

ности по ценной бумаге, состоит из двух взаимосвязанных и в то же время относительно самостоятельных правовых актов – ее составления и выдачи первому приобретателю. Первый из этих актов подлежит рассмотрению как односторонняя сделка, второй – как договор.

3. Юридически значимые действия по составлению ценной бумаги обладают существенным юридическим своеобразием, что позволяет сравнивать их с иными гражданско-правовыми сделками и договорами, выделяя как их сходство, так и различие.

Список литературы: 1. Брагинский М.И., Витрянский В.В. Договорное право: Общие положения. – М.: Статут, 1998. – 682 с.

Надійшла до редакції 02.03.2001 р.

УДК 368

В.П. Янишен, канд. юрид. наук, доцент
Национальная юридическая академия Украины
имени Ярослава Мудрого, г. Харьков

МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В СИСТЕМЕ ЛИЧНОГО СТРАХОВАНИЯ

Страхование как вид гражданско-правовых отношений в соответствии с ст. 4 Закона Украины “О страховании” [3; 1996. - №18. – Ст.78] подразделяется на имущественное, личное страхование и страхование ответственности. В свою очередь, личное страхование в зависимости от круга страховых случаев подразделяется на четыре подотрасли: страхование жизни (в узком смысле), страхование от несчастных случаев, страхование здоровья на случай болезни и медицинское страхование (непрерывное страхование здоровья).

Согласно ст.49 Конституции Украины каждый имеет право на медицинское страхование. Обеспечение создания и функционирования системы этого вида страхования населения возложено на государство [3; 1993. - №4. Ст.19]. Медицинское страхование представляет собой совокупность видов страхования, предусматривающих обязанности страховщика по осуществлению страховых выплат

в размере частичной или полной компенсации дополнительных расходов застрахованного, вызванного его обращением в медицинское учреждение за медицинскими услугами, включенными в программу медицинского страхования. В нем интересы застрахованного выражаются в потребности восстановления здоровья, иначе говоря, в потребности лечения в случае потери здоровья. Объектом страховой охраны при таком страховании является здоровье граждан. В условиях медицинского страхования возникает “треугольник” взаимоотношений в системе: потребитель, обращающийся за медицинской помощью к учреждениям, предоставляющим эту помощь, приобретает услугу, счет за которую последние направляют платежной стороне – страховой организации; плательщики, контролируя счета и сопоставляя их с количеством и качеством “проданных” услуг, завершают платежный цикл [8, с.5].

Таким образом, в отличие от других видов страхования, в медицинском страховании имеет место увеличение состава участников правоотношений, в качестве которых выступают:

- страхователи – физические или юридические лица, заключившие договор медицинского страхования со страховой организацией;

- застрахованные (физические лица), нуждающиеся в предоставлении медицинских услуг;

- страховые организации (страховщики), созданные в соответствии с страховым законодательством Украины и получившие лицензию на проведение медицинского страхования;

- медицинские учреждения всех форм собственности (с учетом организационно-правовых), а также граждане – субъекты предпринимательской деятельности, оказывающие медицинские услуги в соответствии с действующим законодательством.

Медицинское страхование может проводиться в обязательной и добровольной форме. Обязательное медицинское страхование является коллективным. Оно обеспечивает определенную надежность и регулярность поступления денежных средств, создавая тем самым возможность планирования медицинской помощи, в том числе меры профилактики. При коллективном страховании в качестве страхователя выступают либо предприятия, организации и уч-

реждения (работодатели), которые заключают договор со страховой организацией на предмет страхования своих работников (членов семей работников, пенсионеров и т.д.), либо органы государственной власти и управления для неработающих граждан (по такой модели построено обязательное медицинское страхование в России). Добровольное страхование может быть как коллективным, так и индивидуальным. При индивидуальном страховании страхователями выступают граждане, которые заключают договор со страховой организацией по поводу страхования своего здоровья или здоровья другого лица (родственника и т.д.) за счет собственных средств.

Медицинское страхование является своеобразной (особенной) подотраслью (видом) личного страхования. Принцип построения страховых платежей при обязательном медицинском страховании отличается от общих правил страхования. В страховании по общему правилу размер страхового взноса напрямую связан с величиной страхового риска: чем выше риск наступления страхового случая, тем больше размер страхового взноса, что однозначно неприемлемо при обязательном медицинском страховании, в котором страховой риск и размер страхового взноса находятся в обратнопропорциональной зависимости в силу специфики контингента застрахованных. Риск наступления страхового случая (заболевания) у людей с небольшими доходами и престарелых значительно выше, чем у молодых и работающих граждан. Поэтому построение тарифов при обязательном медицинском страховании основано на ином принципе, в основу которого положены реальные доходы граждан, а не страховой риск как таковой. Данный критерий приближает обязательное медицинское страхование к системе социального страхования, которое не является предметом гражданско-правового регулирования. Однако в системе обязательного медицинского страхования, в отличие от социального страхования, существует замкнутая раскладка "расходов", предназначенных для нескольких среди всех страхователей (застрахованных), в которой объединяется все население страны — как работающее так и неработающее. Причем, граждане не являются плательщиками страховых взносов в системе обязательного медицинского страхования. Они выступают только в качестве застрахованных лиц. Таким образом,

медицинское страхование в полной мере соответствует сущности страхования вообще.

Добровольное медицинское страхование предназначено для финансирования оказания медицинской помощи сверх социально гарантированного объема, определяемого обязательными страховыми программами. Программы добровольного медицинского страхования охватывают мероприятия, расширяющие возможности и улучшающие условия оказания профилактической, лечебно-диагностической и реабилитационной помощи.

Отношения между участниками медицинского страхования строятся на договорной основе. В системе медицинского страхования используются два типа договоров: а) договор медицинского (обязательного и добровольного) страхования, заключаемый между страхователем и страховой организацией; б) договор на предоставление медицинских услуг (лечебно-профилактической помощи) в системе медицинского страхования, заключаемый между страховой организацией и медицинским учреждением.

Объем программ предоставления медицинских услуг, возможность выбора условий получения медицинской помощи и другие условия страхования регламентируются договором медицинского страхования, по которому одна сторона (страхователь) обязуется уплатить оговоренные страховые взносы в установленный соглашением срок, а другая (страховая организация) – организовать предоставление застрахованному лицу (лицам) медицинские услуги определенного объема и качества или других услуг по программам обязательного и добровольного медицинского страхования.

Договор медицинского страхования (непрерывного страхования здоровья) заключается на срок не менее трех лет. Его объектом является уплата страхователем страховых взносов и предоставление страховой организацией застрахованным лицам медицинских услуг.

Особенность договора медицинского страхования заключается в способе организации страхового возмещения. Так, если в договоре страхования страховое возмещение осуществляется страховщиком, то в договоре медицинского страхования его роль ограничивается лишь организацией предоставления такого возмещения.

а непосредственное возмещение осуществляет медицинское учреждение (врач) в виде предоставления медицинских услуг [4, с.12]. Вместе с тем следует учитывать то обстоятельство, что в договоре медицинского страхования участвуют две стороны – страховщик и страхователь, которые принимают на себя определенные взаимные обязанности, причем страховая организация принимает на себя обязанности не возмещать (оплачивать) затраты за оказанные медицинские услуги, а организовать предоставление застрахованным медицинских и иных услуг определенного объема и качества. Таким образом, можно утверждать, что имеет место страховая выплата в натуральной форме – в виде предоставленных застрахованному услуг, несмотря на то, что страховая организация непосредственно не осуществляет медицинскую деятельность. Такое положение позволяет считать страховую организацию ответственной перед застрахованным за объем, сроки и качество предоставляемых медицинских услуг, которая не только финансирует деятельность учреждений здравоохранения, но и выступает в качестве стороны, опосредствующей отношения “покупателя и продавца” медицинских услуг, и, пользуясь своим суверенным положением, контролирует экономическое поведение каждого из контрагентов, балансирует их интересы.

Страховым риском является заболевание застрахованного лица, связанное с необходимостью обращения за оказанием медицинской помощи в рамках программ медицинского страхования.

В Законе РФ “О медицинском страховании граждан в Российской Федерации” [5] приводится понятие страхового риска только для добровольного медицинского страхования. В соответствии со ст.3 указанного закона страховой риск связан с затратами на оказание медицинской помощи при возникновении страхового случая. Это определяется тем, что, к примеру, оказание профилактических услуг застрахованному крайне затруднительно обусловить реализацией какого-либо риска предполагаемого события, обладающего признаками вероятности и случайности наступления. В сфере обязательного медицинского страхования застрахованные лица обращаются в медицинские учреждения в основном по двум причинам – для оказания медицинских услуг при заболевании или же в целью

профилактического осмотра. Если заболевание застрахованного подчиняется условиям случайности и вероятности, то оказание услуг по профилактике населения не отвечает этим требованиям, так как проводятся медицинскими учреждениями планомерно. Это в некоторой степени затрудняет определение страхового риска для обязательного медицинского страхования. Однако если рассматривать планомерные профилактические осмотры (и т.п.) в качестве превентивных мероприятий, направленных на укрепление здоровья населения, что вполне соответствует страховой практике, то станет ясно, что приведенное нами понятие страхового риска удовлетворяет требованиям закона как при добровольном, так и при обязательном медицинском страховании.

Страховым случаем является обращение застрахованного в медицинское учреждение с целью получения медицинской помощи согласно программам медицинского страхования. Основания обращения за предоставлением медицинской помощи могут быть различные – болезнь, несчастный случай и т.п., которые не обязательно связаны с потерей трудоспособности.

Объем, качество и условия предоставления медицинских и иных услуг, а также их перечень устанавливается типовыми программами обязательного и планами добровольного медицинского страхования, утвержденными Министерством здравоохранения [6]. Типовая программа обязательного медицинского страхования должна содержать подробный перечень контингентов населения, заболеваний, профилактических, лечебно-диагностических мероприятий. На основе таких могут разрабатываться территориальные (региональные) программы, отражающие особенности отдельных регионов страны.

Договор медицинского страхования является договором в пользу третьего лица (застрахованного). Его действие может быть досрочно прекращено по требованию страховщика только в случае неисполнения страхователем своих обязанностей по этому договору. Условия последнего не могут предусматривать обязанность страховщика по выплате страховой суммы (ее части) или возврата уплаченных страховых платежей (их частей) по окончании срока действия договора, что отвечает рисковому характеру данного вида

страхования.

По договору на предоставление медицинских услуг одна сторона (медицинское учреждение) обязуется оказывать застрахованному лицу (лицам) медицинские услуги определенного объема и качества в конкретные сроки в рамках программ обязательного медицинского страхования, а другая (страховая организация) – оплатить оказанные услуги.

Объектом договора на предоставление медицинских услуг является предоставление медицинским учреждением застрахованным лицам медицинских услуг (медицинской помощи) определенного объема и качества в конкретные сроки в рамках программ обязательного и планов добровольного медицинского страхования, а также оплата страховой организацией предоставленных услуг (оказанной помощи).

Так же, как и в договоре медицинского страхования, застрахованное лицо, не являясь стороной договора, становится участником обязательства, возникающего из договора на предоставление медицинских услуг, так как имеет самостоятельное право требования на предоставление ему медицинских услуг соответствующего качества, объема и в установленные сроки. Таким образом, договор на предоставление медицинских услуг, подобно договору медицинского страхования (как разновидности договора страхования), является договором в пользу третьего лица.

Права и обязанности по договору на предоставление медицинских услуг возникают с момента достижения сторонами соглашения по всем существенным условиям. В литературе высказано мнение об объединении договора медицинского страхования и договора на предоставление медицинских услуг в едином самостоятельном гражданско-правовом договоре медицинского страхования, или более точно “медицинско-страховых услуг”, в котором страхование и медицинские услуги выступают “на равных” [4, с.16, 17]. Договор медицинско-страховых услуг определяется как соглашение между страхователем, страховщиком и медицинским учреждением на право получения установленного комплекса медицинских (профилактических) услуг за счет внесенных страховых платежей. Однако с таким подходом согласиться нельзя. По договору медицин-

ского страхования страховщик обязуется организовать предоставление медицинских услуг застрахованному лицу с участием в программе обязательного либо добровольного медицинского страхования различных медико-профилактических учреждений. При этом страховщику, страхователю и застрахованному лицу предоставляется право выбора медицинского учреждения и врача. Конкретный перечень медицинских услуг (медицинской помощи), их качество и сроки предоставления определяются уже иным (самостоятельным) соглашением между страховой организацией и отдельным медицинским учреждением. Количество таких соглашений может быть различным, что позволяет страховой организации предложить страхователю (застрахованному лицу) самый разнообразный по его желанию комплекс медицинских услуг.

Несмотря на важность медицинского страхования, оно не получило в Украине необходимого нормативного закрепления. Помимо указания в ст.6 Закона "О страховании" на обязательность медицинского страхования, данная норма развития (за некоторым исключением) не получила. Законодательство Украины предусматривает проведение медицинского страхования в обязательной форме ряда категорий граждан. Так, подлежат обязательному медицинскому страхованию лица, осуществляющие свою трудовую деятельность на основании трудового договора (контракта, соглашения) с предпринимателем за счет последнего [2; 1991. - №14. - ст.168]. Трудовой коллектив предприятия с участием собственника или уполномоченного им органа определяет гарантии обязательного медицинского страхования членов трудового коллектива и их семей согласно законодательным актам Украины, устава предприятия и коллективного договора [2; 1991. - №24. - ст.272]. За счет средств субъектов туристической деятельности обязательному медицинскому страхованию подлежат туристы, а также лица, их сопровождающие. При выезде за пределы Украины в связи с туристической деятельностью страхование должно обеспечить покрытие всех возможных расходов, необходимых в той или другой стране в случае необходимости предоставления медицинской помощи [3; 1995. - №31. - Ст.241].

При рассмотрении данного вида страхования необходимо

обратить внимание на разъяснение Укрстрахнадзора об основных квалификационных признаках медицинского страхования [7, с.159, 160]. Так, согласно указанному разъяснению при наступлении страхового случая, которым является заболевание застрахованного лица, продолжающееся не менее двух недель, страховщик осуществляет последовательность страховых выплат (страховых аннуитетов) застрахованному лицу на протяжении периода заболевания в пределах срока и места действия договора страхования. Здесь, как представляется, имеет место смешивание медицинского страхования с другим – страхованием здоровья на случай болезни. Во-первых, при медицинском страховании имеет место обращение за медицинской помощью в лечебно-профилактическое учреждение, влекущее обязанность страховой организации оплатить предоставленные услуги. Если нет факта обращения за медицинской помощью, то нельзя говорить о медицинском страховании: это можно рассматривать как страхование здоровья. Во-вторых, если страховая организация производит страховые выплаты застрахованному (что в принципе может иметь место в некоторых случаях), то это страхование также не основано на принципах медицинского страхования.

Список литературы: 1. *Базилевич В.Д., Базилевич К.С.* Страхова справа. - К.: Знання, - 1997. – 216 с. 2. Відомості Верховної Ради УРСР. 3. Відомості Верховної Ради України. 4. *Каликова Г.А.* Проблеми громадянсько-правового регулювання медичного страхування і медичних послуг. - Автореф. дис... канд. юрид. наук: 12.00.03 / Киргиз. гос. ун-т. - Алма-Ата, 1992. – 22 с. 5. О медицинском страховании граждан в Российской Федерации: Закон РФ от 28 июня 1991г. //Закон. – 1995. - №7. - С.5-11. 6. Положения о Министерстве здравоохранения: Утв. пост. Кабинета Украины от 12 авг. 1992г. №469 // СП Украины. - 1992. - №9. - Ст.223. 7. Про основні класифікаційні ознаки страхування здоров'я на випадок хвороби, медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) та страхування життя: роз'яснення відділу нагляду за здійсненням страхування життя Укрстрахнагляду // Бюл. законодавства і юрид. практики України. – 1997. - №4. 368 с. 8. *Семенов А.В., Чернов А.Ю.* Медицинское страхование. - М.: Финстатинформ, 1993. – 128с.

Надійшла до редакції 01.11.2000 р.