

ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ І. І. МЕЧНИКОВА
МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ І. І. МЕЧНИКОВА
МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

Кваліфікаційна наукова праця
на правах рукопису

ВАСИЛЕВСЬКА НАДІЯ СТАНІСЛАВІВНА

УДК 347.45/.47:614.2]:368(043.5)

ДИСЕРТАЦІЯ

**ЦИВІЛЬНО-ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ СТРАХОВИХ ВІДНОСИН У
СФЕРІ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ**

081 – Право

Подається на здобуття ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей,
результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело.

_____ Н. С. Василевська

Науковий керівник –
Вікторія Володимирівна Валах,
кандидат юридичних наук, доцент

Одеса – 2023

АНОТАЦІЯ

Василевська Н. С. Цивільно-правове регулювання страхових відносин у сфері надання медичних послуг. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії з галузі знань 08 «Право» спеціальності 081 «Право» – Одеський національний університет імені І. І. Мечникова, Одеса, 2023.

Дисертація присвячена дослідженню та розробці теоретичних положень, які відображають особливості цивільно-правового регулювання страхових відносин у сфері надання медичних послуг, а також формуванню висновків та пропозицій з удосконалення цивільно-правового регулювання страхових відносин у сфері надання медичних послуг.

В роботі проаналізовано історію становлення субінституту медичного страхування з метою визначення закономірностей його розвитку, особливостей правового регулювання та шляхів подальшого вдосконалення.

На підставі дослідження норм чинного Цивільного кодексу України, Законів України «Про страхування», «Основи законодавства України про охорону здоров'я» та перспективного законодавства, а також, ґрунтуючись на наукових працях вчених, проведено аналіз основних понять і розкрито юридичну природу страхових правовідносин у сфері надання медичних послуг.

З'ясовано, що медична послуга є відмінною від медичної допомоги та медичного обслуговування та являє собою певну діяльність, яка є не віддільною від надавача, має нематеріальний результат та споживається у процесі виконання. Для медичної послуги характерні загальні ознаки послуг, як об'єктів цивільних прав, і особливі.

Обґрунтовано висновок, що механізм цивільно-правового регулювання страхових відносин у сфері надання медичних послуг – це система цивільно-правових засобів, способів і форм, за допомогою яких здійснюється взаємопов'язане регулювання тих чи інших сфер страхової діяльності, пов'язаних з наданням медичних послуг. Зокрема, до стадій цивільно-правового регулювання

медичної страхової діяльності віднесено: формування правової (юридичної) бази страхової діяльності у сфері медичного права; формування медичних страхових правовідносин; формування та нормативне закріплення основних понять, які властиві та характеризують страхову діяльність у медичній сфері та умови їх використання на практиці. Виокремлено та охарактеризовано функції медичного страхування (ризикова, компенсаційна, функція перерозподілу соціального та національного доходу).

Визначено медичне страхування як вид особистого страхування, який передбачає обов'язок страховика щодо застрахованої особи в здійсненні страхових виплат (страхове забезпечення) у частковому або повному розмірі задля компенсації тих додаткових витрат, які викликані зверненням застрахованої особи до медичного закладу для отримання медичної послуги внаслідок настання страхового випадку.

З'ясовано правову природу обов'язкового та добровільного медичного страхування як форм страхування. Аргументовано, що субінституту обов'язкового медичного страхування властива складна правова природа, оскільки він поєднує в собі елементи як публічно-правового, так і приватно-правового регулювання. Виокремлено поняття «загальнообов'язкове державне медичне страхування», яке відноситься до соціального виду страхування та забезпечується виключно нормами права соціального забезпечення.

Обґрунтовано висновок, що договір про надання та оплату медичних послуг з обов'язкового медичного страхування це договір, за яким заклади охорони здоров'я зобов'язуються надавати медичну допомогу застрахованій особі у порядку, обсягах та на умовах, передбачених чинним спеціальним законодавством за відповідним договором, а страхова організація зобов'язується оплатити медичні послуги, надані відповідно до умов договору обов'язкового медичного страхування.

Доведено, що договору добровільного медичного страхування притаманні як загальні ознаки договору страхування, так і особливі, які визначаються його цільовою спрямованістю.

Визначено договір добровільного медичного страхування як договір, за яким одна сторона (страховик) зобов'язується за обумовлену договором плату (страхову премію), що в обов'язковому порядку сплачується іншою стороною (страхувальником), організувати та фінансувати одноразово або періодично обумовлену договором суму (страхову суму) за надані медичні та інші послуги, що надаються фізичним особам відповідно до узгодженої страхової програми, яка становить невід'ємну частину цього договору.

З'ясовано, що договір добровільного медичного страхування є взаємним, відплатним, цілеспрямованим, відноситься до ризикових (алеаторних) договорів, реальним, умовним, каузальним, строковим та може бути укладений на користь третьої особи. Договір добровільного медичного страхування характеризується особливим суб'єктним складом.

Запропоноване авторське визначення предмету договору добровільного медичного страхування. Досліджено особливі ознаки договору добровільного медичного страхування.

Виокремлено характерні ознаки договору страхування професійної відповідальності медичного працівника. Надано визначення поняттям «медична помилка» та «обґрунтований медичний ризик», з'ясовано їх особливості.

Визначено особливості страхування відповідальності закладів охорони здоров'я та страхування відповідальності медичних працівників як окремих форм страхування професійної відповідальності у медичній сфері. Доведено необхідність відшкодування шкоди, завданої здоров'ю за правилами деліктної відповідальності.

З метою вдосконалення правового регулювання відносин щодо медичного страхування запропоновано зміни до законодавства України.

Ключові слова: правове регулювання, механізм цивільно-правового регулювання, послуга, медична послуга, ознаки послуги, медична допомога, страхування, медичне страхування, договір, договір добровільного медичного страхування, медична помилка, відповідальність, страхування професійної відповідальності медичних працівників, охорона здоров'я, реформа.

ABSTRACT

Vasylevska N. S. Civil-Law Regulation of Insurance Relations in the Sphere of Medical Services Provision. – Qualifying scientific work in the form of a manuscript.

This dissertation is submitted for the attainment of the Doctor of Philosophy degree in the field of knowledge 08 "Law", speciality 081 "Law" - at Odesa I. I. Mechnikov National University, Odesa, 2023.

The dissertation is dedicated to exploring and developing theoretical principles that reflect the peculiarities of civil-law regulation of insurance relations in the field of medical services provision, as well as to forming conclusions and suggestions for improving the civil-law regulation of insurance relations in this sphere.

The work analyzes the history of the formation of the sub-institute of medical insurance with the aim of determining the regularities of its development, the peculiarities of legal regulation, and ways of further improvement.

Based on the study of the norms of the current Civil Code of Ukraine, the Laws of Ukraine "On Insurance", "Fundamentals of the Legislation of Ukraine on Healthcare", and prospective legislation, and grounded on the scientific works of scholars, an analysis of the main concepts is conducted. The legal nature of insurance legal relations in the field of medical services provision is revealed.

It was clarified that medical service is distinct from medical aid and medical care and represents a certain activity, which is inseparable from the provider, has an intangible result and is consumed in the process of execution. Medical service is characterized by general features of services as objects of civil rights and special ones.

The conclusion is substantiated that the mechanism of civil-law regulation of insurance relations in the field of medical services provision is a system of civil-law means, methods, and forms, through which the interrelated regulation of various spheres of insurance activity related to medical services provision is carried out. Specifically, the stages of civil-law regulation of medical insurance activity include the formation of a legal (juridical) basis for insurance activity in the field of medical law; the formation of medical insurance legal relations; and the formation and normative consolidation of the main concepts inherent in and characterizing insurance activity in the medical field, as

well as the conditions for their practical implementation. The functions of medical insurance (risk, compensatory, and the function of redistributing social and national income) have been identified and characterized.

Medical insurance is defined as a type of personal insurance, which implies the insurer's obligation to the insured person to make insurance payments (insurance coverage) in full or in part to compensate for those additional expenses caused by the insured person's recourse to a medical institution for medical services as a result of an insured event.

The legal nature of both compulsory and voluntary medical insurance as forms of insurance has been clarified. It is argued that the sub-institute of compulsory medical insurance has a complex legal nature, as it combines elements of both public-law and private-law regulation. The concept of "universal compulsory state medical insurance," which pertains to the social type of insurance and is governed exclusively by the norms of social security law, has been distinguished.

The conclusion is substantiated that a contract for the provision and payment of medical services under compulsory medical insurance is an agreement under which healthcare institutions undertake to provide medical assistance to the insured person in the manner, scope, and terms provided by the current special legislation under the relevant contract, and the insurance organization undertakes to pay for the medical services provided under the terms of the compulsory medical insurance contract.

It has been demonstrated that a voluntary medical insurance contract possesses both the general characteristics of an insurance contract and specific features determined by its targeted orientation.

A voluntary medical insurance contract is defined as an agreement where one party (the insurer) commits, for a stipulated premium paid mandatorily by the other party (the policyholder), to organize and finance, either once or periodically, the agreed sum (insurance amount) for medical and other services provided to individuals under an agreed-upon insurance program, which forms an integral part of this contract.

It has been clarified that a voluntary medical insurance contract is mutual, compensatory, purposeful, belongs to risk (aleatory) contracts, is real, conditional, causal,

term-specific, and can be concluded in favour of a third party. The voluntary medical insurance contract is characterized by a particular composition of subjects.

An original definition of the subject of the voluntary medical insurance contract has been proposed, and the essential conditions of such a contract have been analyzed. The specific features of the voluntary medical insurance contract have been investigated.

Distinctive features of the insurance contract for the professional liability of medical workers have been identified. The peculiarities and definitions of the concepts "medical error" and "justified medical risk" have been clarified.

The characteristic features of insurance for the liability of healthcare institutions and insurance for the liability of medical workers as separate forms of professional liability insurance in the medical field have been determined. The necessity of compensating for harm caused to health under the rules of tort liability has been proven.

Intending to improve the legal regulation of relations regarding medical insurance, changes to the legislation of Ukraine have been proposed.

Key words: legal regulation, mechanism of civil-law regulation, service, medical service, characteristics of service, medical assistance, insurance, medical insurance, contract, voluntary medical insurance contract, medical error, liability, insurance of professional liability of medical workers, healthcare, reform.

Публікації, в яких опубліковані основні результати дисертації:

Наукові фахові виданнях України:

1. Василевська Н. С. Специфіка категоріального апарату страхування відповідальності медичних працівників. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*. Серія Право. 2023 Вип 78. част 1. Ужгород. С. 152-158
2. Василевська Н. С., Труба В.І. Доступність ліків як результат механізмів реімбурсації та медичного страхування – питання для дискусії. *Правова держава*. 2023 Вип. 51. Одеса: Фенікс. С. 107-115.

3. Василевська Н. С. Медичне страхування під час воєнного стану в Україні: практичний нарис. *Правова держава*. 2023 Вип. 50. Одеса: Фенікс. С. 86-91
4. Василевська Н. С. Сучасний стан правового регулювання окремих видів обов'язкового страхування у сфері охорони здоров'я. *Вісник Одеського національного університету. Правознавство* / ред. колегія журналу: І. М. Коваль (головний редактор) та ін. 2017. Т. 22. Вип. 2 (31). С. 36-47
5. Василевська Н. С. Особливості об'єкта договору добровільного медичного страхування. *Правова держава*. 2017 Вип. 27. Одеса: Фенікс. С. 86-91

Наукові публікації у виданнях, що індексуються у наукометричних базах:

6. Nadia S. Vasilevskaaya, Olena V. Bailo Medical insurance as a direction of reforming the health system in Ukrain. *Wiadomosci Lekarskie*. 2019. tom LXXII, pp. 897-903. (Scopus)

Публікації в інших виданнях:

7. Василевська Н. / Vasylevska N. Медицинские услуги как особый вид услуг / Economic and Law Paradigm of Modern Society. *Scientific Journal by Open Europe*. Словаччина. 2020. Issue 1-2020, pp. 46-55 (міжнародний журнал).

Публікації, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:

Тези в збірниках матеріалів наукових конференцій:

8. Василевська Н. С. Суб'єкти медичного страхування. Всеукраїнська науково-практична конференція, присвячена пам'яті Ю.С. Червоного (до 90-річчя від дня його народження) (15 грудня 2017 рік). Одеса: «Астропринт», 2017. С. 101-108.
9. Василевська Н. С. Проблема співвідношення понять «медична послуга» та «медична допомога». Сьомі юридичні диспути з актуальних проблем приватного права, присвяченій пам'яті Є. В. Васьковського: матеріали Міжнародної науково-практичної конференції (26 травня 2017 р.) / упоряд. і відповід. ред. І. С. Канзафарова. Одеса: Астропринт, 2017. С.287-291.

10. Василевська Н. С. Можливості запозичення ідей системи охорони здоров'я Великобританії у процесі реформування системи охорони здоров'я в Україні. *Wiadomosci Lekarskie* 2018, tom LXXI. 2018. p.789.
11. Василевська Н. С. Заклади охорони здоров'я як надавачі медичних послуг. Восьмі юридичні диспути з актуальних проблем приватного права, присвячені пам'яті Є. В. Васьковського: матеріали Міжнародної науково-практичної конференції (18 травня 2018 р.) / упоряд. і відповід. ред. І. С. Канзафарова. Одеса: «Астропринт», 2018. С. 90-95.
12. Василевська Н. С. Медичні системи світу: правовий аспект. Дев'яті юридичні диспути з актуальних проблем приватного права, присвячені пам'яті Є. В. Васьковського: матеріали Міжнародної науково-практичної конференції (17 травня 2019 р.) / упоряд. і відповід. ред. І. С. Канзафарова. Одеса: «Астропринт», 2019. С. 318-323.
13. Василевська Н. С. Медична послуга в Україні – правовий вимір. Збірник матеріалів Міжнародної юридичної науково-практичної конференції «Генезис публічного та приватного права: європейський вимір» (06 березня 2019). Наукове видання «Актуальна юриспруденція». Київ «АртЕк», 2019. С. 52-55.
14. Труба В.І., Василевська Н.С. Право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування: виклики воєнного часу: матеріали Міжнародної наукової конференції «Конституція України в період війни та післявоєнного відновлення» (23.06.2023 р.) Київ, електроний збірник.

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....	11
ВСТУП.....	12
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ЦИВІЛЬНО-ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ У СФЕРІ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ.....	20
1.1 Генеза становлення та розвитку медичного страхування в Україні.....	20
1.2. Співвідношення понять «медична послуга» та «медична допомога».....	35
1.3. Механізм цивільно-правового регулювання медичного страхування.....	48
Розділ 2. ОСОБЛИВОСТІ ОКРЕМИХ ВИДІВ СТРАХОВИХ ПРАВОВІДНОСИН У СФЕРІ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ.....	66
2.1. Особливості правового регулювання обов'язкового медичного страхування.....	66
2.2. Цивільно-правова характеристика договору добровільного медичного страхування.....	82
2.3. Сутність та ознаки страхування професійної відповідальності медичних працівників.....	107
РОЗДІЛ 3. ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ СТРАХОВИХ ВІДНОСИН У СФЕРІ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ...	127
3.1. Особливості правового регулювання медичного страхування у Великій Британії.....	127
3.2 Правове регулювання відносин з медичного страхування у Франції та Німеччині.....	144
ВИСНОВКИ.....	164
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	171
ДОДАТКИ.....	196

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ДМС – добровільне медичне страхування

ОМС – обов'язкове медичне страхування

ЗОЗ – заклад охорони здоров'я

КМУ – Кабінет Міністрів України

МОЗ України – Міністерство охорони здоров'я України

НСЗУ – Національна служба здоров'я України

Основи – Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»

ЦК України – Цивільний кодекс України

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. На сучасному етапі розвитку цивілізації людина наділена правом на охорону здоров'я, яке є важливим елементом у системі цінностей громадянського суспільства та держави. Це право прямо закріплене у ст. 49 Конституції України, Цивільному Кодексі України і Законі України від 19.11.1992 р. «Основи законодавства України про охорону здоров'я».

Сучасний етап розвитку України характеризується інтенсивним використанням учасниками цивільних правовідносин можливостей страхування з метою захисту своїх майнових інтересів пов'язаних з життям, здоров'ям та працездатністю.

З 1 липня 2020 р. Національний банк України набув статусу регулятора ринку небанківських фінансових послуг, у тому числі страхових, що стало одним із визначальних чинників активізації процесів, спрямованих на розробку та запровадження нової моделі регулювання страхового ринку, з урахуванням положень директив Європейського Союзу, світових практик та національних особливостей ринку страхування в Україні.

Прийняття нових законодавчих актів, зокрема таких, як Закон України від 18.11.2021 р. «Про страхування», Закон України від 14.12.2021 р. «Про фінансові послуги та фінансові компанії», стало важливим кроком на шляху врегулювання відносин на ринку страхування та гармонізації законодавства України із законодавством Європейського Союзу.

Впровадження ринкових механізмів до основ організації охорони здоров'я нашої держави дозволяє застосовувати страхування й у відносинах з надання медичних послуг, що є початком формування ринку медичного страхування.

Вищезазначене зумовлює необхідність вивчення особливостей цивільно-правового регулювання відносин медичного страхування та розробку адекватних потребам сучасного цивільного обороту пропозицій з його удосконалення.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційне дослідження виконане відповідно до напрямів науково-дослідної роботи кафедри цивільно-правових дисциплін економіко-правового факультету Одеського

національного університету імені І. І. Мечникова за темами: «Приватноправове регулювання суспільних відносин: традиції, сучасність, перспективи» (державний реєстраційний номер 0113U002740); «Забезпечення прав і законних інтересів учасників правовідносин, що виникають у сфері приватного права: проблеми теорії та практики» (державний реєстраційний номер 0118U004432)»; «Приватно-правове регулювання суспільних відносин в Україні: проблеми теорії та практики» (державний реєстраційний номер 0123U102606).

Мета і завдання дослідження. Метою дисертаційного дослідження є розробка теоретичних положень, які відображають особливості цивільно-правового регулювання страхових відносин у сфері надання медичних послуг, а також формування висновків та пропозицій з удосконалення цивільно-правового регулювання страхових відносин у сфері надання медичних послуг.

Для досягнення вказаної мети були поставлені такі завдання:

- дослідити історичні аспекти розвитку медичного страхування в контексті становлення української державності, здійснити періодизацію становлення відповідних правовідносин;
- з'ясувати співвідношення понять «медична послуга» та «медична допомога»;
- визначити особливості механізму цивільно-правового регулювання страхових відносин у сфері надання медичних послуг;
- визначити поняття медичного страхування;
- з'ясувати особливості окремих видів страхових правовідносин у сфері надання медичних послуг;
- визначити поняття договору добровільного медичного страхування;
- з'ясувати сутність медичної помилки та обґрунтованого медичного ризику у зобов'язаннях зі страхування професійної відповідальності медичних працівників;
- розглянути особливості страхування відповідальності закладів охорони здоров'я та страхування відповідальності медичних працівників;

- визначити особливості правового регулювання медичного страхування у зарубіжних країнах;
- сформулювати висновки та пропозиції з удосконалення цивільно-правового регулювання страхових відносин у сфері надання медичних послуг.

Об'єктом дослідження є страхові відносини у сфері надання медичних послуг.

Предметом дослідження є цивільно-правове регулювання страхових відносин у сфері надання медичних послуг.

Методи дослідження. Представлені в роботі основні положення та результати здобуті в процесі наукового дослідження з використанням загальнонаукових та спеціальних методів пізнання правових явищ. Системний підхід було використано при дослідженні механізму цивільно-правового регулювання страхових відносин у сфері надання медичних послуг в Україні, з'ясуванні особливостей надання послуг з медичного страхування. Історичний метод дозволив виокремити етапи становлення та розвитку правового регулювання відносин медичного страхування. Діалектичний метод надав можливість з'ясувати особливості договору обов'язкового та добровільного медичного страхування, виявити взаємозв'язки між окремими ознаками різних форм медичного страхування. Використання порівняльно-правового методу дозволило проаналізувати і порівняти положення законодавства зарубіжних країн щодо цивільно-правового регулювання страхових відносин у сфері надання медичних послуг. Формально-юридичний метод дозволив дослідити окремі функції, завдання, мету медичного страхування, стадії цивільно-правового регулювання медичної страхової діяльності, а також за його допомогою було сформульовано висновки відповідно до мети дисертаційного дослідження. Метод аналізу та узагальнення використовувався для дослідження елементів цивільно-правового регулювання медичної страхової діяльності та змісту відносин медичного страхування, при дослідженні матеріалів практики, наукових позицій, пов'язаних із дослідженням договору медичного страхування, а також для обґрунтування власної позиції автора. За допомогою методу індукції досліджено страхові

відносини, що виникають при наданні медичної допомоги та на їхній основі сформульовано висновки щодо необхідності внесення змін і доповнень до загальних положень ЦКУ та інших нормативних актів.

Теоретичною основою дослідження стали наукові положення, викладені у працях таких вчених-правознавців, як В. Д. Базилевич, О. М. Берназ-Лукавецька, С. Б. Булеца, В. В. Валах, І. В. Венедіктова Т. В. Волинець, О. Д. Вовчак, З. С. Гладун, М. С. Клапків, С. М. Клейменова, Р. А. Майданик, В. М. Пашков, Н. М. Петечел, О. О. Прасов, А. Л. Святошнюк, І. Я. Сенюта, С. М. Синчук, В. Ю. Стеценко, С. Г. Стеценко та інших авторів. Проте окремі проблемні аспекти цивільно-правового регулювання відносин медичного страхування залишились поза їх увагою і потребують більш глибокого й системного аналізу.

Наукова новизна результатів дослідження полягає в тому, що дисертаційна робота є комплексним науковим дослідженням особливостей цивільно-правового регулювання страхових відносин у сфері надання медичних послуг. В результаті проведеного дослідження розроблено і обґрунтовано низку теоретичних положень і висновків, які характеризуються новизною та виносяться на захист, зокрема:

Вперше:

1) запропоновано авторське визначення поняття медичного страхування як виду особистого страхування, який передбачає обов'язок страховика щодо застрахованої особи в здійсненні страхових виплат (страхове забезпечення) у частковому або повному розмірі задля компенсації тих додаткових витрат, які викликані зверненням застрахованої особи до медичного закладу для отримання медичної послуги внаслідок настання страхового випадку;

2) запропоновано виділяти такі основні функції медичного страхування, як ризикова (яка виражається у механізмі передачі ризиків страховикові), компенсаційна, функція перерозподілу соціального та національного доходу;

3) запропоновано авторське визначення поняття договору добровільного медичного страхування, за яким одна сторона (страховик) зобов'язується за обумовлену договором плату (страхову премію), що в обов'язковому порядку

сплачується іншою стороною (страхувальником), організувати та фінансувати одноразово або періодично обумовлену договором суму (страхову суму) за надані медичні та інші послуги, що надаються фізичним особам відповідно до узгодженої страхової програми, яка становить невід'ємну частину цього договору;

4) обґрунтовано висновок, що механізм цивільно-правового регулювання страхових відносин у сфері надання медичних послуг – це система цивільно-правових засобів, способів і форм, за допомогою яких здійснюється взаємопов'язане регулювання тих чи інших сфер страхової діяльності, пов'язаних з наданням медичних послуг.

Удосконалено:

5) поняття медичної послуги, під якою слід розуміти діяльність, що спрямована на покращення фізичного і психічного стану людини і яку виконують суб'єкти, що отримали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, через професійно підготовлених медичних працівників відповідно до їх спеціалізації;

6) розуміння предмету договору добровільного медичного страхування, під яким слід вважати майнові інтереси, які не суперечать чинному законодавству та пов'язані із здоров'ям й працездатністю страхувальника або іншої (застрахованої) особи, що визначаються страхувальником у договорі страхування за її згодою;

7) перелік основних юридичних ознак договору добровільного медичного страхування як різновиду цивільно-правового договору страхування, до яких віднесено: взаємність; відплатність; цільове призначення страхування; непередбачуваність страхового випадку; ризиковість; реальність; умовність; каузальність; строковість; особливий склад учасників;

8) перелік специфічних ознак договору добровільного медичного страхування: особливий суб'єктний склад, наявність спеціально розроблених програм страхування як складових договору, визначеність страхових тарифів, визначений перелік надавачів медичних послуг, розрахунок страхових платежів і визначення «здоров'я» як об'єкта страхової охорони;

9) поняття страхового інтересу в сфері надання медичних послуг, який слід розуміти як усвідомлену потребу страхувальника або іншої особи, визначеної у договорі страхування, у страхуванні ризиків, пов'язаних з життям, здоров'ям та працездатністю, а також з відшкодуванням страхувальником заподіяної ним шкоди особі;

10) характерні ознаки страхування професійної відповідальності медичного працівника (наявність особливого суб'єкта, який здійснює професійну діяльність; є договором на користь третьої особи; об'єктом страхування є ризик відповідальності; медична помилка є страховим ризиком; строк договору як чинник, який впливає на виникнення страхового захисту; неможливість використання франшизи).

Набуло подальшого розвитку:

11) твердження про те, що в силу нормативного припису щодо обов'язковості виду страхування, субінституту обов'язкового медичного страхування властива складна правова природа, оскільки він поєднує в собі елементи як публічно-правового, так і приватно-правового регулювання;

12) позиція про те, що «обов'язкове медичне страхування» та «загальнообов'язкове державне медичне страхування» є різнопорядковими категоріями, оскільки останнє відноситься до соціального виду страхування та забезпечується правом соціального забезпечення;

13) позиція, відповідно до якої медичну помилку під час здійснення медичним працівником професійної діяльності слід вважати обґрунтованим медичним ризиком за договором страхування професійної відповідальності медичного працівника;

14) теза про необхідність одночасного запровадження страхування професійної відповідальності медичних працівників із створенням саморегулятивних організацій у медицині.

Практичне значення отриманих результатів полягає в можливості застосування висновків, пропозицій та рекомендацій у законотворчій,

правозастосовній діяльності та науці. Аргументовані висновки можуть бути використані в:

- науково-дослідній діяльності – для подальшого дослідження проблем цивільно-правового регулювання страхових відносин при наданні медичних послуг;

- правотворчій діяльності – для вдосконалення норм чинного законодавства України, що регулюють суспільні відносини, пов'язані з медичним страхуванням;

- правозастосовній діяльності – під час вирішення спорів, які виникають під час реалізації прав та обов'язків учасниками медичного страхування;

- навчальному процесі – для розробки курсів навчальних дисциплін «Цивільне право України», «Страхове право», «Медичне право», для підготовки методичних рекомендацій, навчальних посібників та довідників з відповідних дисциплін.

Апробація результатів дисертації. Положення дисертації доповідалися й обговорювалися на засіданнях кафедри цивільно-правових дисциплін Одеського національного університету імені І. І. Мечникова. Основні результати дослідження були оприлюднені на таких наукових та науково-практичних конференціях: Всеукраїнській науково-практичній конференції, присвяченій пам'яті Ю. С. Червоного (до 90-річчя від дня його народження) (м. Одеса, 15 грудня 2017 р.); Міжнародній науково-практичній конференції «Сьомі юридичні диспути з актуальних проблем приватного права», присвяченій пам'яті Є. В. Васьковського (м. Одеса, 26 травня 2017 р.); Міжнародній науково-практичній конференції «Восьмі юридичні диспути з актуальних проблем приватного права», присвяченій пам'яті Є. В. Васьковського (м. Одеса, 18 травня 2018 р.); Міжнародній науково-практичній конференції «Полтавські дні громадського здоров'я» (м. Полтава, 25 травня 2018 р.); Міжнародній юридичній науково-практичній конференції «Генезис публічного та приватного права: європейський вимір» (м. Київ, 06 березня 2019 р.); Міжнародній науково-практичній конференції «Дев'яті юридичні диспути з актуальних проблем приватного права», присвяченій пам'яті Є. В. Васьковського (м. Одеса, 17 травня 2019 р.); Міжнародній науково-

практичній конференції «Полтавські дні громадського здоров'я» (м. Полтава, 31 травня 2019 р.); Міжнародній науковій конференції «Конституція України в період війни та післявоєнного відновлення» (м. Київ, 23.06.2023р.).

Публікації. Основні наукові висновки та положення дисертації викладені всього в 14 наукових працях, зокрема: 1 – стаття у періодичному науковому виданні, проіндексованому у базах даних Scopus; 1 – стаття у міжнародному науковому виданні країн ЄС; 5 статей, опублікованих у виданнях, що входять до переліку наукових фахових видань України з юридичних наук, а також у 7 тезах доповідей на наукових конференціях.

Структура та обсяг дисертації зумовлені метою й завданнями дослідження. Дисертація складається із вступу, трьох розділів, що містять 8 підрозділів, висновків, списку використаних джерел та додатку. Загальний обсяг дисертації становить 198 сторінок, з яких: основний зміст 170 сторінок, список використаних джерел 25 сторінок, додатки 3 сторінки .

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО–МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ЦИВІЛЬНО–ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ У СФЕРІ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

1.1 Генеза становлення та розвитку медичного страхування в Україні

Інтенсивний розвиток страхових відносин сучасності викликає інтерес до дослідження їх змісту та особливостей становлення, а особливо до історичних етапів і форм розвитку. Досвід страхових відносин формувався під впливом економічних та політичних умов розвитку суспільства, соціальних потреб населення та знаходив своє відображення у відповідних нормативних актах. Важливу роль у розвитку страхування становлять його історичні витoki, форми та стадії розвитку. Вважаємо доцільним вивчення та дослідження етапів еволюції страхових відносин та форм їх правового регулювання.

Виділення етапів у розвитку страхування є методологічно і практично обумовленим процесом для аналізу і моделювання майбутніх правовідносин у сфері страхування. У той же час проблематичним видається чітке окреслення меж окремих історичних етапів, обмеженість літературних джерел, поверховість дослідження цього питання, на наш погляд, унеможлиблює твердження про чітке закріплення етапів розвитку страхування в Україні зокрема. Безумовно, кожен з описаних етапів розвитку страхування відповідає рівню еволюції тогочасного суспільства, в свою чергу закладає правові засади для виникнення більш досконалих організаційних форм та нових видів страхування.

Перші ознаки страхування прослідковуються в шумерських правочинах (угодах) третього тисячоліття до н.е., в яких віддалено були видимі ознаки страхових відносин в діяльності «спільних кас» для покриття збитків. В подальшому елементи страхових відносин, на думку В. Абрамова, проявляються у Фінікії (берег Перської затоки), де відшкодовувались збитки від аварій кораблів, які розподілялись між купцями. Діяльність таких організацій без належної нормативної регламентації закріпила правила їх діяльності як приклад звичаєвого права. «Ознаки страхових угод виявлялися також у сфері відносин, пов'язаних з

наданням грошових позичок торговцям для захисту їхніх майнових інтересів у випадку втрати вантажу під час перевезень на далекі відстані та при видачі фінансових гарантій про компенсацію збитку» [1, с. 13]. На наш погляд, існуючі на той час спільні каси чи каси допомоги, можна розглядати як форму мінімізації ризиків шляхом формування спеціалізованих страхових фондів в первісному їх вигляді. Головною ідеєю діяльності спільних кас було залучення великої кількості осіб для зменшення їх особистих грошових вкладів. Таким чином, вже на початковому етапі розвитку страхування був задіяний принцип взаємного страхування. Слід зазначити, що функціонування кас взаємодопомоги початкового етапу мало ряд особливостей, що в сучасному розумінні підтверджують схожість, але не тотожність даних суспільних відносин зі страховими відносинами. Так, наприклад, натуральний характер внесків у вигляді продукції, відсутність регулятивних норм взаємовідносин, нерегулярні страхові внески хоч і відповідали реаліям суспільних відносин, вважаємо, не відповідають основним принципам страхових відносин. В подальшому з розвитком товарно-грошових відносин суспільні відносини даного порядку перетворились на правовий інститут, а саме – страхування за рахунок сформованих грошових фондів. Отже, розвиток страхових відносин на початковому етапі сформував головну ідею мінімізації ризиків та відшкодування збитків за рахунок спеціальних кас, як прабразів страхових фондів.

Наступний етап пов'язаний з Середньовіччям та виникненням гільдій, які діяли як «корпоративні організації торговців у Західній Європі. Почали створюватися наприкінці 11 – на поч. 12 ст. в Англії, Німеччині, Франції, Фландрії (істор. обл. у Зх. Європі, осн. частина якої входить нині до складу Бельгії, решта – до Франції і Нідерландів). Тоді купці окремих міст як центрів міжнародної і внутрішньої торгівлі почали об'єднуватися в гільдії з метою охорони своїх товарів від грабівницьких нападів, для цього вони створювали збройні загони, надавали одні одним взаємодопомогу у випадках стихійних лих та катастроф, спільно добивалися вигідних умов для збуту своїх товарів у торгових містах і портах, пільгових мит, монопольної роздрібною торгівлі» [2]. Пізніше гільдії діяли під

назвою торгових компаній. Функціонуючи у вигляді різних спілок, які об'єднувались за професійною та територіальною ознакою, гільдії організовували порядок, безпеку та захист. «Особливим джерелом середньовічного права стають статuti цехів – середньовічних корпорацій ремісників, тобто ремісничих професійних спілок. Таке ремісниче об'єднання зазвичай не передбачало спільної діяльності або розподілу праці, оскільки в ньому об'єднувалися представники однієї професії. Головним завданням цеху був захист майнових і немайнових прав його членів. Кожен цех контролював сферу своєї діяльності і ринок продукції. Цехи всіляко переслідували ремісників, які намагалися працювати за межами цеху, боролися проти втручання інших майстрів у сферу їхньої діяльності. У більшості середньовічних міст органи самоврядування намагалися докладно регламентувати і контролювати діяльність цехів. Структура цехових статутів охоплювала преамбулу, норми, які регулювали вступ до цеху, права й обов'язки цехових майстрів та підмайстрів, трудові відносини між ними, порядок участі цехів у міському самоврядуванні тощо. Статuti цехів також містили вимоги щодо поведінки їхніх членів, зокрема, участі в обороні міста, у релігійних обрядах, в управлінні цехом, передбачали вимоги щодо якості продукції і взаємодопомоги» [3, с. 27]. Торгові гільдії, що створювалися в цілях організації сумісних торгових експедицій, характеризувалися наявністю ознак взаємного страхування членів гільдії та їх майна від різних посягань. «На перших порах сторонами страхової операції ще не обмовлялися умови і розміри виплат при настанні страхового випадку. Поступово було введено регулярне внесення обумовлених розмірів платежів до страхових фондів, встановлено перелік страхових випадків» [4, с 29]. Саме в цей період страхування набуває форм майнового і особистого захисту. Особисте страхування реалізовувалось у вигляді виплат в разі хвороби або каліцтва. Принцип взаємодопомоги закріплювався у статуті гільдії. З часом розширювався перелік страхових подій і конкретизувався розмір внесків і виплат. Історичний прогрес, розвиток торговельних, договірних і інших форм страхових відносин дав підґрунтя для виникнення ділових асоціацій і спільних товариств.

На теренах сучасної України найбільшого розвитку відносин з ознаками страхування в цей час набула діяльність чумаків. Чумацтво здійснювалось з XII ст. до XVI ст., першої половини XIX ст. і відіграло найбільшу роль в українській торгівлі. «Чумаки, починаючи з XVI ст. і завершуючи першою половиною XIX ст., були єдиними національними торговцями і візниками. Упродовж цього періоду чумацтво було вже сформованим і завершеним економічним фактором, мало у своїй основі міцні артільні форми» [5, с. 68]. Вважаємо, правила ведення тодішньої підприємницької діяльності чумаків мали риси страхування, але не становили основу для виникнення інституту страхування, а тому не можуть становити стадію історичного розвитку даних суспільних відносин.

Подальша історія становлення медичного страхування, як одного з видів особистого страхування пов'язана з поділом українських земель між Російською та Австро-Угорською імперіями. «Історію медичного страхування в Україні можна умовно поділити на три періоди: – страхування періоду Царської Росії (середина 19 ст. поч. 20 ст.) – страхування періоду НЕП (1921-1927рр.) – страхування періоду незалежності України. Зокрема відчувалася різниця і в історичних моделях організації медичного страхування Західних земель від решти території України» [6, с. 80]. Це в першу чергу було зумовлене різницею в політичному устрої та рівнем економічного і культурного розвитку Російської Імперії та Австро-Угорщини, до яких належали Південні та Західні землі України.

Законодавчий акт, який регулював роботу товариств та кас в Російській імперії, був прийнятий 15 грудня 1861 року. Цей акт називався «Положення про товариства взаємодопомоги та каси взаємодопомоги». Він регулював організацію і діяльність товариств, що надавали фінансову допомогу своїм членам у випадку хвороби, інвалідності, втрати годувальника та інших негараздів. Цей акт став першим кроком у становленні медичного страхування в Російській імперії. А «передумовою виникнення медичного страхування став період, коли в царській Росії 26 серпня 1866 р. у зв'язку із настанням епідемії холери було прийнято тимчасове положення, згідно з яким власники фабрик і заводів зобов'язувалися організувати для своїх робітників лікарні (із розрахунку 1 ліжка на 100 людей),

що дало початок формуванню фабрично-заводської медицини в Україні» [7]. Олександр II затвердив 26 серпня 1866 року тимчасове положення Комітету міністрів «Про влаштування при фабриках і заводах в московській губернії лікарняних приміщень», яке давало право робітникам великих міст отримувати лікарняну допомогу безкоштовно, а в маленьких селищах за принципом фабрично-заводської медицини. «У XIX ст. в Росії поширюється взаємне та розвивається земське страхування. Воно означало обмеження діяльності страхового товариства одним містом або однією губернією (областю). Земські збори, згідно з Положенням про взаємне земське страхування (1864 р.), визначали тарифи, норми страхового покриття (забезпечення); розробляли інструкції страхування земських управ, волостних правлінь та агентів; розпоряджались страховими фондами тощо» [8, ст. 26]. Подальший розвиток медичного страхування активно відбувався на півдні України, зокрема в Одесі, і був пов'язаний з історичними та соціальними змінами в країні, активним розвитком господарської діяльності та функціонуванням великих і середніх підприємств. Створюючи власними коштами товариства допомоги, робітники компенсували своїм членам витрати на медичну допомогу. У 1899 р. було створено «Одеське товариство взаємного страхування фабрикантів і ремісників від нещасного випадку з їх робітниками і службовцями». В подальшому «в Одесі розпочалася активна діяльність різноманітних благодійних і допоміжних товариств, які надавали допомогу своїм членам у випадку хвороби, травми або інвалідності. Ці товариства, також відомі як каси взаємодопомоги, стали одними з перших форм медичного страхування в місті» [9, ст. 107]. Закон «Про відповідальність роботодавців за шкоду, заподіяну працівникам в разі нещасного випадку на виробництві» прийнятий в 1903 році встановлював відповідальність роботодавців за шкоду, завдану працівникам внаслідок нещасних випадків, що сталися на робочому місці або під час виконання роботи і роботодавці були зобов'язані компенсувати працівникам збитки, включаючи медичну допомогу та компенсацію за втрату заробітку. У 1912 р. прийнято Закон «Про соціальне страхування на випадок хвороби», який «вперше в Російській імперії, а отже, й на території України, надає поняттю «лікарняні каси» нормативну базу і затверджує

статут їх діяльності. З того часу лікарняні каси стали організаційними осередками надання медичної допомоги працюючому населенню за страховим принципом. Це поклало початок системи страхової медицини дореволюційного періоду в Україні» [10, ст. 137]. Зазначимо, що прийняття даного Закону стало основою для впровадження страхування на випадок хвороби та від нещасного випадку в обов'язковій формах. У 90-ті роки XIX ст. на Херсонщині були створені медичні заклади з елементами страхування (за прикладом німецьких лікарняних кас), які здійснювали страхування робітників від шкоди, завданої здоров'ю. Основним джерелом фінансування медичного страхування були внески підприємств, частина коштів страхових товариств та власні кошти робітників. Отже, виникнення фабрично-заводської медицини у вигляді лікарняних кас дало поштовх для розвитку медичного страхування і страхової медицина в Україні. Особливостями досліджуваного періоду були поступовість запровадження обов'язкового медичного страхування протягом декількох років, територіальна обмеженість поширення (охоплювало частину країни), охоплення страхуванням сфери промисловості недержавної форми власності. «На початку зазначеного етапу становлення МС відповідальними за створення і діяльність страхових організацій були роботодавці. Внески в лікарняні каси встановлювались їх правлінням і складались на 1/3 від внесків застрахованих і на 2/3 з доплат роботодавців. При цьому страхова допомога надавалась у недостатньому обсязі, але в суспільстві було розуміння того, що така допомога існує. Нагляд за діяльністю страхових організацій здійснювала фабрична інспекція» [11]. «Загалом, система лікарняних кас відіграла важливу роль у забезпеченні соціального захисту населення. Така форма з добровільної перейшла в обов'язкову і дала можливість функціонувати різними системами медичного забезпечення» [6]. На жаль, система страхової медицини зазначеного періоду не отримала підтримки з боку керівників країни і була повністю ліквідована. «Прийняте за їх пропозицією «Положення про соціальне забезпечення працюючих» від 31 жовтня 1918 р., а потім постановою Раднаркому «Про передачу всієї лікувальної частини колишніх лікарняних кас»

Народному комісаріату охорони здоров'я слугували основою для одержавлення страхових організацій і ліквідації лікарняних кас» [10, с. 138].

Слід зазначити, що подальші історичні події, а саме Жовтневий переворот 1917 року змінює вектор розвитку процесів страхування від добровільних його форм до обов'язкових, державних. Подальший етап розвитку медичного страхування пов'язують з Новою економічною політикою, в якій основну увагу приділяли страхуванню робітників промислових підприємств, тобто створювалась робітнича медицина. Відповідно до Декрету Ради Народних комісарів «Основне положення про соціальне забезпечення робітників та службовців на випадок тимчасової і постійної втрати працездатності» застрахованим надавалась безкоштовна медична допомога, ліки, биндажі і окуляри та матеріальна допомога в зв'язку з захворюванням. У період НЕПу в Україні було створено нову систему робітничої медицини. В результаті розвитку соціального страхування в Миколаєві та Одесі виникли страхові каси, які охопили майже всіма видами страхування і медичними в тому числі, не тільки великі міста, але й сільську місцевість та навіть частину сільськогосподарських робітників. Декретом Раднаркому України від 1921 р. «Основне положення про соціальне забезпечення робітників та службовців на випадок тимчасової і постійної втрати працездатності та членів їх сімей на випадок хвороби годувальника» визначалося коло осіб, які підлягали страхуванню – «це робітники промислових підприємств і сільського господарства, також була передбачена допомога у випадку настання тимчасової непрацездатності, вагітності та пологів, а також надання безкоштовної медичної допомоги та забезпечення ліками, биндажами, окулярами, стоматологічним протезуванням» [12, ст. 42]. Створена система робітничої медицина була прикладом медичного страхування з національними рисами. «Так, за часів НЕПу на систему страхової медицини перейшли всі лікувальні установи великих промислових підприємств України. Управління медичною допомогою у структурі Наркомату охорони здоров'я України здійснював відділ робітничої медицини. Джерелами фінансування були внески працедавців, що становили 28%. У структурі бюджету соціального страхування був і так званий фонд «Г» – страховий фонд лікарської допомоги, або

страховий лікувальний фонд, який розглядали як дотаційний до державного бюджету; він давав змогу мати гарантовані додаткові кошти для поліпшення медичного обслуговування робітників та їх сімей. Головним призначенням страхового фонду було створення основного фонду лікарської допомоги для витрат на місцях органами Наркомату (85% асигнувань)» [6]. Отже, в Україні створено власну модель страхової медицини – систему робітничої медицини, але її, як і попередню, спіткала невдача. У 1927 р. новим урядом її скасовано й запроваджено державну систему охорони здоров'я з єдиним центром управління, характерною ознакою якої було функціонування державних закладів охорони здоров'я.

Законодавче регулювання страхових відносин в радянській Україні прослідковується в главі XI «Страхування» Цивільного кодексу УСРС від 16 грудня 1922 р., яка присвячена договору страхування. «Поняттям страхування охоплювалось два типи страхування: майнове й особове, які у свою чергу поділялися на обов'язкове та добровільне. До особового належали: страхування життя, довічне страхування, страхування на випадок смерті або втрати працездатності, від нещасних випадків та інш.» [13]. Цивільний кодекс УСРС 1963 р. закріпив форму єдиного договору державного страхування. Таким чином, у радянський період медичне страхування носило формальний характер, оскільки медичну допомогу громадянам надавали за рахунок державного бюджету. В СРСР була запроваджена досить ефективна на той час модель організації сфери охорони здоров'я відома як система Семашка, за якою створено переважну більшість медичних закладів та організовано медико-профілактичну діяльність. Основними принципами радянської моделі охорони здоров'я були бюджетне фінансування, декларована доступність медицини (через створення фельдшерських пунктів та невеликих амбулаторій) в противагу якості наданої медичної допомоги, розвиток профілактичної та реабілітаційної допомоги (широкий спектр санаторно-курортного лікування, вакцинація), система ліжко-місце. В той же час фінансові затрати на утримання такої системи охорони здоров'я не витримали економічної кризи, яка спіткала Радянський Союз в кінці 80-х років, доступність медичної

допомоги не відповідала якості, а відношення «лікар – пацієнт» були декларативними й імперативними, що обмежувало свободу і права пацієнта.

Дещо іншим шляхом розвивалось медичне страхування на західних землях України. «У другій половині XVIII ст. відбувся розпад Речі Посполитої, і територія Галичини та Буковини опинилась під владою Австрії, яка згодом, уклавши угоду з Угорщиною, перетворилася на дуалістичну монархію на чолі з династією Габсбургів» [14, с. 133]. Австро-Угорщина взяла курс на індустріалізацію країни, а це означало створення робочих місць і відповідно їх соціальне та пенсійне забезпечення, а також надання медичної допомоги. І. Фуртак стверджує, що «королівство Галичина і Володимирія та герцогство Буковина і Закарпаття у складі Австро-Угорської імперії впровадили обов'язкове медичне страхування за моделлю Бісмарка» [15, с. 72]. Німецька модель обов'язкового страхування для працівників підприємств, відома і сьогодні, як модель Бісмарка (рейхсканцлер Отто фон Бісмарк). В Німеччині приймаються відповідні закони про соціальне страхування: «Закон про страхування робітників на випадок хвороби» (15.06.1883 р.), «Закон про страхування від нещасних випадків» (06.07.1884 р.), «Закон про страхування з інвалідності та старості» (22.06.1889 р.), які вводили принципи загальнообов'язкового страхування. Новими суб'єктами системи страхування ставали лікарняні каси, які зобов'язувались надавати допомогу не тільки застрахованому, а і членам його сім'ї. Прийнята нормативно-правова база стала початком організації системи охорони здоров'я на страхових принципах, або як ще прийнято називати «страхова медицина» чи «система охорони здоров'я Бісмарка».

«У 1852 р. в Австро-Угорській державі прийнято закон «Про товариства», який дозволяв здійснювати діяльність у різних сферах господарства, в тому числі реєструвати страхові товариства» [16, с. 17]. Як наслідок було створено умови для розвитку страхових відносин та механізм надання медичної допомоги робітникам на підприємстві. В подальшому запроваджувались каси взаємодопомоги, в яких працівники страхували власне життя та здоров'я. Наступним вагомим кроком в організації національної системи страхування стало створення українського кооперативу взаємного страхування «Дністер», починаючи з 9 грудня 1891 р.

Засноване активними галицькими діячами за принципом рівності інтересів, страхове товариство «Дністер», діяло у вигляді господарського об'єднання взаємного типу і діяльність свою зосередило на відшкодуванні матеріальної шкоди від пожеж або інших ризикових подій. В подальшому в сферу інтересів страхової компанії попали ризики втрати здоров'я та страхування життя. Крім того, товариство «Дністер» «не володіло ліцензією на страхування життя, тому воно пропонувало своїм клієнтам такий вид страхування від імені краківського страхового товариства “Флоріанка”, на умовах вигідної комісійної винагороди» [17]. Крім безпосередньої страхової діяльності у Галичині, ще до першої світової війни, здійснювалися успішні спроби розвивати страхове посередництво (брокерство). «Зокрема, відомим було у Галичині та Буковині страхове бюро Михайла Губчака, яке приймало замовлення громадян застрахувати життя, пенсію дітей, від нещасних випадків і навіть цивільну відповідальність перед третіми особами у найбільших крайових та іноземних страхових закладах на найвигідніших умовах (найнижчі премії, найширший страховий захист» [18, с.27]. Загальними зборами 1 липня 1911 р. було засновано товариство взаємного страхування життя і пенсій «Карпатія». З початком Першої світової війни робота приватних та кооперативних українських установ була припинена, що зробило неможливим провадження подальшої кредитної та страхової діяльності. Після закінчення війни акцент був зроблений на розвиток кооперативного страхування і створенні Української кооперативної страхової спілки. Серед запропонованих видів страхування було і страхування життя співробітників-членів кооперативів на випадок смерті чи втрати ними працездатності. Страховий ринок на західних землях в процесі свого становлення зосередився на покритті майнових ризиків щодо наслідків надзвичайних подій, стихійних лих і лише з заснуванням компанії «Карпатія» сфера інтересів розширилась на деякі види медичного страхування.

Частина територій (Прикарпаття) України деякий час знаходилась під керівництвом Польського уряду (1919–1939 рр.), де створено було власну систему охорони здоров'я, основою для якої послужило законодавство Австро-Угорської імперії. «Згідно з основним санітарним законом, що набув чинності 19 липня 1919

р., найвище керівництво у справах гігієни й медицини було покладене на «Міністерство громадського здоров'я», яке вирішило розвивати систему лікарняних кас (кас хворих) і використання страхових внесків призначених для допомоги робітникам при захворюваннях або втрати працездатності» [19, с. 326]. Декрет «Про загальнообов'язкове медичне страхування на випадок хвороби» від 11.01.1919 р. та закон «Про соціальне страхування на випадок хвороби» від 19.05.1920 р. «затверджували порядок створення та функціонування фондів медичного страхування у формі кас хворих як прототипу страхової медицини» [20, с. 725]. Каси хворих, відповідно до статуту, «могли від свого імені набувати прав та мати обов'язки, мали право позиватися до суду та бути відповідачем у суді, а також несли юридичну відповідальність усім своїм майном. Каса хворих мала право на відкриття власних підрозділів, які їй підпорядковувалися» [21]. Діяльність кас хворих мала низку проблем: неузгодженість прав і обов'язків лікарів, бюрократичний апарат, територіальна залежність та суб'єктна обмеженість, що призвело до заміни кас хворих на страхові компанії та створення інституту соціального страхування як регулятора національної системи страхування. Законом «Про соціальне страхування» запроваджувалося страхування на випадки хвороби, материнства, втрати працездатності через інвалідність чи смерть застрахованого. Відповідно до цього закону, новостворені соціальні страхові компанії мали функціонувати на засадах подібних до тих, за якими діяли каси хворих, також формально були збережені принципи їх самоврядування, незалежності та організаційної автономії» [20]. Завершило процес об'єднання соціального страхування Польщі внесення змін до Закону «Про соціальне страхування», від 24 жовтня 1934 р., яким було створено єдиний департамент соціального страхування Польщі.

Наступним історичним етапом для України було входження в склад СРСР, монополія держави на особисте страхування та розвиток соціального забезпечення у вигляді обов'язкового державного соціального страхування. Основний розвиток отримала державна, централізована і монопольна система охорони здоров'я, яка характеризувалась фінансуванням за залишковим принципом. «Медичне

забезпечення населення за страховими принципами на землях Західної України здійснювалося у відповідності до чинних законів країн, що панували в той час на цих територіях» [21].

Рушійним кроком в правовому регулюванні страхових відносин стало проголошення незалежності України, створення національного законодавства та закріплення права на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування в 49 ст. Конституції України. В травні 1993 року опублікований Декрет Кабінету міністрів України «Про страхування», а восени 1993 року створений Комітет у справах нагляду за страховою діяльністю, які сприяли розвитку страхових компаній і широкому ліцензуванню даного виду господарської діяльності. Серед об'єктів страхування виділялися «майнові інтереси, що не суперечать законодавству України, пов'язані: з життям, здоров'ям, працездатністю та пенсійним забезпеченням страхувальника або застрахованої особи (особисте страхування)» [22].

Наступним вдосконаленням законодавчої бази стало прийняття Закону України «Про страхування» від 07.03.1996 р. № 86-96/ВР, який упорядкував види обов'язкового страхування, серед яких називав медичне страхування. Та подальшого розвитку ідея обов'язкового медичного страхування не набула [23]. Особливість організації медичного страхування полягає в тісному взаємозв'язку з організацією системи охорони здоров'я країни, з моделями її фінансування та правовими способами її організації. Наразі, сьогодні основу правового регулювання страхової діяльності на національному рівні становлять: 1) кодифіковані акти (Цивільний кодекс України від 16.01.2003 р. № 435-IV гл. 67, Господарський Кодекс України від 16.01.2003 р. № 436-IV ст.333, 352; Податковий кодекс України від 23.12.2010 р. № 2856-IV); 2) закони (Закон України «Про страхування» від 07.03.1996 р. № 86-96 ВР, Закон України «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг» від 06.02.2003 р. № 485-IV); 3) підзаконні акти (постанови, розпорядження, накази). Кодифіковані акти регулюють основні правила та особливості регламентації страхової діяльності в Україні в частині фінансового забезпечення і управління. Господарський кодекс

України регулює фінансову діяльність суб'єктів господарювання та страхування у сфері господарювання. Основним законодавчим актом, який регулює відносини, що виникають у сфері страхування, є Закон України «Про страхування», який «регулює відносини у сфері страхування і спрямований на створення ринку страхових послуг, посилення страхового захисту майнових інтересів підприємств, установ, організацій та фізичних осіб» [23]. Відповідно до нього, страхування буває в двох формах: обов'язковій і добровільній, а також різних видів, серед яких слід виділити медичне страхування; страхування життя та здоров'я відповідних категорій громадян, безперервне страхування здоров'я, страхування здоров'я на випадок хвороби.

З 01.01.2024 р. набуває чинності новий Закон України «Про страхування» від 18.11.2021 р. № 2751-IX, який регулює відповідні відносини, визначає правові засади страхової діяльності, вимоги до укладання та виконання договорів страхування та інші [25]. Новітніми ідеями нового Закону України «Про страхування» є відміна усталених форм страхування (обов'язкового і добровільного) та введення поняття класів страхування, з-поміж яких заявлені страхування на випадок хвороби (у тому числі медичне страхування), безперервне страхування здоров'я тощо.

На реалізацію положень нового закону Національний Банк України вже запропонував проєкт постанови «Про затвердження Положення про характеристики та класифікаційні ознаки класів страхування, особливості здійснення діяльності зі страхування та укладання договорів за класами страхування» [26], яка має набути чинності одночасно із вказаним законом – 01.01.2024 р. Проєкт постанови НБУ містить визначення відповідних класів страхування. Зокрема, п. 13 проєкту постанови НБУ встановлює, що медичне страхування «характеризується обов'язком страховика за визначену договором страхування плату (страхову премію) здійснити страхову виплату відповідно до умов договору страхування та/або законодавства, шляхом відшкодування понесених витрат на отримання застрахованою особою медичної допомоги, медичних та/або інших послуг (уключаючи медичне обстеження, забезпечення

лікарськими засобами та/або медичними виробами) певного переліку та якості в обсязі, передбаченому договором страхування або шляхом оплати їх вартості, внаслідок настання події, на випадок виникнення якої проводиться страхування (страхового ризику), уключаючи захворювання застрахованої особи, загострення хронічного захворювання, розлад здоров'я внаслідок нещасного випадку, інші розлади здоров'я та/або випадки, передбачені договором страхування» [26]. При цьому за договором медичного страхування «у разі настання страхового випадку застрахованій особі надаються асистуючі послуги, якщо інше не передбачено договором страхування» [26]. Передбачаються наступні «варіанти здійснення страхової виплати у разі настання страхового випадку: 1) фіксована грошова виплата у межах страхової суми; 2) відшкодування понесених витрат в межах страхової суми на отримання застрахованою особою медичної допомоги, медичних та/або інших послуг (уключаючи забезпечення лікарськими засобами та/або медичними виробами) або оплата їх вартості; 3) поєднання двох попередніх варіантів здійснення страхової виплати» [26]. Детальніше поняття та ознаки медичного страхування будуть нами проаналізовані у п. 1.3. Розділу 1 дисертаційного дослідження.

Постанови Кабінету Міністрів України у системі нормативно-правового регулювання страхування визначають основні умови та порядок проведення окремих видів обов'язкового страхування.

Аналіз історії становлення будь-якого правового інституту є «необхідною передумовою для визначення закономірностей його розвитку, він надає можливість встановити особливості у його правовому регулюванні, визначити перспективи і шляхи подальшого вдосконалення відповідного правового явища. Як слушно зазначають науковці, «більшість теоретичних конструкцій, зберігаючи свої основні риси, набуті за часів становлення, трансформуються залежно від конкретних соціально-економічних умов» [27, с. 59]. Аналіз, вивчення й використання власного досвіду формування страхових відносин з урахуванням економічних та соціальних чинників особливо важливі в період реформування системи охорони здоров'я України, вони нададуть змогу запровадити в практичну діяльність медичного

забезпечення організаційну й управлінську форму медичного страхування і сформувати сучасну систему охорони здоров'я України.

Загалом історію медичного страхування поділяють на етапи розвитку залежно від конкретної історичної події, що відбулась на території сучасної України, навіть тоді, коли її території були в складі інших держав. Складність проведення історичного дослідження інституту страхування зумовлена, в першу чергу, складною історією становлення державності нашої держави. Так, проаналізувавши зібраний матеріал доходимо висновку, що відмінності у системах медичного страхування Російської та Австро-Угорської імперій не суттєві, різні були історичні періоди та тривалість запровадження таких систем. Тому періодизацію історії розвитку медичного страхування за критерієм розвитку державності на території України, вважаємо, не практичною. Пропонуємо використовувати такий критерій поділу, як розвиток законодавства та права України. У першому томі академічного видання «Правова система України: історія, стан та перспективи» запропоновано таку періодизацію історичного розвитку правової системи України за вказаним принципом: 1 період – Київської Русі, 2 – період перебування українських земель в складі Польщі, Литви, Речі-Посполитої, 3 – період Гетьманщини, 4 – період перебування України у складі Російської та Австро-Угорської імперій, 5 – період української революції, 6 – право України за радянських часів, 7 – період становлення та розвитку вищих представницьких органів влади України [28]. Відповідно можемо виділити наступні етапи розвитку медичного страхування: – період лікарняних кас та фабрично-заводської медицини; – система робітничої медицини; – формування державної системи охорони здоров'я (розвиток загальнообов'язкового соціального державного страхування); – становлення української сучасної системи медичного страхування. Кожен з цих етапів відзначився власними нормотворчими досягненнями та здобутками: створення лікарняних кас, як перших організацій форм страхових організацій; надання медичної допомоги за рахунок підприємств в обмін на внески робітників фабрик і заводів; створення відомчих лікарень при великих підприємствах в першу чергу для профілактики і безкоштовного лікування

працівників; створення перших українських страхових компаній, орієнтованих на особисте страхування; побудова системи обов'язкового державного соціального страхування та активне галузеве нормотворення в сучасній Україні. Окрім того, аналіз історичного процесу, на нашу думку, це не лише історія здобутків, а й віддзеркалення загальних проблем досліджуваних соціальних взаємовідносин. Слід зауважити, що такими невирішеними питаннями щодо організації медичного страхування були і залишаються пряма підпорядкованість інституту медичного страхування від політичних та економічних змін в державі, відсутність системності в побудові національної моделі медичного страхування, обмежений перелік медичних послуг, що можуть виступати елементом страхових відносин, залежність якості медичних послуг від джерела їх фінансування та оплати.

1.2. Співвідношення понять «медична послуга» та «медична допомога»

Стаття 177 Цивільного кодексу України (ЦК України) зазначає, що послуга є «одним із об'єктів цивільних прав» [29]. Закон України «Про захист прав споживачів» від 15.12.1993 р. № 3682-ХІІ у п. 17 ч. 1 ст. 1 послугу визначає як «діяльність виконавця з надання (передачі) споживачеві певного визначеного договором матеріального чи нематеріального блага, що здійснюється за індивідуальним замовленням споживача для задоволення його особистих потреб» [30]. Державний класифікатор України (ДК 005-96) наголошує, що послуга – це «наслідок безпосередньої між постачальником і споживачем, внутрішньої діяльності постачальника для задоволення потреб споживача» [31]. Відсутність законодавчого визначення поняття послуги, породжує різні підходи в його розумінні серед науковців, пов'язуючи послугу з дією, діяльністю або результатом.

С. Ємельянчик пише, що «послуга – це дія (діяльність), спрямована на задоволення особи, яка виражається у відсутності втілення у певному майновому результаті, що є невіддільним від самої діяльності, якість якого не може гарантуватися і який безпосередньо споживається у момент її здійснення» [32, с. 108]. «Термін «послуга» необхідно розглядати як дію, роботу, операцію, результат

господарської діяльності, комплекс заходів щодо надання отримувачу послуги, певного необхідного для нього блага, яке він може спожити під час отримання послуги (транспорті послуги, побутове, медичне обслуговування) і використовувати її результати в майбутньому (консультаційні, інформаційні послуги тощо)» [33, с. 108]. Або «правомірні дії суб'єктів правовідносин, в результаті яких задовольняються певні потреби інших осіб. Звертається увага на те, що виконання послуг має кінцевий результат, але, як правило, він не має чітко уречевленого характеру, крім того, такий результат може бути навіть ненаявним» [34, с. 68].

Дещо по іншому висловлюється Н. В. Федорченко – це «діяльність, яка здійснюється для виконання цивільного обов'язку і не пов'язана зі створенням майнового блага» [35, с. 241]. «Діяльність щодо надання однією стороною іншій певного блага, що має користь для цієї сторони, задовольняє її потреби та може здійснюватися за ініціативою особи або ж на її прохання [36, с. 80]. С. М. Клейменова зазначає «Особливість будь-якої послуги, зокрема й банківської, в тому, що кредитор (клієнт) звертається до спеціалізованої установи (або професіонала в певній сфері) для надання йому необхідних послуг, оскільки самостійно не може виконати ті чи інші дії» [37, с. 27]. «Наукові дефініції поняття послуги різняться між собою. Виходячи зі змісту ст. 177 ЦК України можна зробити висновок, що послуга є благом, а саме благом нематеріальним. Крім того, послуга є специфічною дією, яка не зводиться до певної «сукупності рухів, спрямованих на один об'єкт»» [38, с. 91].

«Послуги – це певна діяльність, що не пов'язується зі створенням речі, однак, яка сама по собі породжує відповідне благо, що має споживчу вартість і внаслідок цього стає об'єктом цивільних прав» [39, с. 385]. «Як певне матеріальне благо, що надається однією особою (виконавцем) і споживається іншою особою (замовником) у процесі здійснення виконавцем певних дій або здійснення певної діяльності, у корисних властивостях якого й складається суб'єктивний інтерес людини» [40, с. 268].

З позиції закону видається, що послуга не має результату й існує в невизначеному статусі дії чи діяльності. Норма ЦК України (ст. 901), яка регулює договір, наголошує, що послуга споживається в процесі діяльності, але не зливається з нею. Підсумовує різні погляди С. М. Клейменова: «у науковій юридичній літературі прийнято вважати, що послуга це різновид цивільних правовідносин, виражається у вигляді певної правомірної операції, тобто у вигляді ряду доцільних дій виконавця або в діяльності, що є об'єктом зобов'язання, що має нематеріальний ефект, нестійкий речовинний результат або упредметнений результат, пов'язаний з іншими договірними відносинами, що й характеризуються властивостями здійсненності, невіддільності від джерела, моментальної споживаності, неформалізованості якості» [41, с. 278].

У статті 901 ЦК України зазначається, що «За договором про надання послуг одна сторона (виконавець) зобов'язується за завданням другої сторони (замовника) надати послугу, яка споживається в процесі вчинення певної дії або здійснення певної діяльності, а замовник зобов'язується оплатити виконавцеві зазначену послугу, якщо інше не встановлено договором» [29]. Таким чином, законодавець використовує такі характеристики послуги як «діяльність» або «дія», зазначаючи одну із ознак послуг – її споживання. Серед ознак, які притаманні всім послугам можемо виділити: її нематеріальний результат, синхронність одержання і надання, неможливість збереження, відсутність гарантованого результату. Погоджуємося з С. М. Клейменовою: «безумовно, основна ознака послуг – нематеріальний результат» [42, с. 28]. А. Л. Святошнюк до ознак послуг відносить: «1) послуга є певною діяльністю; 2) не має матеріального втілення; 3) споживається у процесі виконання; 4) результати такого «споживання» можна використати у майбутньому. Таким чином, послугою є певна діяльність суб'єктів, що не має матеріального втілення, споживається у процесі виконання та результат такої діяльності може бути використаний у майбутньому» [43, с. 129]. На нашу думку, послугою можна вважати діяльність, що не створює матеріального результату, є корисною за своєю суттю, споживається в процесі та має наслідки.

Як об'єкт цивільних прав, послуги в свою чергу поділяються на види за своїм змістом. «Цивільний кодекс України не встановлює вичерпного переліку видів послуг. З одного боку, це утруднює можливість застосування до тих або інших видів послуг положень цивільного законодавства. З іншого боку, установлення чіткого переліку видів послуг не дозволило б застосовувати норми цивільного права, що стосуються договірних зобов'язань по наданню послуг до знову, що утворюються послугам» [42, с. 26-27]. Погоджуємося з думкою, що «у сучасному світі послуги є найбільш споживаними об'єктами цивільного обороту всіма верствами суспільства. Людина, народжуючись, уже стає суб'єктом відносин із надання медичних послуг. Протягом усього життя людина стає учасником правових відносин із надання будь-якого виду послуг» [44, с. 56].

В літературі існує багато визначень поняття «медична послуга», яке тісно пов'язується, а подекуди зливається з поняттям «медичної допомоги». Термін «медична послуга» з'явився в правовому полі України ще на початку 90-х років минулого сторіччя, «однак до цього часу у більшості актів чинного законодавства це поняття використовується набагато рідше, ніж поняття «медична допомога» [45, с. 103]. Ці поняття не є тотожними, причому поняття «медична послуга» є ширшим, ніж «медична допомога» пише Р. А. Майданник [45].

Л. В. Щербаченко зазначає наступне: «медична послуга – це послуга лікувально-профілактичного характеру, яка здійснюється одним або бригадою медичних працівників у процесі лікування хворого» [46, с. 170]. Поняття «медична допомога» автор ототожнює з поняттям «лікування». М. М. Шутов під медичною послугою розуміє «дії медичного персоналу по задоволенню насущних потреб пацієнтів у відновленні і підтримці здоров'я» [47, с. 286]. Він вважає, що медична послуга – це частина медичної допомоги, тобто медична допомога складається з окремих медичних послуг. О. І. Смотров медичну послугу пропонує визначати як «діяльність послугодавця, що спрямована на досягнення такого результату, корисні властивості якого здатні задовольнити потреби особи в відновленні і (або) підтриманні її здоров'я, безпосередньо в процесі протікання доцільної діяльності

послугодавця, який не має упередженого вираження (матеріальної форми) і не може бути гарантований послугодавцем» [48, с. 5].

С. В. Антонов доходить висновку, що «медична послуга належить до фактичних послуг і криє в собі застосування спеціальних медичних заходів стосовно здоров'я, поліпшення чи підтримання стану якого є головною метою надання послуг» [49, с. 6]. Таке трактування ставить нові питання щодо розуміння «медичних заходів» стосовно здоров'я, тим самим робить визначення «медичних послуг» не коректним.

У своєму дисертаційному дослідженні С. В. Михайлов говорить про «медичну послугу» як про «діяльність медичних закладів (організацій) чи фізичних осіб-підприємців, які займаються приватною медичною практикою, відповідно до існуючих медичних стандартів, що включає застосування спеціальних заходів стосовно здоров'я у вигляді медичного втручання, потенціальним результатом якого є поліпшення загального стану чи функціонування окремих органів або систем організму людини, а також (або) досягнення певних естетичних змін зовнішності» [50, с. 7].

А. А. Герц зазначає, що «медична послуга – це визначена договором дія чи комплекс дій лікаря (медичної установи) – послугодавців, спрямована на діагностику, лікування або профілактику лікування захворювання» [51, с. 374].

Звернемося до легального визначення «медичної послуги» у Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 р. № 2801-ХІІ (далі «Основи»), під якою нормотворець розуміє: «послуга з медичного обслуговування населення (медична послуга) – послуга, у тому числі реабілітаційна, що надається пацієнту закладом охорони здоров'я, реабілітаційним закладом або фізичною особою-підприємцем, яка зареєстрована та одержала в установленому законом порядку ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, та оплачується її замовником. Замовником послуги з медичного обслуговування населення можуть бути держава, відповідні органи місцевого самоврядування, юридичні та фізичні особи, у тому числі пацієнт» [52].

Привертає увагу визначення «медичної послуги», закріплене в типовій формі договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, затвердженого Постановою Кабінету Міністрів України від 25.04.2018 р. № 410 (в редакції від 06.10.2021 р. № 1067) – «медична послуга – послуга з медичного обслуговування населення (послуга з охорони здоров'я), що включена до програми державних гарантій медичного обслуговування населення (далі - програма медичних гарантій), яку надавач зобов'язується надавати згідно з цим договором. Перелік та обсяг медичних послуг, які надаються за цим договором, визначений у додатках до нього» [53]. Хочемо зазначити, що побудова конструкції визначення поняття через його ж семантичну форму, характерна для правових визначень «медичної послуги» не є вдалою та не дає розуміння змісту самого поняття.

Не спрощує розуміння «медичної послуги» виокремлення та визначення реабілітаційної послуги – «послуга, що надається пацієнту реабілітаційним закладом, реабілітаційною установою, закладом охорони здоров'я, соціального захисту або іншим суб'єктом господарювання, які мають право надавати реабілітаційну допомогу згідно із законодавством, та оплачується її замовником. Замовником реабілітаційної послуги можуть бути держава, орган місцевого самоврядування, юридична або фізична особа, у тому числі пацієнт» [52].

На думку С. Б. Булеци, «медична послуга – це сукупність необхідних професійних дій виконавця медичної послуги, спрямованих на задоволення потреб пацієнта (споживача послуги) в підтримці здоров'я, лікуванні захворювань, їх профілактиці, діагностиці відповідно до згоди пацієнта піддатися конкретному медичному втручанню» [54, с. 207].

Для нас близьким до визначення «медичної послуги» є підхід, запропонований І. Я. Сенютою, яка під медичною послугою розуміє «дію чи сукупність дій, які виконуються суб'єктами, які отримали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, за допомогою професійно підготовлених медичних працівників, і спрямовані на збереження, зміцнення, розвиток та, у разі порушення, відновлення максимально досяжного рівня фізичного і психічного стану людського організму» [55, с. 33]. Основним недоліком

такого визначення вважаємо відсутність зрозумілих критеріїв розмежування понять «медичної послуги» та «медичної допомоги».

Цікавою видається тенденція ототожнення «медичної послуги» з «медичною допомогою» в законодавствах країн Європи без їх окремого правового визначення. Наприклад, в Законі про Національну службу охорони здоров'я (2006 р.) Великобританії «медична допомога визначається як послуги, які надаються для збереження, покращення, або відновлення фізичного або психічного стану особи, включаючи лікування або попередження захворювання, фізичних або психічних вад, реабілітації пацієнтів після захворювання або травм, а також надання паліативної допомоги» (переклад мій. – Н.В.) [56]. У законодавстві Німеччини, визначення терміну «медична допомога» можна знайти в різних законах, пов'язаних з охороною здоров'я та медичними послугами. Основними актами, що регулюють медичну допомогу в Німеччині, є Закон про соціальне страхування (Sozialgesetzbuch), Закон про лікарську допомогу (Fünftes Buch Sozialgesetzbuch - SGB V) та Закон про лікарську практику (Heilberufsgesetz). У Законі про лікарську допомогу (SGB V), «медична допомога визначається як послуги, пов'язані з профілактикою, діагностикою, лікуванням та реабілітацією хвороб, а також наданням догляду під час хвороби. Вона охоплює широкий спектр медичних послуг, включаючи консультації лікаря, стаціонарну та амбулаторну лікарську допомогу, фізіотерапію, психотерапію та інші медичні послуги» [57]. Закон про лікарську практику (Heilberufsgesetz) визначає «медичну допомогу як діяльність лікарів та інших медичних фахівців, спрямовану на збереження, відновлення та покращення здоров'я людей» [58]. Цей закон регулює медичну професію, включаючи права та обов'язки лікарів, етичні стандарти та процедури лікарської практики. У законодавстві Франції, визначення терміну «медична допомога» можна знайти в різних законах, які стосуються системи охорони здоров'я та медичної практики. Основними актами, що регулюють медичну допомогу у Франції, є Кодекс соціального забезпечення (Code de la sécurité sociale) та Кодекс здоров'я (Code de la santé publique) [59, 60]. У Кодексі соціального забезпечення, стаття L1110-1, медична допомога визначається як послуги, які надаються з

медичною метою, з метою збереження, відновлення або покращення здоров'я фізичної особи. Вона включає діагностику, лікування, реабілітацію, паліативну допомогу, а також профілактичні та психологічні послуги [59].

Конвенція Міжнародної організації праці «Про медичну допомогу та допомогу у випадку хвороби» від 25.06.1969 р. № 130 (не ратиф. Україною), у ст. 1 передбачає, що термін «медична допомога» включає і пов'язані з нею послуги. Згідно зі ст. 13 цієї Конвенції, медична допомога включає: «а) загальну лікарську допомогу, включаючи допомогу вдома; б) допомогу, що надається спеціалістами стаціонарним або амбулаторним хворим, або допомога спеціалістів, яка може надаватися поза лікарнею; с) видачу необхідних медикаментів за рецептом лікаря або іншого кваліфікованого спеціаліста; d) госпіталізацію у разі необхідності; е) стоматологічну допомогу, як це встановлено національним законодавством; f) медичну реабілітацію, серед іншого надання, ремонт і заміна протезів або ортопедичних пристроїв, як це встановлено національним законодавством» [61].

Як бачимо, в європейському законодавстві не робиться розмежування «медична допомога» і «медична послуга», навпаки, ці поняття пов'язанні одне з одним і, як правило, медична допомога розкривається через медичну послугу.

Закон України «Основи» у ст. 3 визначає «медична допомога – діяльність професійно підготовлених медичних працівників, спрямована на профілактику, діагностику та лікування у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами» [52], а «реабілітаційна допомога у сфері охорони здоров'я (далі - реабілітаційна допомога) – діяльність фахівців з реабілітації у сфері охорони здоров'я, що передбачає здійснення комплексу заходів, спрямованих на оптимізацію функціонування осіб, які зазнають або можуть зазнати обмеження повсякденного функціонування у їхньому середовищі» [52]. Інші види допомоги розкриваються через вживання конструкції «медична допомога». За визначенням ВООЗ «медична допомога – це профілактика, лікування і менеджмент хвороби, а також збереження фізичного і психічного здоров'я людини через надання належних послуг медичними працівниками та іншими фахівцями системи охорони здоров'я» [62]. О. О. Прасов

в своєму дисертаційному дослідженні «Право на медичну допомогу та його здійснення» поєднує поняття «медична допомога» і «медична послуга», визначаючи «медичну допомогу як медичну послугу, яка охоплює заходи, спрямовані на оздоровлення та лікування пацієнтів у стані, що на момент їх надання загрожує життю, здоров'ю і працездатності» [63]. На заперечення такому підходу і схожим думкам варто згадати «Рішення Конституційного Суду України від 29.05.2002 р. у справі щодо тлумачення положення частини третьої ст. 49 Конституції України «у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно» (справа про безоплатну медичну допомогу)», яке визначає поняття «медичної послуги» та «медичної допомоги» як різні» [64].

Правове регулювання надання медичної допомоги змінилося, в зв'язку з реформою системи охорони здоров'я України, з'явилися нові механізми, як адміністративно-правового регулювання правовідносин в сфері надання медичної допомоги, так і нові цивільно-правові засоби впливу на відносини лікар - пацієнт. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19. 10. 2017 р. використовує термін «медична послуга» для визначення обсягу «медичної допомоги», яка буде покриватись з Бюджету і для пацієнтів буде безкоштовна та зазначає «надавачі медичних послуг – заклади охорони здоров'я всіх форм власності та фізичні особи - підприємці, які одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та уклали договір про медичне обслуговування населення з Уповноваженим органом» [65].

Нам імponує думка В. М. Пашкова, який медичну допомогу визначає в першу чергу «як комплекс медичних послуг або окрему медичну послугу, яка включає в себе не лише діагностичні та лікувальні заходи, визначені залежно від медичних показань на підставі клінічних протоколів і стандартів, а й розміщення пацієнтів у лікарняному закладі чи в його структурному підрозділі для надання лікувально-профілактичних послуг, з подальшим забезпеченням пацієнтів білизною, продуктами харчування, лікарськими засобами та виробами медичного призначення, засобами гігієни та діагностики тощо» [66, с. 95], але не в частині

ототожнення з іншими, побутовими послугами. Деякою мірою підтримує таку думку І. Я. Сенюта, зазначаючи, що «медична допомога – комплекс медичних послуг або окрема медична послуга» [55, с. 34].

Медична послуга – об'єкт цивільно-правових відносин, як і медична допомога і медичне обслуговування. Постановою Кабінету Міністрів України від 17 вересня 1996 р. № 1138 затверджено «Перелік платних послуг, які можуть надаватися в державних і комунальних закладах охорони здоров'я, вищих медичних навчальних закладах і науково-дослідних установах» [67]. Конституційним Судом України, при розгляді справи № 1-29/98 від 25.11.1998 р. про відповідність постанови Кабінету Міністрів України Конституції України, було зазначено, «поняттям "медична допомога" переважно охоплюються лікування, профілактичні заходи, які проводяться при захворюваннях, травмах, пологах, а також медичний огляд та деякі інші види медичних робіт. Зміст же близького до "медичної допомоги" поняття "медична послуга" до цього часу залишається не визначеним не тільки в нормативних актах, зокрема і в названій Постанові Кабінету Міністрів України, а й у медичній літературі» [68]. При розгляді Конституційним Судом України справи про офіційне тлумачення положення ч. 3 ст. 49 Конституції України «у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно» суд відзначив «можливість надання в державних і комунальних закладах охорони здоров'я громадянам медичних послуг, які виходять за межі медичної допомоги, за окрему плату і те, що перелік таких платних послуг не може вторгатись у межі безоплатної медичної допомоги» [64]. Таким чином, досить складно на практиці розмежувати ці поняття. Визначеності поняттям могло б сприяти виділення ознак медичної послуги.

Загалом, І. В. Венедіктова серед ознак послуг виділяє: «1) вони надаються, як правило, при безпосередньому, прямому спілкуванні; 2) мають нематеріальний характер; 3) невід'ємні від суб'єктів надання послуги; 4) неможливі для накопичення та перерозподілу; 5) надаються шляхом нерозривних дій по її

виконанню та споживанню, що здійснюються одночасно в одному акті; 6) через складний зміст характеризуються непостійною якістю; 7) мають тривалий характер; 8) характеризуються чіткою адресованою спрямованістю» [69, с. 49]. В. С. Мілаш називає наступні ознаки послуги: «1) послуга є діяльністю особи, яка її надає; 2) надання послуг не створює уречевленого (упредметненого) результату; 3) корисний ефект послуги споживається у процесі її надання, а споживча вартість зникає; 4) послуга є невіддільною від джерела; 5) прийняття послуги замовником і процес її надання виконавцем відбуваються одночасно; 6) неможливість її зберігання; 7) невичерпність (скільки б не надавали послугу, її кількісні характеристики не зменшуються); 8) предмет послуги – відповідні дії, а не їх кінцевий результат (оскільки результат праці не отримує речової форми, він завжди існує у вигляді самої діяльності) [70, с. 73].

Н. В. Федорченко виділила загальні ознаки для договірних зобов'язань, що опосередковують надання послуг: «1) діяльність виконавця не виражається в речовому результаті; 2) відсутність контролю з боку замовника за процесом надання йому послуги виконавцем, хоча він і можливий за наявності згоди сторін, вираженої в конкретних умовах договору; 3) споживання посередницької послуги в процесі її надання; 4) покладення ризику неможливості виконання зобов'язання на замовника» [71, с.17]. Також до ознак послуг вчені відносять наступні: «1) корисний ефект послуги, що задовольняє потребу замовника і споживається в процесі надання; 2) відсутність гарантованого позитивного результату; 3) споживність послуги в процесі її надання; 4) послуга надається лише у відповідності до завдання замовника; 5) фідучіарність» [72].

На нашу думку, найбільш характерними ознаками послуг слід визнати споживчий характер, нематеріальність та неможливість гарантування результату. Відображаючи особливість послуг серед об'єктів цивільного права, наведені ознаки дають можливість їх аналізу в сфері надання медичних послуг.

Для медичної послуги характерні загальні ознаки і особливі. Медична послуга є певною діяльністю, не віддільна від надавача, має нематеріальний результат, споживається у процесі виконання. У цивільних правовідносинах

медичні послуги є предметом добровільних дій, надаються на платній основі, незалежно від джерела оплати (пацієнт, Національна служба здоров'я, страхова компанія), мають товарний характер, що робить їх предметом цивільного обороту разом з іншими послугами. «Специфічні особливості медичної послуги: 1) невідчутність – її неможливо побачити, почути, торкнутися, будь-яка попередня інформація про неї завжди матиме ймовірний характер, а оцінка споживчих властивостей найчастіше відображає суб'єктивне сприйняття самого пацієнта; 2) невіддільність від джерела отримання послуги – надання медичної послуги вимагає особистих контактів пацієнта і лікаря; 3) незбереженість – медичні послуги, на відміну від товарів, не підлягають зберіганню і накопиченню з метою подальшої реалізації; 4) змінюваність якості надаваної медичної послуги – тобто якість медичної послуги – це сукупність її характеристик і властивостей, що мають емпіричну природу і здатні задовольняти встановленим вимогам; у зв'язку з цим в діагностичному, тактичному і технологічному аспектах якість медичних послуг залежить від кваліфікації лікарів, оснащеності закладу охорони здоров'я, доступності медичної допомоги, а також багатьох інших чинників; 5) неоднозначність оцінки результату медичної послуги – на відміну від інших сфер професійної діяльності, в медицині несприятливий і навіть летальний результат не завжди є протиприродним і протиправним, враховуючи особливості організму і характер конкретного захворювання; 6) медична послуга – це продукт не тільки виробника (лікаря), а й споживача (пацієнта), будучи сукупністю їхніх узгоджених дій в боротьбі з хворобою» [73, с. 5].

З огляду на вище сказане, можемо виділити наступні ознаки медичної послуги. Нематеріальність – в результаті послуги як діяльності не виникає речового результату. Як наслідок медичної послуги, можуть створюватись матеріальні речі (протези, клапани, пломби), але вони не мають самостійної цінності, невіддільні від процесу надання медичної послуги і не можуть бути предметом вільного товарообігу. Їх цінність для пацієнта нерозривно пов'язана з професійною діяльністю надавача. Споживчий характер – послуга зникає в процесі її надання та споживання. Невіддільність від надавача. Особливий об'єкт, на який спрямована

діяльність з надання медичних послуг, – здоров'я особи. Визначене коло суб'єктів, серед яких надавачі медичних послуг повинні мати ліцензію на здійснення медичної практики. Професійний характер, який тісно пов'язаний з якістю надання медичної послуги. Медична послуга не існує до моменту надання, навіть попри регулювання за допомогою стандартів надання медичної допомоги, для кожного споживача вона буде індивідуалізована, в залежності від фізіологічних особливостей організму. Наслідок, який впливає на майбутнє. При чому цей наслідок може бути виражений не в позитивній оцінці діяльності надавача, а інколи навіть є можливість негативного чи летального результату. Але в будь-якому випадку, «медична послуга» має свій вплив на майбутнє споживача. Сукупна діяльність надавача і споживача, медична послуга вимагає «feedback» – зворотній зв'язок і участь споживача в реалізації медичної послуги.

Варто звернути увагу на те, що нормотворець не дає чіткого визначення «медичної послуги», жодне з існуючих не розкрило правової природи медичної послуги, а визначення поняття через його ж дефініцію є не коректним та не практичним. Вживання «медичної послуги» для характеристики всіх послуг в сфері охорони здоров'я є не виправданим. Законодавчо визнано, що надавачем медичних послуг можуть бути заклади охорони здоров'я та фізична особа-підприємець, які зареєстровані у відповідному порядку та отримали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, тому «медична послуга» пов'язана з «медичною допомогою» і тільки.

На нашу думку, під медичною послугою розуміється не стільки результат або окрема дія, а комплекс дій – діяльність, що спрямована на покращення фізичного і психічного стану людського організму і яку виконують суб'єкти, що отримали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, через професійно підготовлених медичних працівників відповідно до їх спеціалізації. До того ж майнове вираження медичної послуги є завжди, а ось вартість медичної послуги не може слугувати критерієм правового визначення. Тому не погоджуємось з В. О. Савченко, «що медичну допомогу слід розглядати як різновид медичних послуг, який відображає специфіку отримання безоплатних медичних

послуг у державних і комунальних закладах охорони здоров'я за спеціальних обставин, визначених законом» [74, с. 5].

1.3. Механізм цивільно-правового регулювання медичного страхування

Перш ніж звернутися до правового регулювання страхової діяльності у сфері надання медичних послуг в умовах формування в нашій країні дієвих ринкових структур, зокрема до його поняття, елементів та структури, необхідно дати визначення самого механізму правового регулювання загалом. Вважаємо, що вивчення механізму правового регулювання є важливим для того, щоб встановити, як і за допомогою яких правових засобів досягаються цілі впорядкування суспільних відносин.

На початку 1960-х років М. Г. Александров запропонував під зазначеним механізмом розуміти «всю сукупність способів і форм здійснення права, втілення його норм у життя» [75, с. 187].

В юридичній науці під «механізмом» розуміється характеристика багатьох явищ і процесів, наприклад таких, як: «механізм дії правової системи, загальний механізм дії прав, механізм правотворчості, механізм правового регулювання, юридичний механізм управління, механізм формування правомірної поведінки, механізм правового виховання, механізм реалізації конституційних прав і свобод громадян, соціальний механізм поваги до права, соціально-психологічний механізм вчинку тощо» [75, с. 186]. Крім того, вчені-правознавці використовують такі поняття, як «система правового впливу та система правового регулювання. Разом з тим, в усіх випадках сам термін механізм розуміється як спосіб функціонування, система засобів впливу» [75, с.187].

У межах української доктрини цивільного права увага зосереджується, насамперед, на аналізі особливостей механізмів цивільно-правового регулювання окремих видів цивільних правовідносин. Наприклад, механізм і принципи регулювання договірних відносин ґрунтовно проаналізував С. О. Погрібний. На його думку, це «послідовний ланцюг зміни окремих правових явищ: норма права,

що регулює цивільні відносини, юридичний факт – права і обов’язки, що існують у цивільних правовідносинах, які виникли на його підставі, реалізація цих прав та виконання обов’язків, а за необхідності – також і захист порушеного права чи інтересу» [76, с. 43].

Поняття «механізм цивільно-правового регулювання» є похідним від поняття «правове регулювання», яке неодноразово ставало предметом комплексних наукових досліджень. Вагомим внеском у формування теоретичних положень щодо механізму правового регулювання відзначився С. С. Алексєєв, який вважав, що, дана категорія «дозволяє обмалювати у русі, динаміці не лише всі частини правової надбудови так би мовити у великомасштабному вимірі, але й кожен із частин окремо, у тому числі й правовідносини» [77, с. 26]. У своїх дослідженнях вчений спирається на твердження про те, що правове регулювання є процесом, в якому можна виокремити такі стадії: «1) регламентованість суспільних відносин, що потребують правового опосередкування; 2) дія норм, в результаті яких виникають або змінюються правові відносини; 3) реалізація суб’єктивних прав та обов’язків, за якої правове регулювання досягає своєї мети, втілюється у поведінці конкретних осіб» [77, с. 34]. Окрім стадій правового регулювання С. С. Алексєєв виділяє також й «моделі правового регулювання – диспозитивну та зобов’язуючу. Елементами першої є суб’єктивне право та юридичні гарантії, другої – правовий обов’язок та юридична відповідальність» [77, с. 71].

Серед визначень, запропонованих сучасними теоретиками права, можна зустріти і таке: «Правове регулювання – це вплив спеціальних правових засобів на поведінку учасників суспільних відносин для узгодження їх інтересів і впорядкування суспільних відносин» [78].

Вчені-цивілісти визначають поняття правового регулювання по-різному. Так, В. Л. Яроцький визначає правове регулювання у приватноправовій сфері «як регламентаційний вплив на особисті немайнові та майнові відносини цілісної системи правових засобів, що забезпечує впорядкованість фактичної поведінки їх учасників» [79]. Механізм правового регулювання як «вплив суб’єкта правового регулювання на цивільні суспільні відносини» визначає С. О. Погрібний [76, с. 36].

Попри розбіжності у трактуванні сутності поняття «правове регулювання», спільним у вказаних визначеннях є те, що правове регулювання є саме впливом, який здійснюється на учасників суспільних відносин. Наскільки ефективним буде цей вплив, залежить від механізму правового регулювання. Під ефективністю правового регулювання С. С. Алексєєв розуміє доцільність і результативність правових заходів, юридичних норм [80].

У цьому контексті маємо погодитись із І. Я. Сенютою, що поняття «правового впливу» та «правового регулювання» не є тотожними за суттю [55, с. 78]. «Правове регулювання як спеціально-юридичний вплив пов'язане із встановленням прав та обов'язків суб'єктів, їх можливої та необхідної поведінки в конкретних правовідносинах», зауважує Т. І. Тарахонич [81, с. 12]. Також слушним видається розмежування понять «правовий вплив» і «правове регулювання», яке було проведене Л. А. Луцьом. На думку дослідника, «правовий вплив – це забезпечення особистих чи соціально значущих результатів взаємодії учасників суспільних відносин за допомогою правових засобів. Отже, правовий вплив може бути морально-психологічним, інформаційним, ідеологічно-виховним. Водночас правове регулювання здійснюється за допомогою спеціальних правових засобів, тобто правових явищ, основною функцією яких є регулювання (впорядкування) суспільних відносин» [78, с. 355]. Відтак, як вважає Л. А. Луць, «правове регулювання є лише однією з форм правового впливу» [78, с. 377]

Механізм правового регулювання, як процес, розуміє О. Ф. Скакун: «процес переходу нормативності права в упорядкованість суспільних відносин, який здійснюється суб'єктами правового регулювання за допомогою системи правових засобів, способів і форм з метою задоволення суспільних і приватних інтересів учасників суспільних відносин, забезпечення правопорядку» [82, с. 262]. Розкриває проблематику механізму правового впливу у своїй роботі А. М. Денисова, зазначаючи: «Механізм правового впливу, що складається з правових засобів, які мають об'єктивний (норми права, нормативно-правові акти, правові стимули, правові обмеження, правові принципи) та суб'єктивний характер, складають основу інформаційно-психологічного та ціннісно-орієнтаційного правового

впливу, пов'язані із потребами, мотивами, інтересами, волею, цілями, переконаннями конкретних суб'єктів та забезпечують результативність об'єктивних елементів (правова свідомість, правова культура, правова ідеологія, правове виховання)» [83, с. 206]. У свою чергу, О. І. Миколенко пропонує наступне визначення: «правовий механізм це: – правові засоби, які корелюються з потребами, інтересами, цілями конкретних суб'єктів» [84, с. 20] та «загальною спрямованістю (метою) правового механізму; – правові засоби, які в цілому забезпечують результативність правового механізму (якщо один із елементів правового механізму «недосконалий», то і функціонування всього правового механізму буде неефективним)» [84, с. 20]. В будь-якому випадку, правовий механізм беззаперечно являє собою сукупність правових засобів – це динамічна категорія, що безпосередньо впливає на поведінку різних суб'єктів.

Щодо складу правових засобів, А. М. Денисова включає «наступні елементи в механізмі правового впливу: 1) норму права; 2) нормативно-правові акти; 3) правові стимули; 4) правові обмеження; 5) правові принципи; 6) правову свідомість; 7) правову культуру; 8) правову ідеологію; 9) правове виховання» [83, с. 199]. Критикуючи виділені елементи за відсутність структурованості та неповноту, О. І. Миколенко зазначає, «що серед елементів механізму правового впливу, а також серед елементів публічно-правових і приватноправових механізмів, слід виділяти правову свідомість, правову культуру, правову ідеологію та правове виховання» [84, с. 21]. Заперечує такий підхід О. О. Отрадна, яка вважає, що «до механізму правового регулювання слід включати лише ті стадії та елементи, які мають об'єктивний правовий характер. Відтак, до елементів механізму правового регулювання не слід відносити правосвідомість та правову культуру. Хоча ці правові явища впливають на ефективність правового регулювання, але оскільки вони є внутрішніми категоріями, властивими конкретній особі або суспільству загалом, аналізувати їх як елементи механізму правового регулювання недоцільно» [85, с. 13].

В результаті проведеного аналізу вважаємо, що до елементів правового механізму слід віднести: – норми права (перелік прав та свобод та способи їх

реалізації); – суб'єктів права (особи, які реалізують свої права через законодавчо визначені форми, в рамках власної правової свідомості); – способи реалізації (форми). Ми переконані у тому, що завдяки введенню такого елемента правового механізму як суб'єкти права, буде вирішено питання з правовою культурою та свідомістю, як особистою характеристикою останніх.

Відтак, механізм правового регулювання страхової діяльності пропонуємо розуміти як систему правових засобів та їх елементів (норм права, суб'єктів відповідних правовідносин, актів реалізації), за допомогою яких здійснюється взаємопов'язане регулювання тих чи інших сфер страхової діяльності. Зазначений механізм має бути ефективним, змістовним, носити системний та загальнообов'язковий характер, бути послідовним та, відповідно, здійснюватися за допомогою спеціальних правових засобів.

Ґрунтуючись на цивільно-правовому розумінні страхування [1, 86, 87], можна стверджувати, що правове регулювання страхової діяльності – це дія цивільного права, страхового права, але не всієї системи і не будь-яких форм і видів, а регламентація спеціальними правовими засобами певної якості страхової діяльності, що здійснюється у конкретній ринковій обстановці.

У цьому контексті можна виділити наступні елементи механізму правового регулювання страхової діяльності:

1. норми цивільного та інших галузей права, які є підґрунтям правового регулювання страхової діяльності, так би мовити «загальнообов'язковим наказом». Саме на рівні системи цивільного права закріплюються як типові повноваження, тобто певний обсяг свободи суб'єктів страхових відносин, так і певна необхідність дотримання загальнообов'язкових правил поведінки, передбачених державою для суб'єктів таких страхових відносин;

2. страхові правові відносини, суб'єктивні права та юридичні обов'язки, які переводять за наявності юридичних фактів (страхових подій, дій тощо) вказані можливості у конкретну площину суб'єктивних юридичних прав та обов'язків і, отже, які переводять вплив норм цивільного права у площину можливої та належної поведінки суб'єктів страхової діяльності в умовах ринку;

3. акти реалізації прав та обов'язків, які є основними засобами, відповідно до яких настає певний у цивільному праві результат, тобто реально вирішуються страхові ситуації, судові справи, суперечки та інше. Вказана стадія дуже важлива, оскільки породжує певний ефект, результат. Саме на цій стадії досягається або не досягається поставлена мета, певний заздалегідь визначений результат правового регулювання. У разі недосягнення очікуваного ефекту та неотримання бажаного результату, може бути впроваджено у вказану триланкову систему ще один додатковий елемент, а саме - акти правозастосування;

4. акти правозастосування. За твердженням А. В. Коструби, «вказаний елемент може вільно вписатися до класичної триланкової системи елементів механізму правового регулювання загалом та страхової діяльності зокрема, оскільки, виступаючи владним, обов'язковим для виконання правовим розпорядженням, він покликаний насамперед забезпечити здійснення прав та обов'язків відповідних суб'єктів» [88].

Водночас будь-який механізм повинен мати певні розумні межі, які окреслюють рамки застосування норм, зокрема, цивільного права і які встановлюють межі його застосування та впливу на поведінку і свідомість суб'єктів страхової діяльності.

Незважаючи на усталену точку зору про те, що структура механізму правового регулювання має єдиний універсальний характер для правового регулювання будь-якого змісту, а його стадії одночасно виступають його елементами, у контексті саме щодо страхування, на нашу думку, слід відійти від вказаної позиції та зауважити наступне. Дійсно, існують універсальні стадії, які складають основу правового регулювання будь-якого змісту, однак, слід зазначити, що специфіка певних суспільних відносин все ж таки вносить свої корективи до стійкої, сформованої й широко використовуваної структури механізму правового регулювання та, відповідно, розширює існуючі універсальні кордони, прописані окремими вченими-теоретиками. Зокрема, до стадій цивільно-правового регулювання страхової діяльності віднесемо наступні:

1) Формування правової (юридичної) бази страхової діяльності. За загальноприйнятою позицією, слід виділяти загальне та спеціальне законодавство саме у сфері медичного страхування [89]. Загальне законодавство, охоплює правові акти, які поширюють свою дію на діяльність усіх суб'єктів права. Зокрема, до них відносяться: основний закон, галузеві кодифіковані нормативні правові акти, закони та інші правові акти, які мають статус кодексу. Спеціальне страхове та медичне законодавство, на думку Н. М. Петчел, «включає укази Президента України, нормативні акти КМУ, міністерств та відомств зі страхової та медичної діяльності» [90, с. 50-51].

Підтримуючи вказану точку зору, вважаємо, що до спеціального страхового та медичного законодавства слід зарахувати все галузеве законодавство, яке містить норми про страхування та медичні послуги. На підставі цього можна стверджувати, що до складу зазначеного законодавства входять ЦК України (зокрема норми Глави 67 «Страхування»), спеціальні Закони України «Про страхування» та Закон України «Основи», а також інші закони, які регулюють особливості здійснення медичного страхування, нормативні акти регуляторів у страховій та медичній сферах. Відтак, вказана система законодавства (у широкому сенсі) – це «багатогранне утворення з дуже складною структурною конструкцією» [54], яка являє собою сукупність законодавчих актів та окремих нормативних приписів, у яких не спотворюються, а навпаки, за словами сучасних дослідників, «об'єктивуються внутрішні, змістовні та структурні характеристики права» [91, с. 45-46], що регулюють страхову діяльність у сфері надання медичних послуг, тобто діяльність страховиків зі страхування, перестрахування, взаємного страхування, а також страхових брокерів з надання послуг, пов'язаних зі страхуванням та перестрахуванням у медичній сфері.

2) Правовідносини (страхові правовідносини), тобто суспільні відносини між суб'єктами страхової діяльності, які мають вираз у взаємних правах і обов'язках, що виникають у них. Відомо, що як підстави, з якими закон пов'язує виникнення, зміну чи припинення прав та обов'язків зазначених суб'єктів, розглядаються юридичні факти. Згідно з ч. 2 ст. 509 ЦК України, яка має відсильний характер на

ст. 11 ЦК України, зобов'язання можуть виникати в тому числі з договорів (п. 1 ч. 2 ст. 11 ЦК України) [29]. З вказаного можна зробити висновок про те, що основою виникнення відносин між суб'єктами страхової діяльності, а також будь-яких інших зобов'язань, є договір та закон.

3) Формування основних понять, які властиві та характеризують страхову діяльність у медичній сфері та умови їх реалізації на практиці. Специфіка складається в тому, що такі поняття не виділяються в літературі, а зазвичай йдеться або виключно про поняття страхової діяльності, або про основні терміни та поняття, які застосовуються у страхуванні загалом. Однак зазначена прогалина, на нашу думку, є неприпустимою. Вважається, що основні поняття, які є властивими та характерними для страхової діяльності, містяться у нормативно-правових актах та правилах страхування та, більше того, використовуються вченими-теоретиками та практикаками, які аналізують особливості здійснення такої діяльності на практиці, як з економічної, так і з юридичної точок зору.

Зокрема, серед економічно важливих понять у цьому випадку слід виділити актуарні розрахунки, частоту страхових подій, коефіцієнт кумуляції ризику, спустошливість страхової події, коефіцієнт збитковості, середню страхову суму на один об'єкт (договір) страхування, середню страхову суму на один постраждалий об'єкт, тяжкість ризику, збитковість страхової суми, коефіцієнт виплат, частоту збитків, тяжкість збитків, нетто-ставку, брутто-ставку, доходи, витрати, фінансові результати страхової діяльності [92, с. 18-22].

Необхідно виділити й універсальні поняття, властиві та актуальні для характеристики страхової діяльності як з економічного, так і з юридичного боку. Серед таких можна виділити страхову премію, страховий внесок, франшизу, страховий резерв, інвестиційну діяльність страхових організацій [93, с. 12].

І нарешті, з правової точки зору, найбільш актуально вказати такі основні поняття, як «страхова діяльність», «правове регулювання страхової діяльності», «страховик», «страхувальник», «суб'єкти страхової справи», «застраховані особи», «вигодонабувач», «добровільне страхування», «обов'язкове страхування», «правила страхування», «договір страхування», «об'єкти, що підлягають

страхуванню», «строк та порядок сплати страхової премії (страхових внесків)», «строк дії договору страхування» та інші.

Виявлення понять, властивих страховій діяльності, має велике значення з низки причин. По-перше, без знань визначення та змісту цих понять неможливо аналізувати специфіку здійснення страхової діяльності зсередини, розуміти всі проблеми у процесі здійснення такої діяльності і, отже, виявляти прогалини та недосконалості у самому механізмі правового регулювання страхової діяльності. По-друге, всі поняття, які характеризують страхову діяльність, повинні знаходити своє місце у страховому законодавстві, зокрема у Законі України «Про страхування», та бути детальніше досліджені фахівцями, які займаються актуальними проблемами провадження такої діяльності в умовах формування ринкових відносин.

У контексті зазначеного питання особливої уваги заслуговує розуміння та зміст поняття «медичне страхування».

Як показує досвід зарубіжних країн, основна мета медичного страхування – максимальна доступність медичних послуг для широкого кола населення та тенденція до повної компенсації витрат страхувальників. За загальносвітовими стандартами «медичне страхування покриває дві групи ризиків, що виникають у зв'язку зі станом здоров'я: – витрати на медичні послуги з відновлення здоров'я, реабілітації та догляду; – втрату доходу від невиконаної трудової діяльності, викликані станом здоров'я (як під час захворювання, так і після нього при інвалідизації)» [94, с.234].

Сучасні правознавці надають різні визначення поняттю «медичного страхування». Так, О. Д. Вовчак говорить, що медичне страхування – це «всі види страхування, пов'язані з відшкодуванням витрат страхувальника у зв'язку із захворюванням та необхідністю лікування» [95, с. 48]. Автори підручника зі страхування пропонують медичне страхування розглядати через «форму захисту інтересів індивіда на випадок втрати ним здоров'я із будь-якої причини» [96, с. 825]. Т. А. Говорушко визначає медичне страхування як «страхування на випадок втрати здоров'я з будь-якої причини, в тому числі у зв'язку із хворобою та

нешасним випадком» [97, с. 9]. С. С. Осадець визначає медичне страхування як «вид особистого страхування, що пов'язаний з компенсацією видатків громадян, які обумовлені одержанням медичної допомоги, а також інших витрат, спрямованих на підтримку здоров'я» [11, с. 10]. В. Ю. Стеценко представляє «страхування як сукупності правових норм, що регулюють суспільні відносини, які виникають у процесі забезпечення страхового захисту майнових інтересів фізичних та юридичних осіб» [98, с. 599].

Програмно-договірні відносини у сфері медичного страхування, а також обов'язковість платежів зазначено у визначенні, представленому С. І. Богуславським. Він вказав, що «медичне страхування є основною стороною страхових правовідносин, яка відповідно до закону або договором страхування передбачає обов'язок страховика надати медичну допомогу застрахованій особі у разі настання страхового випадку та сплатити вартість медичної допомоги повністю або частково» [99, с.84]. У цьому визначенні у якості основи медичного страхування виділяється закон або договір, а також передбачається повна або часткова компенсація вартості лікування.

Дослідниця договору медичного страхування Н. М. Петечел надає наступне визначення: «Медичне страхування – це вид страхування, що має своїм об'єктом майнові інтереси громадян, пов'язані зі здоров'ям застрахованої особи, пов'язане з компенсацією видатків громадян, що обумовлені отриманням медичних послуг, а також інших видатків, які пов'язані з підтриманням здоров'я за рахунок сплачуваних страхових внесків. Медичні послуги можуть полягати у відвідуванні лікарів, прийняттям необхідних процедур та іншого лікування в амбулаторних умовах; придбанням медикаментів; перебуванням у стаціонарній медичній установі; отриманням стоматологічної допомоги та зубним протезуванням; проведенням профілактичних заходів тощо» [90, с. 85]. Не погоджуємось з визначенням об'єкту страхових відносин, а запропоноване визначення вважаємо належить предмету медичного страхування.

За словами О. Ювсечко, «природа медичного страхування виражається в наданні страхового захисту у вигляді отримання медичної допомоги». Згідно з його

трактуванням, «медичне страхування (страхування медичних витрат) покликане покривати витрати на лікування, але таке покриття є натуральним, тобто у формі медичної допомоги, на відміну від звичайного майнового страхування» [100]. Це визначення акцентує особливу форму страхового захисту, тобто надання медичної допомоги застрахованій особі, відшкодування вартості лікування страхувальнику.

У цілому погоджуємося з А. Л. Святошнюк, що медичне страхування – це «вид цивільно-правових відносин щодо захисту майнових інтересів фізичних осіб у разі настання подій, які гарантують необхідність отримання медичної допомоги та медичних послуг (страхових випадків), визначених договором страхування або чинним законодавством, за рахунок грошових фондів, що формуються шляхом сплати фізичними особами та юридичними особами страхових платежів (страхових внесків, страхових премій) та доходів від розміщення коштів цих фондів» [94, с. 234].

У Законі України «Про страхування» від 07.03.1996 р. визначено лише загальне поняття страхування як «вид цивільно-правових відносин щодо захисту майнових інтересів фізичних осіб та юридичних осіб у разі настання певних подій (страхових випадків), визначених договором страхування або чинним законодавством, за рахунок грошових фондів, що формуються шляхом сплати фізичними особами та юридичними особами страхових платежів (страхових внесків, страхових премій) та доходів від розміщення коштів цих фондів» [24]. Натомість поняття «медичне страхування» чинне українське законодавство не виділяє, в той же час в Законі України «Про страхування» від 07.03.1996 р. визначає «медичне страхування» як обов'язкове [24].

Слід зазначити, що всі наведені вище визначення медичного страхування не дають чіткості щодо форми медичного страхування, тобто мають загальне тлумачення обов'язкового та добровільного видів медичного страхування. Можна відзначити, що в країнах, де медичне страхування функціонує в формі державного, встановлена його обов'язкова форма, а добровільне страхування здійснюється на основі договору, як і страхування звичайних ризиків у сфері загального страхування.

Обов'язкове медичне страхування, зазвичай, визначається як різновид обов'язкового соціального страхування і являє собою «систему організованих державою правових, економічних і організаційних заходів, спрямованих на надання застрахованій особі безкоштовних медичних послуг в рамках відповідної програми у разі настання страхового випадку» [101, с. 50]. Відмінною рисою такого страхування є його соціальна спрямованість, реалізація в рамках відповідних державних програм, гарантування соціальними або іншими фондами [102, с. 312–317]. Отже, якщо добровільний вид медичного страхування здійснюється безпосередньо самою застрахованою особою або її роботодавцем, то обов'язкове страхування здійснюється за відповідними програмами, а медичні установи та страхові компанії, які організовані у взаємній співпраці, використовуються роботодавцями, установами, приєднаними на підставі державної програми.

Відтак, медичне страхування – це вид особистого страхування, який передбачає обов'язок страховика щодо застрахованої особи в здійсненні страхових виплат (страхове забезпечення) у частковому або повному розмірі задля компенсації тих додаткових витрат, які викликані зверненням застрахованої особи до медичного закладу для отримання медичної послуги внаслідок настання страхового випадку. Таке положення корелюється із перспективним законодавством, адже новий Закон України «Про страхування», який набуде чинності 01.01.2024 р., не вносить змін до чинного ЦК України, за яким однією з форм страхування є особисте страхування – «майнові інтереси, які не суперечать закону і пов'язані з життям, здоров'ям, працездатністю та пенсійним забезпеченням» [29, ст. 980].

Тобто медичне страхування є за своєю природою правовим механізмом, спрямованим на пом'якшення наслідків можливих ризиків у майбутньому, застосування якого розглядається як забезпечення потреби застрахованої особи у кваліфікованій та якісній медичній послугі.

На основі аналізу наведених та власного визначень поняття медичного страхування можна виділити важливі аспекти та особливості медичного страхування. До них відносяться соціальний характер медичного страхування,

компенсаційний механізм, договірна основа відносин, програмна основа, натуральна форма, існування фондів та принципи їх використання, цільова спрямованість коштів, гарантія, зміст за видами (медичні, медикаментозно-консультаційні, профілактичні та інші медичні послуги), реалізується в обов'язковій та добровільній формах.

4) Реалізація прав, набуття певних благ та виконання конкретних обов'язків суб'єктами страхової діяльності. Ця стадія характеризується тим, що суб'єкти знаходяться в особливому взаємозв'язку і в той же час у протиставленні один одному, де один реалізує свої права шляхом виконання певних обов'язків іншим, та навпаки.

Тут можна виділити наступні особливості реалізації права. По-перше, у такій реалізації беруть участь суб'єкти, які мають суб'єктивні права. По-друге, у якості об'єкту при реалізації права виступає система законодавства. По-третє, про реалізацію права можна говорити лише за наявності правомірної поведінки, яка має вираз у певній як активній, так і пасивній поведінці. По-четверте, реалізація права здійснюється виключно у формах дотримання, виконання, використання та застосування норм права (законів, інших нормативних актів). І нарешті, по-п'яте, формою реалізації права також слід вважати тлумачення нормативних правових актів відповідними суб'єктами права. Зазначені особливості носять єдиний універсальний характер і мають бути враховані під час реалізації прав суб'єктами страхової діяльності.

Вивчаючи обов'язки суб'єктів страхової діяльності, не слід забувати, що зазначені обов'язки можуть бути взагалі не виконані або виконані неналежним чином. У такому випадку йдеться мова про настання певних негативних правових наслідків для таких суб'єктів.

Вказана вище обставина може включати ще одну стадію – стадію настання юридичних наслідків у разі невиконання або неналежного виконання своїх обов'язків, або вчинення правопорушення відповідним суб'єктом страхової діяльності. Ця стадія здатна захистити слабку сторону шляхом впливу на суб'єкта

страхової діяльності, примусу до здійснення певних дій, що ведуть у підсумку до належного виконання свого обов'язку.

Сутність будь-якого юридичного явища виявляється в його завданнях і принципах. Ряд науковців поділяють функції страхування на ризикову, накопичувальну, інвестиційну, попереджувальну, контрольну [103]. Виходячи з цієї ситуації, охарактеризуємо внутрішній зміст функцій страхування та виділимо важливі функції медичного страхування. За основу дослідження візьмемо функції страхування, запропоновані у підручнику О. О. Сосновської [104].

Ризикова функція страхування полягає в усуненні шкоди, заподіяної потерпілими суб'єктами, за рахунок організації фінансових ресурсів для відновлення їх діяльності, а в разі заподіяння шкоди життю та здоров'ю передбачає відшкодування необхідних витрат. Ця функція має вираз у механізмі передачі ризиків страховиком і забезпечує виплату страхувальнику страхових виплат у разі настання страхового випадку. Це, у свою чергу, призводить до зміни економічного становища страхувальника в результаті впливу ризику.

Накопичувальна функція слугує забезпеченню здоров'я населення та підвищенню рівня життя за рахунок використання механізму капіталізації. Така функція повною мірою проявляється у накопичувальних видах страхування, які мають довгостроковий характер.

Інвестиційна функція дозволяє залучити до економіки країни незадіяні кошти страхових організацій.

Попереджувальна (превентивна) функція виражається у фінансуванні заходів зі зниження страхових ризиків і дозволяє страховикам знизити ймовірність цього, а також тяжкість заподіяних збитків. На думку О. С. Журавки, «попереджувальна функція страхування виражає економічні інтереси всіх учасників страхових відносин щодо уникнення настання шкідливої негативної події» [105, с. 12]. Тому в якості основного завдання страхових організацій, а також суб'єктів господарювання, деякі автори визначають «ймовірність настання страхового випадку, рівень його негативного впливу та заходи щодо зменшення розміру майбутніх збитків» [106].

Контрольна функція страхування має прояв у процесі формування та використання страхових фондів. Контроль за цільовим використанням коштів страхового фонду забезпечує своєчасне гарантоване відшкодування збитків. Контроль за страховими операціями страховиків здійснюється на етапі накопичення коштів та їх використання, а також у процесі інвестування тимчасово вільних коштів.

Розподіл функцій страхування на рівні особистого і суспільного інтересів здійснила низка спеціалістів. Зокрема, О. О. Гаманкова трактує страхування як «правовий механізм соціального захисту як засіб державного регулювання поряд із функціями ризику та попередження» [107]. Серед них виділяють такі завдання страхування: завдання перерозподілу частини національного доходу, завдання економії коштів державного бюджету, завдання підтримки розвитку пріоритетних сфер національної економіки, завдання контролю.

Завдання перерозподілу частини національного доходу міститься у формуванні центральних страхових фондів на державному рівні для забезпечення соціально-економічної стабільності в країні. Завдання економії державного бюджету полягає в перекладанні фінансового тягаря з бюджету на страхові компанії у разі аварій, великих катастроф і подібних подій. Завдання підтримки розвитку пріоритетних галузей національної економіки реалізується через державну політику підтримки розвитку окремих видів страхування, у тому числі медичного. Завдання контролю забезпечується державними органами шляхом контролю за підзвітністю страхових компаній, їх діяльністю, діяльністю клієнтів, а також за правильністю витрачання бюджетних коштів на цілі страхування [108].

О. Д. Вовчак на рівні особистого страхування, поряд з основними завданнями, виділяє можливість «зосередитися на незастрахованих, але страхових ризиках під час укладення договору страхування ризиків», а також наголошує, що «зменшення страху та невпевненості у майбутньому є важливим фактором особистого благополуччя людини» [109].

Т. Васильєва, С. Козьменко та О. Козьменко об'єднують ризикові, попереджувальні та кумулятивні завдання страхування як завдання загального розподілу і виділяють контрольну функцію страхування [108].

Головним завданням у страхуванні О. Я. Андрійчук бачить завдання захисту і поділяє його структурний аспект на правовий, матеріальний і духовний (психологічний). «Юридичний аспект обов'язку страхового захисту виражається у пред'явленні юридичного обов'язку страховика перед страхувальником, і в цьому випадку страховик повинен вчинити дії, передбачені договором страхування, у разі настання негативної події» [110]. Наприклад, якщо здоров'я працівника забезпечено медичною страховкою, страховик повинен буде оплатити витрати на лікування внаслідок негативної події, яка сталася в межах дії договору страхування. У такому випадку саме роботодавець (страхувальник) має «пред'явити юридичний обов'язок» щодо страхових виплат страховику. «Матеріальна сторона завдання страхового захисту виявляється у здійсненні страхових виплат при настанні страхового випадку. Психічний аспект забезпечується виникненням у страхувальника (застрахованої особи) почуття захищеності, заснованого на юридичному обов'язку страховика реалізувати матеріальну сторону завдання страхового захисту» [110].

Також О. О. Гаманкова виділяє компенсаційну та фінансову функції страхування. Зокрема, вона вказує, що «такі категорії, як життя та здоров'я, не вважаються такими, що мають об'єктивну оціночну цінність, а це, в свою чергу, означає, що страхові виплати в особистому страхуванні не можуть повністю покрити заподіяні травми та збитки, тому доцільно відшкодувати шкоду, заподіяну життю чи здоров'ю застрахованої особи. У зв'язку з цим саме компенсаційний принцип цивільного законодавства, наголошений в юридичній літературі, безпосередньо стосується обов'язків медичного страхування, яке є різновидом особистого страхування» [107]. О. Д. Вовчак також вважає, що «обов'язком страховика у будь-якому виді страхування є не відшкодування збитків (хоча страхові виплати вимірюються розміром зазначеного збитку або збитку), а

здійснення страхових виплат, за допомогою яких страховик відшкодовує можливі збитки або збитки, викликані страховим випадком» [109].

Фінансова функція страхування вбачається у використанні страхування як джерела доходу держави, коли страхування здійснюється за рахунок державних позабюджетних (медичного, соціального, пенсійного страхування) фондів. На соціальну функцію страхування звертають увагу Ю. М. Дячкова [111] та Ю. М. Клапків [112]. Ця функція полягає у фінансуванні страховими організаціями допомоги застрахованій особі на випадок непрацездатності, інвалідності, нещасного випадку та хвороби. У разі смерті застрахованої особи виплата коштів її родичам дозволяє зберегти рівень життя. У майновому страхуванні соціальна функція страхування полягає в тому, щоб допомогти страхувальникам підтримувати належний рівень матеріального добробуту. На думку Ю. М. Дячкової, «соціальна функція знову проявляється в тому, що розширюється можливість отримання страхувальником додаткових фінансових ресурсів (наприклад, кредитних коштів)» [111].

Низка авторів виділяють формування спеціалізованих фондів та їх використання як одну з функцій страхування. Зокрема, наголошується, що «функція формування та використання спеціалізованого фонду реалізується у системі фондів страхових організацій, що забезпечують фінансову стійкість, стабільність страхування, гарантування виплат. Інвестування тимчасово незадіяних коштів через це завдання наближає це завдання до інвестиційного завдання страхування» [113].

У результаті проведеного аналізу різних підходів до дослідження функцій страхування у якості основних функцій медичного страхування можна перерахувати такі: ризикова, компенсаційна, функція перерозподілу соціального та національного доходу. Ризикова функція медичного страхування має прояв у передачі ризику страховику і при настанні страхового випадку, тобто у разі звернення за медичною допомогою, оплату медичних послуг за рахунок коштів страхових фондів. Компенсаційна функція медичного страхування ґрунтується на відшкодуванні витрат, пов'язаних з наданням медичних послуг застрахованій особі

при її направленні до ЗОЗ; при цьому компенсація здійснюється не за рахунок власних коштів пацієнта, а зі спеціально створеного страхового фонду. Соціальна функція медичного страхування полягає у сприянні підтримки матеріального стану страхувальника на належному рівні шляхом фінансування надання медичної послуги застрахованій особі за рахунок страхових фондів, що утворюються на випадок настання страхового випадку. Завдання перерозподілу національного доходу здійснюється на державному рівні шляхом створення фонду обов'язкового медичного страхування та використання його ресурсів для забезпечення соціально-економічної стабільності в країні. У свою чергу, реалізація сукупності усіх зазначених функцій спрямована на створення основ правового регулювання медичного страхування, розробку механізмів його застосування та визначення прав і обов'язків суб'єктів медичного страхування, а також дозволяє послідовно вдосконалювати медичне страхування як правовідносини.

Розділ 2. ОСОБЛИВОСТІ ОКРЕМИХ ВИДІВ СТРАХОВИХ ПРАВОВІДНОСИН У СФЕРІ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

2.1. Особливості правового регулювання обов'язкового медичного страхування

Конституції України в ст. 46 наголошує, що «громадяни мають право на соціальний захист, що включає право на забезпечення їх у разі повної, часткової або тимчасової втрати працездатності» [114]. Це право гарантоване механізмами соціального страхування за рахунок страхових внесків громадян, підприємств, установ і організацій, а також бюджетних та інших джерел соціального забезпечення. Відповідно до ст. 253 Кодексу законів про працю України від 10.12.1971 р. № 322-VIII, «особи, які працюють за трудовим договором (контрактом) на підприємствах, в установах, організаціях, незалежно від форми власності, виду діяльності та господарювання, або у фізичної особи, підлягають загальнообов'язковому державному соціальному страхуванню» [115]. Ст. 1 Закону України «Про страхування» від 07.03.1996 р. № 86/96 ВР зазначає, що «страхування – це вид цивільно-правових відносин щодо захисту майнових інтересів фізичних осіб та юридичних осіб у разі настання певних подій (страхових випадків), визначених договором страхування або чинним законодавством, за рахунок грошових фондів, що формуються шляхом сплати фізичними особами та юридичними особами страхових платежів (страхових внесків, страхових премій) та доходів від розміщення коштів цих фондів» [24]. Новий Закон «Про страхування» зазначає, що «страхування – правовідносини щодо захисту страхових інтересів фізичних та юридичних осіб (страховий захист) при страхуванні ризиків, пов'язаних з життям, здоров'ям, працездатністю та пенсійним забезпеченням, з володінням, користуванням і розпорядженням майном, з відшкодуванням страхувальником заподіяної ним шкоди особі або її майну, а також шкоди, заподіяної юридичній особі, у разі настання страхових випадків, визначених договором страхування, за рахунок коштів фондів, що формуються шляхом сплати

страхувальниками страхових премій (платежів, внесків), доходів від розміщення коштів таких фондів та інших доходів страховика, отриманих згідно із законодавством» [25].

Пункт 1 частини 1 ст. 7 Закону України «Про страхування» від 07.03.1996 р. відносить до обов'язкових видів страхування медичне страхування [24]. В той же час «дія цього Закону не поширюється на державне соціальне страхування», це ж зазначається і в новому Законі «Про страхування» [24, 25]. На нашу думку, вказана норма жодним чином не врегульовує загальнообов'язкове державне медичне страхування, передбачене спеціальними нормативними актами, аналіз яких буде здійснено нижче. Погодимось з думкою правників про те, що «п. 1 частини першої ст. 7 Закону «Про страхування» слід визнати таким, що не формулює норми прямої дії, а медичне страхування є обов'язковим, якщо воно встановлюється законодавством» [116, с. 547]. «Відповідно до Закону України «Про туризм» страхування туристів (медичне та від нещасного випадку) є обов'язковим і забезпечується суб'єктами туристичної діяльності на основі угод із страховиками. Туристи вправі самостійно укладати договори на таке страхування» [117].

Стаття 1 Закону України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування» від 23.09.1999 р. № 1105-XIV встановлює, що одним із видів загальнообов'язкового державного соціального страхування є медичне страхування [118]. За змістом п. 2 ч. 2 ст. 25 Закону України «Основи законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування» від 14.01.1998 р. № 16/98-ВР, «за загальнообов'язковим державним соціальним медичним страхуванням надаються наступні види соціальних послуг та матеріального забезпечення: діагностика та амбулаторне лікування; стаціонарне лікування; надання готових лікарських засобів та виробів медичного призначення; профілактичні та освітні заходи; забезпечення медичної реабілітації осіб, які перенесли особливо важкі операції або мають хронічні захворювання. Обсяг послуг, що надаються за рахунок коштів обов'язкового медичного страхування,

визначається базовою та територіальними програмами обов'язкового медичного страхування, які затверджуються в порядку, встановленому законодавством» [119].

Зазначимо, що відповідно до п. 2 п. 12 Розділу 7 «Прикінцеві і перехідні положення» Закону України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування» Кабінет Міністрів України мав підготувати та подати на розгляд Верховної Ради України проєкт Закону України про запровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування. З моменту прийняття вказаного закону та до сьогодні у Верховній Раді України зареєстровано біля двадцяти законопроєктів, які стосуються загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування. Проблема двічі виносилась на парламентські слухання (у 2009 р. та 2013 р.). За останні роки було зареєстровано два законопроєкти. Так, 30.07.2015 року на розгляд Верховної Ради було внесено проєкт Закону України «Про загальнообов'язкове соціальне медичне страхування» № 2462а (автор — народний депутат А. Ф. Шипко) [120]. Пізніше 01.08.2016 року народний депутат О. В. Богомолець запропонувала власний законопроєкт № 4981–2 «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування в Україні» [121].

Нагадаємо, що Конституційний Суд України у своєму рішенні від 29 травня 2002 р. № 10-рп/2002 (справа № 1–13/2002) вказав, що «громадянин, який отримує медичну допомогу у державних і комунальних закладах охорони здоров'я, не повинен відшкодовувати її вартість ані у вигляді будь-яких платежів, ані у будь-якій формі незалежно від часу надання медичної допомоги (без попереднього, поточного або наступного їх розрахунку за надання такої допомоги)» [64]. Згідно з цим рішенням, «неможливим є стягнення з громадян плати за таку допомогу в державних і комунальних закладах охорони здоров'я у будь-яких варіантах розрахунків (готівкою або безготівкових): чи у вигляді «добровільних внесків» до різноманітних медичних фондів, чи у формі обов'язкових страхових платежів (внесків) тощо» [64]. Як наслідок, Конституційний Суд України вважає, що «частина перша статті 49 Конституції України закріплює право кожного на медичне страхування, тобто не обов'язкове, а

добровільне медичне страхування громадян. Стосовно державного медичного страхування, то його запровадження не суперечитиме конституційному припису «у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно» лише у тому разі, коли платниками обов'язкових страхових платежів (внесків) будуть організації, установи, підприємства, інші господарюючі суб'єкти, які займаються підприємницькою діяльністю, державні фонди тощо. Стягнення таких платежів (внесків) з громадян у системі державного медичного страхування не відповідатиме конституційному положенню, що тлумачиться, оскільки буде однією з форм оплати за надання їм допомоги у державних і комунальних закладах охорони здоров'я» [64].

Невизначеність державного медичного страхування в першу чергу пов'язана зі змішуванням понять страхування та соціальне страхування. «Наукові дослідження в галузі соціального страхування визначають його як форму соціального захисту населення, систему заходів щодо матеріального забезпечення та соціального обслуговування у старості, на випадок тимчасової або постійної втрати працездатності, втрати годувальника, безробіття та в інших випадках, передбачених законодавством» [122]. Погоджуємось з автором, що соціальне страхування — це економіко-правове явище, одна із форм соціального забезпечення, яке належить до соціального захисту. Соціальне страхування, в першу чергу, поширюється на трудове населення, саме їх економічна активність є основою для нарахування страхових соціальних внесків. При страхуванні шляхом надання страхових послуг за ціль ставлять захист майнових інтересів страхувальників, а їх страхові внески становлять основне джерело для формування страхових резервів. Метою страхових резервів є відшкодування майбутніх витрат залежно від видів страхування (перестраховання). Суб'єктами соціального страхування є роботодавці, працівники, фізичні особи-підприємці, самозайняті особи, військові та фонди загальнообов'язкового державного соціального страхування (страховики). Зазначимо відповідно до Закону України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування» страховиком є Пенсійний фонд України [118].

Для страхування, як цивільно-правовим відносинам, страхувальниками визнаються «юридичні особи та дієздатні фізичні особи, які уклали із страховиками договори страхування або є страхувальниками відповідно до законодавства України. При цьому дієздатність страхувальників — фізичних осіб виникає з моменту їх повноліття, а правосуб'єктність страхувальників — юридичних осіб — з моменту їх державної реєстрації. Крім того, страхувальники можуть укладати із страховиками договори страхування на користь третіх осіб (застрахованих осіб, вигодонабувачів)» [118]. Відповідно до Закону України «Про страхування» страховиками є «фінансові установи, які створені у формі акціонерних, повних, командитних товариств або товариств з додатковою відповідальністю» [24], згідно із Законом України «Про господарські товариства» від 19.09.1991 р. № 1577-XII, з урахуванням того, що «учасників кожної з таких фінансових установ повинно бути не менше трьох, та інших особливостей передбачених цим Законом, а також одержали у встановленому порядку ліцензію на здійснення страхової діяльності (далі – страховики-резиденти)» [123]. Відповідно до Закону України «Про страхування» від 18.11.2021 р. «страховик – фінансова установа або філія страховика-нерезидента, які мають право здійснювати діяльність із страхування на території України» [25].

Різниця між головними суб'єктами відносин із страхування та соціального страхування встановлює відмінність в порядку їх виникнення, формалізації та процесу реалізації страхової діяльності. Погоджуємось з думкою О. І. Миколенка, що «загальнообов'язкове соціальне медичне страхування є різновидом державного соціального страхування, яке суттєво відрізняється від медичного страхування, що надається у відповідності до вимог Закону України «Про страхування»» [124, с. 673].

Слід зазначити, що деякі закони, які регулюють питання професійної діяльності передбачають визначення категорії осіб (наприклад, медичних працівників), які підлягають обов'язковому особистому страхуванню, їх права та обов'язки, а також перелік страхових випадків та умови виплати страхової суми.

Ст. 77 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» закріплює право на обов'язкове страхування медичних працівників, а саме право на: «обов'язкове страхування за рахунок власника закладу охорони здоров'я у разі заподіяння шкоди їх життю і здоров'ю у зв'язку з виконанням професійних обов'язків у випадках, передбачених законодавством» [52]. Зазначимо, що цей вид страхування, за положеннями Закону України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування», належить до іншого виду соціального страхування — «страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності» [118, абз. 2 п. 1 ч. 1] (далі — страхування від професійного захворювання), а значить має свою специфіку в правовому регулюванні. «Професійне захворювання — захворювання, яке виникло внаслідок професійної діяльності застрахованого та зумовлено виключно або переважно тривалим впливом шкідливих речовин, певних видів робіт та інших факторів, пов'язаних з роботою» [118]. Постановою Кабінету Міністрів України від 08.11.2000 р. № 1662 встановлено «Перелік професійних захворювань медичних працівників», до яких відносяться: «1) вегетативно-сенсорна поліневропатія верхніх кінцівок (ангіоневроз) — робота з медичною апаратурою, що генерує ультразвук; 2) неврози, пов'язані з тривалим безпосереднім обслуговуванням психічно хворих, — робота медичного персоналу у психіатричних закладах; 3) інфекційні захворювання та паразитози, зокрема туберкульоз, вірусні гепатити, сибірська виразка, бруцельоз, сап, лептоспіроз, кліщовий енцефаліт, СНІД, сифіліс тощо — робота в медичних закладах (інфекційних, протитуберкульозних, донорських пунктах), ветеринарній службі тощо; 4) мікози відкритих ділянок шкіри, слизових оболонок та вісцеральні (аспергільоз, легеня фермера тощо) — робота в медичних закладах (інфекційних, протитуберкульозних, донорських пунктах), ветеринарній службі тощо; 5) дисбактеріоз, вісцеральний кандидоз — застосування у медичній та фармакологічній практиці антибіотиків, грибів-продуцентів, білкововітамінних концентратів тощо; 6) алергічні захворювання: кон'юнктивіт, ринофаринголарингіт, риносинусит, астматичний бронхіт, бронхіальна астма

тощо – робота, пов'язана з впливом алергенів у хіміко-фармацевтичній промисловості, медичних та аптечних закладах; 7) неходжкінські лімфоми – роботи з джерелами іонізуючих випромінювань, у тому числі в медичній практиці» [125]. Зауважимо, що у судовій практиці вказаний перелік може трактуватися розширено, а саме «як виняток, страховим випадком може бути визнано захворювання, не внесене до зазначеного переліку, якщо на момент прийняття рішення медична наука має нові відомості, які дають підстави вважати це захворювання професійним» [126]. До того ж професійне захворювання слід розглядати як страховий випадок «у разі його встановлення чи виявлення в період, коли потерпілий не перебував у трудових відносинах із підприємством, під час роботи на якому він захворів» [126, п. 14].

Чинні нормативні акти визначають причинний зв'язок смерті з професійним захворюванням (отруєнням) або трудовим каліцтвом як «зв'язок, який можна встановити між перебігом професійних захворювань (отруєнь) або наслідками трудового каліцтва з урахуванням форми, стадії, тяжкості функціональних порушень, розвитку ускладнень за життя, патоморфологічними та гістологічними змінами в органах та системах організму, що виявлені під час розтину, та настанням смерті» [127]. Згадуючи ч. 1 ст. 35 Закону України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування» страхуванню від професійного захворювання підлягають: «1) особи, які працюють на умовах трудового договору (контракту); 2) учні та студенти навчальних закладів, клінічні ординатори, аспіранти, докторанти, залучені до будь-яких робіт під час, перед або після занять; під час занять, коли вони набувають професійних навичок; у період проходження виробничої практики (стажування), виконання робіт на підприємствах; 3) особи, які утримуються у виправних закладах та залучаються до трудової діяльності на виробництві цих установ або на інших підприємствах за спеціальними договорами. Заподіяння шкоди зародку внаслідок травмування на виробництві або професійного захворювання жінки під час її вагітності, у зв'язку з чим дитина народилася інвалідом, прирівнюється до нещасного випадку, який трапився із застрахованим. Така дитина відповідно до медичного висновку вважається

застрахованою і до 18 років або до закінчення навчання, але не більше як до досягнення нею 23 років, їй надається допомога Фонду соціального страхування України. Медичні працівники, які є суб'єктами підприємницької діяльності, можуть застрахуватися добровільно від нещасного випадку» [118, п. 2 ч. 3 ст. 35].

В той же час у кожній галузі охорони здоров'я є нормативно встановлені гарантії та певні механізми реалізації права на обов'язкове державне соціальне страхування медичних працівників. Наприклад, ст. 23 Закону України «Про протидію захворюванню на туберкульоз» від 05.07.2001 р. № 2586-III передбачає, що «захворювання на туберкульоз будь-якої локалізації працівників протитуберкульозних закладів, зазначених у частині першій статті 22 цього Закону, визнається професійним, і заподіяна їх здоров'ю шкода компенсується у встановленому законом порядку. У разі виникнення професійного захворювання працівникам протитуберкульозних закладів надається право на: першочергове поліпшення житлових умов у порядку, встановленому законодавством; щорічну відпустку тривалістю 45 календарних днів з використанням її у літній або інший зручний для них час; щорічне безоплатне одержання путівки для санаторно-курортного лікування у спеціалізованих санаторіях» [128]. Норми Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб» від 06.04.2000 р. № 1645-III встановлюють, що «захворювання на інфекційні хвороби медичних та інших працівників, що пов'язані з виконанням професійних обов'язків в умовах підвищеного ризику зараження збудниками інфекційних хвороб (надання медичної допомоги хворим на інфекційні хвороби, робота з живими збудниками та в осередках інфекційних хвороб, дезінфекційні заходи тощо), належать до професійних захворювань. Зазначені працівники державних і комунальних закладів охорони здоров'я та державних наукових установ підлягають обов'язковому державному страхуванню на випадок захворювання на інфекційну хворобу в порядку та на умовах, встановлених Кабінетом Міністрів України» [129, ст. 39]. Норми ст. 28 Закону України «Про психіатричну допомогу» від 22.02.2000 р. № 1489-III встановлюють, що «працівники, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, в тому числі здійснюють догляд за особами, які

страждають на психічні розлади, на випадок заподіяння шкоди їх здоров'ю або смерті, пов'язаних з виконанням ними службових обов'язків, підлягають державному обов'язковому страхуванню. Перелік цих працівників та порядок їх страхування встановлюються Кабінетом Міністрів України» [130]. У статті 22 Закону України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» від 12.12.1991 р. № 1972-ХІІ йдеться про те, що «ВІЛ-інфекція, якою заразилася особа внаслідок виконання професійних обов'язків, належить до професійних захворювань» [131]. 16 жовтня 1998 року Кабінет Міністрів України затвердив «Порядок та умови обов'язкового страхування медичних працівників та інших осіб на випадок інфікування вірусом імунодефіциту людини під час виконання ними професійних обов'язків, а також на випадок настання у зв'язку з цим інвалідності або смерті від захворювань, зумовлених розвитком ВІЛ-інфекції, і переліку категорій медичних працівників та інших осіб, які підлягають обов'язковому страхуванню на випадок інфікування вірусом імунодефіциту людини під час виконання ними професійних обов'язків, а також на випадок настання у зв'язку з цим інвалідності або смерті від захворювань, зумовлених розвитком ВІЛ-інфекції» [132].

Слід зауважити, як правило, при реалізації права на обов'язкове державне страхування страховиком виступає Пенсійний Фонд (раніше – Фонд соціального страхування України), в той же час «страховиками з обов'язкового страхування медичних працівників та інших осіб на випадок інфікування вірусом імунодефіциту людини під час виконання ними професійних обов'язків, а також на випадок настання у зв'язку з цим інвалідності або смерті від захворювань, зумовлених розвитком ВІЛ-інфекції, є юридичні особи, які здійснюють страхову діяльність на підставі ліцензії, одержаної в Нацкомфінпослуг» [132].

Закон України «Про ветеринарну медицину» від 25.06.1992 р. № 2498-ХІІ у п. 7 ст. 12 передбачає, що «життя і здоров'я спеціалістів ветеринарної медицини за рахунок спеціального фонду Державного бюджету України підлягають обов'язковому страхуванню на випадок каліцтва або професійного захворювання,

одержаних при виконанні службових обов'язків, при боротьбі із зоонозами та при безпосередніх маніпуляціях з тваринами» [133]. Відповідно до «Умов обов'язкового (додаткового) страхування життя і здоров'я спеціалістів ветеринарної медицини», затверджених постановою Кабінету Міністрів України від 22.02.1994 р. № 116, «обов'язкове (додаткове) страхування спеціалістів ветеринарної медицини проводиться за рахунок позабюджетних надходжень установ державної ветеринарної медицини на випадок загибелі (смерті), каліцтва або професійного захворювання, що настали у зв'язку з виконанням службових обов'язків, при боротьбі із зоонозними захворюваннями та при безпосередніх маніпуляціях з тваринами. Страхові платежі за обов'язковим (додатковим) страхуванням спеціалістів ветеринарної медицини сплачуються установами державної ветеринарної медицини, які мають позабюджетні надходження (надалі-страхувальники), Кримській республіканській, відповідним обласним, Київській та Севастопольській міським дирекціям Національної акціонерної страхової компанії Оранта» [134]. Як бачимо, в останніх двох випадках має місце обов'язкове страхування життя та здоров'я спеціалістів відповідної галузі медицини. При цьому таке страхування має подвійне правове регулювання: соціальне та цивільне.

Страхові виплати з загальнообов'язкового державного соціального страхування для медичних працівників проводяться відповідно до положень «Порядку призначення перерахування та проведення страхових виплат», затвердженого постановою Правління Фонду соціального страхування України від 19.07.2018 р. № 11. Зокрема, «Допомога по тимчасовій непрацездатності, пов'язана з нещасним випадком на виробництві або професійним захворюванням, призначається та виплачується страхувальником за місцем роботи потерпілого, де стався страховий випадок, у розмірі 100 відсотків середньої заробітної плати (оподаткованого доходу)» [135, п. 2.1]. Законом України «Про збір та облік єдиного внеску на загальнообов'язкове державне соціальне страхування» від 08.07.2010 р. № 2464-VI встановлено розмір єдиного внеску для платників «відповідно до класів професійного ризику виробництва з урахуванням видів їх економічної діяльності»

[136]. Постановою Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку визначення класу професійного ризику виробництва за видами економічної діяльності» від 08.02.2012 р. № 237 затверджено «Розподіл видів економічної діяльності за класами професійного ризику виробництва» (Додаток 1), а загальну та спеціалізовану медичну практику віднесено до сьомого класу [137]. Розмір єдиного внеску відповідно до Закону України «Про збір та облік єдиного внеску на загальнообов'язкове державне соціальне страхування» від 08.07.2010 р. № 2464-VI «для сьомого класу становить 36,83 % визначеної бази нарахування. Для бюджетних установ єдиний внесок встановлюється у розмірі 36,3 % визначеної бази нарахування» [136].

«В науковій літературі поняття соціального страхування пов'язується, насамперед, з особливістю матеріального забезпечення страхових соціальних допомог у зв'язку з настанням соціальних страхових випадків, які в доктрині права соціального забезпечення дістали назву соціальних ризиків» [138, с. 199]. Досліджуючи питання теорії правовідносин соціального страхування, С. О. Сільченко звертає увагу на «соціальний аспект, який відокремлює соціальне страхування від інших видів особистого страхування. Він утілений в особливій природі страхових ризиків. Останні пов'язані з ймовірністю втрати заробітку як основного джерела існування найманих працівників, що породжує негативні наслідки у вигляді настання соціальної незабезпеченості, бідності. Це, у свою чергу, зумовлює широку сферу дії соціального страхування, необхідність його побудови на засадах загальнообов'язковості» [139, с. 606]. Ми підтримуємо точку зору «вченої С. М. Синчук, яка, аналізуючи теорію соціального ризику за правом соціального забезпечення, виділяє таку важливу ознаку соціальних ризиків, як соціальна значимість (соціально-значимі обставини)» [140, с. 6]. На думку С. М. Синчук, «соціальне страхування – це система правовідносин щодо надання матеріального забезпечення та соціальних послуг застрахованим особам (членам їх сімей) у разі настання соціальних страхових випадків у розмірах і порядку, передбачених законами за рахунок грошових фондів, які формуються шляхом

сплати страхових платежів роботодавцями та особами, в користь яких здійснюється страхування, а також бюджетних асигнувань» [141, с. 378].

Найбільш вдалим ми вважаємо визначення, надане О. В. Тищенко, який вважає, що «загальнообов'язкове державне соціальне страхування – це правові відносини, що виникають між учасниками соціально-страхових відносин (застрахованими особами, страхувальниками, страховиками) з метою захисту соціально-правових інтересів застрахованих осіб у зв'язку з виникненням суспільно-значимих обставин (страхових випадків), які згідно чинного законодавства України є підставою для здійснення страхових соціальних виплат за рахунок коштів страховиків (фондів загальнообов'язкового державного соціального страхування)» [138, с. 199]. Основною відмінною рисою такого страхування є те, що «загальнообов'язкове державне соціальне страхування здійснюється за рахунок цільового використання коштів Фонду медичного страхування, що формуються шляхом сплати обов'язкових страхових внесків, а також надходжень з інших джерел, передбачених законом. Фінансування охорони здоров'я здійснюється за рахунок Державного бюджету України й місцевих бюджетів, фондів медичного страхування, благодійних фондів та будь-яких інших джерел, не заборонених законодавством. Бюджетні кошти, асигновані на охорону здоров'я, використовуються для забезпечення населенню гарантованого рівня медичної допомоги, фінансування державних цільових і місцевих програм охорони здоров'я і фундаментальних наукових досліджень із цих питань. Медична допомога надається безоплатно за рахунок цих коштів у закладах охорони здоров'я, із якими головними розпорядниками бюджетних коштів укладені договори про медичне обслуговування населення. Особливості їх укладення визначаються спеціальним соціальним законом» [142, с.145].

Вищевикладений аналіз нормативного матеріалу дозволяє погодитися із багатьма вченими, які вважають, що «загальнообов'язкове державне медичне страхування – це врегульовані правом відносини, що складаються між застрахованими особами, страхувальниками, страховиками й надавачами медичних послуг, мають на меті реалізацію громадянами конституційного права на

охорону здоров'я, передбачають матеріальне забезпечення витрат на надання необхідного обсягу медичних послуг за рахунок цільового використання коштів Фонду медичного страхування, які формуються шляхом сплати обов'язкових страхових внесків, а також надходжень з інших джерел, передбачених законом» [143].

Принципи медичного страхування прямо визначені в законодавстві низки країн і передбачені як основні принципи та загальні правила правового регулювання відносин у цій сфері. Наприклад, стаття 6 Закону Республіки Киргизстан «Про медичне страхування громадян у Киргизській Республіці» від 18 жовтня 1999 р. №112 встановлює такі основні принципи обов'язкового медичного страхування:

- «застраховані громадяни мають рівні права на медичні та профілактичні послуги у розмірі, зазначеному у базовій програмі обов'язкового медичного страхування, незалежно від соціального статусу застрахованої особи та розміру внесків;
- взаємодія у системі обов'язкового медичного страхування регулюється на підставі договору між суб'єктами обов'язкового медичного страхування;
- прозорість виконання бюджету обов'язкового медичного страхування для платників;
- забезпечення правового захисту застрахованих громадян» [144].

На наш погляд, вказані принципи обов'язкового страхування, встановлені законодавством Киргизстану мають більш практичний характер, а основна роль у правовому регулюванні обов'язкового медичного страхування надається договору. При регулюванні відносин медичного страхування законодавство Киргизстану наголошує, що державний контроль та дисципліна не є суворими, але права застрахованої особи щодо цього захищені. Зрозуміло, такий підхід передбачає свободу ринку страхування та посилення договірного порядку надання медичної допомоги за рахунок визначення прав та обов'язків учасників страхових відносин за договором.

Однак, якщо рівень соціально-економічного розвитку в країні визначає стан формування медичної системи, такий підхід означає, що медичне страхування поширюється на фізичних осіб, які можуть сплачувати страхові внески та внески за медичне страхування, або, якщо роботодавець зобов'язаний надавати обов'язкове страхування для працівників.

Констатуємо, що норми права, закріплені ст. 7 Закону України «Про страхування» стали основою для нормативної бази щодо регулювання відносин в сфері обов'язкового медичного страхування. В той же час відсутність законодавчо закріпленого поняття «медичне страхування» та широке його трактування як теоретиками так і практиками становить нагальну проблему.

Як було нами вказано у п. 1.3. Розділу 1 дисертаційного дослідження, медичне страхування становить різновид особистого страхування відповідно до п. 1 ч. 1 ст. 980 ЦК України і, як наслідок, на такі відносини мають розповсюджуватись норми цивільного та господарського права щодо страхування. Водночас в силу нормативного припису щодо обов'язковості виду страхування, субінституту обов'язкового медичного страхування також властива складна правова природа, оскільки він поєднує в собі елементи як публічно-правового, так і приватно-правового регулювання. Підтримуємо думку О. І. Миколенка щодо «накладення адміністративно-правового та цивільно-правового регулювання» на обов'язкове медичне страхування, а також погоджуємось з тією частиною, що «правовідносини, які виникають між страховиком і страхувальником за своєю сутністю та ознаками мало чим відрізняються від договірних відносин цивільного права з питань добровільного страхування» [124, с. 673].

Зауважимо, що «обов'язкове медичне страхування» та «загальнообов'язкове державне (соціальне) медичне страхування» є категоріями різного порядку, де останнє становить частину соціального виду страхування та забезпечується нормами права соціального забезпечення. Відповідно, порядки та умови укладення договорів «загальнообов'язкового державного медичного страхування» визначаються Кабінетом Міністрів України та іншими органами виконавчої влади.

Дослідження нормативного забезпечення різних видів обов'язкового страхування медичних працівників, передбачених у ст. 7 Закону України «Про страхування», дає змогу зробити наступні висновки. На розглянуті види обов'язкового страхування дія актів цивільного законодавства не поширюється, здебільшого вони регулюються нормами права соціального забезпечення (спеціальними нормами), окрім деяких випадків страхування медичних працівників та спеціалістів ветеринарної медицини від професійного захворювання на ВІЛ-інфекцію.

Звернемо увагу, що 30 січня 2018 року набув чинності Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19 жовтня 2017 р. № 2168-VIII, який розпочав медичну реформу в Україні, основною метою якої є корінні зміни принципів надання медичних послуг [65]. Вже проведена реорганізація закладів первинної медичної допомоги (амбулаторії, фельдшерсько-акушерські пункти, медичні пункти, медичні кабінети) шляхом зміни форми власності з державної на комунальну, що в свою чергу надає право закладам охорони здоров'я укладати договори з Національною службою здоров'я України (НСЗУ) та отримувати відшкодування наданих медичних послуг з Державного бюджету.

Створено Національну службу здоров'я України (НСЗУ) як центральний орган виконавчої влади, який реалізує державну політику у сфері медичного обслуговування населення за програмою державних гарантій медичного обслуговування (програма медичних гарантій).

Серед основних функцій НСЗУ зазначається «виконання функцій замовника медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій» [145]. Задачами НСЗУ є «укладає, змінює та припиняє договори про медичне обслуговування населення та договори про реімбурсацію; здійснює заходи, що забезпечують цільове та ефективне використання коштів за програмою медичних гарантій, у тому числі заходи з перевірки дотримання надавачами медичних послуг вимог, установлених порядком використання коштів програми медичних гарантій, умов договорів про медичне обслуговування» [145], а також НСЗУ здійснює

«моніторинг виконання договорів про реімбурсацію аптечними закладами; здійснює оплату згідно з тарифом за надані пацієнтам медичні послуги (включаючи медичні вироби) та лікарські засоби за договорами про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій; здійснює відшкодування вартості лікарських засобів та медичних виробів за договорами про реімбурсацію за програмою медичних гарантій» [145].

Наступним кроком медичної реформи стало створення інституту сімейних лікарів як провайдерів медичних послуг та можливість підписання декларації пацієнтів з обраним сімейним лікарем. Заклади охорони здоров'я, в яких сімейні лікарі надають первинну медичну допомогу, підписують контракт з НСЗУ на оплату визначеного переліку наданих медичних послуг.

Створено електронну систему здоров'я – інформаційно-комунікаційну систему, яка забезпечує взаємозв'язок різних ланок надання медичних послуг з замовником (НСЗУ) та споживачем (пацієнтом).

01.07.2022 р. було прийнято Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги» № 2347-IX, який визначив наступні зміни, – формування госпітальних округів та кластерів у громадах [146]. Госпітальний округ – це територія, на якій має бути забезпечена доступна якісна безперервна та повна медична допомога. Створення нової мережі закладів охорони здоров'я передбачає реорганізацію лікарень в декілька видів: надкластерні – лікарні, які забезпечені ресурсами та технічно обладнані для надання комплексних медичних послуг у надскладних випадках захворювання, кластерні – багатопрофільні лікарні для лікування поширених захворювань, що здійснюють свою діяльність в межах округу, загальні – лікарні, які надають медичні послуги населенню територіальної громади [146].

Аналіз найсуттєвіших кроків медичної реформи в Україні демонструє організаційно-правові зміни в системі охорони здоров'я через зміну принципів надання медичних послуг, а її адміністративні зміни впливають на створення нових механізмів взаємовідносин між медичними працівниками та пацієнтами. Численні нововведення в законодавчому полі, реорганізація засад надання медичних послуг,

формування нових взаємовідносин в системі охорони здоров'я, створення державного органу, головною функцією якого є організація механізму відшкодування вартості медичних послуг надавачам, а ціллю – забезпечення пацієнтів якісною та доступною медичною допомогою, питання введення обов'язкового медичного страхування ставлять під сумнів.

Зауважимо, що за договором про надання та оплату медичних послуг з обов'язкового медичного страхування, заклади охорони здоров'я зобов'язуються надавати медичну допомогу застрахованій особі у порядку, обсягах та на умовах, передбачених чинним спеціальним законодавством за відповідним договором, а страхова організація зобов'язується оплатити медичні послуги, надані відповідно до умов договору обов'язкового медичного страхування.

Незважаючи на те, що відносини щодо обов'язкового медичного страхування входять до сфери цивільно-правового регулювання, не можна заперечувати наявність у процесі регулювання публічно-правових засад, які накладають істотні обмеження на свободу договору. Варто наголосити, що договори у сфері обов'язкового медичного страхування є обов'язковими для укладення, їх сторони повинні погоджувати умови, зазначені у законі; порядок виконання, зміни та розірвання даних договорів та заходи відповідальності за невиконання чи неналежне виконання договорів закріплені чинним законодавством.

Враховуючи усе вищезазначене, правова колізія, яка утворилася внаслідок неузгодженості медичних та соціальних правових норм із нормами Конституції України, на нашу думку, має бути вирішена законодавцем найближчим часом на користь відмови від інституту обов'язкового державного медичного страхування як короткострокової перспективи до впорядкування належним чином відповідної законодавчої бази.

2.2. Цивільно-правова характеристика договору добровільного медичного страхування.

Страхування є ефективним інструментом захисту інтересів фізичних осіб від можливих ризиків, забезпечує соціально-економічну стабільність у суспільстві. Традиційно медичне страхування реалізується в обов'язковому та добровільному вигляді. Добровільне медичне страхування (ДМС) включає страхові схеми, що фінансуються (повністю або частково) за рахунок особистих страхових платежів, які страхувальник робить для забезпечення покриття за певним страховим полісом, який, зазвичай, додається до договору страхування і видається страховиком застрахованій особі. Страхові внески не залежать від доходу особи, хоча придбання ДМС певною групою населення або населенням в цілому може субсидуватися за рахунок держави. «Добровільна форма медичного страхування ж покликана розширювати обсяг послуг й покращувати умови надання профілактичної, лікувально-діагностичної та реабілітаційної допомоги населенню» [95]. Відносини між суб'єктами добровільної форми страхування будуються «на основі укладання одночасно двох договорів: договору страхування, що укладається між страховиком та страхувальником, а також договором на надання лікувально-профілактичної допомоги, що укладається між страховою компанією та медичним закладом» [97].

Отже, відносини між сторонам регулюються добровільно укладеними договорами. Погоджуємось з думкою І. С. Канзафарової та А. Л. Святошнюк, «що договір є практично універсальним засобом узгодження інтересів учасників цивільного обороту й одночасно одним із найважливіших правових засобів, за допомогою яких регулюються суспільні відносини» [147, с. 126]. Результатом взаємодії сторін при укладенні договору є створене правовідношення між суб'єктами договору, тобто зв'язку, який проявляється у вигляді взаємних прав та обов'язків.

Як зазначає О. М. Берназ-Лукавецька «виходячи з ідей, принципів і норм системи континентального права, або, як відомо, правової сім'ї романської традиції, визначено, що цивільно-правовий договір проявляє два кваліфікаційних критерії: домовленість волі та юридичну мету. У широкому розумінні угоди волі, кожна частина договору виражає певне бажання досягти мети. Таким чином, конструкція цивільного договору базується на принципах консенсуалізму,

заснованих на моральних правилах дотримуватися своєї обіцянки, бути сумлінним, поважати інтереси іншого» [148, с. 124], тоді як «українські цивілісти визначають договір як особливу форму зобов'язального правовідношення, заснованого на вільно вираженому волевиявленні сторін, що полягає в оцінці та здійсненні її фактичних дій з метою досягнення правових наслідків і особистих інтересів» [148, с. 124].

«Юридичною конструкцією цивільно-правового договору виступає передбачена законом система взаємопов'язаних компонентів правового характеру, що забезпечує функціонування зв'язків між сторонами такого договору. Серед таких компонентів виділяють угоду сторін договору і порядок її досягнення, структуру, способи виконання цивільно-правового договору, умови й об'єм відповідальності сторін за невиконання чи неналежне виконання договірних зобов'язань» [149, с. 4].

Зауважимо, що поняття «договір медичного страхування» не визначено ні в юридичній літературі, ні в законодавстві. Вважаємо доречним розпочати його аналіз з дослідження договору страхування, який є, відповідно, родовим поняттям.

Поняття «договір страхування» міститься у ст. 16 Закону України «Про страхування», згідно з яким «договір страхування – це письмова угода між страхувальником і страховиком, згідно з якою страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату страхувальнику або іншій особі, визначеній у договорі страхування страхувальником, на користь якої укладено договір страхування (подати допомогу, виконати послугу тощо), а страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені строки та виконувати інші умови договору» [24]. Схоже значення договору страхування наводиться у ст. 979 ЦК України. Щодо більш чіткого визначення добровільного медичного страхування слід звернутись до розпорядження Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг України «Про затвердження Характеристики та класифікаційних ознак видів добровільного страхування» від 09.07.2010 р. № 565, в якому деталізується: «медичне страхування (безперервне страхування здоров'я) – вид страхування, за яким предметом договору страхування

є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані з і здоров'ям та працездатністю страхувальника чи застрахованої особи, визначеної страхувальником у договорі страхування за згодою застрахованої особи» [150].

Аналізуючи чинне законодавство, доходимо висновку, що договір медичного страхування є двостороннім, а сторони мають взаємні, визначені договором, права та обов'язки. Погоджуємось з Н. М. Петечель, що «особливістю такого договору є те, що обов'язок однієї сторони виконати зобов'язання настає пізніше виконання зобов'язання іншою стороною. Тобто, на відміну від обов'язку страхувальника, обов'язок страховика щодо сплати страхової суми в часі настає пізніше або взагалі не настає. Ця особливість пов'язана з роллю страхового ризику» [90].

Відсутність впевненості щодо обов'язку страховика страхової виплати наділяє договір медичного страхування рисами алеаторних або ризикових договорів. На думку Р. А. Майданика, «ризиковими або алеаторними правочинами у вузькому значенні називаються угоди, коли наперед невідомо, якій із сторін угода принесе вигоду, а якій збитки, – те чи інше залежить від випадку, оскільки їх виконання обумовлено випадковими або особистими сторонніми юридичними фактами, передбаченими у договорі чи іншій підставі зобов'язання, що відносяться до його змісту та сутності» [151, с. 33]. Вважаємо, що алеаторність договору медичного страхування виходить із можливості невідповідності первинного й зустрічного надання за цим договором. «Умова про страховий ризик не встановлюється сторонами зобов'язання, а визначається імперативними нормами закону, внаслідок чого страховий ризик набуває значення обов'язкового елемента будь-якого зобов'язання зі страхування» [152, с. 109-110].

Договір медичного страхування є оплатним договором, про що свідчить зміст статей 9 та 10 Закону України «Про страхування» (здійснення плати за послугу, яка передбачена договором) [24]. Зазначимо, що обов'язок здійснити страхову виплату виникає у страховика при укладенні договору медичного страхування, а не при настанні страхового випадку.

У ст. 985 ЦК України зазначено, що «договір медичного страхування може бути укладений на користь третьої особи, визначеної страхувальником, для

одержання страхової виплати у разі настання страхового випадку» [29]. Необхідно наголосити, що ЦК України та Закон України «Про страхування», як чинний так і новий, не встановлюють правових обмежень щодо визначення третіх осіб, які можуть отримувати страхові виплати як застраховані. О. Я. Кузьмич пояснює це тим, що «в основі категорії «на користь третьої особи» лежить усвідомлена потреба однієї із сторін договору у задоволенні благ третьої особи. При цьому чинники, які формують виникнення такої потреби, знаходяться поза межами договірною правовідношення» [153, с. 5]. Страхувальник зобов'язаний діяти в інтересах особи, коли укладає договір на її користь [154]. На нашу думку, хоч законом і не визначений перелік третіх осіб, вони безумовно характеризуються наявністю страхового інтересу.

«Ст. 979 ЦК України, в якій дається визначення поняття договору страхування, побудована таким чином, що не містить безпосередньо ознак щодо його консенсуальності чи реальності. Проте відповідно до ч. 1 ст. 983 ЦК України та ст. 18 Закону України «Про страхування» договір страхування набирає чинності з моменту внесення страхувальником першого страхового платежу, якщо інше не встановлено договором. Аналіз зазначених норм надає підстави для висновку, що договір медичного страхування може розглядатися як реальний договір, якщо умовами договору або законом не визначено його консенсуальний характер. Для укладення реального договору недостатньо досягнення домовленості, сторонам необхідно буде вчинити також певну фактичну дію, спрямовану на виконання стороною свого договірною обов'язку (передати річ, сплатити грошову суму)» [155].

Цікавим видається той факт, що на практиці відбувається «продаж типових страхових полісів», які вже містять умови страхового договору, передбачені в односторонньому порядку страховиком. «Купуючи» договір, страхувальник погоджується з умовами договору, запропонованими страховиком. Відповідно, договір медичного страхування є договором приєднання. Визначення договору приєднання надається у ст. 634 ЦК України: «договором приєднання є договір, умови якого встановлені однією із сторін у формулярах або інших стандартних

формах, який може бути укладений лише шляхом приєднання другої сторони до запропонованого договору в цілому. Друга сторона не може запропонувати свої умови договору» [29]. Характерною рисою договору приєднання є можливість пропонувати свої умови надана одній стороні, «інша – не може їх змінити, узгодити, а приймає їх такими як їй запропоновано. Вияв волі другої сторони зводиться до погодження із запропонованими умовами або договір нею на запропонованих умовах не укладається» [156, с. 95]. Принцип свободи договору вважається збереженим, адже за другою стороною закріплена можливість вирішувати, чи укласти договір взагалі. А. Л. Святошнюк зазначає, що «у зміст принципу свободи договору входять такі елементи: право не укласти той або інший договір, право вільного вибору контрагента, право вибрати вид договору і право визначати його умови, які не суперечать закону» [157, с.77]. Поділяємо думку науковця в частині вагомості принципу свободи договору, за допомогою якого сторони досягають певного компромісу щодо умов договору та визначають його зміст.

Слід зазначити, що страхові компанії використовують форми договорів, які не закріплені у ЦК України або інших нормативно-правових актах – так звані непоіменовані договори страхування, якими є договір медичного страхування або договір страхування медичних витрат. Словами «не передбачений актами цивільного законодавства» законодавець пояснює зміст непоіменованого договору – невизначеність форми договору актами цивільного законодавства. Законодавець може визначити найменування договору, але істотні умови договору, права та обов'язки сторін, зміст договору не закріплює. Це відбувається шляхом волевиявлення сторін. Така ситуація виникає у випадку договорів медичного страхування. Закон України «Про страхування» передбачає можливість укладення зазначеного цивільно-правового договору, однак актами цивільного законодавства не закріплено правової регламентації відносин, які виникають з такої договірної конструкції. «При укладенні та виконанні договору медичного страхування, як непоіменованого договору, застосовуються загальні положення про послуги, передбачені гл. 63 ЦК України, спеціальні норми, встановлені гл. 67 ЦК України та

ЗУ «Про страхування», загальні положення зобов'язального права» [90]. Звертаємо увагу, передбачені тільки загальні положення регулювання відносин, які виникають з договорів страхування.

Виходячи з вищенаведеного можна дійти висновку, що договору медичного страхування притаманні як загальні ознаки договору страхування, так і особливі, які визначаються його цільовою спрямованістю.

Під договором добровільного медичного страхування, як правило, розуміють «договір, за яким одна сторона (страхова організація) зобов'язується організувати надання застрахованій стороні медичної допомоги визначеного обсягу та якості або інших послуг за програмою добровільного медичного страхування, а інша сторона (страхувальник) зобов'язується вносити страхові внески у встановлені в договорі строки та виконувати інші умови договору» [158, с. 26]. У Податковому кодексі України, міститься також і спеціальне визначення «договір добровільного медичного страхування – договір страхування, який передбачає страхову виплату, що здійснюється закладам охорони здоров'я у разі настання страхового випадку, пов'язаного із хворобою застрахованої особи або нещасним випадком. Такий договір має також передбачати мінімальний строк його дії один рік та повернення страхових платежів виключно страхувальнику при достроковому розірванні договору» [159, п. 14.1.52].

Характерною рисою добровільного медичного страхування (ДМС) є право вибору страхувальником страхової програми та закладу охорони здоров'я із запропонованих страховиком та встановлення договірних відносин зі страховою компанією.

Метою добровільного медичного страхування є створення економічної зацікавленості держави та роботодавців у зміцненні здоров'я населення. «Головним принципом управління процесом надання медичних послуг у добровільному медичному страхуванні – є принцип економічної вигоди для всіх його учасників, що забезпечує «саморегулювання» у системі взаємодії між суб'єктами даного ринку» [160, с. 157].

У юридичній літературі відсутня одностайність у визначенні договору добровільного медичного страхування. Таке становище виправдовується тим, що застраховані інтереси за своєю правовою природою є різними [158, с. 24]. Чинний ЦК України, як, власне, і Закон України «Про страхування», наводить визначення лише трьох форм страхування (ч. 1 ст. 980): особисте, майнове та страхування відповідальності, залишаючи інше поза увагою. Таке становище склалося історично. Зокрема, укладачі проєкту Цивільного уложення Росії та Зводу місцевих законів західних губерній Російської імперії наприкінці ХІХ ст. утримались від загального визначення договору страхування, керуючись наступними міркуваннями. «Визначення договору лише в тому випадку може мати значення, якщо, з одного боку, воно обіймає всі різновиди цього договору, з другого – дає дійсно можливість відрізнити цей договір від інших договорів. Відповідні комісії переконалися, що усі надані визначення договору страхування не задовольняють одночасно двом вимогам, і тому вважали, що страхуванню майна та страхуванню осіб повинні бути присвячені окремі визначення» [1, с. 19].

На наш погляд, необхідно звернути увагу на суперечливе тлумачення наведеної цитати. Здається, що її сенс якраз і полягає в тому, що дати єдине визначення на всі види страхування не є можливим, однак автори викладеної точки зору не стверджують, що окремі форми та види страхування не повинні мати власних понять, що фокусують їх особливості, а отже, і відмінності від інших видів та різновидів страхування.

Сучасні Цивільні кодекси Вірменії, Киргизстану, Узбекистану побудовані за моделлю відсутності єдиного визначення договору страхування. Цілком протилежні підходи до цього питання показали Цивільний кодекс Грузії та Туркменістану, які включають лише визначення договору страхування як такого, при цьому поділ страхування на майнове та особисте у них взагалі відсутній [1, с. 65].

Натомість чинне українське законодавство визначає як сам договір страхування – у ст. 979 ЦК України, так і одну з його форм – договір добровільного медичного страхування.

З вищезазначеного можна дійти висновку, що договір медичного страхування має одночасно відповідати наступним трьом критеріям:

- 1) передбачати страхову виплату, яку здійснюють закладам охорони здоров'я у разі настання страхового випадку;
- 2) мінімальний строк дії договору має бути один рік;
- 3) при достроковому розірванні договору має бути передбачене повернення страхових платежів виключно страхувальнику.

Як вбачається з наведеного, український законодавець вважає договір страхування самостійним (головним) цивільно-правовим договором (на кшталт, договору купівлі-продажу, підряду тощо). Саме у цій самостійності ми вбачаємо ключ до відмежування страхового договору від інших договірних форм. Адже єдність страхового зобов'язання дозволяє говорити про загальне поняття страхового договору. Договір страхування є вольовим актом окремих суб'єктів, який спрямований на створення страхових правовідносин. Звідси випливає, що страхове зобов'язання – це самостійне цілісне зобов'язання як інститут цивільного права, а медичне страхування – це частина цілого, яка представлена двома формами страхування – обов'язковим та добровільним. Ці міркування, на нашу думку, є підтвердженням висновку про те, що якщо немає цілого, то неможливо й досліджувати його частину.

Як було сказано нами вище, договір добровільного медичного страхування є різновидом особистого страхування. Узагальнивши існуючі погляди та враховуючи місце договору ДМС у системі зобов'язань зі страхування, а також, враховуючи цивільно-правові ознаки страхування, можна запропонувати наступне формулювання договору добровільного медичного страхування.

За договором добровільного медичного страхування одна сторона (страховик) зобов'язується за обумовлену договором плату (страхову премію), що в обов'язковому порядку сплачується іншою стороною (страхувальником), організувати та фінансувати одноразово або періодично обумовлену договором суму (страхову суму) за надані медичні та інші послуги, що надаються фізичним

особам відповідно до узгодженої страхової програми, яка становить невід'ємну частину цього договору.

Чинний Закон України «Про страхування» закріплює наступні види добровільного медичного страхування: «медичне страхування» (безперервне страхування здоров'я), «страхування здоров'я на випадок хвороби» та «страхування медичних витрат». Чітких критеріїв розмежування, за якими ці види відрізняються між собою, законодавець не наводить. На практиці «безперервне медичне страхування здоров'я» та «страхування на випадок хвороби» працюють за схожим механізмом, а різниця визначається стандартними страховими програмами, що пропонуються при укладанні договору ДМС. Безперервне страхування здоров'я містить програми з різних пакетів медичних послуг, а страхування здоров'я на випадок хвороби забезпечує страхування медичних витрат на випадок конкретної хвороби, визначеної умовами договору страхування і яка сталася під час його дії. Різниця полягає у здійсненні відшкодування: певна грошова компенсація у страхуванні на випадок хвороби передбачена для страхувальника і відшкодування для закладу охорони здоров'я, який надав медичні послуги, при безперервному медичному страхуванні здоров'я. Зазначимо, що Т. В. Волинець дає визначення договору страхування медичних витрат: «договір страхування медичних витрат – це письмова домовленість між страховиком та страхувальником, згідно з якою страховик зобов'язується у разі настання страхового випадку (певного захворювання) здійснити оплату медичних послуг, які надавалися страхувальнику медичним закладом, а страхувальник зобов'язаний своєчасно сплачувати страхові платежі» [73, с. 9-10]. Отже, страхування медичних витрат має на меті відшкодування витрат на медичні послуги застрахованої особи при настанні певного захворювання. Медичне страхування (безперервне страхування здоров'я) за своїм змістом включає не тільки медичні послуги з лікування захворювань, але й послуги з медичного обслуговування (профілактика захворювання, діагностика тощо).

Слід зазначити, що новий Закон України «Про страхування» від 18.11.2021 р. не містить поділу на обов'язкове та добровільне страхування, а власне медичним

страхуванням називає страхування на випадок хвороби (клас 2), окремо виділяючи клас 22 – безперервне страхування здоров'я, клас 1 – страхування від нещасного випадку (у тому числі на випадок виробничої травми та професійного захворювання). «Перелік ризиків у межах класів страхування, характеристики та класифікаційні ознаки класів страхування, ризиків у межах класів страхування, а також особливості здійснення діяльності із страхування та укладання договорів за класами страхування визначаються спеціальними законами з регулювання ринку страхування та нормативно-правовими актами Регулятора» [25]. В той же час законодавець зазначає, що дія цього Закону не поширюється на загальнообов'язкове державне соціальне страхування, а в ст. 89 підкреслює «якщо законом встановлений обов'язок особи укласти договір страхування, об'єкт страхування визначається відповідно до вимог закону» [25]. За відсутності імперативної ознаки виділених класів страхування, вважаємо, що вони належать до добровільних форм медичного страхування. В той же час законодавець допускає існування обов'язкових видів страхування, які врегульовані відповідно до вимог спеціальних законів. Слід зазначити, що звуження поняття медичного страхування до однієї з його форм (страхування на випадок хвороби) є не виправданим, як з погляду теорії права так і практики.

Медичне страхування представлене договорами з надання послуг – договорами медичного страхування. Відповідно до ст. 982 ЦК України, «істотними умовами договору страхування є предмет договору страхування, страховий випадок, розмір грошової суми, в межах якої страховик зобов'язаний провести виплату у разі настання страхового випадку (страхова сума), розмір страхового платежу і строки його сплати, строк договору та інші умови, визначені актами цивільного законодавства» [29]. «Умова про предмет є необхідною складовою частиною будь-якого договору і є тією умовою, яка завжди має істотне значення. Предмет договору слугує одним із критеріїв, за яким визначають досягнення сторонами згоди, що породжує зобов'язальні відносини між сторонами. Неузгодженість із приводу предмета договору не дозволяє жодній із сторін досягти поставленої економічної мети» [161, с. 176].

Відповідно до ст. 980 ЦК України та ст. 4 Закону України «Про страхування» від 07.03.1996 р. предметом договору страхування можуть бути «майнові інтереси, які не суперечать закону і пов'язані з життям, здоров'ям, працездатністю, пенсійним забезпеченням» [29, 24].

Пропонуємо, предметом договору ДМС вважати майнові інтереси, які не суперечать чинному законодавству та пов'язані із здоров'ям й працездатністю страхувальника або іншої (застрахованої) особи, що визначаються страхувальником у договорі страхування за її згодою.

Стосовно об'єкта договору ДМС, зазначимо, що у сучасній літературі відсутня однастайність думок. Так, одні «вважають, що об'єктом добровільного медичного страхування є майновий інтерес особи, про страхування якої укладено договір страхування (застрахованої особи), пов'язаний з витратами, викликаними зверненням застрахованого в медичні установи за медичними послугами, включеними в програму страхування. Або, об'єктом добровільного медичного страхування – є страховий ризик, пов'язаний з витратами на надання медичної допомоги при виникненні страхового випадку. Можна ще зустріти думки зведені до визначення об'єкту добровільного медичного страхування, як майнових інтересів, пов'язаних з оплатою організації та надання медичної та лікарської допомоги (медичних послуг) та інших послуг внаслідок розладу здоров'я фізичної особи, або стану фізичної особи, що вимагають організації та надання таких послуг, а також проведення профілактичних заходів, що знижують ступінь небезпечних для життя або здоров'я фізичної особи загроз і (або) усувають їх (медичне страхування). Друга група авторів вказує, що страхування майнових інтересів страхувальника, що не суперечать законодавству та пов'язані із здоров'ям та працездатністю застрахованої особи є предметом договору добровільного медичного страхування» [162, с. 87].

Новий Закону України «Про страхування» від 18.11.2021 р. у статті 89 визнає об'єктом страхування «життя, здоров'я, працездатність та/або пенсійне забезпечення; майно на праві володіння, користування і розпорядження майном та/або можливі збитки чи витрати; відповідальність за заподіяну шкоду особі або її

майну. Договором страхування визначається конкретний об'єкт страхування, з яким пов'язані страхові інтереси страхувальника (іншої особи, визначеної у договорі страхування), та страхові ризики, що пов'язані з цим об'єктом страхування та підлягають страхуванню за цим договором страхування. Договір страхування, у якому відсутній об'єкт страхування, є нікчемним» [25].

Аналіз чинного законодавства щодо страхування та належність медичного страхування до особистого страхування, «дає нам можливість визначити саме здоров'я, як категоріального поняття, об'єктом договору добровільного медичного страхування» [162, с. 161].

Щодо інших умов договору страхування, новий Закон України «Про страхування» від 18.11.2021 р. у статті 89 зазначає: «Страхування здійснюється на підставі договору страхування, який укладається відповідно до загальних умов страхового продукту, якщо інше не визначено законодавством України. Загальні умови страхового продукту включають: визначення понять і термінів, умови страхового покриття, права та обов'язки сторін (відповідальність за невиконання та/або неналежне виконання умов договору); порядок внесення змін, їх правові наслідки; порядок відмови від договору страхування; порядок дій у разі настання події, що має ознаки страхового випадку; порядок розрахунку та умови здійснення страхових виплат; підстави відмови у страховій виплаті; порядок укладення договору страхування; винятки із страхових випадків та обмеження страхування; порядок вирішення спорів; контактні дані для звернення у разі настання події, що має ознаки страхового випадку» [25].

Підсумовуючи вищесказане, можемо виділити наступні основні юридичні ознаки договору добровільного медичного страхування, визначальні його особливості:

1. договір добровільного медичного страхування є взаємним (двосторонньо-зобов'язуючим). Він характеризується наявністю узгоджених дій учасників, які виражають їхнє взаємне волевиявлення. Права однієї сторони завжди кореспондують з обов'язками іншої, і навпаки [55, с. 254].

З цього приводу висловився навіть Верховний Суд, який справедливо зазначив, що страхування є двостороннім правочином, оскільки передбачає права та обов'язки кожного з контрагентів [163, с. 21]. Для виникнення відносин обов'язковим є укладання договору, заснованого на добровільному волевиявленні сторін, на відміну від обов'язкового медичного страхування, яке засноване на законі;

2. відплатність – одна з основних ознак договору добровільного медичного страхування. Принцип відплатності є економічною основою страхових відносин, за рахунок наявності певних грошових коштів, що забезпечують реалізацію тих функцій, які покликане виконувати страхування. На цю ознаку ще у ХІХ ст. звертав увагу цивіліст І. І. Степанов, вважаючи, що «страхування передбачає кошти, які заздалегідь і спеціально призначені для відхилення наслідків нещастя, на відміну від простого заощадження у разі грошової потреби» [164, с. 22].

Майже століття радянські цивілісти К. А. Граве та Л. А. Лунц під страхуванням розуміли передусім сукупність заходів зі створення ресурсів матеріальних та (чи) коштів, за допомогою яких здійснюється виправлення шкоди, відновлення втрат у суспільному господарстві при настанні стихійних лих або нещасних випадків [165, с. 5]. Спираючись на принцип відплатності, вони вважали, що цей фонд повинен використовуватися лише у випадках, коли втрати несуть особи, які своїми внесками брали участь у створенні такого фонду.

Чинне українське цивільне законодавство повною мірою відповідає принципам відплатності, які відображені в юридичній літературі вченими. Зокрема, відповідно до ст. 626 ЦК України, в Україні діє презумпція відплатності цивільно-правового договору: «договір є відплатним, якщо інше не встановлено договором, законом або не впливає із суті договору» [29]. Надалі, істотними умовами договору добровільного медичного страхування є сплата страхової суми (ст. 982 ЦК України, ст. 9 Закону України «Про страхування» від 07.03.1996 р.) страхового платежу (страхового внеску, страхової премії) (ст. 983 ЦК України, ст. 10 Закону України «Про страхування» від 07.03.1996 р.). Адже за рахунок останніх у

страховиків формується грошовий фонд задоволення потреб страхувальників у разі настання страхового випадку, що й свідчить про відплатний характер договору;

3. цільове призначення страхування може бути виділено, на нашу думку, як самостійна ознака договору ДМС. Забезпечення можливої потреби – мета такого договору;

4. непередбачуваність (випадковість) подій складових страхового випадку. Про випадковість страхування у її юридичному значенні свідчить визначення страхового випадку, дане у ч. 2 ст. 8 Закону України «Про страхування» від 07.03.1996 р., а також у ст. 979 ЦК України. Відповідно до вказаних норм, страховий випадок визначено як подію, у разі наступу якої здійснюється страхування. При цьому характер події має бути обов'язково узгоджений сторонами;

5. ризиковий характер страхового договору добровільного медичного страхування. С. А. Пилипенко та А. С. Амеліна вважають, що ця умова є визначальною для страхування [166, 167]. У страховому договорі від алеаторності залежить настання можливості реалізувати страховий інтерес у страхувальника, але не обов'язок страховика здійснити виплату «страхової премії». При цьому межа відповідальності страховика – істотна умова страхового договору, яка має бути предметом домовленості сторін, що прямо передбачено ст. 982 ЦК України;

6. договір ДМС «набирає чинності з моменту внесення страхувальником першого страхового платежу, якщо інше не встановлено договором» [29]. Ця обставина дає підстави вченим [168, 169] і практика [170] відносити цей вид цивільно-правових договорів до реальних, що є цілком виправданим. Водночас зауважимо, що вказана законодавча позиція є диспозитивною. Якщо сторони передбачили набуття чинності договору з моменту досягнення згоди – такий договір повинен розглядатися як консенсуальний. У цьому сенсі, на нашу думку, не дуже коректно характеризує договір страхування Ю. П. Уралова: кваліфікуючи ознаки договору (реальний, консенсуальний), вона вказує шляхом перерахування [171]. Складається враження, що обидві характеристики можуть застосовуватися одночасно, тоді як одна завжди виключає іншу стосовно конкретного договору;

7. договір ДМС належить до умовних правочинів. Страхувальник має право вимагати від страховика відшкодування збитків (сплати страхової суми) тільки з моменту настання страхового випадку. Страховий випадок має ще одну істотну особливість, яка є властивою умовним правочинам: і умова, і страховий випадок в однаковому ступені є обставинами, щодо яких невідомо, чи наступлять вони чи не наступлять (ст. 212 ЦК України);

8. договір ДМС відноситься до групи каузальних правочинів, які залежать від підстави їх виникнення, оскільки у ньому сильніше, ніж у будь-яких інших правочинах, простежується необхідність дотримання відповідності між підставою (causa) зобов'язання та самим правовідношенням. Дотримання компенсаційного характеру зобов'язання, недопущення безпідставного збагачення - одна з основних умов існування страхових правовідносин;

9. договір ДМС завжди строковий. Виходячи із прямої залежності строку дії договору та вартості страхування, законодавець (ст. 982 ЦК України; п. п. 14.1.52 прим. 1 п. 14.1 ст.14 Податкового кодексу України) відносить умову про строк до істотних умов договору страхування. Питання можливості укладення договору страхування підіймається у відповідь на письмове прохання страхувальника щодо укладення відповідного договору та сумлінного укладання страхового свідоцтва (поліса, сертифіката).

Розглядаючи правову сутність страхування, слід зазначити, що страхове правовідношення, як і будь-яке інше цивільно-правове відношення, окрім загальноправового, має й спеціальні ознаки, які властиві лише страхуванню. Йдеться про елементи, що історично склалися, які становлять внутрішню структуру страхування. Саме тому М. В. Гуминська, І. Р. Мицишин та В. В. Тринчук, вважаючи, що теорія і практика виробили для страхових правовідносин такі поняття, як «страховий інтерес», «страховий випадок», «страховий ризик», «страхова виплата», «страховий внесок», «правила страхування» тощо, цілком обґрунтовано відносять ці елементи до особливостей страхових правовідносин [172].

У медичному страхуванні «страховим випадком є звернення застрахованої особи під час дії відповідного договору до медичної установи або до довіреного лікаря страхової компанії в разі гострого захворювання, загострення хронічного захворювання, травми з метою отримання консультативної, профілактичної чи іншої допомоги, яка потребує надання медичних послуг у межах переліку, передбаченого договором страхування» [158, с. 27,173].

Відповідно до Закону України «Про страхування» від 07.03.1996 р. «страховий ризик – певна подія, на випадок якої проводиться страхування і яка має ознаки ймовірності та випадковості настання» [24]. Ідентичне визначення містить новий Закон України «Про страхування» від 18.11.2021 р. Звернення застрахованого за медичними послугами до медичної установи, та підтвердження страхового випадку відповідно до програми страхування являється страховим ризиком добровільного медичного страхування.

Аналіз судової практики Верховного Суду України з розгляду цивільних справ, що виникають із договорів страхування свідчить, що «страхування як система захисту майнових інтересів фізичних, юридичних осіб та держави – необхідний елемент соціально-економічної системи суспільства. Страхування є інститутом гарантування поновлення майнових інтересів та одним із найбільш стабільних джерел довгострокових інвестицій» [174]. Зазначимо, що з метою реалізації суб'єктивного інтересу як задоволення конкретної потреби, особа повинна вчинити вольові, усвідомленні, активні дії. Зокрема вона має вступити в певні цивільно- правові відносини шляхом укладання цивільно-правового договору (договору страхування).

У страховій сфері цивільного права інтерес проявляється і як майновий інтерес, і як суб'єктивна категорія, поєднана з об'єктивним правом. У підсумку категорія «інтересу» отримала самостійне визначення та іменується «страховим інтересом». Варто зазначити, що страхується не сам інтерес, а інтерес конкретної особи, який проявляється у ставленні до життєвих умов.

Новий Закон України «Про страхування» від 18.11.2021 р. вперше на законодавчому рівні визначає поняття «страхового інтересу» як «матеріальної

заінтересованість та/або потреби потенційного страхувальника (іншої особи, визначеної у договорі страхування) у страхуванні ризиків, пов'язаних з життям, здоров'ям, працездатністю та пенсійним забезпеченням, з володінням, користуванням і розпорядженням майном, з відшкодуванням страхувальником заподіяної ним шкоди особі або її майну, а також шкоди, заподіяної юридичній особі» [25].

Вважаємо за доцільне доповнити ст. 982 ЦК України «Істотні умови договору страхування» частиною 2 у такій редакції: «страховий інтерес – це усвідомлена потреба страхувальника або іншої особи, визначеної у договорі страхування у страхуванні ризиків, пов'язаних з життям, здоров'ям, працездатністю та пенсійним забезпеченням, з володінням, користуванням і розпорядженням майном, з відшкодуванням страхувальником заподіяної ним шкоди особі або її майну, а також шкоди, заподіяної юридичній особі».

Стосовно договору ДМС, то правовідносини з добровільного медичного страхування мають особливий склад учасників, зокрема:

1. страховики (страхові організації) – фінансові установи, які мають статус юридичної особи та мають право здійснювати діяльність із медичного страхування. Відповідно до ст. 984 ЦК України, «страховиком може бути юридична особа, яка спеціально створена для здійснення страхової діяльності та одержала у встановленому порядку ліцензію на здійснення страхової діяльності» [29]. Згідно діючого Закону України «Про страхування» існує вимога щодо учасників установи та їх кількості. Новий Закон України «Про страхування» від 18.11.2021 р. встановлює, що «страховиками можуть бути: 1) страховики-резиденти, що отримали ліцензію відповідно до цього Закону; 2) філії страховиків-нерезидентів, що отримали ліцензію відповідно до цього Закону; 3) страховики-нерезиденти з урахуванням положень статті 6 цього Закону» та встановлює додаткові вимоги до їх діяльності [25, п. 3, ст. 3]. Відповідно до ст. 8 Закону України «Про страхування», страховики повинні бути створені у «формі акціонерного товариства або товариства з додатковою відповідальністю (крім філій страховиків-нерезидентів)» [25]. Зазначається «диференційований (залежно від виду та класу

страхування) розмір статутного капіталу страховика», «кваліфікаційні вимоги до керівних органів страхової компанії» (Розділ V), «вимоги до подання планування діяльності страховиків», «створюється Наглядова рада страховика, яка контролює його діяльність та здійснює аудит» [25].

2. страхувальники – це фізичні чи юридичні особи, які уклали договір ДМС із страховою організацією;

3. застраховані – фізичні особи, на користь яких укладаються договори ДМС (можуть як співпадати із страхувальниками або мати статус осіб, на користь яких укладено такий договір);

4. заклади охорони здоров'я (ЗОЗ). Відповідно до Закону України «Основи», заклад охорони здоров'я – «юридична особа будь-якої форми власності та організаційно-правової форми або її відокремлений підрозділ, що забезпечує медичне обслуговування населення на основі відповідної ліцензії та професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників і фахівців з реабілітації» [52]. Зазначимо, що фізичні особи-підприємці, які отримали ліцензію та здійснюють господарську діяльність із медичної практики не підпадають під дане визначення. В той же час, діяльність закладів охорони здоров'я законодавець пов'язує з наданням медичного обслуговування, зазначаючи, що «медичне обслуговування – діяльність закладів охорони здоров'я, реабілітаційних закладів, відділень, підрозділів та фізичних осіб-підприємців, які зареєстровані та одержали відповідну ліцензію у встановленому законом порядку, у сфері охорони здоров'я, що не обов'язково обмежується медичною допомогою та/або реабілітаційною допомогою, але безпосередньо пов'язана з їх наданням» [52]. Надавачами послуг з медичного обслуговування визначаються ЗОЗ та фізичні особи-підприємці, які здійснюють у відповідності до закону цей вид діяльності. Тому для коректнішого визначення суб'єкту добровільного медичного страхування, пропонуємо вживати формулювання «надавачі медичних послуг», а саме: медичні заклади, які мають дозвіл на право надання медичної допомоги й послуг, науково-дослідницькі та медичні інститути, а також фізичні особи – суб'єкти підприємницької діяльності,

які надають медичні послуги на підставі отриманих ліцензій згідно із чинним законодавством.

Під час укладання договорів добровільного медичного страхування важливе значення мають правила страхування та конкретні «програми добровільного медичного страхування», які розробляють і складають страхові компанії. «Медична програма страхування є невід'ємним додатком до договору страхування, у ній визначається конкретний варіант медичної допомоги. Програми є різними, створюються залежно від переліку медичних послуг і медичних закладів, контингенту застрахованих осіб, а також відрізняються вартістю, на яку впливають усі зазначені чинники» [175, с. 140]. За ініціативи страхувальника та за умови внесення додаткових страхових платежів, програму страхування може бути змінено під час дії договору страхування, якщо страховик не заперечує.

Програми добровільного медичного страхування розрізняються між собою «залежно від переліку медичних послуг (наприклад, у разі стаціонарного лікування або виклику лікаря додому), кола застрахованих осіб (послуги дітям чи дорослим), переліку медичних установ, які пропонує страхова організація для виконання програми добровільного медичного страхування, вартості послуг, що надаються, тощо» [176, с. 196].

У відповідь на питання, чи є «правила страхування», як додаток до договору, джерелом права, хочемо зазначити, що «правила страхування» не є правовим актом, а відповідно не мають юридичної сили. Виконуючи функції локального нормативного акту, вони не є обов'язковими для страхувальника. Щоб стати обов'язковими, договір має містити посилання на «правила страхування». Це й же принцип застосовується при вирішенні колізійних питань між правилами страхування та положеннями договору, тобто пріоритет надається останньому.

Особливістю договору добровільного медичного страхування є також порядок організації страхового відшкодування. «Так, якщо в договорі страхування страхове відшкодування здійснюється страховиком, то в договорі медичного страхування значення страховика обмежується лише організацією надання такого відшкодування, а безпосереднє відшкодування здійснює медична установа (лікар)

у вигляді надання медичних послуг» [177, с. 12]. «Страхове відшкодування за договорами добровільного медичного страхування може визначатись твердою сумою, у межах якої сплачується річний обсяг медичних витрат застрахованої особи; переліком страхових випадків, щодо яких гарантується повне відшкодування вартості лікування; переліком витрат на надання медичних послуг з обмеженням відповідальності страховика щодо кожного виду» [173, с. 198].

В Україні застосовуються дві моделі організації медичної допомоги за добровільним медичним страхуванням — за списком та за напрямками. В першому випадку страховик передає до закладу охорони здоров'я список застрахованих осіб, які здійснюють самостійне звернення за наданням медичних та інших послуг. У другому випадку запис до закладу охорони здоров'я застрахованих осіб здійснюється працівником диспетчерської служби страховика. Другий спосіб дозволяє страховику контролювати збитковість за договорами ДМС, однак робить організацію медичної допомоги надто громіздкою. Крім того, використання цього способу обмежує право застрахованої особи на вільний вибір лікаря та закладу охорони здоров'я (ст. 38 «Основи») у межах програм добровільного медичного страхування, а також у низці випадків здатне порушити безперервність надання медичної допомоги застрахованій особі (наприклад, якщо диспетчер страховика відмовляє в узгодженні медичних маніпуляцій, лікуючим лікарем застрахованого з метою проведення його дообстеження). Вважаємо це порушенням ч. 3 ст. 13 ЦК України, а відтак має бути заборонено на законодавчому рівні. На нашу думку, проблема забезпечення прав застрахованих осіб на медичну допомогу за договорами добровільного медичного страхування повинна бути вирішена за допомогою здійснення роботи диспетчерської служби страховика та оптимізації її взаємодії із медичною організацією. Пріоритет при цьому повинен бути відданий використанню способу обслуговування застрахованих осіб за списком при первинному зверненні, в інших випадках — способу роботи з різних напрямків.

Підсумовуючи, погоджуємось з А. Л. Святошнюк, що «особливості ДМС: 1) спеціальні суб'єкти — медичні заклади та ін.; 2) специфічні умови ДМС (наявність

у договорі тарифів на медичне страхування та ін.); 3) особливий об'єкт ДМС» [169, с. 45].

Статтею 611 ЦК України передбачено «правові наслідки порушення зобов'язання, а саме: припинення зобов'язання внаслідок односторонньої відмови від зобов'язання, якщо це встановлено договором або законом, або розірвання договору, зміна умов зобов'язання, сплата неустойки, відшкодування збитків та моральної шкоди» [29].

Досліджуючи особливості односторонньої відмови, Н. В. Міловська зазначає: «У цьому випадку зазначена санкція застосовується як запобіжний захід за невиконання страхувальником (вигодонабувачем) покладених на нього законом обов'язків. Водночас відмову у страховій виплаті не можна розглядати як міру цивільно-правової відповідальності» [152, с. 125].

Погоджуємось, що зупинення договору – це свого роду санкція з боку страховика у разі прострочення сплати страхового внеску страхувальником, що застосовується на підставі ч. 2 ст. 538 ЦК України. Страховик вправі припинити дію договору добровільного медичного страхування в односторонньому порядку, повідомивши завчасно про це страхувальника. Договір страхування припиняється та втрачає чинність, у разі порушення строків сплати страхових платежів, що передбачене пунктом 3 ч. 2 ст. 28 Закону України «Про страхування» від 07.03.1996 р. «Крім того, у досліджуваних договорах ДМС наявна така специфічна підстава як не здійснення страхувальником відшкодування витрат на оплату вартості послуг лікувально – профілактичного закладу, у конкретних випадках, передбачених договором. Це, зокрема, стосується відмови застрахованої особи у сплаті страхового платежу. Страховик має право відмовити у виплаті страхового платежу лише за умови настання підстав, передбачених ст. 991 ЦК України» [169, с. 46].

Зауважимо, що ЗОЗ вправі призупинити прийом застрахованих осіб у разі систематичних затримок в оплаті наданих медичних послуг з боку страховика. У такому випадку під час призупинення дії договору заклад охорони здоров'я надає застрахованим медичні послуги лише за їх рахунок. Іншими словами, призупинення означає перерву у строках страхування і є проміжком часу, коли

відповідні події страховими випадками не визнаються. Однак дана санкція, на нашу думку, суперечить чинному законодавству. Насамперед, це пов'язано з тим, що такий захід порушує права застрахованої особи за колективним договором ДМС та страхувальника за індивідуальним договором. Призупинення договору відбувається з ініціативи страховика без погодження зі страхувальником і, отже, може нанести суттєву шкоду інтересам осіб, які звернулися за медичною допомогою. Слід зазначити, що відповідно до ч. 1 ст. 37 Закону України «Основи», «медичні працівники зобов'язані невідкладно надавати необхідну медичну допомогу у разі виникнення невідкладного стану людини» [52]. За ч. 1 ст. 3 Закону України «Про екстрену медичну допомогу» від 05.07.2012 р. № 5081-VI, «на території України кожен громадянин України та будь-яка інша особа мають право на безоплатну, доступну, своєчасну та якісну екстрену медичну допомогу, яка надається відповідно до цього Закону» [178]. У зв'язку з вищенаведеним, можна дійти висновку, що призупинення надання медичних послуг можливе лише у випадку, коли вони надаються у плановому порядку. У даному питанні слід цілком погодитися з А. О. Островською у тому, що необхідно передбачити додаткові гарантії для застрахованих осіб та страхувальників, які звернулись за медичною допомогою [179].

Підтримуємо А. Л. Святошнюк щодо узагальнення випадків відмови страхувальника від здійснення страхового відшкодування та групування їх у відповідні категорії: «ті, причиною яких є навмисна поведінка застрахованої особи (подання неправдивих відомостей про факт настання страхового випадку, а також навмисні дії страхувальника (застрахованої особи), спрямовані на настання страхового випадку, недотримання приписів лікуючого лікаря, які призвели до ускладнення захворювання), а також ті, причини яких не залежать від волі страхувальника (застрахованої особи) (отримання послуг, вартість яких перевищує страхову суму, отримання травм або захворювань внаслідок форс-мажорних обставин або отримання медичних послуг, які не є включеними до програми страхування)» [169, с. 46].

Інші випадки у відмові страхувальника від здійснення страхового відшкодування можуть бути передбачені умовами договору, наприклад на підставі вчинення дії страхувальником, пов'язаної з невиправданим ризиком.

Неправомірна відмова від здійснення страхового відшкодування є підставою для судового захисту права на відшкодування. Так, КЦС Вищого спеціалізованого суду України з розгляду цивільних і кримінальних справ в ухвалі від 31 березня 2016 року по справі № 6–1118ск16, застосовуючи норми, у яких передбачені підстави відмови страховика у здійсненні страхових виплат, зазначає, що «сам лише факт порушення страхувальником визначеного договором порядку повідомлення про настання страхового випадку за наявності повідомлення страховика про настання такого випадку не може бути підставою для відмови у здійсненні страхової виплати, а порушення страхувальником інших умов договору є підставою для відмови у виплаті страхового відшкодування лише в тому разі, якщо таке порушення положень договору страхувальником перешкодило страховику переконатися, що ця подія є страховим випадком» [180].

Важливо зазначити, що своєчасне повідомлення про настання страхового випадку при добровільному медичному страхуванні може залежати від об'єктивного фізичного стану страхувальника або застрахованого (критичний стан, стан больового шоку та інш.), «однак страховиками вказана причина не визнається поважною у розумінні п. 6 ч. 1 ст. 26 Закону України «Про страхування», що має своїм наслідком неправомірний характер відмови у страховому відшкодуванні» [152, с. 19-26].

Невизначеним у справах про підстави відмови страховика у здійсненні страхових виплат залишається визначення обставин, включених до страхового випадку. Для визначення судом відповідності обставин та стану здоров'я до визначеного в договорі ДМС страхового випадку, як правило, використовують відповідну медичну документацію (консультативний висновок, витяг із історії хвороби тощо) та роз'яснення медичних фахівців у вигляді наукової літератури, листів-роз'яснень та інших пояснювальних записок.

Ст. 992 ЦК України та п. 3 ч. 1 ст. 20 Закону України «Про страхування» від 07.03.1996 р. встановлюють «Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати (страхового відшкодування) шляхом сплати страхувальнику неустойки (штрафу, пені), розмір якої визначається умовами договору страхування або законом» [24]. «Проте, у випадку порушення умов договору ДМС, існує законодавча прогалина, оскільки жодним нормативно-правовим актом такого розміру не передбачено» [181, с. 382].

Нормами ст. 651 ЦК України, передбачені інші підстави для зміни або розірвання договору, а саме згода сторін або порушення істотних умов договору. Під згодою сторін розуміють «вираження волевиявлення на прийняття пропозиції, що надійшла від другої сторони договору» [169], шляхом вчинення активних дій. «Під домовленістю сторін пропонується розуміти безконфліктну ситуацію, коли згода сторін є повною» [182, с. 699].

Погоджуємось з думкою про те, що «виходячи із сутті самого договору ДМС впливає, що він укладається на випадок настання страхових випадків, отже, цей факт не може розглядатися як підстава для зміни або розірвання договору страхування на вимогу страховика», але зазначаємо, обов'язком страхувальника є повідомлення про всі вагомні обставини, які можуть вплинути на настання страхового випадку, тому «сам факт настання страхового випадку (захворювання, визначеного у якості страхового випадку) не є істотною зміною обставин, однак інші патологічні стани (наприклад, наслідки планового оперативного втручання з протезування), які страховими випадками не вважаються та суттєво впливають на оцінку страхового ризику, такими є» [169, с. 48]. Наявність істотного порушення договору встановлюється в судовому порядку [29, ст. 651].

«Розглядаючи такий правовий наслідок порушення договору ДМС, як сплата неустойки, встановлено, що існуючим законодавством розміру суми такої неустойки не передбачено. Проте, міститься вказівка на пеню у розмірі подвійної облікової ставки Національного банку України, що діяла у період, за який сплачується пеня, за кожний день прострочення, або міститься вказівка на чіткий

відсоток від суми (наприклад, 0,01 %). Іноді договорами встановлюється також гранично допустимий розмір пені» [169, с. 49].

Таким чином, до специфічних ознак договору добровільного медичного страхування відносяться: особливий суб'єктний склад, наявність спеціально розроблених програм страхування як складових договору, визначеність страхових тарифів, визначений перелік медичних установ, як надавачів медичних послуг, розрахунок страхових платежів і визначення «здоров'я» як об'єкта страхової охорони.

Щодо перспектив розвитку ДМС на ринку України у післявоєнний період можемо виділити наступні напрямки:

- розширення пакету гарантованих медичних послуг за програмами ДМС, а також необхідність прийняття спеціального закону про добровільне медичне страхування та конкретних заходів щодо розвитку ринку ДМС,

- розширення спеціальних програм пов'язаних з відшкодуванням втрат спричинених військовими діями та наслідками їх впливу на здоров'я громадян,

- конвергенція страхових ризиків та пропозиція нових продуктів ДМС.

У результаті основою якісного розвитку сфери охорони здоров'я є стабільний і якісний ринок добровільного медичного страхування, де стратегічні орієнтири спираються на критерії поліпшення здоров'я населення.

2.3. Сутність та ознаки страхування професійної відповідальності медичних працівників

За ч. 1 ст. 49 Конституції України, «Кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування» [63]. Одним з найефективніших механізмів правового захисту професійної діяльності медичних працівників у розвинених країнах є страхування професійної відповідальності медичних працівників. Розвиток та розповсюдження страхування професійної відповідальності медичних працівників сьогодні є однією з найактуальніших проблем у вітчизняному медичному праві та практиці його застосування. Вона

зумовлена нагальною необхідністю підвищити рівень правового та соціального захисту медичних працівників. Що стосується пацієнтів, то розповсюдження страхування поряд із розвитком досудових способів усунення конфліктів між пацієнтом та закладом охорони здоров'я або приватно практикуючим лікарем дозволяє значно підвищити гарантії щодо компенсації завданої шкоди здоров'ю пацієнта, що виникла під час надання йому медичної допомоги.

Правовідносини, які виникають між лікарем та пацієнтом в процесі надання медичної допомоги регулюються нормами цивільного права. Погоджуємось з С. Б. Булецою у тому, що «особливістю медичних правовідносин є те, що в більшості випадків потерпілі пацієнти подають до суду на заклад охорони здоров'я з метою отримання відшкодування за заподіяну шкоду здоров'ю в наслідок лікарської помилки. У судовій практиці ці вимоги, як правило, відносяться до позадоговірної (деліктної) відповідальності і регулюються відповідно до норм Цивільного кодексу України» [183, с. 38].

В медичній професійній діяльності існує низка спеціальностей, для яких характерним є підвищений ризик несприятливого результату лікування: акушери-гінекологи, хірурги, травматологи, анестезіологи, стоматологи тощо [184]. Працівники саме цих спеціальностей у першу чергу зацікавлені в страхуванні своєї професійної відповідальності.

Наприкінці ХХ століття у розвинених європейських країнах з'явився відносно новий вид страхової діяльності — страхування професійної відповідальності медичних працівників. Слід зазначити, що «стимулом для розвитку страхування професійної відповідальності став рух споживачів медичної допомоги за свої права. З іншого боку, саме інтеграція позасудових способів задоволення претензій пацієнтів поряд зі страхуванням професійної відповідальності дозволило європейським країнам, на відміну від США, уникнути масового зростання судових конфліктів у сфері надання медичної допомоги» [185].

У світовій практиці отримали стійке розповсюдження такі види страхування професійної відповідальності, як страхування відповідальності терапевтів, хірургів, стоматологів та інших спеціалістів. Зокрема, С. Б. Булеца, досліджуючи

страхування професійної відповідальності медичних працівників в Італії, зауважує, що основними цілями прийняття 8 березня 2017 року Закону Італії № 24 про безпеку лікування та безпеку пацієнтів, є наступні: «1) моніторинг випадків лікарської помилки та розробка профілактичних заходів; 2) зменшити тягар індивідуального практикуючого лікаря, який перекладає фінансові ризики позовів на заклади охорони здоров'я; 3) зменшити так звану «захисну медицину», ставлення лікарів до відходу від звичайної медичної практики як гарантії від судових процесів, тобто шляхом виконання/невиконання лікування або проведення непотрібних тестів для пацієнтів, більше піклуючись про те, щоб уникнути судових процесів через недбалість, замість того, щоб забезпечити краще лікування. Практика, яка передбачає як потенційні ризики для здоров'я пацієнтів, так і значне збільшення витрат на охорону здоров'я; 4) зменшити кількість судових процесів, терміни та витрати на них» [186, с. 123].

На відміну від світового, український ринок страхування професійної відповідальності медичних працівників знаходиться на стадії свого становлення. В Україні наразі відсутні спеціальні правові норми, які б врегулювали особливості субінституту страхування відповідальності медичних працівників як різновиду інституту страхування відповідальності. У 2010 році на публічне обговорення було винесено проєкт постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження Переліку осіб, діяльність яких може заподіяти шкоду третім особам, порядку і правил проведення обов'язкового страхування професійної відповідальності медичних і фармацевтичних працівників, діяльність яких може заподіяти шкоду третім особам» [187]. Проєкт документу розроблявся з метою «запровадження дієвого механізму захисту прав пацієнтів та економічного механізму захисту відповідальності медичних і фармацевтичних працівників на випадок заподіяння шкоди життю та здоров'ю третіх осіб внаслідок професійних помилок у зв'язку зі здійсненням професійної діяльності, не пов'язаних із халатністю або недбалим виконанням ними професійних обов'язків» [187]. Проєкт постанови передбачав: внесення медичних і фармацевтичних працівників до переліку осіб, діяльність яких може заподіяти шкоду третім особам (з зазначенням відповідних спеціальностей).

Вказаний проєкт постанови не був прийнятий і реалізований.

Актуальність страхування професійної відповідальності медичних працівників обумовлюється також тим, що за останні роки у всіх регіонах нашої держави спостерігається значне зростання числа судових розслідувань професійних правопорушень з боку медичних працівників. При цьому судові справи цивільно-правової спрямованості у своїй більшості завершуються на користь пацієнтів з рішенням, яке зобов'язує медичних працівників сплатити значні грошові компенсації за спричинену шкоду.

Однією з основних причин, що зумовлюють нерозвиненість у нашій країні інституту страхування відповідальності, у тому числі й професійної, є досить суперечливе та малорозвинене законодавство. Це спричиняє появу недобросовісних страхових компаній, які, бажаючи отримати високі доходи та використовуючи недосконалість законів і слабку правову підготовку клієнтів, свідомо вводять їх в оману, пропонуючи заздалегідь нездійсненні умови або рекомендуючи керівникам застрахованих організацій фінансові схеми ухилення від податків та участь в отриманні визначеної частки від створених страхових премій, не забезпечуючи при цьому реального захисту медичного працівника. Таке становище створило обстановку недовіри медичних працівників щодо доцільності та економічної ефективності страхування їх професійної відповідальності. Цьому також сприяє й той факт, що у даний час наявні пропозиції на вітчизняному ринку страхування професійної відповідальності медичних працівників не повністю покривають їх майнову відповідальність, оскільки не включають відшкодування моральної шкоди, а це є істотною часткою при відшкодуванні в судовому порядку шкоди, заподіяної здоров'ю пацієнта.

Найбільш важливими при розробці відповідних проєктів нормативно-правових актів є питання щодо визначення страхового випадку (винне або невинне заподіяння шкоди, медична помилка), встановлення розміру страхової суми та страхової виплати, оскільки існує ризик, що збільшення випадків виплат (особливо за шкоду, заподіяну без наявності вини медичного працівника, нещасний випадок) спричинить зростання позовів пацієнтів, що призведе до подорожчання медичних

послуг. В умовах недостатнього опрацювання необхідних правових механізмів, їхньої незбалансованості, не можна виключити також криміналізації цієї сфери.

Специфіка договору страхування професійної відповідальності медичного працівника полягає, перш за все, у наявності особливого суб'єкта, який здійснює професійну діяльність. Чинники, що зумовлюють настання страхового випадку, лежать у сфері професійних обов'язків застрахованої особи (медичного працівника) та залежать від його професійної компетентності. Як неодноразово підкреслювалось у науковій літературі, «особливістю страхування професійної відповідальності медичних та фармацевтичних працівників є те, що застрахована особа повинна володіти спеціалізованими знаннями та певною професійною підготовкою або мати працівників відповідної професії та використовувати їх в ході своєї професійної діяльності» [188].

Другою особливістю договору страхування професійної відповідальності медичного працівника (як, втім, і страхування цивільної відповідальності загалом) слід визнати те, що відшкодуванню підлягають збитки, понесені не особою, відповідальність якої застрахована, а третьою особою (вигодонабувачем). Таким чином, йдеться про договір на користь третьої особи.

Третя особливість при страхуванні професійної відповідальності медичних працівників полягає у тому, що об'єктом страхування є ризик відповідальності застрахованих осіб за зобов'язаннями, що виникають внаслідок вчинення шкоди життю або здоров'ю тих осіб, у результаті професійної діяльності яких виникла така шкода. Зазначені зобов'язання виникають на підставі закону, а саме страхування професійної відповідальності регулюється п. 3 ч. 1 ст. 980 ЦК України. У Законі України «Про страхування» від 07.03.1996 р. страхування професійної відповідальності передбачено проводити в «обов'язковій формі, але тільки за переліком професій, визначених Кабінетом Міністрів України» [24]. Зауважимо, до такого переліку медичні працівники не включені, відтак страхування їх відповідальності може проводитись у добровільній формі.

Четверта характерна риса страхування професійної відповідальності медичних працівників полягає у площині розуміння того факту, що страхуванню

підлягає відповідальність за невинні помилки під час здійснення медичним працівником професійної діяльності. При цьому якщо професійна помилка спричинена зовнішніми, незалежними від волі та кваліфікації особи причинами (надання невірної вихідної інформації, приховування інформації, дії третіх осіб), то про відповідальність особи саме у цих правовідносинах говорити не має сенсу. Відтак, страхування виявляється особливо актуальним під час надання платних медичних послуг, коли законодавством передбачена можливість відшкодування шкоди здоров'ю пацієнта з-за відсутності вини заподіювача шкоди (наприклад, за ст. 1187 ЦК України).

Особливість страхування професійної відповідальності, як зазначають фахівці, «полягає у тому, що страховик зобов'язується згідно з договором страхування виплатити страхувальнику компенсацію за позовом третьої сторони за шкоду, заподіяну їй страхувальником через недбалість або помилку при виконанні ним своїх професійних обов'язків» [31, с. 122]. Тобто збитки, які понесла третя особа, ненавмисно завдані страхувальником. Щодо розуміння «медичної (лікарської) помилки», в літературі здебільшого можна зустріти термін «лікарська помилка», а іноді «медична помилка», тому що може бути скоєна будь-яким медичним працівником. За справедливим твердженням В. В. Валах, «Основним питанням, яке постає перед дослідниками цієї проблеми, є віднесення медичної помилки до категорії правопорушень, та відтак можливості притягнення медичного працівника до юридичної відповідальності, або ж нетотожність понять «медична помилка» та «правопорушення», і, відповідно, – виключення можливості відповідальності медичного працівника за скоєне» [189, с. 33]. Останні дослідження, присвячені правовій кваліфікації медичної помилки, свідчать про тенденцію невизнання її правопорушенням, з одного боку, а з іншого – її розуміння як дефекту надання медичної допомоги [190, 191]. Водночас думки вчених різняться у питанні щодо можливості притягнення медичного працівника за скоєну медичну помилку до цивільно-правової відповідальності. І. Я. Сенюта вважає, що «лікарська помилка – вид дефекту надання медичної допомоги, що становить неналежне виконання (невиконання) медичним працівником професійних

обов'язків внаслідок суб'єктивної чи об'єктивної помилки, не пов'язане з недбалим і несумлінним до них ставленням, що спричинило шкоду здоров'ю пацієнта» [55, с. 369], а відтак медичного працівника має бути притягнуто до цивільно-правової відповідальності у межах деліктного зобов'язання за правилами Глави 82 ЦК України. Натомість, В. В. Валах стверджує, що «за вчинену медичну (лікарську) помилку особу може бути притягнуто лише до цивільної відповідальності у межах інституту «відповідальності без вини» за умови правильної кваліфікації дій медичного працівника як медичної помилки» [189, с. 33], адже склад медичної помилки, як дефекту надання медичної допомоги, свідчить про відсутність вини у діяннях медичного працівника. При цьому, на думку вченої, не будь-яке медичне цивільно-правове порушення, яке підпадає під ознаки «спеціального делікту» (ст. 1187 ЦК України), слід вважати медичною помилкою. Остання має характеризуватись відсутністю вини у діях медичного працівника, що на нашу думку, призводить до конкуренції норм про загальний та спеціальні делікти та, як наслідок, створюватиме певні проблеми на практиці щодо обов'язку доказування наявності або відсутності вини заподіювача шкоди – медичного працівника. В іншому ми підтримуємо позицію В. В. Валах щодо необхідності притягнення медичного працівника за скоєну медичну помилку до цивільно-правової відповідальності у межах інституту «відповідальності без вини». Відтак, чинний ЦК України має зазнати змін у частині його доповнення статтею, яка б не тільки конкретизувала поняття «медична помилка», але і встановила умови відповідальності за неї.

Стосовно страхування професійної відповідальності медичного працівника, медичну помилку слід визнати страховим ризиком. На користь цього свідчать положення ст. 991 ЦК України та ст. 26 Закону України «Про страхування» від 07.03.1996 р., які з-поміж інших підстав для відмови від здійснення страхової виплати передбачають «навмисні дії страхувальника або особи, на користь якої укладено договір страхування, спрямовані на настання страхового випадку» [29, 24]. «Страхові компанії, які провадять діяльність страхування професійної відповідальності медичних працівників, зацікавлені у зниженні кількості дефектів

надання медичної допомоги й медичних помилок, які спричиняють шкоду життю та здоров'ю пацієнтів. Однак напряду впливати на поведінку медичних працівників та пацієнтів вони не мають об'єктивної можливості. У такому випадку використовуються непрямі методи, зокрема, контроль якості медичних послуг, що надаються; аналіз дефектів надання медичної допомоги, що проводиться експертами страховика; підтримка заходів, які сприяють підвищенню кваліфікації медичних працівників; фінансування окремих наукових досліджень у цій галузі; реклама здорового способу життя, необхідності виконання рекомендацій лікаря, відмову від самолікування тощо» [192, с. 155].

У розрізі цього питання вважаємо за необхідне зауважити, що у медичній літературі виділяють ще таке поняття, як «обґрунтований медичний ризик», який варто відрізнити від медичної помилки. Під обґрунтованим медичним ризиком розуміють «професійні дії медичного працівника, проведені з добровільної інформованої згоди пацієнта, що не відповідають чинним в Україні професійним медичним стандартам і застосовуються у винятковому випадку – для порятунку життя і здоров'я пацієнта» [193, с. 313].

Розрізняють «лікарський ризик, який вчиняється з метою попередження нанесення шкоди для здоров'я чи життя людини» [194] та «медичний експеримент» [194, с. 81]. Обґрунтований медичний ризик виключає відповідальність медичних працівників, хоча за своєю суттю є небезпечним і непередбачуваним для життя і здоров'я пацієнта, але може застосовуватись у екстрених, нетипових випадках, коли відповідні стандартизовані заходи не є дієвими і лише при умові згоди пацієнта. Саме інформована згода є підставою звільнення медичного працівника від відповідальності в разі настання негативних наслідків для пацієнта. Погоджуємось з думкою, що «з метою запобігання судовому переслідуванню за несприятливого кінця хвороби, лікарі стали уникати ризику в своїй діяльності. Це явище отримало назву «захисної медицини» (*defensive medicine*), основними ознаками якої є: призначення надмірного обсягу методів обстеження та засобів лікування; відмова від оперативного втручання у пацієнтів за хронічного перебігу захворювання та застосування складних інвазійних діагностичних методів; вибір

найменш складних ортодоксальних прийомів втручання; організація необґрунтованих консультацій та консиліумів; необґрунтоване направлення в інші лікувальні заклади тощо» [195, с. 89].

Страхування професійної відповідальності закладів охорони здоров'я і медичних працівників представляє собою захист застрахованої особи від позовів з боку третіх осіб у зв'язку з медичними помилками, недбалістю, недоглядом при виконанні застрахованою особою службових (професійних) обов'язків. Відтак, до основних страхових ризиків можна віднести наступні:

- надання неякісних медичних послуг, що призвели до проблем зі здоров'ям пацієнта;
- спричинення шкоди здоров'ю та життю пацієнта джерелом підвищеної небезпеки (лікування іонізуючою радіацією, побічний ефект від прийому ліків тощо);
- невірна постановка діагнозу;
- невідповідний курс лікування;
- недогляд при виписці рецепту на медикаменти;
- несвоєчасна виписка з лікарні, закриття лікарняного;
- неправильне дослідження за допомогою інструментального методу тощо.

У якості п'ятої відмінності досліджуваного субінституту слід вказати специфіку страхового випадку. Тут слід погодитись із А. С. Качур, що «страховим випадком за даним видом страхування є настання події, передбаченої договором страхування, що безпосередньо пов'язано з обов'язком страховика здійснити страхову виплату в розмірі повної або часткової компенсації шкоди, заподіяної життю і здоров'ю громадянина (пацієнта) унаслідок ненавмисних помилок страхувальника при наданні медичної допомоги, не пов'язаних із халатним або недбалим виконанням професійних обов'язків» [196]. Таким чином, до страхових випадків слід віднести смерть пацієнта; його інвалідність; тимчасову непрацездатність.

Страховий випадок вважається таким, що настав, якщо набуло чинності рішення суду або обґрунтована претензія пацієнта визнана страхувальником у добровільному порядку за згодою страховика.

Шоста відмінність полягає у значенні строку договору як одного із істотних умов зобов'язання щодо страхування професійної відповідальності медичних працівників. Строк договору тут обумовлюється його роллю як обставини, яка впливає на виникнення страхового захисту, оскільки страховий випадок може статися лише у період дії договору, а події, що відбулися в інший час, страховим випадком не вважаються, і, як наслідок, відповідного обов'язку з виплати страхового відшкодування не породжують.

Остання специфічна риса страхування професійної відповідальності медичних працівників має вираз у тому, що у договорі страхування можуть міститись інші спеціальні умови. Зокрема, умова про франшизу. Вважаємо, що особливістю договору професійного страхування відповідальності медичного працівника має стати умова про неможливість використання франшизи. Наголошуємо, що договір страхування професійної відповідальності – це договір на користь третьої особи. І включення до договору умови про франшизу свідчить не на користь третьої особи, що дозволяє їй не отримати страхові виплати у певних випадках. За наявності такої умови, на наш погляд, не буде досягнуто одну з головних цілей страхування професійної відповідальності медичних працівників – захист інтересів одержувача послуги (пацієнта). Той факт, що з економічного погляду, франшиза вигідна і страховику, і страхувальнику, не викликає сумнівів. Але також вірним є твердження, що вона не вигідна для третьої особи. Таким чином, вважаємо, що використання франшизи під час укладання договору страхування професійної відповідальності медичного працівника має виключатися.

Розглянемо два види страхування професійної відповідальності: страхування відповідальності закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) та страхування відповідальності медичних працівників.

Страхуванням професійної відповідальності ЗОЗ покриваються майнові інтереси закладу, пов'язані з компенсацією шкоди, завданої життю та здоров'ю

пацієнтів у результаті неякісних медичних послуг, наданих персоналом протягом чинності договору страхування.

За змістом ч. 1, ч. 2 ст. 1173 ЦК України, «юридична або фізична особа відшкодовує шкоду, завдану їхнім працівником під час виконання ним своїх трудових (службових) обов'язків. Замовник відшкодовує шкоду, завдану іншій особі підрядником, якщо він діяв за завданням замовника» [29]. Відтак, страховим випадком тут слід вважати факт встановлення судом обов'язку страхувальника – ЗОЗ компенсувати шкоду, заподіяну або його працівником, або фізичними особами -підприємцями, які одержали відповідну ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики у встановленому законом порядку і можуть перебувати з цими закладами в цивільно-правових договірних відносинах.

Подібний страховий захист використовується для відшкодування: фізичної шкоди, під якою розуміється спричинення шкоди здоров'ю пацієнта, що спричинило втрату працездатності або призвело до смерті пацієнта; витрат з попереднього з'ясування обставин, ймовірних страхових випадків та ступеня вини страхувальника; відшкодування витрат з ведення у судових органах справ за ймовірними страховими подіями.

Сума страхового відшкодування не може перевищувати страхову суму. В іншому випадку різницю сплачує саме ЗОЗ.

Страхова сума (максимально можлива сума виплат) може бути встановлена двома шляхами. По-перше, на весь ЗОЗ без конкретизації страхових сум по кожному медичному працівнику. У такому разі відшкодовується шкода, спричинена діями будь-якого медичного працівника (працівника страхувальника або фахівця, залученого страхувальником на підставі цивільно-правового договору) і яка не перевищує загальну страхову суму.

«За другою схемою страхування, можливе встановлення страхової суми на кожного фахівця, при цьому суми можуть різнитися залежно від ступеня ризику за спеціалізацією. В такому випадку також буде застрахована відповідальність ЗОЗ, але за помилки тільки тих спеціалістів, за якими встановлено розмір страхового

відшкодування і в межах суми, встановленої для медичного працівника, який припустився помилки» [197, с. 85].

«Договір страхування може бути укладений на будь-який строк, зазвичай це становить один рік. Розмір тарифної ставки залежить від спеціалізації медичних працівників та стажу їх роботи за спеціальністю, середньої кількості пацієнтів за рік, розміру страхової суми, розміру франшизи, а також від наявності у минулому претензій з боку пацієнтів; і, за підрахунками спеціалістів, становить від 0,5% до 4% страхової суми» [198].

Стосовно страхування професійної відповідальності безпосередньо медичного працівника, то правове підґрунтя цього виду також складається з базових законів, які регулюють страхування загалом. На жаль, навіть Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» у статті 77 «Професійні права та пільги медичних і фармацевтичних працівників» не передбачає право медичного або фармацевтичного працівника на страхування його професійної помилки, у результаті якої було спричинено шкоду здоров'ю пацієнта, яка не пов'язана з недбалим виконанням ним своїх професійних обов'язків.

За загальним правилом, кожний медичний працівник, незалежно від того, чи працює він за трудовим договором або займається приватною медичною практикою, має право застрахувати свою майнову відповідальність. На практиці вказане страхування відповідальності має місце тільки в тих випадках, коли шкода здоров'ю пацієнта була спричинена з-за відсутності вини медичного працівника (умислу або необережності) (ч. 1 ст. 991 ЦКУ, ч. 1 ст. 26 Закону України «Про страхування» від 07.03.1996 р., ст. 44 Закону України «Про страхування» від 18.11.2021 р.). У такому випадку, за умовами укладеного договору, страховик повинен виплатити постраждалому пацієнтові страхове відшкодування в обсязі, який не перевищує суму компенсації завданої шкоди та який не перевищує страхову суму. За положеннями ст. 988 ЦК України та ст. 9 Закону України «Про страхування» від 07.03.1996 р. (ст. 102 Закону України «Про страхування» від 18.11.2021 р.), «страхове відшкодування не може перевищувати розміру прямого збитку, якого зазнав страхувальник. Непрямі збитки вважаються застрахованими,

якщо це передбачено договором страхування» [29, 24, 25]. Також ст. 9 Закону України «Про страхування» від 07.03.1996 р. (ст. 102 Закону України «Про страхування» від 18.11.2021 р) встановлює, що «страхові виплати за договорами особистого страхування здійснюються незалежно від суми, яку має отримати одержувач за державним соціальним страхуванням та соціальним забезпеченням, і суми, що має бути йому сплачена як відшкодування збитків» [24, 25].

Зазначимо, що ст. 1194 ЦК України встановлює імперативне правило, відповідно до якого «особа, яка застрахувала свою цивільну відповідальність, у разі недостатності страхової виплати (страхового відшкодування) для повного відшкодування завданої нею шкоди зобов'язана сплатити потерпілому різницю між фактичним розміром шкоди і страховою виплатою (страховим відшкодуванням)» [29].

У кожному випадку спеціалісти страхової компанії перевіряють усі дії медичних працівників. У разі, якщо з'ясується, що вони виконувались медичними працівниками, які не мають відповідної кваліфікації або не входять до списку застрахованих осіб, це може стати підставою для відмови страховика у виплаті страхового відшкодування. Також у виплаті буде відмовлено, якщо медичний працівник:

- перебував у стані алкогольного, наркотичного, іншого сп'яніння або його наслідків;
- порушив правила поведження та зберігання лікарських, наркотичних, сильнодіючих засобів;
- порушив санітарно-гігієнічні, протиепідемічні правила;
- здійснив зараження при переливанні крові, якщо не була проведена перевірка сертифіката переливання крові;
- здійснював діяльність, яка не являється його посадовими обов'язками, та не відповідала ліцензійним умовам;
- надавав медичні послуги не за місцем роботи страхувальника;

- здійснював діяльність в екстремальних умовах (військові дії, громадські заворушення, відключення електроенергії, тепло- і водопостачання та інш.);

- оформив документально відмову пацієнта від медичного втручання.

Страховий захист зазвичай не розповсюджується на «помилки, пов'язані з недоліками або дефектами медичного обладнання, якщо такі були відомі або повинні бути відомі медичним працівникам до настання страхового випадку» [199, с. 195].

Особливої уваги при нормативному врегулюванні страхування професійної відповідальності медичних працівників слід приділити питанню щодо джерела та обсягів фінансового забезпечення для якісного функціонування аналізованого правового інституту при вчиненні ятрогенного діяння медичним працівником, що у сучасних умовах вдається важко через відсутність офіційної статистики з випадків та розмірів відшкодування шкоди життю, здоров'ю громадян, пов'язаного з наданням медичної допомоги (як у судовому, і у досудовому порядку).

Слід вказати, що страхування професійної відповідальності медичних працівників через функціонуючі страхові компанії має низку переваг. Дотримання встановлених законодавчих вимог до страхової діяльності забезпечують довгострокову фінансову стабільність. Станом на сьогодні страхові компанії мають фонди для реалізації виплат компенсацій, що означає, що введення цього варіанта страхування професійної відповідальності у практику можна відтворити порівняно швидше відносно інших варіантів страхування. Маємо додати, що нормативно-правовими актами можна зобов'язати надавачів медичних послуг проводити страхування професійної діяльності, що забезпечуватиме обов'язковий характер страхування. У свою чергу, статутний капітал та страхові премії також забезпечують фінансову стабільність.

З іншого боку, на сьогоднішній день, страхові виплати здійснюються лише за рішенням суду, а якщо спричинення шкоди здоров'ю та життю пацієнта підпадає під кримінальну відповідальність, то у такому разі страхова виплата не здійснюється. Враховуючи те, що страхові виплати ще не здійснювалися

страховими компаніями з-за відсутності страхового випадку, є великий ризик невиконання компенсації чи затримки виплати компенсації пацієнтам. Таким чином, страхова організація як комерційна організація буде націлена на отримання прибутку, тобто може виникнути конфлікт інтересів. Крім того, високі страхові тарифи, високі операційні витрати страхових компаній, а також запити про надання звіту щодо медичного інциденту та інших документів з ЗОЗ/лікаря для ухвалення рішення про компенсацію, буде негативно відбиватися на ефективності роботи медичних працівників, відволікаючи їх від основної роботи. У зв'язку з цим необхідним буде функціонування незалежного органу з розгляду скарг пацієнтів на якість медичної допомоги для ухвалення рішення про компенсацію.

На нашу думку, взагалі неприпустимо передбачати можливість страхування ризиків професійної відповідальності ЗОЗ із залученням коштів фізичних осіб – медичних працівників. У зв'язку з цим, можливим джерелом необхідного фінансового забезпечення страхування можуть стати кошти засновників медичних організацій. Однак, беручи до уваги, що більшість ЗОЗ України є державними або комунальними некомерційними установами, таке рішення може спричинити збільшення видатків державного бюджету і особливо місцевих бюджетів.

Аналіз зарубіжного досвіду показує, що найефективнішою моделлю відшкодування шкоди життю та здоров'ю пацієнтам при здійсненні медичної діяльності є страхування цивільної відповідальності безпосередньо медичних працівників за участю професійних об'єднань та без залучення бюджетних коштів. Так, у багатьох країнах Європи, Північної Америки даним видом діяльності управляють професійні об'єднання (саморегульовані організації) лікарів, наприклад, так звані «лікарняні каси» у Німеччині. Вказані організації виконують значний обсяг функцій у сфері медицини: від фактичного допуску до професії, навчання та підвищення кваліфікації медичного працівника, до участі у врегулюванні конфліктів, що виникають між лікарями та пацієнтами з питань якості надання медичної допомоги. Найважливішим у рамках питання, що досліджується, є те, що «лікарняні каси» страхують випадки заподіяння шкоди пацієнтам [200].

На відміну від України, у законодавстві європейських країн передбачено статус лікаря як самостійного суб'єкта правових відносин, які виникають у зв'язку із наданням медичної допомоги. В цьому випадку з'являються юридичні підстави для настання його відповідальності за вчинення ятрогенного правопорушення, що спричинило заподіяння будь-якої шкоди пацієнтові.

Бюджет «лікарняних кас» є основою здійснення страхування. Він формується із членських внесків лікарів до цих організацій. Розмір членського внеску залежить від рівня доходу кожного фахівця.

У нашій країні подібний механізм на даний момент не може бути здійснений, оскільки система охорони здоров'я передбачає надання медичної допомоги (послуг), насамперед, комунальними ЗОЗ. Можливо припустити, що обов'язок зі страхування цивільної відповідальності лікарів буде покладено на існуючі організації, однак це вимагатиме залучення значних обсягів бюджетних коштів, а також вимагатиме зміни умов функціонування медичних установ. У зв'язку з викладеним, вбачається, що в Україні необхідно одночасно із запровадженням страхування професійної відповідальності вирішити питання про створення саморегулятивних організацій у медицині. Тільки в цьому випадку можливе відокремлення страхування професійної відповідальності конкретного лікаря від страхування цивільної відповідальності медичної організації, що дозволить виділити його до окремого виду страхової діяльності.

У 2023 році Міністерством охорони здоров'я України представив проєкт Закону України «Про самоврядування в сфері охорони здоров'я в Україні». Як вказано у пояснювальній записці, «проєкт Закону розроблено з метою впровадження з урахуванням вітчизняного та міжнародного досвіду моделі медичного самоврядування, яка надасть можливість суб'єктам господарської та професійної діяльності здійснювати саморегулювання медичної діяльності і створить законодавчі підстави для делегування самоврядним організаціям окремих функцій, які на сьогодні здійснюються органами державної влади з регулювання господарської та професійної діяльності» [201]. Проєктом передбачається створення 5 організацій професійного самоврядування медичних професій (Палат):

«1) Палата лікарів сімейної медицини; 2) Палата лікарів спеціалістів; 3) Палата стоматологів; 4) Палата медичних спеціалістів та 5) Фармацевтична палата» [201]. У розрізі досліджуваного питання слід зазначити, що вказаний проєкт передбачає внесення доповнень до чинного Закону України «Про страхування» шляхом доповнення ст. 7 пунктом 50 щодо обов'язковості страхування цивільно-правової відповідальності представників медичних професій. При цьому передбачається, що «Вища Рада Палати, яка є постійно діючим колегіальним органом та здійснює повноваження, покладені на неї відповідним статутом, має сприяти впровадженню системи страхування професійної відповідальності представників медичних професій» [201, ст. 9].

Однією з основних переваг медичних самоврядних організацій як страхового агента, на нашу думку, є їх фокусування на захист медичного працівника, що у свою чергу викликатиме довіру серед фахівців. Також, у медичних самоврядних організаціях буде свій приватний капітал за рахунок зборів членських внесків, рішення про виплату відшкодування можуть прийматися самими членами організації або її керуючим органом, що призведе до швидких виплат компенсації пацієнтам. Оскільки такі медичні організації є саморегулятивними, вважаємо, що вони будуть зацікавлені у залученні нових членів задля підвищення конкуренції між організаціями. Професійні організації будуть проводити постійну роботу щодо зниження ризиків, які включають на системній основі питання навчання лікарів та середнього медичного персоналу, вдосконалення професійних навичок та компетенцій, впровадження стандартів медичних послуг, розробка клінічних протоколів, а також консультацію та юридичний захист медичних працівників. Проте, існує думка, що «професійне страхування через медичні професійні організації на сьогоднішній день вважається фахівцями найбільш вразливим через відсутність ліцензії на страхування, а також відсутність первісного капіталу для отримання даної ліцензії. Також, можливий ризик нестачі членських внесків для підтримки фінансової стабільності організації, необхідність щорічного залучення актуаріїв для розрахунків членського внеску» [202].

Зауважимо, що є фахівці, які не поділяють позицію прихильників страхування професійної відповідальності медичних працівників та критично ставляться до перспективи його запровадження в обов'язковій формі. Так, Л. Г. Чистоклетов, Т. Ю. Ткачук, О. Л. Хитра, говорять про те, що «незважаючи на низку передбачуваних переваг інституту страхування професійної відповідальності медичного працівника ми вважаємо, що ресурси даного правового засобу дуже обмежені, і воно не здатне повністю замінити собою деліктні зобов'язання та забезпечити відшкодування шкоди потерпілому пацієнтові у більшому ступені, ніж це можливо в рамках глави 82 ЦК України. За ступенем складності механізм реалізації права потерпілого, життю, здоров'ю якого завдано шкоди при лікарській діяльності, на отримання страхової виплати при настанні страхового випадку не поступається механізму реалізації права на відшкодування шкоди в рамках деліктних зобов'язань, регульованих главою 82 ЦК України. Навпаки, наявність у страховому зобов'язанні між заподіювачем шкоди (страхувальником) та пацієнтом – кредитором (вигодонабувачем) додаткового суб'єкта – страховика, на відміну деліктних зобов'язань, ще більше ускладнює процедуру відшкодування шкоди» [203].

Т. Шлапко із співавторами, взявши до уваги «комплекс пов'язаних зі страхуванням професійної відповідальності медичного працівника, але не вирішених правових та організаційних проблем, у тому числі збитковість такого бізнесу для страховиків при значних розмірах страхових виплат та числа незадоволених наданою медичною допомогою громадян, відсутність конкретного обґрунтованого та переконливого економічного аналізу даної моделі в цілому, адекватної системи реагування на зростання страхових ризиків в умовах характеру лікувально-діагностичних процесів, низької заробітної плати лікарів і т. д., ми, не применшуючи значущості названого виду страхування як тему для наукових дискусій, проте не вбачаємо перспективи запровадження в Україні страхування професійної відповідальності медичного працівника в обов'язковій формі» [204, с. 99].

І. І. Фуртак зауважує, що «надія на допомогу страхування як на спрощений досудовий порядок врегулювання претензій сумнівна: на прикладі галузі страхування відповідальності власників автотранспортних засобів можна зробити висновок, що при настанні передбачених законодавчо страхових випадків страховики, які керуються інтересом збереження прибутку, будуть відмовляти пацієнтам у страховій виплаті або здійснювати її у розмірі менше, аніж запитувана» [205, с. 322].

Н. В. Яременко, у свою чергу, додає, що «система страхування відповідальності не спрямована на попередження недбалості, оскільки виконує лише компенсаційну функцію і не в змозі виконати каральну, а отже, і превентивне завдання, адже при комплексному підході до проблеми забезпечення прав пацієнтів завданням є не тільки вирішення питання про повне відшкодування шкоди, але й про способи її запобігання» [206, с. 68].

Тут слід погодитись із С. Б. Булецею, яка вказує на чітке розмежування між деліктною та договірною відповідальністю медичних працівників: «У деліктній відповідальності заподіюється шкода загальній забороні, де потенційно шкідлива поведінка, не визначена чітко законом, оскільки будь-яка активна поведінка є незаконною і пов'язана із настанням шкоди. Договірна відповідальність виникне при дотриманні умов відповідальності, особливо причинно-наслідкового зв'язку, тобто об'єктивно існуючий зв'язок між протиправною поведінкою боржника і невігідними наслідками, які настали. Класичні ознаки договору, безсумнівно, більш чітко проявляються в приватних медичних послугах (наприклад, стоматологів, приватні медичні заклади), коли виникають договірні відносини» [186, с.124].

Вважаємо за доцільне ввести до ЦК України положення щодо відшкодування шкоди, завданої здоров'ю, яке зазначало б, що таке відшкодування має здійснюватися за правилами «деліктної відповідальності», навіть у випадках, коли шкода була завдана внаслідок виконання договору.

Зазначимо, що удосконалення технологій та способів лікування призводить до того, що у пацієнтів підвищується рівень вимог щодо послуг, які надають їм

медичні працівники. Вищесказане є основою для вдосконалення системи страхування професійної відповідальності медичних працівників, метою якої є гарантія правового та соціального захисту спеціалістів. Разом з тим, досвід останніх років показує, що у вітчизняному медичному співтоваристві все більше усвідомлюють його важливість, оскільки страхування відповідальності медичних працівників, зокрема, й від медичної помилки дозволяє знизити фінансове навантаження саме на медичного працівника у випадку неправильних дій.

РОЗДІЛ 3. ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ СТРАХОВИХ ВІДНОСИН У СФЕРІ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

3.1. Особливості правового регулювання медичного страхування у Великій Британії

Всесвітня організація здоров'я (ВОЗ) визнає страхову медицину як один із способів забезпечення доступної медичної допомоги населенню. ВОЗ підтримує ініціативи зі створення систем страхового покриття, які допомагають людям отримувати необхідну медичну допомогу без фінансового ризику. ВОЗ визнає, що страхова медицина може допомогти забезпечити доступ до якісної медичної допомоги, зменшити фінансові ризики для пацієнтів та сприяти розвитку систем охорони здоров'я. Однак, важливо, щоб страхова система була ефективною, справедливою та доступною для всього населення. ВОЗ також підкреслює необхідність забезпечення універсального покриття медичним страхуванням, щоб жодна людина не залишалася без можливості отримати необхідну медичну допомогу через фінансові обмеження [207].

Країни — члени Організації економічного співробітництва та розвитку (ОЕСР) при розробці стратегії фінансування і організації охорони здоров'я дотримуються трьох основних принципів: «забезпечення однакового доступу до медичного обслуговування для всіх громадян заснованого на солідарній участі бідних та багатих, хворих та здорових, молодих та осіб похилого віку незалежно від місця проживання; висока якість медичної допомоги за оптимальних витрат; макроекономічна ефективність, тобто максимально припустима питома вага національних ресурсів, що повинні спрямовуватися на задоволення потреб у галузі охорони здоров'я» [208].

Різні країни створюють свої власні організаційно-фінансові системи забезпечення системи охорони здоров'я. Базовим є мінімальний перелік медичних послуг, що гарантуються державою. Він задекларований у двох міжнародних правових актах — Конвенціях Міжнародної організації праці: «Про мінімальні норми соціального забезпечення» № 102, 1952 р. (ст. 10); «Про медичну допомогу

і допомогу у зв'язку із захворюванням» № 130, 1969 р. (ст. 13) [209, 210]. До зазначеного переліку входять: первина лікарська допомога (загальна); спеціалізована допомога пацієнтам стаціонару або пацієнтам, які знаходяться на амбулаторному лікуванні; реалізація рецептурних лікарських засобів; стоматологічна допомога (якщо вона передбачена національним законодавством); медична реабілітація; медичне обслуговування пов'язане з вагітністю та пологами [209].

Виділяю три механізми медичного страхування: приватно-підприємницький, державний (бюджетний) та соціально-страховий. Державний механізм медичного страхування (модель У. Беверіджа) не пов'язаний з безпосередньою оплатою пацієнтами медичних послуг, забезпечення функціонування системи відбувається через страхові фонди із податкових надходжень держави, медична допомога надається незалежно від фінансового стану особи. Медичне страхування носить обов'язковий характер, затверджує базові ставки страхових внесків, визначає види організаційно-правових форм медичної допомоги, створює механізми ціноутворення на медичні послуги. Система обов'язкового страхування може здійснюватись за допомогою некомерційних страхових товариств (незалежні самоврядні організації з законодавчо визначеною структурою). Добровільним медичним страхуванням покриваються медичні послуги, що не гарантуються національними службами охорони здоров'я. «Модель державного страхування домінує в англосаксонських, скандинавських та деяких середземноморських країнах (Великобританії, Данії, Ірландії, Швеції, Фінляндії, Португалії, Італії, Іспанії, Греції), а також Канаді» [211, с. 78].

«Другий із зазначених механізмів (заснований на моделі О. Бісмарка) базується на страхових відносинах, закріплених національним законодавством. Він відзначається наявністю регламентованих державою страхових фондів, які здійснюють пряме фінансування медичних установ, некомерційних страхових товариств, що здійснюють добровільне медичне страхування (ДМС) або додаткове страхування на випадок хвороби чи старості, та приватних страхових компаній.

Бюджетно-страхова модель набула поширення у більшості континентальних і східних європейських країнах (Німеччині, Франції, Голландії, Австрії, Бельгії, Швейцарії, Чехії, Словаччині), а також в Японії та деяких країнах Латинської Америки» [212, с. 25-26].

Сучасний стан системи медичного забезпечення в Україні є доволі складним як у фінансовому, так і в організаційно-структурному аспекті. Реформа системи охорони здоров'я в Україні, розпочата з 2018 р., має за мету створити належне медичне обслуговування на первинному рівні з відповідною інфраструктурою, забезпечити якісні безкоштовні для пацієнтів медичні послуги на вторинному і третинному рівнях медичної допомоги. Залежність системи охорони здоров'я від обсягу державних видатків головна проблема в організаційно-правовому механізмі регулювання суспільних відносин даної сфери. Нестабільність політичної сфери, невизначеність пріоритетів фінансування сфери охорони здоров'я, відсутність зрозумілої та цілісної концепції від Міністерства охорони здоров'я щодо реформ галузі, створення нового виконавчого органу державної влади з функціями національного страховика (Національної служби здоров'я України) актуалізували дискусії про доцільність впровадження в Україні обов'язкового медичного страхування та необхідного нормативно-правового регулювання відносин в сфері медичних послуг. Як зазначає С. Булеца, «Медична реформа системи охорони здоров'я в Україні стартувала на початку 2018 року, хоча серйозні перетворення завдяки реформі розпочалися раніше. Закон "Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення", прийнятий Верховною Радою 19 жовтня 2017 року, запроваджує практику встановлення медичних гарантій в Україні» [213, с. 427]. Створення при Міністерстві охорони здоров'я Департаменту Національної служби здоров'я, якому було надано статус єдиного національного органу, що здійснює замовлення медичних послуг, стало першим кроком в процесі реформування.

Впровадження медичного страхування і закріплення його як основи фінансування сфери охорони здоров'я є виправданим та випробуваним різними країнами. Відзначимо, що для запровадження в Україні медичного страхування,

вивчення зарубіжного досвіду та його імплементація є доцільними.

Національна служба охорони здоров'я Великобританії (NHS) – служба охорони здоров'я під державним управлінням, заснована Законом National Health Service Act (Про національну службу охорони здоров'я) від 1946 року. Ідея національної системи охорони здоров'я, яка фінансується за рахунок податків як «суспільного блага», стала альтернативою бісмарківській концепції національного страхування, яка забезпечувала доступ до послуг як індивідуальне право.

У Сполученому Королівстві Великобританії існує більше однієї NHS, оскільки відповідальність за охорону здоров'я було передано від уряду Великобританії уряду Шотландії, уряду Уельсу та Асамблеї Північної Ірландії відповідно NHS England, NHS Wales (GIG Cymru) і NHS Scotland. Створено складну систему регуляторних органів у сфері охорони здоров'я, які мають загальнобританську компетенцію (наприклад, Генеральна медична рада), органи наділені специфічними повноваженнями або специфічними для окремих країн (наприклад, Комісія з якості медичної допомоги в Англії). Англія, Шотландія, Північна Ірландія та Уельс мають власні механізми планування з різними ролями для урядів та НСЗ, як на національному, так і на місцевому рівнях. Державне фінансування, зібране через загальне оподаткування, є основним джерелом фінансування охорони здоров'я у Сполученому Королівстві. Три найбільші податки, на які припадає приблизно дві третини надходжень – це прибутковий податок, внески на національне страхування та податок на додану вартість.

Національна служба охорони здоров'я була офіційно відкрита 5 липня 1948 року в Парк-шпиталі у Манчестері. Основною ціллю діяльності створеної служби задекларовано доступ до безкоштовних медичних послуг, які гарантовані державою. «Акт Про національну службу охорони здоров'я» проголошував: «Кожен — багатий чи бідний, чоловік, жінка чи дитина — може використовувати його або будь-яку його частину. Плати не стягується, за винятком кількох предметів. Немає страхової кваліфікації. Але це не «благодійність». Ви всі платите за це, переважно як платники податків, і це позбавить вас від турбот про гроші під час хвороби» [214]. Система страхування Великої Британії поділяється на два види,

згідно з директивами ЄС: страхування життя і страхування інше, ніж страхування життя.

До NHS у Британії було багато різних систем охорони здоров'я. Робітники могли покладатися на Національну систему медичного страхування (створену в 1911 році), на програми місцевих органів влади, на членство в спеціальних товариствах взаємодопомоги. Поза їх покриттям залишались, як правило, безробітні, багатодітні та інші уразливі верстви населення. За новими принципами надання медичної допомоги пацієнт має право на безкоштовні медичні послуги гарантовані державою. Послуги у сфері охорони здоров'я ділились на три групи: послуги лікарів загальної практики та стоматології, послуги лікарень та спеціалістів, а також послуги місцевих закладів охорони здоров'я. Регулюючим органом в сфері охорони здоров'я, який запроваджує правила надання медичної допомоги та створює відповідні умови для її реалізації, є Міністерство охорони здоров'я та соціальної політики. Основу законодавства про охорону здоров'я становлять «National Health Service Act» 1946 у. та «National Health Service and Community Care Act» 1990 у. (Закон «Про національну службу охорони здоров'я та громадську допомогу») [216]. Закон 1990 року став відповіддю на зростаючу вартість медичної допомоги для державного бюджету країни, визначав постачальників медичних послуг на внутрішньому ринку і створював умови конкуренції. Закон вносив організаційні зміни в рамках системи Національної служби здоров'я, включаючи утворення госпітальних та медичних служб, які можуть конкурувати між собою на договірній основі. Договірні умови стали пріоритетними у відносинах між лікарнями та іншими постачальниками медичних послуг з місцевими органами охорони здоров'я як замовниками. Закон «Про національну службу охорони здоров'я та громадську допомогу» 1990 року врегулював появу та діяльність трестів NHS – самоврядувальних організацій, які повинні були взяти на себе відповідальність за володіння та управління лікарнями чи іншими установами, які раніше перебували в веденні обласними, районними чи спеціальними органами охорони здоров'я. Трасти мали право розпоряджатися власними фінансами, отримувати прибуток і дохід безпосередньо від надання

медичних послуг за договорами та отримували додаткові права. Державні органи управління не брали участі в оперативному управлінні трастом. Закон також надав лікарям загальної практики можливість розпоряджатись власним бюджетом, самостійно формувати витрати на медичну практику, на забезпечення лікарськими засобами і формування ціни на деякі лікарняні послуги. Загалом, лікарі починали працювати за договором підряду та виступали в ролі фондоотримувачів. Фінансування здійснювалось за кількістю прикріплених пацієнтів з додатковим фінансуванням частини витрат на інші види медичної допомоги. Будувались договірні відносини з лікарями спеціалізованої медичної допомоги з подальшим розрахунком за надані послуги. У відносинах замовник – виконавець використовувались форми договору, щодо сталої величини фінансування, незалежно від об'єму наданої медичної допомоги, величини фінансування стаціонару незалежно від об'єму медичної допомоги, щодо визначення конкретного об'єму медичної допомоги та тарифів, що замовляється та фіксованої її ціни, щодо оплати фактично наданої медичної допомоги, на основі звітування за кожний пролікований випадок на тарифах узгоджених ставок. Законодавство врегульовує організаційні питання надання медичної допомоги, створення лікарняних трастів, встановлює обмеження в формуванні цін на послуги та обов'язковість інформування про перелік медичних послуг, які надаються [216].

Послуги, що надаються, поділяються на три окремі групи: послуги лікарів загальної практики та стоматології, послуги лікарень та спеціалістів, а також послуги місцевих органів охорони здоров'я. Лікарі загальної практики або сімейні лікарі надають первинну медичну допомогу пацієнтам, які зареєстровані у них. Лікарі загальної практики та стоматологічні фахівці мають власну практику, підтверджену ліцензією, але отримують оплату своєї роботи від держави, в залежності від кількості зареєстрованих пацієнтів. Лікарі можуть вільно укласти договори на надання медичної послуги або її припинення, а також мають право здійснювати приватну практику відповідно до законодавчо визнаних правил. Первинна ланка медичної допомоги у Великій Британії представлена загальними лікарськими практиками – груповими або індивідуальними. У більшості випадків

лікар (або група лікарів) володіють своєю практикою на праві власності (приміщенням, обладнанням), реалізуючи право найма іншого персоналу. Лікарі загальної практики будують свою діяльність на основі індивідуального договору з НСЗ. Форма такого договору універсальна для всієї країни. Цікавим видається факт, що дослідження, обстеження, консультації фахівців проводяться в госпіталях, де існують значні черги.

Розрізняють практики двох типів – звичайні і фондотримачі.

Спеціалізовану вторинну медичну допомогу надають медичні працівники закладів охорони здоров'я державної форми власності, які знаходяться під керівництвом регіональних органів влади, перебуваючи з ними в трудових відносинах. «Треба відзначити, що, не дивлячись на бюджетне фінансування, охорона здоров'я Великобританії не перетворилася на монополізовану систему завдяки збереженню незалежності лікарів загальної практики від органів державної охорони здоров'я і дозволу приватної практики за сумісництвом лікарям-фахівцям, що працюють в державних медичних установах. Лікарі загальної практики не знаходяться в штаті муніципальних установ охорони здоров'я, а працюють на основі індивідуального контракту з управліннями сімейного здоров'я» [217, с. 326]. Відношення між покупцями медичних послуг, надавачами та споживачами будуються на договірній основі.

Як результат, у сукупності, ці правила створюють умови для регулювання договірних відносин між покупцями медичної допомоги, лікарнями і лікарськими практиками.

Національна служба охорони здоров'я фінансується в основному за рахунок загальних податків, частини внесків із заробітної плати (соціальне страхування) та оплати частини медичних послуг споживачами. Медична допомога НСЗ здебільшого є безкоштовною, але в деяких випадках пацієнтам доводиться здійснювати співоплату (за товари та послуги, що покриваються НСЗ, але які потребують розподілу витрат) та прямі платежі (за послуги, які не покриваються НСЗУ, або за приватне лікування). Співоплати можуть застосовуватися до стоматологічної допомоги та рецептурних ліків (Англія). Прямі платежі можуть

включати приватне лікування, соціальну допомогу, загальні офтальмологічні послуги та ліки, що відпускаються без рецепта. Однак деякі групи населення (наприклад, особи віком до 16 або понад 60 років, а також особи з низьким рівнем доходу) мають право на відшкодування, або звільнення від окремих видів співоплат, що залежить від особливостей правового регулювання медичних послуг в окремих регіонах Великої Британії. Усі особи, незалежно від їхньої національності чи імміграційного статусу, мають право на безоплатний доступ до первинної, екстреної та примусової психіатричної допомоги. Покриття послуг вторинної медичної допомоги (спеціалізованої) надається лише для резидентів країни. Національна служба охорони здоров'я (NHS) не надає чіткого переліку соціальних пільг, натомість законодавство окреслює широкі категорії медичних послуг, які повинні надаватися в НСЗ. Основні винятки в Англії включають оплату за рецепти, стоматологічну допомогу та оптометрію. Безоплатність медичної допомоги діє як механізм захисту особи від ризику фінансових труднощів, пов'язаних з медичними витратами. Довгостроковий догляд у Сполученому Королівстві – це поєднання медичної та соціальної допомоги, що надається в комбінації догляду в стаціонарних закладах охорони здоров'я і вдома. Довгостроковий догляд надається людям похилого віку, людям з фізичними вадами та сенсорними порушеннями, людям з обмеженими можливостями до навчання, людям з проблемами психічного здоров'я, людям, які зловживають психотропними речовинами та іншим вразливим категоріям населення. Надавачами таких послуг є ціла низка комерційних та некомерційних незалежних провайдерів. Стоматологічні послуги є платними у всіх країнах, що входять до складу Сполученого Королівства. Пацієнт має право отримати стоматологічну допомогу через договори добровільного медичного страхування або компенсуючи витрати самостійно.

Добровільне медичне страхування (приватне, комерційне) має за свою мету відшкодування матеріальних витрат на медичну допомогу, які проводить страховик на основі визначених тарифів та коштів страхових резервів, обов'язком страхувальника є регулярне внесення страхових внесків. Беручи за основу принцип добровільності, добровільне медичне страхування направлене на гарантію

доступності медичної допомоги. Існує декілька різних способів використання приватного страхування: як домінуюча форма покриття ризиків (замісне); як доповнення до обов'язкового державного медичного забезпечення (додаткове). «ДМС як медичне страхування, придбане й оплачуване на розсуд окремих осіб або роботодавців від імені працівників, включно з груповими полісами роботодавців від імені працівників, включно з груповими полісами, спонсорованих роботодавцями, що надаються під час прийняття на роботу, є, таким чином, не повністю добровільними. ДМС може надаватися державними або квазідержавними органами та комерційними і некомерційними приватними організаціями і є, таким чином, не повністю добровільними» [218].

Добровільне медичне страхування відноситься до особистого страхування і має наступні особливості: відповідність об'єму наданої медичної допомоги об'єму сплачених страхових платежів, розмір яких міститься в договорі страхування; є результатом вольового та свідомого вибору особи відповідного надавача страхових послуг (страхової компанії та умов страхування); направлене на відшкодування витрат пов'язаних з наданням медичних послуг. Суб'єктами добровільного медичного страхування є страховики, страхувальники, застраховані особи і медичні установи.

Добровільне медичне страхування доповнює Національну службу охорони здоров'я (NHS) і надає додаткові медичні послуги та можливість отримати швидший доступ до деяких видів медичної допомоги. На нашу думку добровільне медичне страхування Англії слід віднести до паралельного виду страхування або страхування з подвійним покриттям. Суть цього виду страхування полягає в тому, що він розширює можливості застрахованого у виборі медичних організацій і лікування порівняно з обов'язковим медичним страхуванням, дає право на позачергове обслуговування застрахованих, вибір між грошовою і натуральною формою виплати. Добровільне медичне страхування Англії регулюється Законом про страхові компанії (Insurance Companies Act 1991 у.), який встановлює організаційні форми страховиків та умови здійснення ними страхової діяльності [219]. Істотні умови договору добровільного медичного страхування,

встановлюються загальними нормами Закону про страхування (Insurance Act 2015 у.), який закріплює типові положення про договір страхування, узагальнює та оновлює підходи до страхування, включаючи визначення прав та обов'язків сторін у страхових відносинах [220]. Інші правові аспекти добровільного медичного страхування регламентуються різними законами та правовими актами. Законодавчу базу для врегулювання досліджуваних відносин становлять: «Financial Services and Markets Act 2000 у.», який регулює широкий спектр фінансових послуг, включаючи страхування, та «Data Protection Act 2018 у.», що регулює правила поводження з персональними даними, включаючи медичну інформацію, яку використовують страхові компанії [221, 222]. Здебільшого основними джерелами правового регулювання механізмів добровільного медичного страхування у Великій Британії є директиви Європейського Союзу про страхування, відмінне від страхування життя, правила страхування та судові прецеденти.

Договір добровільного медичного страхування дає право отримати додаткові медичні послуги, використовуючи пропозиції приватного сектора, на основі страхових внесків від пацієнта або від його роботодавця. Умови договору включають визначення строків надання медичних послуг, конкретних випадків або захворювань, лікування яких буде покривати програма добровільного медичного страхування, можливість обирати лікаря і заклад охорони здоров'я як надавачів медичних послуг, умови та тарифи розрахунків і страхових виплат.

Типовими для ринку страхових послуг Великої Британії є декілька видів страхових програм, в основу яких покладені різні ризики: «moratorium underwriting», означає що не покриваються лікуванням захворювання, якими хворів застрахований на протязі декількох років; «full medical underwriting», заснований на детальному аналізі медичних даних щодо захворювань попереднього періоду. За згодою особи страховик може отримати інформацію про стан здоров'я від лікаря загальної практики, за яким зареєстрований пацієнт, на основі якого пропонувати індивідуальну програму страхового покриття. «Switch Underwriting» призначений для пацієнтів, які вже застраховані, але бажають змінити умови страхового

договору на умовах перестраховання. Як правило, вартість такої послуги є дорожчою через більші ризики для страховика. Також існують різні спеціалізовані поліси, наприклад, для людей старше 55 років або ті, що фокусуються на певних захворюваннях. Інші надають покриття тільки в тому випадку, якщо ви змушені чекати більше шести тижнів, щоб отримати лікування від Національної служби охорони здоров'я (NHS) [216].

Андеррайтинг є типовою умовою добровільного медичного страхування Великої Британії. «Андеррайтинг — це цілий процес надання послуг зі збору інформації, даних про учасників грошових відносин, оцінки рівня ризику у разі укладення фінансової угоди. У комплекс сервісу також входить перевірка та оформлення необхідних документів щодо супроводу фінансової угоди» [223, с. 15]. На основі оцінки ризику спеціаліст з андеррайтингу може встановити надбавку до страхового тарифу, направити справу на індивідуальний розгляд, відмовити в страховому покритті на певний проміжок часу до покращення стану здоров'я, виключити певні ризики із страхового покриття. На відміну від інших країн Європи «поліси ДМС у Сполученому Королівстві зазвичай не покривають наявні захворювання, послуги ВОП, госпіталізацію внаслідок аварій та екстрених ситуацій, довгострокове ведення хронічних захворювань, таких, як діабет, множинний склероз і астма, наркозалежність, членоушкодження, амбулаторні лікарські засоби та бинти, ВІЛ/СНІД, безпліддя, нормальну вагітність і пологи, косметичну хірургію, зміну статі, профілактичне лікування, нирковий діаліз, засоби для пересування, експериментальне лікування та лікарські засоби, трансплантацію органів, військові ризики та травми внаслідок ризикованих занять» [218]. Як правило, покриття від постачальника послуг з первинної медичної допомоги пропонується пацієнтам з гострими станами, які виникають раптово (окрім невідкладних) і можуть бути швидковилікувані. Вони не покривають ризиків пов'язаних з довготривалими або хронічними захворюваннями.

Існують програми для покриття планової хірургії, тобто нетермінових операції, які потрібні, але можуть бути плановими (заміна суглобів, лікування катаракти.) Наявність хронічних захворювань може стати підставою для відмови в

наданні страхового покриття, але лікування хвороби опосередковано пов'язаних з основним діагнозом може відшкодовуватись.

Добровільне медичне страхування Великої Британії має вікове обмеження (в середньому 65 років), обумовлені строки договору (традиційно 1 рік), страховики мають право відмовляти заявникам, формувати розмір страхових внесків в залежності від існуючих або раніше перенесених захворювань, встановлювати рівень страхового внеску залежно від індивідуального ризику для здоров'я, визначати обмеження послуг і застосовувати періоди очікування та користувацьку плату (виключення Ірландія). Широко розповсюдженні групові поліси страхування, як додаткова умова при працевлаштуванні.

Одним із найголовніших обов'язків страхувальника є повідомлення про всі зміни, що можуть впливати на застраховані ризики, тобто про стан свого здоров'я, або навіть життєві обставини, які на нього впливають.

Страховик умовами договору може обмежувати вибір лікаря та лікарняної установи для отримання медичної допомоги застрахованому, хоча це не схвалюється політикою NHS Англії. Приватні медичні страхові компанії не визнають автоматично лікаря, який має ліцензію GMC і має право на приватну практику. Для залучення до системи страхування фахівцю необхідно отримати визнання від основних страховиків (AXA PPP та BUPA) перш ніж вони зможуть лікувати пацієнтів, застрахованих у страховиків. Лікарі не мають договору з страховиками, але мають «угоду про визнання» [224]. На наш погляд, це обмеження є неправомірним, адже декларує гарантію надання медичної допомоги, як один з принципів медичного страхування, обмеження права на вільний вибір лікаря та методів лікування є порушенням основних принципів надання медичної допомоги.

При вирішенні спорів у системі добровільного медичного страхування використовуються внутрішні процедури страхової компанії – подання скарг, звернення до відділу з обслуговування клієнтів. Активно залучається до вирішення спорів такого характеру Служба фінансового омбудсмена (Financial Ombudsman

Service – FOS) незалежний орган, що надає послуги з вирішення спорів в області фінансових послуг, в тому числі між страхувальниками та страховиками [225].

Широко розповсюджена процедура медіації або арбітражу. У Великій Британії терміном «альтернативне вирішення спорів» зазвичай позначають всі способи вирішення спорів окрім арбітражу чи судового розгляду. «Альтернативні способи вирішення спорів (мирні способи) передбачають використання таких методів розв'язання спорів, які найбільше підходять у тій чи іншій ситуації, враховують інтереси та вимоги сторін, допомагають подолати конфлікт, зберегти можливість подальшого спілкування та співпраці. Альтернативні способи розв'язання спорів об'єднує договірна основа їх створення, добровільність застосування, оскільки їх використання є правом, а не обов'язком особи. Їм притаманна спільна мета: мирне врегулювання спору, досягнення компромісу та збереження дружніх (партнерських) стосунків між учасниками спору» [226, с. 55]. Погоджуємось, що «світовий досвід свідчить про те, що медіація дає змогу вирішувати успішно різноманітні конфлікти, що виникають в усіх сферах суспільного життя, а саме: приватно-правові спори щодо поділу майна, батьківської опіки над дітьми при розлученні, врегулювання відносин між сусідами, питання спадкового права, розв'язання конфліктів, що виникають між особами, пов'язаними трудовими відносинами та інші» [227, с. 339].

Правила цивільного судочинства (Civil Rules Practical Direction) зобов'язують суди активно сприяти використуванню процесів посередництва при розгляді справ задля справедливості та економії ресурсів (CRPD 1.4 (2)) [228]. Слід зазначити, що залучення до медіації носить рекомендаційний, а не обов'язковий характер. Суди мають право вимагати пояснення щодо відмови участі в процесі медіаційних переговорів, зобов'язати оплатити судові витрати сторону, яка не хоче сприяти швидкому вирішенню конфлікту.

Укладення письмової форми договору не є обов'язковою умовою для сторін та посередника при медіації, але є традицією, яка закріплена практикою використання стандартних форм посередницьких договорів. Посередницький договір визначає права і обов'язки посередника, згоду про спільне введення

переговорного процесу, умови щодо конфіденційності, умови оформлення спільного рішення – письмова форма та обов'язкові реквізити, форму розрахунку. Як останній ресурс, сторони можуть вирішувати спір через судовий процес. Страховики, як правило, в договорі про надання страхових послуг, пов'язаних з наданням медичних послуг, зазначають умови вирішення конфліктів, що з позиції здійснення захисту суб'єктивних цивільних прав є не коректним.

Система охорони здоров'я Великої Британії організована за принципом державного фінансування, з залученням коштів добровільного медичного страхування, яке виступає доповненням до гарантованих державою медичних послуг у вигляді додаткового страхового покриття або у вигляді додаткової гарантії, що поліпшує показники ефективності та доступності медичної допомоги. Лікарі та лікарняні установи виступають як самостійні учасники цивільного обороту, пропонуючи свої послуги на ринку медичних послуг на договірних умовах.

Страхування відповідальності медичних працівників Великої Британії не носить обов'язковий характер. Засноване на прецедентному праві, встановлено максимальне відшкодування пацієнту, здоров'я або життю якому завдано шкоди з вини лікаря. Вина лікаря може виражатись в лікарській недбалості, неправильному лікуванні або невірними діагностичними процедурами. Суми компенсацій включають реальні збитки, можливі майбутні витрати пацієнта, втрату можливого доходу, їх обчислення ґрунтується на ідеї «втрачених років». Вказаний принцип широко використовується судами Великої Британії у справах пов'язаних із відшкодуванням шкоди пацієнтам. «Рішенням Високого суду Англії і Уельсу по справі «XYZ - and - Portsmouth hospitals NHS trust» (2011 рік) був встановлений розмір компенсації за недбалі, вини дії лікаря у розмірі, що складалася з шкоди за «біль та страждання, минулі збитки з урахуванням відсотків, майбутні збитки (окрім доходів і медичних витрат), медичні витрати на лікування, втрата заробітку до 65 років» [229, с. 99], втрата заробітку після 65 років, збиток від продажу бізнесу, на загальну суму компенсації 6 740 646 фунтів стерлінгів. В іншій схожій справі суд вказав: «Мені відомо, що принцип «втрачених років» піддавався критиці

з ряду причин. Не приймаючи рішення про загальні умови застосування принципу «втрачених років» я вважаю, що цей принцип має застосовуватися тоді, коли в іншому випадку відбудеться значна несправедливість. Якщо позивач за певних обставин може отримати компенсацію за втрату заробітку через його «втрачені роки», то вірно і справедливо, що він також має право на компенсацію за шкоду, спричинену втраченими роками, впродовж яких вони не зможуть піклуватися про їх дітей» [230]. За рішенням суду чоловік з подружжя, яке в результаті надання неякісної медичної допомоги втратило можливість мати дітей, отримав компенсацію у сумі 757 508 євро, а дружина 1 405 000 євро.

Страховання відповідальності лікарів є добровільним, але становить важливу частину медичної практики в Великобританії, сприяючи захисту лікарів від фінансових ризиків, пов'язаних із судовими позовами та медичною відповідальністю. Національна служба охорони здоров'я (National Health Service або NHS) не зобов'язує до страхування відповідальності медичних працівників, однак, добровільний вибір страхування відповідальності для захисту свого власного майна та фінансових інтересів у випадку, якщо медичні рішення або дії ведуть до судових позовів чи інших претензій від пацієнтів, доволі популярний.

Зазначимо, що Англія обрала шлях судового захисту прав пацієнта, коли при доведенні виних дій медичних працівників, пацієнт отримує максимальний розмір компенсації.

Організація охорони здоров'я Великої Британії у її базовій моделі державного фінансування з елементами добровільного медичного страхування дає низку уроків та прикладів для реформи охорони здоров'я України, яка розпочата з 2017 р.

Погоджуємось з думкою Миколенко О. І., що «охорона здоров'я є загальносоціальною цінністю, забезпечення якої вимагає від держави застосування різноманітних засобів правового регулювання. В той же час, охорона здоров'я є складною сферою суспільного життя, яка з метою поліпшення здоров'я населення вимагає від законодавця забезпечити в сфері охорони здоров'я реалізацію публічного (в основному за допомогою норм адміністративного права) та

приватного інтересу (в основному за допомогою норм цивільного права)» [231, с. 244]. Організація системи охорони здоров'я Великої Британії може слугувати яскравим прикладом вдалого поєднання механізмів регулювання цією складною частиною суспільного життя, як за допомогою норм адміністративного права (створення регулюючого органу, розгалуженої системи управління та інш.), так і за допомогою норм цивільного права (договірні відносини між надавачами медичних послуг і місцевими органами управління, розширені права медичних працівників, умови медичного страхування). Базуючись на демократичних принципах, модель У. Беверіджа проголошує вільний вибір лікаря GP (загальної практики), право на добровільне медичне страхування, можливість платних медичних послуг, право фондотримання і оперативного управління медичними закладами, їх функціонування у статусі трастів. Вважаємо, цікавим досвідом є лікарські практики, які зберігають свій статус незалежних контрактерів з розширеним переліком їх прав і обов'язків щодо управління фінансами і взаємодією з пацієнтами. Лікарі вступають у договірні відносини з закладами охорони здоров'я, які надають стаціонарні послуги, розраховуючись з ними за надані послуги, виступаючи в той же час покупцями медичної допомоги для прикріплених до них пацієнтів. У сукупності ці правила створюють умови для регулювання договірних відносин між покупцями медичної допомоги, лікарнями і лікарськими практиками та страховими організаціями.

Постачальники медичних послуг у всіх країнах, що входять до складу Великої Британії, зобов'язані збирати дані про свою діяльність, кадрові ресурси та показники ефективності для зворотного зв'язку з відповідними інформаційними організаціями у сфері охорони здоров'я – NHS Digital в Англії, Public Health Scotland в Шотландії, Digital Health and Care Wales в Уельсі, а також Інформаційно-аналітичним управлінням. Ці заходи повинні забезпечити залучення громадськості до системи управління та контролю за умовами надання медичних послуг. Лікарі загальної практики все частіше прагнуть адаптувати надання медичних послуг до гібридної моделі, що передбачає поєднання очних і дистанційних консультацій, які найкраще відповідають потребам пацієнтів.

Серед недоліків системи охорони здоров'я Великої Британії, зазвичай, називають незадоволення потреб у медичному обстеженні через вартість, час очікування або відстань до лікарів загальної практики. Останній звіт Фонду Співдружності визнає високі показники смертності, порівняно високі показники дитячої смертності та низьку тривалість життя у віці до 60ти років [232].

Вторинна стаціонарна допомога надається в екстрених випадках, або за бажанням пацієнта, в той же час Незалежні лікарні, зазвичай, не обладнані для надання невідкладної допомоги, тому пацієнтів з ускладненнями після оперативного втручання переводять до лікарень НСЗ.

Розвинений інститут «сестринства», представлений розширеними правами молодшого медичного персоналу, можливістю самостійно забезпечувати медичну допомогу на рівні громади та здійснювати домашній нагляд.

Цікавим для України може бути досвід залучення моделі посередницьких вирішень конфліктів саме в сфері страхових відносин, пов'язаних з наданням медичних послуг. Щодо роботи антирайтингових спеціалістів викликає занепокоєння обмеження права пацієнта на добровільне медичне страхування фахівцями, знання яких не пов'язані з медичною допомогою, а в своїх рішеннях вони керуються виключно економічною вигодою. Ці ініціативи підривають клінічні рішення лікарів, що руйнує відносини між лікарем і пацієнтом і можуть призвести до тривалого лікування через намагання застосувати універсальну модель, а не індивідуальний цілісний підхід. Вікові обмеження, обмеження щодо стану здоров'я, сімейного анамнезу, орієнтування на економічну вигоду та головна роль договору добровільного медичного страхування при відсутності його характеристик ознак та правових засад в регулюванні страхових відносин при наданні медичних послуг, обмежує право особи на медичне страхування, а добровільне медичне страхування втрачає зміст поняття «добро-вільне». Виконання добровільним медичним страхуванням допоміжної функції з зазначеними обмеженнями, при гарантуванні належної безоплатної медичної допомоги державою, може бути виправданим, в іншому випадку право на медичну

допомогу та медичне страхування повинно бути реалізовано в належному і повному об'ємі.

3.2 Правове регулювання відносин з медичного страхування у Франції та Німеччині

Залучення населення до витрат на медичні послуги за принципом солідарної участі через обов'язкове медичне страхування характерне для країн лідерів Європи – Франції та Німеччини. «У кінці XIX – першій пол. XX ст. механізм забезпечення незаможних верств населення медичними послугами привернув увагу урядів європейських держав. Їхня законодавча діяльність спрямовувалася на включення таких організацій до національного страхового поля, що було пов'язано зі введенням обов'язкового соціального страхування. Прийняті правові акти надавали некомерційним страховим товариствам юридичні права, встановлювали правила ліцензування та вводили пільги для них» [233].

Історія системи охорони здоров'я Німеччини починається з 1883 р., коли парламент ухвалив «Закон про обов'язкове медичне страхування» деяких категорій працівників по всій країні. Головним принципом медичного страхування став принцип солідарності, який означав, що всі працівники вносять гроші в загальну касу, а потім із цих коштів оплачують медичну допомогу тим, хто потребує. За основу брались місцеві програми добровільного та обов'язкового соціального страхування. Допомоги в грошовій і натуральній формі мали фінансуватися за рахунок внесків обов'язкових і добровільних членів системи, а також їхніх роботодавців. Керувати роботою лікарняної каси повинні були органи самоврядування, вони ж вирішували питання про надання додаткових пільг, що не входять до гарантованого законом мінімуму. Таким чином, Німеччина першою запровадила в себе національну систему соціального захисту. В подальшому обов'язкове соціальне страхування, що отримало назву «системи Бісмарка», поширилося на інші сфери. Пізніше почали надавати допомогу у разі виробничої травми і пов'язаної з ним інвалідності (1884 р.), виплачувати допомогу по старості

та інвалідності, а з 1927 р. – допомогу по безробіттю. Праобразом системи соціального страхування послуговували цехові товариства взаємодопомоги, що з'явилися в пізньому середньовіччі. У ХІХ ст. промислові робітники створили добровільні саморегульовані організації взаємодопомоги для того, щоб допомагати їх членам внаслідок хвороби або смерті годувальника. Аналогічні фонди створювалися також підприємствами і місцевими громадами, доповнюючи муніципальну допомогу бідним верствам населення. «Вперше обов'язкове медичне страхування в законодавчому порядку було введено в Пруссії в 1845 р., ще до виникнення Німеччини як єдиної держави. Закон зобов'язував працівників певних (але не всіх) професій і спеціальностей бути застрахованими на випадок захворювання. Надалі розуміння того, що нація повинна мати достатні гарантії в питаннях соціальної захищеності для всіх громадян привело до розробки і ухвалення в 1883 році закону про медичне страхування на території всієї Німеччини. З тих пір системи організації охорони здоров'я, які засновані на принципах страхування, мають назву “бісмаркськими” системами за іменем тодішнього канцлера Отто фон Бісмарка» [234].

Страхування було покладено на вже існуючі територіальні лікарняні каси, що страхували представників окремих професій (гірників, ремісників та ін.), і каси при підприємствах. У низці галузей було запроваджено обов'язкове медичне страхування для працівників із погодинною оплатою праці або з доходом, нижчим за встановлений рівень. Дві третини страхового внеску повинні були платити працівники, одну третину – їхні роботодавці. Каси були некомерційними організаціями. Спочатку вони могли вільно обирати з ким із приватних лікарів та інших медичних працівників укладати договори і на яких умовах. Роль федерального парламенту та уряду зводилася до створення нормативно-правової бази для роботи самоврядних кас під контролем земельних урядів. Мінімальний набір послуг був визначений законом, а каси могли надавати додаткові пільги. Страхівка давала право на отримання грошової допомоги через хворобу в розмірі 50% від середньої заробітної плати на протязі 13 тижнів. Поступово кількість застрахованих розширювалась. «У цій системі розширення охоплення досягалося

або шляхом підвищення верхньої межі доходів для обов'язкового членства, або поширенням системи лікарняних кас на нові категорії працівників: транспортників і працівників торгівлі (1901 р.), прислугу, працівників сільського та лісового господарства (1914 р.), фермерів (1972 р.)» [235].

Німеччина охоплена двома різними видами медичного страхування: обов'язковим і добровільним (приватним). Обов'язкове медичне страхування базується на основному принципі – принципі солідарності: розмір внесків встановлюється відповідно до фінансових можливостей, об'єм медичної допомоги однаковий для всіх пацієнтів. Медичне страхування є обов'язковим для всіх громадян Німеччини, або в його обов'язковій формі або в добровільній, коли воно відіграє замісну роль. На відміну від Великобританії та ряду інших країн, система охорони здоров'я Німеччини базується на самоуправлінні, а держава визначає лише правове підґрунтя для реалізації цього процесу. Страхіві відносини регулюються Соціальним кодексом (SGB книга V): «Медичні страхові компанії є юридичними особами публічного права із самоврядуванням. Медичне страхування поділяється на такі види страхових компаній: загальні місцеві фонди медичного страхування, фонди медичного страхування підприємств, фонди медичного страхування гільдій, фонди соціального страхування сільського, лісового господарства та садівництва як постачальник медичного страхування для фермерів, Німецьке пенсійне страхування Knappschaft-Bahn-See як постачальник медичного страхування» [236].

Цивільний Кодекс (Bürgerlichen Gesetzbuch) не містить глави, яка регламентує страхування, проте ці норми містяться в окремому «Законі про договори страхування» (Versicherungsvertragsgesetz (VVG)), ухваленому 23 листопада 2007 року. Глава 8 вищеназваного закону присвячена медичному страхуванню, при цьому Цивільний Кодекс Німеччини регулює загальні питання пред'явлення страхових вимог. Цей акт спрямований на захист страхувальника (і вигодонабувача), незалежно від того є він юридичною особою, чи фізичною [237].

Обов'язки страховика в Німеччині достатньо широкі: документувати консультацію зі страхувальником перед укладенням договору, інформувати його з

усіх питань, що сприяє захисту прав страхувальника та є доказом сумлінності страховика. Страхувальник зобов'язаний надати достовірні відомості про стан свого здоров'я до укладення договору страхування, обсяг інформації регламентований конкретним списком питань страховика. Страховик має право відмовитися від договору в разі надання страхувальником недостовірних фактів умисно або недбало. Страховик втрачає право на відмову або розірвання договору, якщо він знав про недостовірну інформацію, але уклав зі страхувальником договір навіть з підвищенням страхової премії. Страхувальник в свою чергу має право розірвати договір страхування, якщо страхова премія підвищується більш ніж на 10% від початкової. Встановлено строк захисту прав страховика: при укладенні договору добровільного медичного страхування страховик має право розірвання договору в період не пізніше місяця з моменту, коли він дізнався про порушення, і не пізніше трьох років з моменту укладення договору. Запровадження двох строків зумовлено тим, що страховик може дізнатися про недостовірність відомостей не одразу після укладення договору, а в будь-який момент його дії. У разі умисного приховування відомостей, право страховика на відмову від договору має строк до десяти років. Факт встановлення в суді шахрайських дій страхувальника звільняє страховика від страхової виплати, як і факт умисного приховування відомостей або грубої необережності при наданні відомостей. Однак, якщо всі відомості, надані страховику, є достовірними, але страхувальник припускається грубої недбалості та не забезпечує обережності, страховик не звільняється від страхової виплати, але має право зменшити її пропорційно до грубої недбалості страхувальника. Стаття 192 *Versicherungsvertragsgesetz (VVG)*, встановлює типові договірні послуги, що надаються страховиком «При страхуванні медичних витрат страховик зобов'язаний відшкодувати в узгодженому обсязі витрати на необхідне за медичними показаннями лікування у зв'язку із захворюванням або наслідками нещасного випадку та на інші узгоджені послуги, у тому числі під час вагітності та пологів, а також для амбулаторно-профілактичних оглядів з метою раннього виявлення захворювань відповідно до законодавчо встановлених програм» [236]. Страховик не зобов'язаний надавати пільги, якщо витрати на медичне лікування або інші

послуги не відповідають наданим послугам. У рамках страхування медичних витрат можуть бути узгоджені додаткові послуги, консультації з обґрунтування претензій постачальників послуг щодо винагороди, захист від необґрунтованих вимог про винагороду з боку постачальників, супровід застрахованих осіб під час задоволення претензій у зв'язку з неправильним наданням послуг, пряме виставлення рахунків за послуги їх постачальникам.

Суб'єктами обов'язкового державного страхування є: працівники, в яких заробітна плата виплачується у встановлених межах, одержувачі допомоги по безробіттю або аліментної допомоги, стажисти та студенти за певних умов, пенсіонери, за умови, що були виконані певні попередні страхові періоди, одержувачі пенсії або допомоги з нагоди втрати годувальника, підприємці сільського та лісового господарства та працюючі члени їхніх родин, а також пенсіонери в сільському господарстві, люди з обмеженими можливостями (у майстернях або гуртожитках), особи, які не мають іншого права на страхування на випадок хвороби. Відповідно до «Закону про соціальне страхування художників (KSVG)», самозайняті художники і журналісти підлягають обов'язковому медичному страхуванню, догляду за хворими та пенсійному страхуванню, як і наймані працівники. Застраховані та члени їхніх сімей мають право на один і той самий набір послуг незалежно від суспільного становища, розміру внеску або тривалості страхування (розділ 3, книга 5 Соціального кодексу) [57].

До гарантованих медичних послуг входять наступні види: профілактика захворювань, охорона здоров'я на робочому місці; медичні обстеження з метою виявлення захворювань; лікування (амбулаторна та стоматологічна допомога, лікарські засоби, послуги фахівців суміжних з медициною професій, медичні пристосування, лікування в стаціонарі, сестринський догляд вдома та деякі види відновлювальної терапії; невідкладна допомога, перевезення хворих за певних станів; деякі інші послуги, наприклад інформування хворих. Компенсуються послуги в натуральній формі а також лікарняні каси виплачують працюючим допомогу по хворобі [237]. Належним чином оформлений список послуг працівників суміжних медичних спеціальностей (логопеди, фізіотерапевти та інш.),

оплата яких залежить від показань для їх застосування та цілей лікування (встановлення діагнозу, лікування або полегшення стану, зниження ризику переходу захворювання в хронічну форму). Заслуговує на увагу, що набір послуг завжди визначається декількома факторами – планом регіонального уряду та результатами домовленостей з кожною лікарнею. В результаті аналізу законодавства, можемо виділити наступні гарантовані виплати, які здійснюють лікарняні каси: виплати для профілактики та підтримання здоров'я (в тому числі профілактика стоматологічних захворювань); виплати щодо медичних обстежень (з метою ранньої діагностики захворюваності); виплати на лікування захворювань (включає цілий спектр послуг від стоматологічного лікування до домашнього догляду); допомога з непрацездатності; виплати по догляду за важкохворими (оплата візитів фахівців); допомога у зв'язку з вагітністю та пологами; сімейна допомога для сімей застрахованих [57, 236].

«У соціальному кодексі організаціям платників – лікарняним касам, відводиться ключова роль у системі обов'язкового державного страхування. Вони збирають членські внески і встановлюють ставку внесків, необхідну для покриття витрат. Діючи в інтересах усіх своїх членів, лікарняні каси домовляються з постачальниками послуг про ціни, про обсяги і про якість гарантованих страховкою послуг. Ці договірні послуги, як правило, доступні всім членам лікарняних кас без попереднього дозволу адміністрації. Дозвіл, однак, потрібен для профілактичного санаторно-курортного лікування, реабілітаційних заходів і короткочасного догляду вдома. У спірних випадках лікарняна каса звертається до спільної для всіх кас медично експертної комісії за висновком про необхідність лікування» [237]. Відповідно до Закону «Про структуру охорони здоров'я» (1993 р.) всі члени лікарняних кас отримали право вільно обирати лікарняну касу (з 1996 р.), або змінювати її через 18 місяців знаходження в попередній. Всі лікарняні каси відкриті для громадян. Лише каси фермерів, моряків і гірників зберегли колишню систему членства за принципом професійної належності. За умовами обов'язкового медичного страхування медичні послуги надаються в натуральній формі і працюючим членам каси виплачується допомога по хворобі в процентному значенні

від заробітної плати. Слід зауважити, що останнім часом відбувається розширення сфер компетенції лікарняних кас як непрямого органу державного управління охороною здоров'я через контроль якості медичної допомоги, контроль за управлінням сферою охорони здоров'я, контроль за структурою охорони здоров'я, за допомогою договірних відносин.

Для працівників, чия заробітна плата перевищує річний ліміт заробітної плати за поточний і наступні роки, а також для самозайнятих осіб, які з моменту початку роботи більше не підлягають обов'язковому страхуванню в системі державного медичного страхування, є два варіанти застрахуватися від ризику захворювання: як добровільний член обов'язкового державного страхування або перейти на добровільне (приватне) медичне страхування. Спочатку медична страхова компанія інформує учасника про закінчення обов'язкового страхування та можливі варіанти виходу з нього і продовження страхування. Якщо вихід буде оголошено протягом двох тижнів, можливий негайний перехід на приватне медичне страхування. Якщо вихід не буде оголошено, попереднє членство в медичній страховій компанії продовжиться на добровільній основі. Щоб дати працівникам можливість стати учасником обов'язкового медичного страхування хоча б один раз у своєму трудовому житті, незалежно від їхніх доходів, було зроблено виняток із принципу, згідно з яким добровільне членство, як правило, можливе лише після попереднього обов'язкового або сімейного страхування.

Добровільне медичне страхування (ДМС) у Німеччині є додатковим щодо обов'язкового медичного страхування або заміним. Громадянин Німеччини зобов'язаний бути застрахованим хоча б за однією з форм медичного страхування. Добровільне медичне страхування може виконувати функцію замінного для фізичних осіб, чий дохід становить понад встановленого ліміту, або осіб, які працюють не за наймом, якщо в законі не встановлено інше. Державним службовцям держава покриває всі витрати, пов'язані з наданням медичних послуг, тому, зазвичай, вони оформлюють договір добровільного медичного страхування [218].

На відміну від державного медичного страхування розмір премії в добровільному залежить від обсягу застрахованих послуг та індивідуального страхового ризику (так званий принцип еквівалентності). Ще однією відмінністю є принцип відшкодування витрат: відповідно до нього особи, які мають приватне медичне страхування, зазвичай, самі оплачують рахунки лікарів та інших постачальників послуг і передають рахунки своїй приватній медичній страховій компанії для відшкодування [57]. Як і інші поліси приватного страхування, ДМС принципово пропонує свободу договору. Кандидати можуть подати заяву про прийом у приватну страхову компанію за своїм вибором. Страховик може відхилити заявку у зв'язку з попередніми захворюваннями, або віком, або укласти договір тільки на таких умовах, як надбавка за ризик до страхової премії, або виключення пільг за наявними захворюваннями. Виняток існує для людей, які відповідають вимогам щодо страхування в базовому тарифі та застраховані за ним.

Громадяни, які мають приватне медичне страхування, також мають оформити обов'язкове приватне страхування по догляду за хворими.

На відміну від ОМС, в якому страхові внески багато в чому залежать від доходів застрахованої особи, розмір премії в ДМС залежить від віку застрахованої особи та оцінки ризику її захворювання, яку проводить страховик на підставі медичного огляду до укладення договору. Крім того, на розмір премії впливає узгоджений обсяг послуг. Застрахована особа може застрахувати додаткові послуги або відмовитися від компонентів послуги, що виходять за рамки адекватного страхового покриття.

За певних умов приватні медичні страховики мають право коригувати страхові внески застрахованих. Особливо це стосується випадків, коли послуги, фактично надані групою застрахованих осіб, суттєво, а не просто тимчасово, відрізняються від послуг, що передбачалися при розрахунку тарифу. Для цього страхова компанія використовує середні вимоги до виплати всіх застрахованих осіб за тарифом, віком і групою осіб. Незалежний довірчий управитель повинен підтвердити, що коригування премії проведено відповідно до вимог законодавства [238].

Добровільне медичне страхування дає можливість отримувати медичну допомогу за кордоном, відшкодувати санаторно-курортне лікування, надає право звільнення від сплати страхової премії, якщо страхувальник не звертається за медичною послугою протягом шести місяців. Для гарантії прав страховиків встановлюють граничні терміни договору страхування на законодавчому рівні.

Параграф 192 «Закону про договори страхування» визначає об'єкт договору добровільного медичного страхування: «страховий ризик, пов'язаний із витратами на лікування за медичними показаннями через хворобу або внаслідок нещасного випадку та іншими погодженими послугами в обумовленому обсязі, зокрема і з витратами, пов'язаними з вагітністю та народженням дитини, а також амбулаторними медичними оглядами для ранньої діагностики захворювань відповідно до встановлених законом вимог» [236].

«Іншим ринком для приватних страхових компаній є додаткове страхування, яке, наприклад, оплачує додаткові зручності – скажімо, лікарняні палати з додатковим ліжком або лікування керівником відділення. Оскільки лікарняним касама пропонувати такі послуги заборонено, доводиться купувати приватний поліс» [239].

«Закон про договори страхування» містить не тільки детальні вимоги до страховика, а й окреслює всі форми страхування в Німеччині. Порівняно з Великою Британією добровільне медичне страхування у Німеччині може повністю заміщати обов'язкове медичне страхування. Модель взаємозв'язку добровільного та обов'язкового медичного страхування базується на економічних та політичних показниках в державі, є механізмом для покриття максимальної кількості ризиків, формується від середнього рівня доходу населення.

Лікарі загальної практики відіграють центральну роль в охороні здоров'я Німеччини. Вирішальну роль здійснюють при перших контактах із застрахованою особою, координують процес лікування, оскільки вони зазвичай добре знайомі з історією хвороби та особистими обставинами життя своїх пацієнтів, мають відповідні договірні відносини з конкретною лікарською касою. Кожна компанія обов'язкового медичного страхування має запропонувати своїм застрахованим

спеціальний додатковий тариф на послуги сімейного лікаря. Якщо ви скористаєтеся додатковим тарифом на послуги, орієнтовані на сімейного лікаря, ви погоджуєтеся зі своєю медичною страховою компанією терміном на один рік відвідувати лише певного сімейного лікаря. За цим зобов'язанням ви отримаєте страхову премію або зниження доплати від вашої медичної страхової компанії.

Захистити свої права застрахований може за допомогою Федерального управління соціального забезпечення, яке здійснює юридичний нагляд за безпосередніми федеральними постачальниками обов'язкового медичного страхування, пенсійного страхування та страхування від нещасних випадків, а також соціального страхування на випадок тривалого догляду. Особа має право звернутися до наглядового органу в разі не погодження з рішенням постачальника соціального страхування (страхування здоров'я, догляду, страхування від нещасних випадків або пенсійного страхування), або в разі іншої помилки в адміністративних діях постачальника: невідповідності з рішеннями, ухваленими касами страхування з догляду, наприклад, щодо класифікації рівня догляду, послуг із надання перепочинку, допоміжних засобів для догляду або поліпшення житлового середовища.

Деякі характеристики Німецької моделі організації системи охорони здоров'я являються цінними для розвитку системи медичного страхування: соціальна справедливість при отриманні медичної допомоги, обсяг і якість якої не залежать від розміру сплачених внесків (однорідність обслуговування при різноманітті фінансування); нормативно врегульований поділ обов'язкового і добровільного медичного страхування, де приватний вид страхування надає переваги сервісного характеру; захист інтересів пацієнтів, застрахованих за обов'язковим страхуванням; участь пацієнтів у витратах на охорону здоров'я (частину доходів, співплата медичних послуг, співплата за лікарські препарати); страхування працюючими непрацюючих членів сім'ї; залучення приватного лікарсько-амбулаторного сектору в громадську охорону здоров'я через договори з лікарняними касами; переважання державних і громадських лікарень у

лікарняному секторі; доручення державою своїх функцій самоврядним незалежним організаціям – лікарняним касам та асоціаціям лікарів з обов'язковим членством.

«Французька система соціального захисту є однією з найкращих систем в Європі та світі. Її прийнято називати дирижистською або етатистською (від французького «Etat» – держава)» [240, с. 61]. Вона включає захист від безробіття, охорону здоров'я, пенсійне забезпечення у старості та фінансовий захист уразливих верст населення. Особливістю французької системи охорони здоров'я є її повне поглинання системою соціального захисту. Займаючи проміжне становище між двома моделями організації страхової медицини «беверіджиською» та «бісмаркською», французька модель використовує цілі однієї, а засоби іншої. Мета – забезпечення однакових умов для надання медичної допомоги за рахунок перерозподілу доходів від заможних до інших груп, засоби – фінансування програм медичних гарантій через відрахування з доходів працюючих членів суспільства та роботодавців. «Першу модель можна охарактеризувати як ліберальносолідарну, другу – як консервативно-корпоративну. З часу виникнення французька система соціального захисту визначила свою мету виходячи з «беверіджиської» концепції, а засоби її досягнення мали риси «бісмаркської». У Франції система соціального захисту її громадян включає виплату пенсій, допомоги по безробіттю, сімейні та житлові допомоги, а також витрати на подолання соціальної ізоляції, такі як допомога у працевлаштуванні» [241, с. 65]. Медичне страхування у Франції – це галузь соціального страхування, що охоплює охорону здоров'я (хвороби, материнство, непрацездатність і смерть) і фінансується за рахунок внесків роботодавців і працівників, а виплати надаються у грошовій формі компенсаційного характеру [242].

Кодекс про соціальне страхування (Code de la sécurité sociale) містить положення щодо обов'язкового медичного страхування у Франції. Він регулює систему базового медичного страхування, до якої входять різні категорії громадян. Організація соціального забезпечення ґрунтується на принципі національної солідарності. В гл 1. Закону зазначається: «Організація соціального забезпечення ґрунтується на принципі національної солідарності. Воно гарантує працівникам та

їхнім сім'ям захист від будь-яких ризиків, які можуть зменшити або ліквідувати їхню здатність до заробітку. Соціальне страхування забезпечує працівникам та їхнім сім'ям можливість заробляти гроші. Воно також покриває материнські, батьківські та сімейні витрати. Для будь-якої іншої особи та членів її сім'ї, які проживають на території Франції, воно забезпечує покриття витрат у зв'язку з хворобою, материнством, батьківством та сімейними витратами. Це покриття надається шляхом приєднання відповідних осіб та їх утриманців до однієї (або більше) обов'язкової програми (програм).

Забезпечує виплату допомоги по соціальному страхуванню, від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань, у зв'язку з втратою працездатності, а також по старості та сімейних допомог відповідно до положеннями цього Кодексу» [243].

Вперше кодекс був опублікований декретом у 1956 році, та регулював низку питань пов'язаних з обов'язковим медичним страхуванням щодо нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань, в різних програмах соціального забезпечення, організаційних питань та питань судових спорів у сфері соціального забезпечення.

Питання медичної етики та відносини в сфері надання медичної допомоги врегульовані в Кодексі громадського здоров'я (Code de la santé publique) [244]. Кодекс поділяється на шість частин, які в свою чергу поділяються на книги, розділи, глави та статті, які регулюють права окремих осіб у сфері охорони здоров'я (права пацієнтів у лікарні та поза нею, біоетичне право, навколишнє середовище та здоров'я); включає спеціальне законодавство, що стосується певних груп населення (матері, діти); законодавство, що стосується певних хвороб (психічні захворювання, СНІД) та залежностей (куріння, алкоголізм, наркоманія); законодавство, що регулює медичні професії (медичні професії, фармацевти і т.д.).

Основними цілями державної політики у сфері охорони здоров'я, є забезпечення ефективного доступу до медичної допомоги на всій території країни. Механізм партнерських взаємовідносин держави та медичних працівників забезпечує безперервність, координацію та якість медичної допомоги.

Система охорони здоров'я Франції перебуває у віданні «Міністерства охорони здоров'я та соціального захисту Французької Республіки» (Ministre des Solidarites et de la Sante). Надавачі медичних послуг надають первинну та спеціалізовану медичну допомогу, забезпечують профілактичне медичне обслуговування, зокрема проводять заходи, спрямовані на профілактику наркотичної залежності, обов'язкові та добровільні медичні огляди, заохочення фізичної активності та здорового харчування. Обов'язкове соціальне медичне страхування доступне кожному резиденту країни, який здійснює відрахування до Фонду обов'язкового медичного страхування.

Базовий рівень загального обов'язкового медичного страхування забезпечується за допомогою системи страхових фондів за місцем роботи. Організаційно фонди належать до приватного сектору, функціонують у вигляді приватних компаній, але контролюються державою. Медичне страхування розвивається за декількома напрямками. Загальна національна система медичного страхування – охоплює близько 80% населення країни, внески до якої покривають 60-70% загальної вартості лікування. Добровільне медичне страхування функціонує як додаткове.

Добровільне медичне страхування часто виступає як комерційне і забезпечується роботодавцем. Ринок приватного страхування у Франції за багатьма параметрами саморегульований, внески в системі приватного медичного страхування диференційовані, а пільги, які мають бути включені до страхового покриття не регулюються державою. Приватні страховики дають різні форми страхових програм для працівників сільськогосподарського сектору та представників деяких інших професій. Окремо функціонує фонд, який займається страхуванням безробітних. Ці великі страхові структури за регіональним принципом поділяються на фонди меншого масштабу. Обов'язком роботодавців є фінансування половини витрат на страхові внески, щоб забезпечити мінімальний рівень додаткового медичного страхування для своїх найманих працівників. Для тих, чий дохід нижчий за межу бідності, мінімальний пакет додаткових страхових послуг надається без сплати страхових внесків, він покриває всі платежі за

співстрахування лікарів, які приймають тарифи загальнообов'язкового медичного страхування як оплату в повному обсязі. Безробітні зберігають свій звичайний страховий захист, а їхнє додаткове страхування забезпечується на період до одного року безробіття.

Система охорони здоров'я у Франції складається з повністю інтегрованої мережі державних лікарень, приватних лікарень, лікарів та інших постачальників медичних послуг. Система медичного страхування забезпечує рівну доступність до пропонованих ними медичних послуг, а між собою вони відрізняються об'ємом медичних та інших послуг. Наприклад, усі клінічні лікарні – це державні заклади, а послуги тривалого перебування в стаціонарі здебільшого надають приватні заклади охорони здоров'я. Існує поєднання приватних і державних лікарень та амбулаторно-поліклінічних закладів, які надають амбулаторну допомогу з кількома методами оплати праці. Переважна більшість амбулаторної допомоги надається медичними працівниками в умовах приватної практики. Приватні лікарі загальної практики отримують оплату за послугу, або «*rémunération à l'acte*», що означає заздалегідь визначену вартість за кожен вид послуги, помножену на кількість пацієнтів, яким ця послуга була надана. Плата за послугу також використовується для компенсації приватної амбулаторної допомоги та державних лікарень. Однак державні лікарні також можуть отримувати компенсацію на основі щорічних глобальних бюджетів, узгоджених між лікарнями, регіональними агенціями та Міністерством охорони здоров'я [245].

В амбулаторно-поліклінічному секторі пацієнти, як правило, платять лікарям безпосередньо, а потім отримують відшкодування від страхових фондів. Мережа закладів охорони здоров'я забезпечує медичне обслуговування для кожного громадянина, незалежно від його фінансових можливостей, віку чи соціального статусу. Для жителів Франції є обов'язковим мати медичну страховку, а також бути зареєстрованим у лікаря загальної практики. Лікарі загальної практики займаються індивідуальною діяльністю і працюють або самостійно, або в груповій практиці. Лікарі загальної практики у Франції мають договірні відносини із національною системою медичного страхування, надають свої послуги у рамках визначених

Національною службою охорони здоров'я ставок, погодженими на національному рівні. Громадяни Франції та іноземці мають право вільно обирати лікаря для консультативних послуг, але тільки особистий лікар загальної практики уповноважений направляти пацієнтів до фахівця вторинної ланки або іншого медичного працівника для отримання послуг у сфері охорони здоров'я. Оплата медичних послуг відбувається в розмірі офіційних ставок, узгоджених з Національною службою охорони здоров'я, які складають основу вартості послуг, які відшкодовуються. При застосуванні тарифів, що перевищують офіційні ставки, пацієнти або отримують компенсацію відповідно до стандартної ставки, або витрати відшкодовуються за рахунок добровільного медичного страхування. Медичні послуги, надані лікарями вторинної ланки, відшкодовуються частково, або повністю, якщо є направлення від лікаря загальної практики.

Французька система охорони здоров'я фінансується частково за рахунок обов'язкових внесків на охорону здоров'я, які стягуються з усіх зарплат і оплачуються роботодавцями, працівниками та самозайнятими; частково за рахунок коштів центрального уряду; частково від пацієнтів, яким зазвичай доводиться сплачувати невелику частину вартості більшості медико-санітарних послуг. Здебільшого пацієнти повинні платити фіксовану ставку за будь-який візит до лікаря загальної практики, більша частка оплати відшкодовується пацієнту державним постачальником медичного страхування. «Спектр послуг, що надаються в амбулаторно-поліклінічних закладах амбулаторно-поліклінічної допомоги є широким і охоплює більшість медичних і допоміжних послуг, які можуть бути надані в таких умовах, включаючи біологічні та радіологічні дослідження.

Амбулаторна медична допомога в основному надається лікарями, які є фізичними особами-підприємцями (як лікарями загальної практики, так і лікарями-спеціалістами) у власній приватній практиці. Консультації в офісі складають основу роботи лікарів загальної практики, але візити додому також є важливими» [242]. Фармацевтичні препарати покриваються за програмою реімбурсації. Для «забезпечення цих завдань існують вимоги, викладені в Директиві 89/105/ЄС від

21.12.1989 р. «Про прозорість заходів при ціноутворенні на лікарські засоби та їх включення до системи загального медичного страхування», які мають за мету забезпечити розвиток фармацевтичної галузі як в напрямку розробки дорогих інноваційних препаратів, так і всебічного забезпечення пацієнтів якісними генериками. Таким чином, головним механізмом щодо забезпечення доступності лікарських засобів та виробів медичного призначення для населення являється програма реімбурсації – повне або часткове відшкодування суб'єктам господарювання, які здійснюють діяльність з роздрібною торгівлі лікарськими засобами, вартості лікарських засобів або медичних виробів, що були відпущені пацієнту на підставі рецепта» [246].

У Франції довготривалий догляд за людьми похилого віку та інвалідами поєднує в собі елементи медичної та соціальної допомоги і називається "сектор охорони здоров'я та соціальної допомоги" або "третій сектор".

Сектор охорони здоров'я та соціальної допомоги поділяється на два підсектори, які охоплюють догляд для людей похилого віку, а також для людей з обмеженими можливостями. Догляд може надаватися вдома або в інтернатних установах. Крім того, служби проміжного догляду надають тимчасовий догляд залежним пацієнтам та надають послуги з перепочинку особам, які здійснюють догляд за ними.

З 2016 року кожна людина, яка стабільно проживає на території Франції, незалежно від форми її зайнятості має право на обов'язкове медичне страхування – Protection Universelle d'Assurance Maladie (PUMA), яке підтверджується страховою картою.

У рамках добровільного медичного страхування (ДМС) страховик додатково покриває суму лікування, яке держава фінансує лише частково, покриває всі відсотки вартості, яких бракує, або її частину.

Статтями L. 112-1 - L. 112-2 Страхового кодексу (Code des assurances) врегульовано процес укладення договору страхування, який має свої особливості [247]. Страхувальник подає страховику заяву перед укладенням договору, в якій дає відповіді на питання, що цікавлять страхову організацію. Відповіді на

запитання впливають на визначення рівня страхового ризику. Якщо страховиком не відхилено таку заяву в десятиденний строк з дати її фактичного отримання, то пропозиція укласти договір страхування вважається прийнятою. У разі досягнення угоди сторін з усіх істотних умов, а також після того як сторонами буде підписано текст договору або страхувальнику буде видано страховий поліс, договір вважатиметься укладеним. Свою дію договір страхування почне в момент, який зазначений у договорі. Згідно із законодавством Франції, страховий поліс може бути на пред'явника, без права передачі, або ордерним. Ордерні страхові поліси можуть бути передані тільки шляхом індосаменту (передавального напису, що засвідчує перехід усіх або частини прав за документом до іншої особи). Страховим кодексом Франції (Code des assurances), а саме ст. L. 112-4 визначено істотні умови договору страхування, які в обов'язковому порядку мають бути в ньому зазначені: дата укладення договору; ім'я або найменування сторін; страхова сума; об'єкт договору; сума страхових внесків або страховий премії; банківські реквізити та адреси сторін [247].

У документах, що надаються страхувальнику, вказаний порядок розгляду будь-яких претензій, які він може пред'явити щодо договору, а також порядок звернення до процедури медіації на умовах, викладених у розділі V книги I Кодексу про захист прав споживачів (Code de la consommation), без шкоди для його права на судовий розгляд, а також адреса головного офісу та, у відповідних випадках, філії, яка пропонує надати страхове покриття [248].

Слід зауважити щодо захисту права на медичну допомог, будь-яка особа, яка вважає, що вона стала жертвою необґрунтованої відмови у наданні медичної допомоги, може звернутися до директора місцевого органу медичного страхування або до президента компетентної місцевої ради відповідної професійної асоціації. Таке звернення прирівнюється до подання скарги. Вона передається до органу, якому було адресовано. Одержувач підтверджує отримання скарги, інформує про це обвинуваченого медичного працівника і може викликати його на зустріч протягом одного місяця з дня реєстрації скарги.

За винятком випадків повторного правопорушення, процедура примирення проводиться протягом трьох місяців з моменту отримання скарги спільною комісією, що складається з представників відповідної місцевої ради професійної асоціації та місцевого органу медичного страхування в рівних частинах. Якщо примирення не вдалося, або у випадку повторного порушення, голова ради з територіальною юрисдикцією направляє скаргу до компетентного суду загальної юрисдикції, надаючи свій мотивований висновок і приєднуючись до нього, якщо це необхідно.

Виключенням покриття добровільного медичного страхування є невідкладна та екстрена допомога.

Служби швидкої допомоги є частиною національної системи охорони здоров'я (SAMU). Парамедиків та медиків з SAMU викликають у разі аварії або надзвичайної ситуації, вони надають медичну допомогу на місці пригоди, перш ніж транспортувати хворих або поранених до закладу охорони здоров'я. Служба швидкої допомоги SAMU використовується тільки для аварій та аварійних ситуацій. Інша рутинна робота швидкої допомоги здійснюється приватними фірмами швидкої допомоги, субпідрядниками державної системи охорони здоров'я.

Окремо врегульовані питання конфіденційності медичних даних. Будь-яка особа, яка перебуває на лікуванні у медичного фахівця, закладу охорони здоров'я, мережі охорони здоров'я або будь-якої іншої організації, що займається профілактикою та лікуванням, має право на повагу до свого приватного життя та конфіденційність будь-якої інформації, що стосується особи.

За винятком випадків, прямо передбачених законом, ця конфіденційність поширюється на всю інформацію про особу, яка стає відомою медичному працівникові, будь-якому члену персоналу цих закладів або організацій, а також будь-якій іншій особі, яка в силу своєї діяльності має справу з цими закладами або організаціями.

Можливий обмін інформацією, що стосується однієї і тієї ж особи, за якою здійснюється догляд, з метою забезпечення безперервності догляду або визначення

найкращого можливого медичного обслуговування, якщо тільки відповідна особа належним чином не повідомила про свою незгоду.

Ключовим принципами французької системи охорони здоров'я називають: лібералізм і плюралізм [249]. Принцип лібералізму застосовується в наданні пацієнтам свободи вибору лікаря, а лікареві – вибору місця практики. Це було забезпечено через пряму оплату медичних послуг від пацієнта до лікаря, що ґрунтується на структурі оплати за принципом "плата за послугу". Плюралізм допоміг сформувати різноманітність місць, де люди могли отримувати медичну допомогу, починаючи від приватної та групової практики до державних лікарень.

Отже, у Франції і в Німеччині існує обов'язкова універсальна програма медичного страхування, що реалізується в країнах за допомогою поєднання державних і приватних постачальників послуг. Національні системи медичного страхування у Франції та Німеччині часто називають також державним загальнообов'язковим медичним страхуванням. У Франції та Німеччині всі легальні резиденти країни охоплені обов'язковим державним медичним страхуванням. Ці системи охорони здоров'я були засновані на моделі соціального медичного страхування Бісмарка і продовжують використовувати внески із заробітної плати як основне джерело коштів для покриття ризиків всіх членів суспільства, за рахунок категорій громадян, які сплачують внески до фондів. Однак країни мають різні керівні органи, фінансові та організаційні структури в рамках відповідних національних програм медичного страхування. У Франції державна програма медичного страхування (медичне страхування) є одним з видів соціальної допомоги, що надається в рамках національної програми соціального забезпечення. Таким чином, держава відіграє більшу роль в управлінні у Франції, ніж у Німеччині. У Німеччині переважаючим методом фінансування державного сектору є фінансування через лікарняні каси, представлені саморегульованими некомерційними організаціями. Франція характеризується єдиним державним платником та податковими надходженнями для фінансування системи охорони здоров'я, що на думку багатьох дослідників, наближає французьку систему до державних національних служб охорони здоров'я моделі Беверіджа.

Різні системи медичного страхування мають різні організаційні форми, фінансування фондів, регулювання системи, але обидві вимагають, згідно із законом, охоплення медичними послугами кожного постійного мешканця цих країн, незалежно від статусу.

Щодо запровадження обов'язкового державного медичного страхування в Україні, воно може бути виправданим за ряду умов – стабільної економіки, відповідної організації системи охорони здоров'я, високого рівня ВВП, прозорості правовідносин в сфері медичного обслуговування та від політичної волі керівництва країни. Зауважимо, що нормативно-правове регулювання у сфері медичного страхування потребує ґрунтовного доопрацювання. В умовах збройної агресії та пріоритетних видатків на оборону, запровадження обов'язкового медичного страхування виявляється не можливим з практичної точки зору, тому що потребує швидких організаційних та правових змін в системі надання медичної допомоги, які розпочала медична реформа з 2018 р. Як перспектива розвитку відносин в медичній сфері на наш погляд запровадження національної моделі медичного страхування з урахуванням особливостей реформування системи охорони здоров'я є неминучим.

ВИСНОВКИ

У процесі дисертаційного дослідження проведено теоретичне узагальнення та вирішено практичні задачі, визначені метою роботи. Сформовано теоретичні положення щодо цивільно-правового регулювання страхових відносин у сфері надання медичних послуг.

Основні теоретичні узагальнення, висновки та практичні пропозиції щодо вдосконалення чинного законодавства полягають у такому:

1. Під механізмом цивільно-правового регулювання страхової діяльності у сфері надання медичних послуг пропонується розуміти систему цивільно-правових засобів, способів і форм, за допомогою яких здійснюється взаємопов'язане регулювання тих чи інших сфер страхової діяльності. Зазначений механізм має бути ефективним, змістовним, мати системний та загальнообов'язковий характер, бути послідовним та, відповідно, здійснюватися за допомогою спеціальних правових засобів.

До стадій цивільно-правового регулювання страхової діяльності віднесено наступні: 1) формування правової (юридичної) бази страхової діяльності; 2) виникнення правовідносин; 3) формування основних понять, які властиві та характеризують страхову діяльність у медичній сфері та умови їх практичного застосування; 4) реалізація прав, набуття певних благ та виконання конкретних обов'язків суб'єктами страхової діяльності.

2. Запропоновано виокремлювати такі етапи розвитку медичного страхування: період лікарняних кас та фабрично-заводської медицини; система робітничої медицини; формування державної системи охорони здоров'я (розвиток загальнообов'язкового соціального державного страхування); становлення української сучасної системи медичного страхування. Кожен з цих етапів відзначився власними нормотворчими досягненнями та здобутками: створення лікарняних кас, як перших організацій форм страхових організацій, надання медичної допомоги за рахунок підприємств в обмін на внески робітників фабрик і заводів, створення відомчих лікарень при великих підприємствах, в першу чергу для профілактики і безкоштовного лікування працівників, створення перших

українських страхових компаній, орієнтованих на особисте страхування, побудова системи обов'язкового державного соціального страхування та активне галузеве нормотворення в сучасній Україні.

3. Під медичною послугою слід розуміти комплекс дій – діяльність, що спрямована на покращення фізичного і психічного стану людини і яку виконують суб'єкти, що отримали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, через професійно підготовлених медичних працівників відповідно до їх спеціалізації.

Медична послуга є певною діяльністю, характерними ознаками якої є: нематеріальність, невіддільність від надавача, споживання у процесі виконання, її професійний характер, наявність особливого об'єкту (здоров'я особи), визначеність кола суб'єктів, наявність результату, який безпосередньо впливає на майбутнє споживача.

4. Запропоновано власне визначення поняття «медичне страхування» – це вид особистого страхування, який передбачає обов'язок страховика щодо застрахованої особи в здійсненні страхових виплат (страхове забезпечення) у частковому або повному розмірі задля компенсації тих додаткових витрат, які викликані зверненням застрахованої особи до медичного закладу для отримання медичної послуги внаслідок настання страхового випадку.

До особливостей медичного страхування відносяться: його соціальний характер, компенсаційний механізм, договірна основа відносин, програмна основа, натуральна форма, існування фондів та принципи їх використання, цільова спрямованість коштів, гарантія, зміст за видами (медичні, медикаментозно-консультаційні, профілактичні та інші медичні послуги), реалізується в обов'язковій та добровільній формах.

Основними функціями медичного страхування є: ризикова, компенсаційна, функція перерозподілу соціального та національного доходу. Ризикова функція медичного страхування має прояв у передачі ризику страховику і при настанні страхового випадку, тобто у разі звернення за медичною допомогою, оплата медичних послуг за рахунок коштів страхових фондів. Компенсаційна функція

медичного страхування ґрунтується на відшкодуванні витрат, пов'язаних з наданням медичних послуг застрахованій особі при її направленні до ЗОЗ; при цьому компенсація здійснюється не за рахунок власних коштів пацієнта, а зі спеціально створеного страхового фонду. Соціальна функція медичного страхування полягає у сприянні підтримці матеріального стану страхувальника на належному рівні шляхом фінансування надання медичної послуги застрахованій особі за рахунок страхових фондів, що утворюються на випадок настання страхового випадку. Завдання перерозподілу національного доходу здійснюється на державному рівні шляхом створення фонду обов'язкового медичного страхування та використання його ресурсів для забезпечення соціально-економічної стабільності в країні. Своєю чергою, реалізація сукупності усіх зазначених функцій спрямована на створення основ правового регулювання медичного страхування, розробку механізмів його застосування та визначення прав і обов'язків суб'єктів медичного страхування, а також дозволяє послідовно вдосконалювати медичне страхування як правовідносини.

5. Медичне страхування слід вважати різновидом особистого страхування у сенсі п. 1 ч. 1 ст. 980 ЦК України і, як наслідок, на такі відносини мають розповсюджуватись норми цивільного та господарського права щодо страхування. Водночас в силу нормативного припису щодо обов'язковості виду страхування, субінституту обов'язкового медичного страхування також властива складна правова природа, оскільки він поєднує в собі елементи як публічно-правового, так і приватно-правового регулювання.

Доведено, що «обов'язкове медичне страхування» та «загальнообов'язкове державне медичне страхування» є категоріями різного порядку, де останнє становить частину соціального виду страхування та забезпечується нормами права соціального забезпечення. Відповідно, порядок та умови укладання договорів «загальнообов'язкового державного медичного страхування» визначаються Кабінетом Міністрів України та іншими органами виконавчої влади.

Дослідження нормативного забезпечення різних видів обов'язкового страхування медичних працівників, передбачених статтею 7 Закону України «Про

страхування», дозволяє дійти таких висновків. На розглянуті види обов'язкового страхування дія актів цивільного законодавства не поширюється, здебільшого вони регулюються нормами права соціального забезпечення (спеціальними нормами), окрім деяких випадків страхування медичних працівників та спеціалістів ветеринарної медицини від професійного захворювання на ВІЛ-інфекцію.

Вважаємо, що правова колізія, яка утворилася внаслідок неузгодженості медичних та соціальних правових норм із нормами Конституції України, має бути вирішена законодавцем найближчим часом на користь відмови від інституту обов'язкового державного медичного страхування як короткострокової перспективи до впорядкування належним чином відповідної законодавчої бази.

6. Запропоновано авторське визначення поняття договору добровільного медичного страхування, за яким одна сторона (страховик) зобов'язується за обумовлену договором плату (страхову премію), що в обов'язковому порядку сплачується іншою стороною (страхувальником), організувати та фінансувати одноразово або періодично обумовлену договором суму (страхову суму) за надані медичні та інші послуги, що надаються фізичним особам відповідно до узгодженої страхової програми, яка становить невід'ємну частину цього договору.

Договору медичного страхування притаманні як загальні ознаки договору страхування, так і особливі, які визначаються його цільовою спрямованістю.

Договір медичного страхування має одночасно відповідати трьом критеріям: передбачати страхову виплату, яку здійснюють закладам охорони здоров'я у разі настання страхового випадку; мінімальний строк дії договору має бути один рік; при достроковому розірванні договору має бути передбачене повернення страхових платежів виключно страхувальнику.

7. Запропоновано власне визначення предмету договору ДМС, а саме: це майнові інтереси, які не суперечать чинному законодавству та пов'язані із здоров'ям й працездатністю страхувальника або іншої (застрахованої) особи, що визначаються страхувальником у договорі страхування за її згодою; об'єктом договору ДМС є здоров'я людини.

Досліджено перелік загальних юридичних ознак договору добровільного медичного страхування як різновиду цивільно-правового договору страхування, до яких віднесено: взаємність; відплатність; цільове призначення страхування; непередбачуваність страхового випадку; ризиковість; реальність; умовність; каузальність; строковість.

Виокремлено перелік специфічних ознак договору добровільного медичного страхування: особливий суб'єктний склад, наявність спеціально розроблених програм страхування як складових договору, визначеність страхових тарифів, визначений перелік надавачів медичних послуг, розрахунок страхових платежів і визначення «здоров'я» як об'єкта страхової охорони.

Пропонується доповнити ст. 982 ЦК України «Істотні умови договору страхування» частиною 2 у такій редакції: «Страховий інтерес – це усвідомлена потреба страхувальника або іншої особи, визначеної у договорі страхування, у страхуванні ризиків, пов'язаних з життям, здоров'ям, працездатністю та пенсійним забезпеченням, з володінням, користуванням і розпорядженням майном, з відшкодуванням страхувальником заподіяної ним шкоди особі або її майну, а також шкоди, заподіяної юридичній особі».

8. Специфіка договору страхування професійної відповідальності медичного працівника полягає у наступному:

- наявності особливого суб'єкта, який здійснює професійну діяльність;
- він є договором на користь третьої особи;
- об'єктом страхування є ризик відповідальності застрахованих осіб за зобов'язаннями, що виникають внаслідок вчинення шкоди життю або здоров'ю тих осіб, у результаті професійної діяльності яких виникла така шкода;
- страхуванню підлягає відповідальність за медичні помилки під час здійснення медичним працівником професійної діяльності, які слід вважати обґрунтованим медичним ризиком;
- особливість страхового випадку пов'язана з ризиком відповідальності застрахованих осіб за зобов'язаннями, що виникають внаслідок вчинення шкоди

життю або здоров'ю тих осіб, у результаті професійної діяльності яких виникла така шкода;

- строк договору слід вважати як обставину, яка впливає на виникнення страхового захисту, оскільки страховий випадок може статися лише у період дії договору, а події, що відбулися в інший час, страховим випадком не вважаються, і, як наслідок, відповідного обов'язку з виплати страхового відшкодування не породжують;

- використання франшизи під час укладання договору страхування професійної відповідальності медичного працівника має виключатися.

9. Безпосереднє удосконалення нормативної бази у сфері страхування неможливо без урахування світового досвіду здійснення страхової діяльності та страхової діяльності у сфері надання медичних послуг зокрема.

Система охорони здоров'я Великої Британії, яка організована за принципом державного фінансування, з залученням коштів добровільного медичного страхування побудована на ідеї «суспільного блага». Ця ідея реалізується через: побудови ринку медичних послуг на договірних засадах, де лікарі та лікарняні установи виступають як самостійні учасники цивільного обороту; регулювання відносин в сфері медичного обслуговування відбувається за допомогою норм адміністративного права (створення регулюючого органу, розгалуженої системи управління), так і за допомогою норм цивільного права (договірні відносини між надавачами медичних послуг і місцевими органами управління, розширені права медичних працівників, умови медичного страхування); функціонування інституту добровільного медичного страхування, яке виконує додаткову функцію.

У Франції і в Німеччині існують обов'язкові універсальні програми медичного страхування, що продовжують використовувати внески із заробітної плати як основне джерело коштів для покриття ризиків всіх членів суспільства, за рахунок категорій громадян, які сплачують внески до фондів.

Характерними рисами зазначених систем медичного страхування визначаються: соціальна справедливість при отриманні медичної допомоги, обсяг і якість якої не залежать від розміру сплачених внесків (однорідність

обслуговування при різноманітні фінансування); нормативно врегульований поділ обов'язкового і добровільного медичного страхування, де приватний вид страхування надає переваги сервісного характеру; захист інтересів пацієнтів, застрахованих за обов'язковим страхуванням; участь пацієнтів у витратах на охорону здоров'я (частину доходів, співоплата медичних послуг, співоплата за лікарські препарати.); страхування працюючими непрацюючих членів сім'ї; залучення приватного лікарсько-амбулаторного сектору в громадську охорону здоров'я через договори з лікарняними касами; переважання державних і громадських лікарень у лікарняному секторі; доручення державою своїх функцій самоврядним незалежним організаціям - лікарняним касам та асоціаціям лікарів з обов'язковим членством.

10. Проведене вивчення зарубіжного досвіду обґрунтовує високу ефективність створення різних комбінацій, моделей та систем медичного страхування. Реформування системи охорони здоров'я в Україні має враховувати деякі особливості, а саме: поєднання бюджетного фінансування медичних закладів з розвитком страхової медицини та комерційних послуг в сфері охорони здоров'я, що надаються населенню; посилення інституційної автономії закладів охорони здоров'я; розвиток саморегульованого ринку медичних послуг із залученням страхових організацій; розвиток медичного страхування як гарантії права на медичну допомогу.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Правове регулювання страхової діяльності: навч. посіб. / за редакцією О. П. Гетманець, О.М. Шуміла. Київ, 2014р. 400 с.
2. Лазанська Т. І. Купецькі гільдії // Енциклопедія історії України: Т. 5: / редкол.: В. А. Смолій (голова) та ін. НАН України. Інститут історії України. К.: В-во "Наукова думка", 2008. Т. 5. 568 с.
3. Кахнич В. С. Міста-держави та міське право в середньовічній Європі: історико-правове дослідження: монографія. Львівський національний університет ім. І. Франка, Юридичний факультет. Львів: Галицький друкар, 2014. 139 с.
4. Базилевич В. Д. Страхова справа: монографія / В. Д. Базилевич, К. С. Базилевич. 6-те вид. К.: Знання, 2008. 351 с.
5. Микитюк В. О. Становлення та організація страхування в епохи Античності та Середньовіччя. Вісник Харківського національного університету ВС. 2009. № 4. С. 66–74.
6. Рудень В. В. Виникнення та функціонування системи медичного страхування. Фінанси України. 2000. №1. С. 76–87.
7. Державна політика у сфері охорони здоров'я: колективна монографія: у 2 ч. / заг. ред. М.М. Білинської, Я.Ф. Радиша. Київ: НАДУ, 2013. Ч. 1. 396 с.
8. Базилевич В. Д., Базилевич К. С. Страхування. К.: Знання, 2002. 216 с.
9. Петечел Н. М. Становлення та розвиток медичного страхування в Україні. Актуальні проблеми вдосконалення чинного законодавства України. 2020. №53. С.104 - 114.
10. Соціальне страхування: підруч. / за ред. О. П. Кириленко та В. С. Толуб'яка. Тернопіль: Екон. думка ТНЕУ, 2016. 516 с.
11. Осадець С. С. Страхування: підручник / керівник авт. колективу і наук, ред. С. С. Осадець. Вид. 2-ге, перероб. і доп. К.: КНЕУ, 2002. 599 с.
12. Історія страхування : підручник / С. К. Реверчук, Т. В. Сива, С. І. Кубів, О. Д. Вовчак; за ред. С. К. Реверчука. К.: Знання, 2005. 213 с.

- 13.Евтушенко Т. П. Моделирование системы управления медицинским страхованием: дис. ... канд. экон. наук: 08.04.01. Донецк. 2002. 164 с.
14. Ромовська З. В. Українське цивільне право: загальна частина. Академічний курс: підручник. Київ: Атіка. 2005. 560с.
- 15.Тейлор А. Дж. П. Габсбургська монархія 1809–1918: історія Австрійської імперії та Австро-Угорщини. Львів: ВНТЛ-Класика, 2002. 268 с.
- 16.Фуртак І. І. Історичні аспекти державного управління впровадженням страхової медицини в Україні. Ефективність державного управління: зб. наук. праць. 2010. Вип. 25. С. 70–76.
- 17.Терованесов А. Правове регулювання медичного страхування ХІХ ст. Зовнішня торгівля: економіка, фінанси, право. 2016. № 6. С. 14-20.
- 18.Кузьмич О. Про потребу забезпечення на життя. Кооперативна республіка. Літературна частина. 1908. № 4. С. 37-39.
- 19.Клапків М. С., Клапків Ю.М. Витоки національного страхового ринку України. Тернопіль: Карт-Бланш, 2003. 275с.
- 20.Сорока О. Я. Лікарняні каси та їх правовий статус: крізь призму історичного досвіду Прикарпаття (1919-1939рр.). Доктрина медичного права. URL [file:///C:/Users/User/Downloads/58-Article%20Text-111-1-10-20220415%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/58-Article%20Text-111-1-10-20220415%20(2).pdf) (дата звернення 05.05.2022.)
- 21.Ustawa z dnia 19 maja 1920 r. o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby. Dziennik Ustaw. 1920. № 44. S.725. URL: <http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU19200440272/O/D19200272.pdf> (дата звернення: 05.05.2022)
- 22.Клапків М. С. З історії зародження національного страхового ринку. Фінанси України. 1998. № 1. С. 81-93.
23. Декрет КМУ «Про страхування» від 07.03.1996р. №18.(втрача чинності на підставі закону 85/96-ВР від 07.03.1996р.) URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/47-93#Text> (дата звернення 10.01.2022)

24. Про страхування: Закон України від 07.03.1996р. № 86/96-ВР. за станом на 07.01.2022 р. URL <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/85/96-%D0%B2%D1%80#Text> (дата звернення 10. 01. 2022.)
25. Про страхування: Закон України від 18.11.2021р. № 86/96-ВР. за станом на 06.05.2023 р. URL <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1909-20#Text> (дата звернення 01.09.2023.)
26. Про затвердження Положення про характеристики та класифікаційні ознаки класів страхування, особливості здійснення діяльності зі страхування та укладання договорів за класами страхування: Постанова Правління Національного банку України, проект. URL https://bank.gov.ua/admin_uploads/article/proekt_2023-06-29.pdf (дата звернення 10.10.2023.)
27. Резнікова В. В. Сутність категорії «послуга»: аналіз існуючих концепцій. Вісник господарського судочинства. 2009. № 1. С. 58–68.
28. Правова система України: історія, стан та перспективи: у 5т.-Х. : Право, 2008. Т. 1: Методологічні та історико-теоретичні проблеми формування і розвитку правової системи України/ за заг. ред. М. В. Цвіка, О. В. Петришина. 728 с.
29. Цивільний кодекс України: Закон України від 16.01.2003 № 435- IV: за станом на 05.10.2023 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/435-15#Text> (дата звернення: 03.11.2023).
30. Про захист прав споживачів: Закон України від 12.05.1991 р. № 1023-ХІІ: за станом на 19.11.2022 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1023-12#Text> (дата звернення: 03.06.2023).
31. Державний класифікатор України, від 29. 02. 1996 № 89 за станом на 01.05.2008 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0089217-96#Text> (дата звернення [03.06.2023](https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0089217-96#Text))
32. Ємельянчик С. Послуга в цивільному праві. Підприємництво, господарство і право. 2005. № 3. С. 105–108.
33. Тищенко Ю. Поняття «послуга»: в міжнародному та вітчизняному праві. Зовнішня торгівля: економіка, фінанси, право. 2018. № 4. С. 89-98.

- 34.Святошнюк, С. С. Послуги як об'єкти цивільних прав. Вісник Одеського національного університету. Правознавство. 2016. Том 21. №2. С. 66–71.
- 35.Федорченко Н. В. Загальні проблеми зобов'язань по наданню послуг. Держава і право. 2002. Вип. 17. С. 237–242
- 36.Уткіна М. С., Харченко А. Л. Щодо електронних послуг в Україні: юридична природа, ознаки та принципи. Прикарпатський юридичний вісник. 2021. Вип. 1 (36). С. 80-84
- 37.Клейменова С. М. До питання про якість банківських послуг. Журнал східноєвропейського права. 2023. №108. С. 26-29
- 38.Дроздова Н. В. Договір про надання фінансових послуг у цивільному праві України: автореф. дис. ... канд. юрид. наук: спец. 12.00.03. Київ, 2005. 24 с.
- 39.Панченко М. І. Цивільне право України. Київ: Знання, 2005. 583 с.
- 40.Цивільне право України: підручник: у 2т. / В. І. Борисова (кер. авт. кол.), Л.І. Баранова, І. В. Жилінкова та ін. Київ: Юрінком Інтер, 2004, Т. 2. 552 с.
- 41.Клейменова С. М. Поняття та види фінансових послуг за законодавством України. Актуальні питання у сучасній науці. 2023. № 5 (11). С. 274-281.
- 42.Клейменова С. М. Послуги хостингу в системі послуг. Наукові записки. Серія «Право». 2019. Вип. 6. С. 26-29.
- 43.Святошнюк А. Л. Поняття та правова природа електронних послуг в Україні. Правова держава. 2023 Вип. 50. С. 87-92
- 44.Клейменова С. М. Ритуальні послуги в системі видів послуг. Вчені записки Таврійського національного університету імені В.І. Вернадського. Серія: Юридичні науки. 2019. Т. 30(69), №4. С. 56-59.
- 45.Майданик Р. А. Договір про надання медичних послуг. Київ: Юстініан, 2010. 293 с.
- 46.Щербаченко Л. В. Особливості надання платних медичних послуг у сучасних умовах Науковий вісник Національного університету ДПС України (економіка, право). 2010. №1(48). С.168–173.
- 47.Шутов М. М. Економіка та менеджмент охорони здоров'я: регіональний аспект. Харків: Основа, 2000. 365 с.

- 48.Смотров О. І. Договір щодо платного надання медичних послуг: автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03. Харків, 2003. 18 с.
- 49.Антонов С. В. Цивільно-правова відповідальність за заподіяння шкоди здоров'ю при наданні платних медичних послуг: автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03. Київ, 2006. 20 с.
- 50.Михайлов С. В. Цивільно-правова відповідальність в сфері надання медичних послуг: автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03. Харків, 2010. 17 с.
- 51.Герц А. А. Договірні зобов'язання у сфері надання медичних послуг: дис. док. юрид. наук: 12.00.03. Львів, 2016. 421 с.
- 52.Основи законодавства України про охорону здоров'я. Закон України від 19.11.1992 р. № 2802-ХІІ: за станом на 01.10.2023 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text> (дата звернення: 03.10.2023).
- 53.Про договори про медичне обслуговування населення за договорами Постанова Кабінету Міністрів України від 25.04.2018р. № 410: за станом на 04.11.2023р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/410-2018-%D0%BF#n46> (дата звернення: 05.11.2023)
- 54.Булеца С. Б. Цивільні правовідносини, що виникають у сфері здійснення медичної діяльності: теоретичні та практичні проблеми: дис. ... док. юрид. наук: 12.00.03. Одеса, 2016. 437 с.
- 55.Сенюта І. Я. Цивільно-правове регулювання відносин у сфері надання медичної допомоги: питання теорії і практики : монографія. Львів: Видавництво ЛОБФ «Медицина і право», 2018. 640 с.
56. National Heals Service Act 2006 за станом на 20.05.2023 р. URL: <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2006/41/contents> (дата звернення: 03.06.2023).
- 57.SGB V (Sozialgesetzbuch V) за станом на 20.05.2023 р. URL: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/ (дата звернення: 03.06.2023).
- 58.Heilberufsgesetz за станом на 20.05.2023 р. URL: https://recht.nrw.de/lmi/owa/br_text_anzeigen?v_id=10000000000000000065 (дата звернення: 03.06.2023).

59. Code de la sécurité sociale за станом на 20.05.2023 р. URL: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006073189/LEGISCTA000006141600/#LEGISCTA000006141600 (дата звернення: 03.06.2023).
60. Code de la santé publique за станом на 20.05.2023р. URL: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte_lc/LEGITEXT000006072665/ (дата звернення: 03.06.2023).
61. Конвенція про медичну допомогу та допомоги у випадку хвороби №130 від 25.06.1969р. за станом на 20.06.2023 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/993_184#Text (дата звернення: 03.06.2023).
62. Медико-правовий тлумачний словник / за ред. І. Я. Сенюти. Львів: Вид-во ЛОБФ «Медицина і право», 2010. С. 259
63. Прасов О. О. Право на медичну допомогу та його здійснення: автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03. Харків, 2007. С. 22.
64. Конституційний Суд України: Рішення від 29.05.2002р. № 10-рп/2002 у справі № 1-13/2002 (справа про безоплатну медичну допомогу). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v010p710-02#Text> (дата звернення 10.10.2023).
65. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19. 10. 2017р. № 2168-VIII за станом на 01.01.2023 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text> (дата звернення: 03.06.2023).
66. Пашков В. М. Сутність медичних послуг у системі господарського законодавства. Медичне право. 2013. № 2. С. 88-101.
67. Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних і комунальних закладах охорони здоров'я та вищих медичних навчальних закладах: Постанова Кабінету Міністрів України від 17.09.1996 р. № 1138: за станом на 07.03.2023р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1138-96-%D0%BF#Text> (03.06.2023).
68. Радиш Я. Ф. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис, проблеми та шляхи реформування: монографія. Київ: Вид-во УАДУ, 2001. 360 с.

- 69.Венедіктова І. В. Щодо перспектив детермінації послуг // Проблеми цивільного права та процесу: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, присвяченій пам'яті професора О. А. Пушкіна. Харків, 2009. С.49-51
- 70.Мілаш В. С. До питання про об'єкт договору про надання послуг. Вісник господарського судочинства. 2008. № 4. С. 72–77
- 71.Федорченко Н. В. Зобов'язання з надання послуг у цивільному праві України: Теоретико-правові засади: автореф. дис. ... док. юрид. наук: 12.00.03. Київ. 2015. 39 с.
- 72.Телестакова А. А. Система договорів про надання послуг в цивільному праві України: автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03. Київ. 2008. 25 с.
- 73.Волинець Т. В. Цивільно-правові засоби здійснення права на медичну допомогу: автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03. Львів. 2008. 59 с.
- 74.Савченко В. О. Медичні послуги як об'єкт цивільних правовідносин: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. 12.00.03. Київ. 2014. 30 с.
- 75.Александров Н. Г. Право и законность в период развернутого строительства коммунизма. М.: Юрид. лит., 1961. 213 с.
- 76.Погрібний С. О. Механізм та принципи регулювання договірних відносин у цивільному праві України. Київ: Алерта, 2009. 304 с.
- 77.Алексеев С.С. Об односторонних сделках. Избранное. М.: Статут, 2003. 480 с.
- 78.Луць Л. А. Загальна теорія держави та права: навчально-методичний посібник (за кредитно-модульною системою). Київ: Атіка, 2007. 374 с.
- 79.Яроцький В. Л. Цінні папери в механізмі правового регулювання майнових відносин (основи інструментальної концепції): монографія. Харків: Право, 2006. 245 с.
- 80.Алексеев С. С. Механизм правового регулирования в социалистическом государстве. Москва: Юрид. лит., 1966. 187 с.
- 81.Тарахонич Т. І. правове регулювання та правовий вплив як юридичні категорії: співвідношення понять. Часопис Київського університету. № 4. 2009. С. 10-14
- 82.Скакун О. Ф. Теорія держави і права: підруч. Харків.: Консум, 2008. 656 с.

- 83.Денисова А. М. Механізм і засоби правового впливу (теоретико-правове дослідження): дис. ...канд. юрид. наук: 12.00.01. Національна академія внутрішніх справ. Київ, 2013. 230 с.
- 84.Миколенко О.М. Механізм реалізації прав і свобод людини та громадянина в юридичній науці // Дослідження механізму реалізації прав і свобод людини та громадянина в публічному і приватному праві: кол. монографія / М. А. Баламуш, Н. В. Ільєва, О. М. Миколенко [та ін.] ; за заг. ред.: О. В. Гаран, О. І. Миколенко. Одеса : Фенікс, 2023. 300 с.
- 85.Отрадна О. О. Проблеми вдосконалення механізму цивільно-правового регулювання деліктних зобов'язань. Київ: Юрінком Інтер, 2014. 328 с.
- 86.Блащук Т. В. Цивільно-правове регулювання особистого страхування: автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03. Київ, 2003. 22 с.
- 87.Жила А. С. Страхування як спосіб забезпечення виконання зобов'язань у цивільному законодавстві України: автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03. Одеса, 2009.16 с.
- 88.Коструба А. В. Правозастосування в структурі правового регулювання цивільних правовідносин. Спогади про Людину, Вченого, Цівіліста (до 90 – річчя від Дня народження професора Діни Василівні Бобрової); за заг. ред. Р.О. Стефанчука. К.: АртЕк, 2019. С. 129-142
- 89.Воробйова Т. Договір добровільного страхування медичних витрат як новий інструмент страхового ринку. Підприємництво, господарство і право. 2007. № 3. С. 48–51
- 90.Петечел Н. М. Правове регулювання договору медичного стархування: дис. ...канд. юрид. наук: 12.00.03. Івано-Франківськ, 2021. 222 с.
- 91.Александрова О. С., Горбань О. В., Мартич Р. В. Філософія права: навчально-методичний посібник. Київ: Київський університет імені Бориса Грінченка, 2020. 126 с.
- 92.Страхова діяльність: метод. реком. / уклад.: О. М. Гладчук, С. С. Кучерівська. Чернівці: Чернівец. нац. ун-т ім. Ю. Федьковича, 2023. 80 с.

93. Страхове право: навч.-метод. посібн. / за ред. Є. О. Харитонова, В. О. Токаревої; Нац. ун-т «Одеська юридична академія». Одеса : Фенікс, 2022. 136 с.
94. Святошнюк А. Л. Щодо особливостей визначення «медичне страхування» та «страхова медицина» в правовому полі. Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія Право. 2023 Вип 79. С. 232-236
95. Вовчак О. Д. Страхування: навч. посібник. Львів, 2006. 480 с.
96. Базилевич В. Д., Філонюк О. Ф., Базилевич К. С. та ін.. Страхування: підручник. Київ, 2008. 1019 с.
97. Говорушко Т. А. Страхові послуги: Підручник. Київ, 2011, 376 с.
98. Стеценко В. Медичне страхування як складова системи страхування. Форум права. 2009. Вип. 3. С. 597-602
99. Богуславський С. І., Шибалкіна Ю. С. Медичне страхування в Україні: проблеми та перспективи. Зовнішня торгівля право та економіка. 2008. № 4. С. 83-86.
100. Ювсечко О. Історичні аспекти становлення і розвитку медичного страхування в Україні. 2010. URL: <http://naub.org.ua/?p=1207>. (дата звернення: 15.06.2023).
101. Петечел Н. М. Проект Закону України «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування»: переваги та недоліки. Вдосконалення правового регулювання прав та основних свобод людини і громадянина: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції молодих вчених і аспірантів, присвяченої 75-річчю Прикарпатського національного університету імені Василя Стефаника (м. Івано-Франківськ, 15 трав. 2015 р.). Івано-Франківськ. 2015. С. 48–51
102. Терешко Х. Я. Історико-правова регламентація медичного страхування в Україні: деякі аспекти. Матеріали I Всеукраїнської науково-практичної конференції 19-20.04.2007. Львів. С. 312-317.
103. Шелехов К. В., Бігдаш В. Д. Страхування: навчальний посібник. К.: МАУП, 2001. 320 с.
104. Сосновська О. О. Страхування: навчальний посібник. К.: Київ. ун-т ім. Б. Грінченка, 2021. 328 с.

105. Страхування : навчальний посібник / О. С. Журавка, А. Г. Бухтіарова, О. М. Пахненко. Суми : Сумський державний університет, 2020. 350 с.
106. Страхування : практикум / укл. Брязкало А. Є., Гладчук О. М. Кучерівська С. С. Чернівці: Чернівець. нац. ун-т, 2020. 152 с.
107. Гаманкова О. О. Фінанси страхових організацій: навчальний посібник. Київ: КНЕУ, 2007. 328 с.
108. Васильєва Т., Козьменко С., Козьменко О. Страховий і перестраховий ринки в епоху глобалізації: монографія. Київ. Університетська книга. 2011, 388 с.
109. Вовчак О. Д. Страхування: навчальний посібник. Львів: Знання, 2011. 391 с.
110. Андрійчук О. Я. Медичне страхування та страхова медицина: навчальний посібник. Волинь. Волинська обласна друкарня. 2007. 168 с.
111. Дячкова Ю. М. Страхування: навчальний посібник. Київ: Центр учбової літератури, 2008. 240 с.
112. Клапків Ю. М. Ринок страхових послуг: концептуальні засади, технічні інновації та перспективи розвитку: монографія. Тернопіль: ТНЕУ, 2020. 568 с.
113. Ленъ В. С. Облік і аудит у страхових організаціях: навчальний посібник. Київ: Навчальна книга-Богдан, 2012. 584 с.
114. Конституція України: Закон України від 28.06.1996 р. № 254к/96-ВР: за станом на 01.01.2020р. URL: zakon.rada.gov.ua/laws/show/254к/96-вр (дата звернення: 10.08.2023).
115. Кодекс законів про працю України: Закон України від 10.12.1971 р. № 322-VIII: за станом на 01.10.2023р. URL: zakon.rada.gov.ua/laws/show/322-08 (дата звернення: 10.10.2023).
116. Науково-практичний коментар до цивільного законодавства України: у 2 т. / В. Г. Ро-тань [та ін.]. Т. 2. 2-ге вид., перероб. і доп. Харків: Фактор, 2010. 800 с.
117. Про туризм: Закону України від 15. 09. 1995р. № 325/95-ВР: за станом на 01.04.2023р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/324/95-%D0%B2%D1%80#Text> (дата звернення: 01.05.2023).

118. Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування: Закон України від 23.09.1999 р. № 1105-XIV: за станом на 01.10.2023р. URL: zakon.rada.gov.ua/laws/show/1105-14 (дата звернення: 12.10.2023).
119. Основи законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування: Закон України від 14.01.1998 № 16/98-ВР: за станом на 31.03.2023р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/16/98-%D0%B2%D1%80#Text> (дата звернення: 10.04.2023).
120. Про загальнообов'язкове соціальне медичне страхування: проект Закону України від 30.07.2015 р. № 2462а. URL: http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_2?id=&pf3516=2462%E0&skl=9 (дата звернення: 12.08.2023).
121. Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування в Україні: проект Закону України від 01.08.2016 р. № 4981-2. URL: w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=59862 (дата звернення: 12.08.2023).
122. Пацурія Н. Б. Науково-правовий дискурс щодо проблем та перспектив запровадження в Україні обов'язкового медичного страхування. Платформа стратегічної та законотворчої аналітики. 2020 р. URL: <https://coordynata.com.ua/naukovo-pravovij-diskurs-sodo-problem-ta-perspektivzaprovadzenna-v-ukraini-obovazkovogo-medicnogo-strahuvanna>
123. Про господарські товариства: Закон України від 19.09.1991р. № 1577-XII: за станом на 31.03.2023р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1576-12#Text> (дата звернення 10.04.2023).
124. Миколенко О. І., Лазарева М. І. Загальнообов'язкове соціальне медичне страхування як об'єкт адміністративно-правового і цивільно-правового регулювання (порівняльний аналіз). Юридичний науковий електронний журнал. № 2. 2023. С. 672-674
125. Про затвердження переліку професійних захворювань: Постанова Кабінету Міністрів України від 08.11.2000 р. № 1662: за станом на 23.05.2020р. URL: zakon.rada.gov.ua/laws/show/1662-2000-п (дата звернення: 12.08.2023).

126. Про практику розгляду судами цивільних справ за позовами про відшкодування шкоди: Постанова Пленуму Верховного Суду України від 27.03.1992 р. № 6. URL: zakon.rada.gov.ua/laws/show/ru/v0006700-92 (дата звернення: 12.08.2023).
127. Про затвердження Інструкції про встановлення причинного зв'язку смерті з професійним захворюванням (отруєнням) або трудовим каліцтвом: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 15.11.2005 р. № 606. URL: zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1455-05 (дата звернення: 12.08.2023).
128. Про протидію захворюванню на туберкульоз: Закон України від 05.07.2001 р. № 2586-III за станом на 01.10.2023р. URL: zakon.rada.gov.ua/laws/show/2586-14 (дата звернення: 14.10.2023).
129. Про захист населення від інфекційних хвороб: Закон України від 06.04.2000 р. № 1645-II: за станом на 07.09.2023р. URL: zakon.rada.gov.ua/laws/show/1645-14 (дата звернення: 14.09.2023).
130. Про психіатричну допомогу: Закон України від 22.02.2000 р. № 1489-III: за станом на 03.08.2023р. URL: zakon.rada.gov.ua/laws/show/1489-14 (дата звернення: 14.08.2023).
131. Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ: Закон України від 12.12.1991 р. № 1972-XII: за станом на 01.10.2023р. URL: zakon.rada.gov.ua/laws/show/1972-12 (дата звернення: 14.10.2023).
132. Про затвердження Порядку та умов обов'язкового страхування медичних працівників та інших осіб на випадок інфікування вірусом імунодефіциту людини під час виконання ними професійних обов'язків, а також на випадок настання у зв'язку з цим інвалідності або смерті від захворювань, зумовлених розвитком ВІЛ-інфекції, і переліку категорій медичних працівників та інших осіб, які підлягають обов'язковому страхуванню на випадок інфікування вірусом імунодефіциту людини під час виконання ними професійних обов'язків, а також на випадок настання у зв'язку з цим інвалідності або смерті від захворювань, зумовлених розвитком ВІЛ-інфекції: Постанова КМУ від 16.10.1998р. № 1642: за станом на

- 21.07.2015р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1642-98-%D0%BF#Text> (дата звернення: 10.09.2023).
133. Про ветеринарну медицину: Закон України від 25.06.1992 р. № 2499-ХІІ: за станом на 27.07.2023р. URL: zakon.rada.gov.ua/laws/show/2498-12 (дата звернення: 14.08.2023).
134. Про затвердження Умов обов'язкового (додаткового) страхування життя і здоров'я спеціалістів ветеринарної медицини: Постанова Кабінету Міністрів України від 22.02.1994 р. № 116. URL: zakon.rada.gov.ua/laws/show/116-94-п (дата звернення: 14.08.2023).
135. Про затвердження порядку призначення перерахування та проведення страхових виплат: постанова Правління Фонду соціального страхування від 19.07.2018 № 11: за станом на 05.03.2021р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0011890-18> (дата звернення 10.06.2023).
136. Про збір та облік єдиного внеску на загальнообов'язкове державне соціальне страхування: Закон України від 08.07.2010 р. № 2464-VI: за станом на 07.09.2023р. URL: zakon.rada.gov.ua/laws/show/2464-17 (дата звернення: 14.09.2023).
137. Про затвердження Порядку визначення класу професійного ризику виробництва за видами економічної діяльності: Постановою КМУ від 08.02.2012 р. № 237. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/237-2012-%D0%BF#Text> (дата звернення: 14.09.2023).
138. Тищенко О. В Загальнообов'язкове державне соціальне страхування в Україні: теоретично-правові проблеми Серія Право. Випуск 24. Том 2. С. 198-200
139. Сільченко С. О. Окремі питання теорії правовідносин соціального страхування // Тенденції розвитку науки трудового права та права соціального забезпечення. Зб. наук. праць. Матеріали І між нар. наук. – практ. конф. (Київ, 25-26 квіт. 2013 р.) /за ред. проф. М. І. Іншина, проф. Н. М. Хуторян, доц. В. І. Щербини. К.: Ніка-Центр, 2013.С. 605–609.
140. Синчук С. М. Теорія соціального ризику за правом соціального забезпечення. Право України. 2003. № 3. С. 55–59.

141. Синчук С. М. Про поняття та особливості соціального страхування. Вісник Львівського університету. Серія юридична. 2003. Вип. 38. С. 375–381.
142. Аркатов Я. А., основні суттєві ознаки загальнообов'язкового державного медичного страхування. Право та інновації. № 4 (8). 2014. С. 142-146
143. Жадан С. В. Організаційно-правові засади управління державним соціальним страхуванням: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.07. Київ, 2008. 182 с.
144. Закону Республіки Киргизстан «Про медичне страхування громадян у Киргизькій Республіці: Закон Республіки Киргизстан » від 18 жовтня 1999 р. №112: за станом на 29.03. 2023р. URL: <http://cbd.minjust.gov.kg/act/view/ru-ru/275?cl=ru-ru> (дата звернення: 10.08.2023).
145. Про утворення Національної служби здоров'я України: Постанова КМУ від 27.12.2017 № 1101: за станом на 01.07.2023р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF#Text> (дата звернення: 10.08.2023).
146. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги: Закон України від 01.07.2022р. № 2347-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2347-20#Text> (дата звернення: 10.08.2023).
147. Канзафарова І. С., Святошнюк А. Л. Правове регулювання договірних відносин у сфері зовнішньоекономічної діяльності: особливості та окремі проблемні аспекти. Порівняльно-аналітичне право (електронне видання). 2019. Вип. 6. С.125-128. URL: https://pap-journal.in.ua/wp-content/uploads/2020/08/PAP_6_2019.pdf (дата звернення: 10.06.2023).
148. Берназ-Лукавецька О. М. Проблеми укладання кредитного договору під час воєнного стану. Проблеми здійснення та захисту цивільних прав в умовах воєнного стану: монографія / за ред.: Є. О. Харитонова, О. І. Харитонові, К. Г. Некіт; упор.-укл. Ю. С. Маршук; НУ «Одеська юридична академія». Одеса: Фенікс, 2023. Розділ VI. С. 123-133.
149. Бородовський С. О. Укладення, зміна та розірвання договору у цивільному праві України: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03. Івано-Франківськ, 2005. 211 с.

150. Про затвердження Характеристики та класифікаційних ознак видів добровільного страхування: Розпорядження Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг України від 09.07.2010 р. № 565: за станом на 07.04.2020р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1119-10#Text> (дата звернення: 10.06.2023).
151. Майданик Р. А. Поняття «ризикових зобов'язань» у цивільному праві України. Бюлетень Міністерства юстиції України. 2005. № 5. С. 26–33
152. Міловська Н. В. Договірні зобов'язання зі страхування у цивільному праві України: проблеми теорії та практики: монографія. К.: НДІ приватного права і підприємництва імені академіка Ф. Г. Бурчака НАПрН України, 2019. 488 с.
153. Кузьмич О. Я. Договір на користь третьої особи в цивільному праві України: автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03. К., 2010. 20 с.
154. Яворський Я. Ознаки договору страхування: українська практика та зарубіжний досвід. Право України. 2007. № 9. С. 94–96.
155. 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.
156. Яворська О. С. Договори приєднання: проблеми правового регулювання. Підприємництво, господарство і право. 2009. № 10. С. 93–95
157. Святошнюк А. Л. Принципи договірного права України: поняття, зміст та система. Журнал східноєвропейського права (електронне науково-практичне видання). 2019. № 59. С. 74-80
158. Пилипенко С. А. Поняття та особливості договору добровільного медичного страхування. Підприємництво, господарство і право. 2016. № 2. С. 24–28
159. Податковий кодекс України: Закон України від 02.12.2010 № 2755-VI: за станом на 23.11.2023р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2755-17> (дата звернення: 10.10.2023).
160. Стеценко В.Ю. Добровільне медичне страхування як об'єкт правового регулювання. Проблеми цивільного та підприємницького права в Україні., 2009., Часопис Київського університету права, 2009. №3. С. 156-160

161. 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.
162. Василевська Н. С. Особливості об'єкта договору добровільного медичного страхування. Правова держава. 2017 Вип. 27. С. 86-91
163. Огляд практики щодо розгляду Верховним Судом справ у сфері страхування, якщо такі рішення ухвалені у спорах, віднесених до юрисдикції господарських судів. Рішення, внесені до ЄДРСР за січень 2020 року – квітень 2021 року / упоряд. управління забезпечення роботи судової палати для розгляду справ про банкрутство. Київ, 2021. 48 с.
164. Степанов И. И. Опыт теории страхового договора. Казань, 1875. 205 с.
165. Граве К. А., Лунц Л. А. Страхование. М., 1960. 176 с.
166. Пилипенко С. А. Договір страхування (цивільно-правова характеристика). Прикарпатський юридичний вісник. 2015. Вип. 1 (7). С. 33-37
167. Амеліна А. С. Поняття та ознаки страхового договору. Електронне наукове фахове видання з юридичних наук "Правова просвіта". 2017. №12. URL: http://www.pravo.nayka.com.ua/pdf/12_2017/24.pdf (дата звернення: 08.08.2023) (дата звернення: 10.08.2023).
168. Петечел Н. М. Ознаки договору медичного страхування. Прикарпатський юридичний вісник. 2016. Вип. 2 (10). С. 67-70
169. Корж Д. Є., Святошнюк А. Л. Правові наслідки порушення договору добровільного медичного страхування за законодавством України. Правова держава. 2021. №41. С. 44-53
170. Верховний Суд України: Постанова від 23 січня 2019 року у справі N 355/385/17 (провадження N 61-30435сво18) URL: <https://supreme.court.gov.ua/supreme/pres-centr/news/764355/> (дата звернення: 10.08.2023).
171. Уралова Ю. П. Щодо умов виконання договорів медичного страхування через організацію асистанс. Право і суспільство. 2012. № 3. С. 110–113

172. Гуминська М. В., Мицишин І. Р., Тринчук В. В. Характеристика дефініцій «страховик» та «страхова організація». Глобальні та національні проблеми економіки. Вип.6. 2015. С. 820-825
173. Мних М. В. Страхування як механізм надання гарантій підприємницької діяльності та соціального захисту населення : навч. посібник для студ. вищ. навч. закладів. К.: Знання України, 2004. 428 с.
174. Судова практика розгляду цивільних справ, що виникають із договорів страхування Судова практика розгляду цивільних справ, що виникають з договорів страхування. Вісник Верховного Суду України. 2011. № 8. С. 12-28. URL: [file:///C:/Users/User/Downloads/vvsu_2011_8_6%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/vvsu_2011_8_6%20(1).pdf) (дата звернення: 10.06.2023).
175. Внукова Н.М. Соціальне страхування: кредитно-модульний курс: [навч. посібник] / Н.М. Внукова, Н.В. Кузьминчук. К.: Центр учбової літератури, 2009. 412 с.
176. Манжосова О. В. Окремі аспекти добровільного медичного страхування в Україні. Європейські перспективи. 2012. № 2. Ч. 1. С. 195–199
177. Каликова Г. А. Проблемы гражданско-правового регулирования медицинского страхования и медицинских услуг: автореф. дисс. ... канд. юрид. наук: спец. 12.00.03. Алма-Ата, 1992. 22 с.
178. Про екстрену медичну допомогу: Закон України від 05.07.2012 № 5081-VI: за станом на 30.12.2022 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5081-17#Text> (дата звернення: 10.06.2023).
179. Островська А. О. Види договорів у сфері медичного страхування. Юридичний науковий електронний журнал. 2015. № 3. С. 76–79
180. Вищий спеціалізований суд України з розгляду цивільних і кримінальних справ: Ухвала від 31.03.2016 р. по справі №6–1118ск16. URL: <http://reyestr.court.gov.ua/Review/56940493> (дата звернення: 15.05.2023 р).
181. Літвінова О. В. Відповідальність сторін за договором страхування. Форум права. Харків. 2012. №3. С. 379–384

182. Цивільний кодекс України: Науково-практичний коментар (пояснення, тлумачення, рекомендації з використання позицій вищих судових інстанцій, Міністерства юстиції, науковців, фахівців). Т. 7: Загальні положення про зобов'язання та договір. За ред. проф. І. В. Спасибо-Фатєєвої. Х.: ФОП Лисняк Л. С. 2012. 736 с.
183. Булеца С. Б. Поняття, види та ознаки відповідальності в галузі здійснення медичної діяльності. Аналітично-порівняльне правознавство. Електронне наукове видання. №1. 2021. С. 37-42
184. Скалецький Ю. М., Осьодло Г. В., Риган М. М., Котик Ю. Я. Культура безпеки у вітчизняних закладах охорони здоров'я. Безпека пацієнтів в Україні: стан і шляхи її покращення: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м. Дніпро, 6–7 червня 2017 року / За загальною редакцією академіка НАМН України А. М. Сердюка та члена-кореспондента НАМН України Т. О. Перцевої. К. : ДП «НВЦ «Пріоритети», 2017. С. 60-62
185. Майданик Р. А. Страхування зобов'язань з надання медичної допомоги. К.: Алерта, 2013. 80 с.
186. Булеца С. Б. Особливості страхування професійної відповідальності медичного працівника. «Аналітично-порівняльне правознавство». Електронне наукове видання. №5. 2022. С.121-126
187. Про затвердження Переліку осіб, діяльність яких може заподіяти шкоду третім особам, порядку і правил проведення обов'язкового страхування професійної відповідальності медичних і фармацевтичних працівників, діяльність яких може заподіяти шкоду третім особам: Проект постанови КМУ. URL: Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/Pro_20100202_0.html#2 (дата звернення: 10.08.2023).
188. Антонов С.В. Особливості відшкодування шкоди, заподіяної пацієнтові невдалим медичним втручанням. Управління закладом охорони здоров'я. 2007. № 7. URL: <http://www.medlawcenter.com.ua/ru/publications/76.html> (дата звернення: 15.09.2023).

189. Валах В.В. Медична (лікарська) помилка: правова кваліфікація та юридичні наслідки. Розвиток медичного права України в контексті євроінтеграційних та глобалізаційних процесів: матеріали III Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю, м. Київ, 12 грудня 2018 року / ред. кол. Гревцова Р.Ю., Гриценко І.С., Мельник Р.С. та ін. К.: Вдавничий дім «Гельветика», 2018. С. 31–33.
190. Бондарчук В. В. Кримінально-правова характеристика діяння, вчиненого в умовах виправданого професійного ризику: автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.08; НАН України, Ін-т держави і права ім. В.М. Корецького. Київ, 2014. 20 с.
191. Берназ-Лукавецька О. М. Особливості цивільно-правової відповідальності за неналежне надання послуг пластичної хірургії. Часопис цивілістики. 2019. № 35. С. 19-23
192. Василевська Н. С. Специфіка категоріального апарату страхування відповідальності медичних працівників. Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія Право. 2023 Вип 78. част 1 Ужгород. С. 152-158
193. Майданик Р. А. Аномалії в цивільному праві України: навч.-практ. посіб. / Р.А. Майданик, С.М. Бервено, Н.І. Майданик, І.С. Тімуш, І.В. Волосенко; Київ. нац. ун-т ім. Т.Шевченка. К.: Юстініан, 2007. 912 с.
194. Глушков В.А. Ответственность за преступления в области здравоохранения. К: «Вища школа», 1987. 200 с.
195. Морозов А. М. Професійна відповідальність лікаря (досвід зарубіжних країн). Український нейрохірургічний журнал. 2004. № 4. С. 88 – 92
196. Качур А. С. Адміністративно-правові засади діяльності закладу охорони здоров'я: дис. ... канд. юрид. наук. 12.00.07. Київ, 2023. 239 с.
197. Вороніна Н. В. До питання щодо правової природи страхування професійної відповідальності. Прикарпатський юридичний вісник. Випуск 1(26). 2019. С. 84–87
198. Карамішев Д. В., Рогова О. В. Перспективи запровадження страхування професійної відповідальності медичних і фармацевтичних працівників. Державне управління: удосконалення та розвиток. № 7. 2010. URL: <http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=157> (дата звернення: 10.09.2023).

199. Горіславська І. В. До питання деліктної відповідальності медичних працівників у системі безпеки пацієнтів в Україні та світі. Науково-практичний журнал Національного університету біоресурсів і природокористування України «Право. Людина. Довкілля» К. 2019. Вип. 10 (4) С. 192-198. URL: <http://journals.nubip.edu.ua/index.php/Pravo/article/viewFile/law2019.04.012/11648> (дата звернення: 10.08.2023).
200. Юнко М. Система державного медичного страхування в Німеччині. Вип. 6. 2021. Аптека.ua. URL: <http://www.apteka.ua/article/40027> (дата звернення : 10.06.2023).
201. Про професійне самоврядування у сфері охорони здоров'я: Закон України проект від 25.11.2019р. № 2445-1. URL: https://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=67475 (дата звернення: 10.10.2023).
202. До питання про юридичну відповідальність медичних працівників. Електронна стаття. URL: <http://www.alppp.ru/law> (дата звернення: 20.10.2023).
203. Чистоклетов Л. Г., Ткачук Т. Ю., Хитра О. Л. Особливості адміністративно - правового регулювання охорони здоров'я: міжнародний досвід. Електронна стаття. URL: <http://dspace.lvduvs.edu.ua/bitstream> (дата звернення: 22.10.2023).
204. Шлапко Т., Старинський М., Миргород-Карпова В.. Європейські орієнтири реформування системи охорони здоров'я в Україні в порівнянні з Німеччиною. Науковий вісник Ужгородського Національного університету. Серія: Право. 2021. №68. С. 96-103. URL: <http://visnykpravo.uzhnu.edu.ua/article/view/253934> (дата звернення: 10.08.2023).
205. Фуртак І. І. Механізми державного управління охороною здоров'я в Україні. Медичне право України: проблеми становлення та розвитку. Матеріали І Всеукраїнської науково-практичної конференції 19-20.04.2007, м. Львів. С. 318-323. URL: <http://medicallaw.org.ua/uploads/media> (дата звернення: 22.10.2023).
206. Яременко Н. В. Механізми забезпечення та захисту прав пацієнтів в Україні. Медична інформатика та інженерія. 2016. №2. С. 67-69. URL:

- file:///C:/Users/User/Downloads/Mii_2016_2_14%20(4).pdf (дата звернення: 22.10.2023).
207. World Health Organization URL: <https://www.who.int/> (дата звернення: 10.10.2023).
208. Сміянов В. А. Основні моделі систем охорони здоров'я та джерела їх фінансування URL: <https://pubhealth.med.sumdu.edu.ua/wp-content/uploads/2021/02/Lecture-6Public-health-propaedeutics.pdf> (дата звернення: 10.11.2023) (дата звернення: 10.08.2023).
209. Конвенція Про мінімальні норми соціального забезпечення від 1952р. № 102, ратифікована від 16.03.2016р. №102. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/993_011#Text (дата звернення: 10.11.2023).
210. Конвенція Про медичну допомогу і допомогу у зв'язку із захворюванням від 1969р. № 130, набрання чинності від 27.05.1972р: за станом на 27.05.1972. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/993_184#Text (дата звернення: 10.09.2023).
211. Тимошенко І. В. Особливості медичного страхування на некомерційній основі: міжнародний аспект. Міжнародні економічні відносини та світове господарство. Вип 18. част 3. 2018. С. 77-80
212. Горохов С. В. Порівняльний аналіз систем медичного страхування зарубіжних країн. Актуальні проблеми філософії та соціології. 2016. Вип. 9. С. 24–28
213. Sibilla Buletsa, Lyudmyla Deshko, and Viktor Zaborovskyy. The Peculiarities of Changing Health Care Systems in Ukraine. *Medicine and Law*. 2019. С. 427-442
214. The New National Health Service. Great Britain. Ministry of Health. 1948р. URL: <https://wdc.contentdm.oclc.org/digital/collection/health/id/1400> (last accessed: 10.06.2023).
215. National Health Service and Community Care Act URL: <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/1990/19/contents> (last accessed: 10.06.2023)
216. Brenda Leese & Mike Drummond & Roger Hawkes, 1994. "Medical technology in general practice in the UK: will fundholding make a difference?" Working Papers . 1994. URL:

<https://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/discussionpapers/CHE%20Discussion%20Paper%20122.pdf> (last accessed: 10.06.2023).

217. Стеценко В. Ю. Медичне страхування у системі організації охорони здоров'я громадян: порівняльно-правовий аспект// Медичне право України: правовий статус пацієнтів в Україні та його законодавче забезпечення (генезис, розвиток, проблеми і перспективи вдосконалення). Матеріали II Всеукраїнської науково-практичної конференції 17-18.04.2008. м. Львів С. 325-330
218. Anna Sagan, Sarah Thomson Voluntary health insurance in Europe: role and regulation. Uropean Observatory on Health Systems and Policies 43. 2016. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28825784/> (last accessed: 10.06.2023).
219. Insurance Companies Act (S.C. 1991, c. 47). URL: <https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/i-11.8/> (last accessed: 10.06.2023).
220. Insurance Act 2015 URL: <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2015/4/contents/enacted> (last accessed: 10.06.2023).
221. Financial Services and Markets Act 2000 URL: <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2000/8/contents> (last accessed: 10.06.2023).
222. Data Protection Act 2018 URL: <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2018/12/contents/enacted> (last accessed: 10.06.2023).
223. Попова Л. В., Федішин М. П. Страхові послуги, методичні рекомендації. Чернівці. 2023. 87 с.
224. Guide for patients thinking of taking out Private Medical Insurance, British Medical Association, BMA House, Tavistock Square, London WC1H 9JP bma.org.uk, 2019. URL: <https://www.bma.org.uk/media/1831/bma-guidance-for-patients-wishing-to-buy-private-medical-insurance-sept-19.pdf> (last accessed: 10.06.2023).
225. Financial Ombudsman Service - FOS URL: <https://www.financial-ombudsman.org.uk/consumers/complaints-can-help> (last accessed: 10.06.2023).
226. Гойко О. Від судового захисту до альтернативних методів вирішення спорів. Теорія і практика інтелектуальної власності. 2010. № 6 (56). С. 54-60

227. Мамич М. В. Медіація як технологія врегулювання конфліктів. Актуальні проблеми держави і права. 2007. Вип. 34. С. 338-341
228. Civil Rules Practical Direction URL: <https://www.justice.gov.uk/courts/procedure-rules/civil/rules/part01> (last accessed: 10.06.2023).
229. Заварза Т. В. Відшкодування шкоди, завданої життю та здоров'я пацієнта (на прикладі досвіду Швеції та Великобританії) // Приватне право в сфері охорони здоров'я: виклики та перспективи (Київські правові читання). Київ. 2020. С 94-100.
230. Ruth Morrissey and Paul Morrissey and Health Service Executive, Quest Diagnostic Incorporated and Medlab Pathology Limited. №. 4309. 2018 URL: https://www.courts.ie/acc/alfresco/690b08d3-ab3c-470a-ae61-b3a9802c5093/2019_IENC_268_1.pdf/pdf (last accessed 10.08.2023) (last accessed 10.08.2023) (last accessed: 10.06.2023).
231. Миколенко О. І., Лазарева М. І. Охорона здоров'я як об'єкт адміністративно-правового та цивільно-правового регулювання (порівняльний аналіз). Право та державне управління. № 3. 2022. С. 240-245.
232. Eurostat (2021) Eurostat database. Brussels: European Commission. URL: <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database> (last accessed: 10.08.2023).
233. Kennedy Jim. Not By Chance: A History of the International Cooperative and Mutual Insurance Federation / Jim Kennedy. Holyoake Books, 1999. 275 p.
234. Стеценко В. Ю. Медичне страхування у системі організації охорони здоров'я громадян: порівняльно правовий аналіз. // «Медичне право України: правовий статус пацієнтів в Україні та його законодавче забезпечення (генезис, розвиток, проблеми і перспективи вдосконалення)». Матеріали II Всеукраїнської науково-практичної конференції 17—18.04.2008, м. Львів. С. 325
235. Alber J. Das Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland. Entwicklung, Struktur und Funktionsweise. Frankfurt am Main, Campus, 1992. URL: <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/47430/1/258281979.pdf> (last accessed: 10.09.2023).
236. Versicherungsvertragsgesetz (VVG) URL: <https://www.buzer.de/gesetz/7966/index.htm> (last accessed: 10.09.2023).

237. Busse R, Riesberg A. Health care systems in transition: Germany. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. 2004. URL: <file:///C:/Users/User/Downloads/HiT-6-9-2004-rus.pdf> (last accessed: 10.09.2023).
238. Dr. Thomas Höpfner Dr. Carsta MilitzerHorstmann Tobias Schäffer Lisa Schmi edel Franziska Stutzer Vergleich der Bewertungen verschiedener. EBM- und GOÄ-Positionen. 2019. URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Ministerium/Berichte/Gutachten_WIG2_-_EBM_GOAE_bf.pdf (last accessed: 10.09.2023).
239. Verband der PKV. Die private Krankenversicherung. Zahlenbericht 2002/ 2003. Köln. 2003
240. Хрусталева Н. Франция на исходе столетия: смена модели регулирования экономики. Мировая экономика и международные отношения. 2004. № 6. С. 61-70.
241. Романець О. В. Система соціального захисту: досвід Франції. Наукові записки. Серія «Економіка». Вип. 10. С. 408-416
242. Chevreul K, Berg Brigham K, Durand-Zaleski I, Hernández-Quevedo C. France: Health system review. Health Systems in Transition, 2015; 17(3): 1–218. URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/330253/HiT-17-3-2015-eng.pdf?sequence=5> (last accessed: 10.09.2023).
243. Code de la sécurité sociale 1988 URL: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006742018 (last accessed: 10.09.2023).
244. Code de la santé publique URL: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte_lc/LEGITEXT000006072665/ (last accessed: 10.09.2023).
245. Rodwin, V.G., The health care system under French national health insurance: lessons for health reform in the United States. American journal of public health, 2003. 93(1): p. 31-37 URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1447687/> (last accessed: 10.09.2023).

246. Про прозорість заходів при ціноутворенні на лікарські засоби та їх включення до системи загального медичного страхування. Директива 89/105/ЄС від 21.12.1989 р. URL: <https://pharmadvisor.ru/document/tr3748/> (дата звернення: 10.09.2023).
247. Code des assurances URL: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006791931 (last accessed: 10.08.2023).
248. Code de la consommation URL: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte_lc/LEGITEXT000006069565/ (last accessed: 10.09.2023).
249. Chevreul, K., et al., France: Health system review. World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health. 2015. 249 p. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26766545/> (last accessed: 10.09.2023).

ДОДАТКИ

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Публікації, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації:

Наукові фахові видання України:

1. Василевська Н. С. Специфіка категоріального апарату страхування відповідальності медичних працівників. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*. Серія Право. 2023 Вип 78. част 1 Ужгород. С 152-158
2. Василевська Н. С., Труба В.І. Доступність ліків як результат механізмів реімбурсації та медичного страхування – питання для дискусії. *Правова держава*. 2023 Вип. 51. Одеса: Фенікс. С. 107-115.
3. Василевська Н. С. Медичне страхування під час воєнного стану в Україні: практичний нарис. *Правова держава*. 2023 Вип. 50. Одеса: Фенікс. С. 86-91
4. Василевська Н. С. Сучасний стан правового регулювання окремих видів обов'язкового страхування у сфері охорони здоров'я. *Вісник Одеського національного університету. Правознавство* / ред. колегія журналу: І. М. Коваль (головний редактор) та ін. 2017. Т. 22. Вип. 2 (31). С. 36-47
5. Василевська Н. С. Особливості об'єкта договору добровільного медичного страхування. *Правова держава*. 2017 Вип. 27. Одеса: Фенікс. С. 86-91

Наукові публікації у виданнях, що індексуються у наукометричних базах:

6. Nadia S. Vasilevskaya, Olena V. Bailo Medical insurance as a direction of reforming the health system in Ukrain. *Wiadomosci Lekarskie*. 2019. tom LXXII, pp. 897-903. (Scopus)

Публікації в інших виданнях:

7. Василевська Н. / Vasylevska N. Медицинские услуги как особый вид услуг / Economic and Law Paradigm of Modern Society. *Scientific Journal by Open Europe*. Словаччина. 2020. Issue 1-2020, pp. 46-55 (міжнародний журнал).

Публікації, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:

Тези в збірниках матеріалів наукових конференцій:

8. Василевська Н. С. Суб'єкти медичного страхування. Всеукраїнська науково-

практична конференція, присвячена пам'яті Ю.С. Червоного (до 90-річчя від дня його народження) (15 грудня 2017 рік). Одеса: «Астропринт», 2017. С. 101-108.

9. Василевська Н. С. Проблема співвідношення понять «медична послуга» та «медична допомога». Сьомі юридичні диспути з актуальних проблем приватного права, присвячені пам'яті Є. В. Васьковського: матеріали Міжнародної науково-практичної конференції (26 травня 2017 р.) / упоряд. і відповід. ред. І. С. Канзафарова. Одеса: Астропринт, 2017. С.287-291.
10. Василевська Н.С. Можливості запозичення ідей системи охорони здоров'я Великобританії у процесі реформування системи охорони здоров'я в Україні. *Wiadomosci Lekarskie* 2018, tom LXXI. 2018. p.789.
11. Василевська Н.С. Заклади охорони здоров'я як надавачі медичних послуг. Восьмі юридичні диспути з актуальних проблем приватного права, присвячені пам'яті Є. В. Васьковського: матеріали Міжнародної науково-практичної конференції (18 травня 2018 р.) / упоряд. і відповід. ред. І. С. Канзафарова. Одеса: «Астропринт», 2018. С. 90-95.
12. Василевська Н.С. Медичні системи світу: правовий аспект. Дев'яті юридичні диспути з актуальних проблем приватного права, присвячені пам'яті Є. В. Васьковського: матеріали Міжнародної науково-практичної конференції (17 травня 2019 р.) / упоряд. і відповід. ред. І. С. Канзафарова. Одеса: «Астропринт», 2019. С. 318-323.
13. Василевська Н.С. Медична послуга в Україні – правовий вимір. Збірник матеріалів Міжнародної юридичної науково-практичної конференції «Генезис публічного та приватного права: європейський вимір» (06 березня 2019 р.). Наукове видання «Актуальна юриспруденція». Київ «АртЕк», 2019. С. 52-55.
14. Труба В.І., Василевська Н.С. Право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування: виклики воєнного часу: матеріали Міжнародної наукової конференції «Конституція України в період війни та післявоєнного відновлення» (23.06.2023 р.) Київ, електроний збірник.

ВІДОМОСТІ ПРО АПРОБАЦІЮ РЕЗУЛЬТАТІВ ДИСЕРТАЦІЇ

Результати дисертації обговорювались на засіданнях кафедри цивільно-правових дисциплін Одеського національного університету імені І. І. Мечникова та пройшли апробацію на науково-практичних конференціях:

Всеукраїнській науково-практичній конференції, присвяченій пам'яті Ю. С. Червоного (до 90-річчя від дня його народження) (м. Одеса, 15 грудня 2017 р.);

Міжнародній науково-практичній конференції «Сьомі юридичні диспути з актуальних проблем приватного права», присвяченій пам'яті Є. В. Васьковського (м. Одеса, 26 травня 2017 р.);

Міжнародній науково-практичній конференції «Восьмі юридичні диспути з актуальних проблем приватного права», присвяченій пам'яті Є. В. Васьковського (м. Одеса, 18 травня 2018 р.);

Міжнародній науково-практичній конференції «Полтавські дні громадського здоров'я» (м. Полтава, 25 травня 2018 р.);

Міжнародній юридичній науково-практичній конференції «Генезис публічного та приватного права: європейський вимір» (м. Київ, 06 березня 2019 р.);

Міжнародній науково-практичній конференції «Дев'яті юридичні диспути з актуальних проблем приватного права», присвяченій пам'яті Є. В. Васьковського (м. Одеса, 17 травня 2019 р.);

Міжнародній науково-практичній конференції «Полтавські дні громадського здоров'я» (м. Полтава, 31 травня 2019 р.); Міжнародній науковій конференції «Конституція України в період війни та післявоєнного відновлення» (м. Київ, 23.06.2023 р.).