=&ht=&no=&bu=&ta=&ky=constitution&page=22>.

109. Japan Health System Review. Health Systems in Transition Vol. 8 No. 1 2018. URL: https://apps.searo.who.int/PDS_DOCS/B5390.pdf.

110. Characteristics of Japan's social security system Ministry of Health, Labour and Welfare. URL: https://www.mhlw.go.jp/english/social_security/dl/social_security6-a.pdf.

111. About medical insurance in Japan Ministry of Health, Labour and Welfare. URL: https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoku/iryokuhoken/iryokuhoken01/index.html

112. The U.S. Department of Health & Human Services: Health Care. URL: <https://www.hhs.gov/healthcare/index.html>.

113. Protection from high medical costs. URL: <https://www.healthcare.gov/why-coverage-is-important/protection-from-high-medical-costs/>.

114. The Official U.S. Government Site for Medicare URL: <https://www.medicare.gov/>.

115. Medicaid - basic Health Program/ URL: <https://www.medicaid.gov/>.
116. Australian Government Department of Health. The Australian health system. URL: <https://www.health.gov.au/about-us/the-australian-health-system>.
117. Das Wichtigste in Kürze Bundesamt für Gesundheit BAG. Krankenversicherung. URL: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-das-wichtigste-in-kuerze.htm>.
118. Rijksoverheid. Zorgverzekering. URL: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering>.
119. Rijksoverheid. Hoe is de zorgverzekering in Nederland geregeld? URL: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/zorgverzekeringstelsel-in-nederland>.
120. .Nederlandse Zorgautoriteit. Monitor Zorgverzekeringen 2019. URL: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_289640_22/1/.