

**Прикарпатський національний
університет імені Василя Стефаника**

**Навчально-науковий юридичний
інститут**

**ПЕТЕЧЕЛ
Надія Михайлівна**

**ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ
ДОГОВОРУ МЕДИЧНОГО
СТРАХУВАННЯ**

Монографія

**Івано-Франківськ
2023**

УДК 347:340.111.5(088.4)]368.9.06
П29

Рекомендовано до друку на засіданні Вченої ради Навчально-наукового юридичного інституту Прикарпатського національного університету імені Василя Стефаника (протокол № 4 від 23 листопада 2023 року)

Рецензенти:

- І. С. Лукасевич-Крутник**, доктор юридичних наук, професор, завідувач кафедри цивільного права і процесу Західноукраїнського національного університету;
- І. І. Банасевич**, кандидат юридичних наук, доцент, доцент кафедри цивільного права Прикарпатського національного університету імені Василя Стефаника.

П29 Петечел Н. М.

Правове регулювання договору медичного страхування: монографія. Івано-Франківськ: Прикарпат. нац. університет ім. Василя Стефаника, 2023. 232 с.
ISBN 978-966-640-564-0

У монографії на основі всебічного аналізу загальнотеоретичних та спеціальних напрацювань правової науки України, норм чинного законодавства, судової практики здійснено комплексне дослідження договору медичного страхування. Визначено місце договору медичного страхування в системі цивільно-правових договорів України. Досліджено такі окремі елементи договору медичного страхування, як сторони, істотні умови, форма, зміст та особливості виконання договору. З'ясовано сутність страхового ризику у договірних зобов'язаннях з медичного страхування. Сформульовано авторське визначення договору медичного страхування, а також страховика та страхувальника, як сторін договору медичного страхування. Проаналізовано порядок укладення, зміни й припинення договору медичного страхування. Висвітлено правові наслідки невиконання чи неналежного виконання обов'язків сторонами за договором медичного страхування. За результатами проведеного наукового дослідження сформульовано низку пропозицій щодо вдосконалення цивільного законодавства України.

Монографія розрахована для науковців-правників, викладачів, аспірантів, здобувачів вищої освіти юридичних закладів, широкого кола фахівців у сфері договірної та страхового права.

УДК 347:340.111.5(088.4)]368.9.06
ISBN 978-966-640-564-0

© Петечел Н. М., 2023

© Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника, 2023

ЗМІСТ

| | |
|--|------------|
| ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ..... | 4 |
| ПЕРЕДМОВА | 5 |
| РОЗДІЛ 1. СТАНОВЛЕННЯ ДОГОВОРУ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ..... | 8 |
| 1.1. Становлення та розвиток медичного страхування | 8 |
| 1.2. Місце договору медичного страхування в системі цивільно-правових договорів України | 36 |
| РОЗДІЛ 2. ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДОГОВОРУ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ..... | 69 |
| 2.1. Поняття, істотні умови та порядок укладення договору медичного страхування. | 69 |
| 2.2. Цивільно-правова характеристика ризику у договорі медичного страхування | 123 |
| 2.3. Сторони договору медичного страхування, їх права та обов'язки | 140 |
| 2.4. Виконання, зміна та припинення договору медичного страхування | 170 |
| РОЗДІЛ 3. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН ЗА ДОГОВОРОМ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ..... | 185 |
| ВИСНОВКИ | 203 |
| СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ..... | 208 |

Перелік умовних скорочень

гл. – глава

ЗУ – Закон України

ст. – стаття

ЦК Східної Галиції – Цивільний кодекс Східної Галиції

ЦК України – Цивільний кодекс України

ЦК УРСР – Цивільний кодекс Української Радянської Соціалістичної Республіки

ПЕРЕДМОВА

Економічно розвинуте суспільство не може існувати без страхування, яке є невід'ємною частиною суспільних відносин, гарантом благополуччя та стабільного розвитку. Це обумовлено тим, що на сьогодні існує безліч ризиків, пов'язаних з можливістю заподіяння шкоди життю, здоров'ю чи майну фізичних або юридичних осіб під час здійснення різноманітних видів діяльності. Розвиток суспільства та конкуренція на ринку страхування зумовили створення якісно нових страхових продуктів, що, у свою чергу, спричинило на практиці розроблення нових видів договорів страхування та необхідність їх врегулювання на законодавчому рівні.

З розвитком ринку страхових медичних послуг, зростанням конкуренції між страховими компаніями, вивченням потреб населення у різних видах медичної допомоги активно запроваджується медичне страхування (безперервне страхування здоров'я).

Важливим інструментом забезпечення реалізації прав та інтересів фізичних осіб у разі понесення ними непередбачуваних втрат унаслідок настання несприятливих подій, пов'язаних із їхнім здоров'ям, є договір медичного страхування.

Медичне страхування являє собою систему відносин із захисту майнових та особистих інтересів осіб у сфері охорони здоров'я. В українському законодавстві немає спеціального нормативно-правового акту, присвяченого виключно цим відносинам, тому на практиці для їх регулювання застосовуються загальні норми договірного права, що містяться в Цивільному кодексі України та інших актах цивільного законодавства, проте за своїм

змістом не завжди відповідають специфіці зазначеної сфери.

Необхідність удосконалення правового регулювання договірних відносин медичного страхування зумовлена насамперед євроінтеграційними процесами в Україні та необхідністю врахування позитивного зарубіжного досвіду. Успішність реалізації зазначених завдань на сучасному етапі залежить від того, наскільки цивільне законодавство України відповідатиме сучасним тенденціям розвитку договірного права.

Більшість сучасних вітчизняних наукових досліджень присвячено або питанням інституту страхування загалом, або окремим видам страхування, лишаючи осторонь відносини медичного страхування.

У вітчизняній науці цивільного права комплексних досліджень проблематики правового регулювання договірних відносин медичного страхування не проводилося. У зв'язку з цим не викликає сумнівів потреба в науковому опрацюванні загальнотеоретичних проблем договірних відносин медичного страхування для удосконалення існуючого механізму їх правового регулювання.

Науково-теоретичною базою монографії стали праці ряду провідних науковців національної та зарубіжної юриспруденції, теоретичні дослідження та висновки яких дали змогу змістовно висвітлити більшість аспектів дослідження, зокрема: І. І. Банасевич, Т. В. Блащук, Т. В. Боднар, С. О. Бородовського, М. І. Брагінського, В. А. Васильєвої, М. М. Великанової, В. В. Вітрянського, І. В. Волосенко, А. А. Герц, А. Б. Гриняка, О. В. Дзери, Г. О. Ільченко, О. С. Іоффе, Ю. О. Заїки, І. С. Канзафарової, Л. Л. Кінащук, О. О. Красавчикова, Н. С. Кузнецової, О. Я. Кузьмича, І. С. Лукасевич-Крутник, В. В. Луця, Р. А. Майданика, Н. В. Міловської, Н. Б. Пацу

рії, В. Д. Примака, О. І. Міхно, В. К. Райхера, З. В. Ромовської, В. І. Серебровського, О. Ф. Скакун, Н. А. Сліпенчук, Н. В. Федорченко, Є. О. Харитонова, Р. Б. Шишки, О. С. Яворської, В. П. Янишена та інших авторів. Проте окремі проблемні аспекти правового регулювання правовідносин медичного страхування залишилися поза їх увагою і потребують більш глибокого й системного аналізу.

Монографія є комплексним науковим дослідженням проблем правового регулювання відносин, що виникають у зв'язку з укладенням, виконанням і припиненням договору медичного страхування в Україні. На підставі проведеного дослідження сформульовано низку теоретичних положень, які мають важливе значення для розвитку доктрини цивільного права та правозастосовної практики.

Автор низько вклоняється перед пам'яттю наукового керівника доктора юридичних наук, професора, Заслуженого юриста України Васильєвої Валентини Антонівни за наукове наставництво; висловлює щирю вдячність за слушні зауваження та позитивні висновки рецензентам – доктору юридичних наук, професору Ірині Степанівні Лукасевич-Крутник, кандидату юридичних наук, доценту Ірині Іванівні Банасевич; за творчу підтримку і сприяння керівництву та колегам Навчально-наукового юридичного інституту Прикарпатського національного університету імені Василя Стефаника.

РОЗДІЛ 1. СТАНОВЛЕННЯ ДОГОВОРУ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

1.1. Становлення та розвиток медичного страхування

Дослідження природи медичного страхування, як одного із видів особистого страхування, неможливе без звернення до історичних витоків та процесу розвитку цього цивільно-правового інституту.

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 [165, с. 59].

Окремі елементи страхування були відомі ще за тисячі років до нашої ери. Перші ознаки страхування зустрічаються в законах вавилонського царя Хамурапі (більш як за 2000 років до н. е.), котрі передбачали дещо схоже на взаємне страхування караванів вавилонських мандрівників від шкоди на випадок нападу розбійників. У Єгипті на засадах взаємного страхування існували товариства релігійного характеру, що мали на меті допомогу родичам своїх померлих членів [116, с. 6].

Зародкові форми особистого страхування можна знайти ще в Древньому Римі. У професійних союзах та колегіях (корпорації осіб, пов'язаних загальною професією

або культом) існувала взаємодопомога. В. К. Райхер вважав ці колегії прообразом товариств взаємного страхування, головним чином, на випадок смерті. Так, згідно Статуту ланувійської колегії (місто Ланувіум), заснованої в 133 році н. е., передбачалось, що члени при вступі сплачували внесок у розмірі 100 сестерцій і амфору (приблизно 24 літри) доброго вина, а потім щомісячні внески по 5 ас. У випадку смерті члена колегії його спадкоємцю сплачувалось 300 сестерцій, які призначалися для витрат осиротілої сім'ї на поховання. Право на отримання страхової суми втрачалось у випадках самогубства чи невнесення чергового місячного внеску [227, с. 9-10].

У середні віки страхування поступово поширювалося й на інші ризики. Воно здійснювалося через гільдії (братства) та цехи. Так, як і в Древньому Римі, цех забезпечував перш за все поховання та піклування про членів сім'ї померлого, крім того, допомагав своїм членам при нещасних випадках, дбав про них у разі хвороби чи непрацездатності.

Спочатку принцип взаємодопомоги закріплювався у статутах гільдій і цехів у загальній формі, без визначення розмірів допомоги та переліку страхових випадків. Відшкодування збитків або надання допомоги проводилося за рахунок гільдійських або цехових коштів поряд з іншими витратами або шляхом визначення індивідуального внеску кожного члена об'єднання у страхову суму. Але поступово організація взаємодопомоги у гільдіях і цехах набула більш чіткої форми. Страхування розвивалося шляхом постійних внесків, конкретизувалися умови, форми та розміри страхових виплат, поступово формувалася перелік страхових випадків, який залежав від ступеня ризику.

У цей період сформувався поділ страхування на майнове та особисте.

Особисте страхування в гільдіях передбачало виплату допомоги у випадку смерті, хвороби, інвалідності тощо [186, с. 9].

В подальшому з розвитком суспільних відносин гільдійно-цехове страхування втратило корпоративний характер, вийшло за межі свого об'єднання, в якому допомога надавалася тільки його членам.

В Італії в XIV столітті знайшла своє застосування угода, що ззовні нагадувала договір страхування життя, проте по суті йшлося про страхове парі, яке дві особи уклали з приводу будь-якої події, наприклад, смерть певної особи у визначений строк. З метою припинення такої практики в Англії у 1774 році було прийнято закон, відомий як Gambling Act, що забороняв укладання договору страхування на життя особи чи іншої події, щодо якої вигодонабувач (бенефіціарій) не мав жодного інтересу [226, с. 13].

Неабияку роль у виникненні страхування життя відіграли і тонтіни, які зобов'язані своїм походженням і назвою італійцю Тонті (XVII ст.). Із зовнішнього боку тонтіна являла собою особливу форму державної позики, із розподілом передплатників на декілька вікових груп і з виплатою кожній групі щорічно певної суми відсотків. Така сума не підлягала зміні в разі вибування (смерті) окремих передплатників. Таким чином, у разі вибування чергового учасника тонтіни, дохід тих, що залишились у живих, збільшувався. Із внутрішнього боку тонтіна являла собою довічну ренту, яка щорічно збільшувалася [116, с. 9].

Страхові парі, ренти і тонтіни безумовно мали значний вплив на розвиток страхування життя, але тільки з

початком застосування методів наукової статистики, страхування життя отримало свій подальший розвиток.

Значний вплив на розвиток медичного страхування справила поява теорії ймовірності, таблиць смертності та поширення статистики на страхування людей.

Відомий філософ та дослідник Едмунд Галілей у 1693 році в Королівському Лондонському науковому товаристві представив першу таблицю смертності, що стало знаковою подією в розвитку методики актуарних розрахунків для страхування життя та дало можливість застосувати закони математики для розрахунку можливості настання тієї чи іншої страхової події [10, с. 76-77].

Завдяки цьому в 1762 році було засновано перше товариство страхування життя «Еквітебл» по дійсному страхуванню життя, що відрізнялося від «парі на життя» та подібних ризикових видів діяльності чітким розрахунком ризику, який приймала на себе страхова компанія. Ефективність діяльності товариства була настільки високою, що в 1830 році в Англії функціонувало вже 35 великих товариств зі страхування життя [116, с. 11].

В цей період починають активно розвиватися нові види страхування, а саме – від нещасних випадків та цивільної відповідальності. На їх основі виникають підвиди, різновиди та форми страхування.

Так, у страхуванні від хвороб допускалися спеціальні види страхування – лише від якоїсь однієї чи кількох хвороб, страхування на випадок будь-якої операції або конкретної, наприклад при апендициті. В Англії, після сильної епідемії застудних захворювань, впровадили спеціальне страхування від запалення легень [71, с. 270]. В багатьох містах з'явилися лікарняні страхові каси.

У Європі першим акціонерним товариством зі страхування життя стала *Compagnie Royal d'Assurances*, створена в 1787 році у Франції. Із Франції акціонерна форма страхування життя поширилася на територію Італії (1826 р.). У Німеччині така форма страхування життя спочатку з'явилася в Гамбурзі (1806 р.). У 1828-1829 рр. було створено Німецький банк для страхування життя (у м. Готі) та Любекський банк страхування життя [116, с. 11].

Розвиток медичного страхування на території України та його правове регулювання здійснювалося відповідно до соціально-економічних та правових умов, що існували у відповідний період.

Появу страхування в Київській Русі пов'язують з пам'яткою староруського права «Руською Правдою», в якій були прописані своєрідні правила страхування.

Особливе значення мають норми, які стосуються матеріального відшкодування збитку общиною у випадку вбивства. Так, у статті 6 «Руської Правди» – «якщо вбивство скоєно ненавмисно, а у сварці чи на бенкеті в присутності людей, то вбивця сплачує виру (грошовий штраф) з допомогою округи». В статті 8 – «Якщо ж відмовиться від участі у сплаті дикої віри, тому округа не допомагає у сплаті за нього самого і він сам за себе тоді платить» [9, с. 34]. У цих статтях «Руської Правди» можна окреслити багато елементів договору страхування цивільної відповідальності, а також те, що при ненавмисному вбивстві віра є фактично страховою виплатою лише для тих і на користь тих, хто шляхом домовленості вступив у таке неформальне взаємне страхове товариство. Тобто у селянській общині відносини страхування формувались на солідарній основі. Форма укладення договорів була уставною, вони укладались при свідках [94].

Ознаки страхових відносин мали і звичаї українського чумацтва (XIII-XV ст.). Під час далеких подорожей не витримували вантажу воли, ламались вози, хворіли й самі чумаки. В цей період члени чумацького гурту не вдавалися до попередньої сплати регулярних внесків на створення й поповнення резервного фонду, оскільки перевозити гроші було безпечніше, коли вони були розосереджені по багатьох індивідуальних гаманцях. Це не заважало виконанню зобов'язань щодо відшкодування збитків [187, с. 18].

Важливий етап розвитку інституту страхування припадає на XIV-XVI ст. і характеризується утворенням страхових організацій, прийняттям сукупності актів, що містили комплекс норм, які регулювали здійснення морського страхування. Виникнення та інтенсивний розвиток інституту морського страхування було зумовлене підвищенням ризиків, властивих морським перевезенням, та й необхідністю забезпечення таких перевезень для економічного розвитку і торгової співпраці держав.

Першим правовим документом, що закріплював положення морського страхування, був Морський кодекс, прийнятий у 1250 році. У 1435 році були опубліковані «Барселонські капітули», що закріплювали в багатьох статтях загальні і спеціальні норми страхової діяльності – це був Міжнародний кодекс з мореплавства і страхування [146, с. 17].

Саме розвиток морської торгівлі та потреба у транспортному страхуванні посприяли виникненню такої цивільно-правової конструкції як договір страхування. В цей час поступово зароджується інститут перестраховання і виникають страхові посередники. З метою підвищення захисту інтересів страхувальника договір страхування укладався із двома і більше страховиками. Обсяги

відповідальності кожного із страховиків могли бути різними, але чітко закріплювалися в договорі страхування. Таким чином, договір страхування міг бути як двостороннім, так і багатостороннім [217, с. 232].

З розвитком капіталізму класичне страхування із Західної Європи прийшло в Росію. У XVIII столітті відкриваються філії англійських страхових компаній. Вже в 1786 році була встановлена державна монополія на страхову діяльність і почали створюватися державні страхові організації, що було зумовлено потребами довгострокового кредитування.

Характерним для історії страхування загалом в Україні є те, що одним із перших актів, що регулювали так звані на цей час цивільні відносини в Україні та містили положення про договір страхування, було Зібрання малоросійських прав 1807 року, яке складалося з трьох частин, викладених у 42 розділах, серед яких, зокрема, мав місце також і розділ «Про договори, засновані на ризику» [208, с. 375].

У свою чергу, доволі детально у Цивільному кодексі Східної Галіції 1797 року було врегульовано правовідносини за договором страхування, містився окремий розділ 11 «Про алеаторні (ризикові) договори». Відповідно до статті 370 ЦК Східної Галіції якщо хтось бере на себе небезпеку збитків, яких може зазнати інший, і обіцяє йому виплатити обумовлену компенсацію у відповідь на певну оплату, то виникає угода страхування. Страховик відповідає при цьому за випадкові збитки, а страхувальник – за обіцяну оплату. Предметом договору страхування відповідно до статті 371 ЦК Східної Галіції могли виступати товари, які перевозились, а також інші речі, наприклад, будинки і ділянки – на випадок пожежі, затоплення та інших небезпек, життя особи [214].

Важливий етап розвитку страхування припадає на XVII– XIX ст. і пов'язаний з розвитком комерційного страхування. Так, на початку XVII ст. у багатьох європейських країнах утворилися страхові компанії, які вже не обмежувалися рамками морського страхування, завдяки чому перелік видів страхування істотно розширився. З часом вони почали перетворюватися в комерційні професійні страхові структури, керуючись принципами підприємницької діяльності і діючи з метою отримання прибутку [146, с. 19].

Протягом XIX ст. страхова справа розвивалася швидкими темпами, разом із розвитком майнового страхування, поступово розвивається особисте страхування. Послуги щодо особистого страхування вперше стало надавати приватне акціонерне товариство «Життя», яке було створене в 1835 році.

В Україні медичне страхування зародилося ще в середині XIX ст. у вигляді обов'язкового медичного страхування.

Передумовою виникнення цієї форми страхування став період, коли в царській Росії 26 серпня 1866 року 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 ліжко на 100 осіб), що започаткувало формування фабрично-заводської медицини, в тому числі в Україні. Однак це положення виконувалося незадовільно [65, с. 13-14].

У 1861 році було прийнято перший законодавчий акт, який зробив легітимними товариства взаємодопомоги і каси взаємодопомоги при них, у результаті в Україні виникли лікарняні каси, які вже на той час існували в Німеччині та інших країнах Європи.

На теренах України перша страхова компанія була створена в 1863 році в Полтаві у формі товариства взаємного страхування від вогню [185, с. 16].

Наприкінці XIX ст. в Україні спостерігався сплеск розвитку медичного страхування, ініційований працівниками великих підприємств. Робітники за власні кошти створювали товариства взаємодопомоги, які компенсували своїм членам витрати на медичне обслуговування [139, с. 107].

Страхування було найбільш прийнятним для підприємств середнього класу. Для малих підприємств воно було занадто відчутним у фінансовому плані, а для великих – вигідніше було виплатити потерпілому компенсацію за окремий нещасний випадок, ніж платити страхові внески за всіх працюючих. Для середніх підприємств навіть один нещасний випадок із тяжкими наслідками призводив до великих витрат власника виробництва, і тому вигідніше було платити значні страхові суми, ніж збанкрутувати від раптових групових нещасних випадків і захворювань, викликаних недосконалістю тогочасного виробництва і низькою кваліфікацією працюючих [85, с. 23].

Перші такі товариства з'явилися в Одесі, в 1894 р. вони діяли вже на 22 підприємствах. Згодом, окрім Одеси, страхування поширилося на всі промислові центри Херсонської губернії – Миколаїв, Херсон, Єлизаветград [114, с. 369-370]. У 1899 р. за кількістю товариств взаємодопомоги Херсонська область посідала сьоме місце в Російській імперії. Діяльність таких товариств обмежувалася територією відповідного міста. Страхувальникам, що укладали договори страхування на кілька років підряд, надавалися пільги і навіть допускалося безплатне страхування за так званим золотим полісом.

У семи українських губерніях із дев'яти медичною допомогою було охоплено лише 15% робітників усіх підприємств. У таких умовах з метою забезпечення соціальної допомоги, в тому числі й медичної, робітники змушені були самостійно знаходити механізми соціального захисту через створення різноманітних страхових товариств та кас взаємодопомоги.

З 1885 року на території України було дозволено діяльність іноземних страхових товариств, серед яких були американські, англійські, німецькі, французькі компанії зі страхування життя.

У 1906 році в Росії було прийнято Закон «Про проведення страхування життя державними ощадними касами», який дозволяв укладати договори страхування без попереднього лікарського огляду на різні страхові суми, починаючи з 25 рублів і вище, однак виплата страхової суми при настанні страхового випадку відстрочувалась іноді на 5-7 років, що не сприяло розвитку цього виду страхування [88, с. 27].

Страхуванням життя, крім акціонерних товариств і ощадних кас, займалися також товариства взаємного страхування, одне з яких діяло в Києві. Обсяги страхування тут, як і в інших регіонах тодішньої Росії, були дуже малі порівняно з державами Західної Європи.

На західноукраїнських землях, що в той час перебували під впливом Австро-Угорської імперії, з ініціативи польської громадськості в 1861 році було засновано «Краківське товариство взаємного страхування», популярна назва – «Флоріанка», яке охоплювало своєю діяльністю територію Галичини та Буковини, а з 1869 року почало займатися страхуванням життя.

Після прийняття Закону «Про товариства» у 1867 році та Закону «Про кооперативи» 1873 року, українці в

1891 році відкрили власне страхове товариство «Дністер», як кооперативне товариство взаємного страхування. Проте самостійного страхування життя «Дністер» не здійснювало, а виступало агентом «Флоріанки» [89, с. 81-94].

Медичне забезпечення населення Західної України здійснювалось у відповідності з чинним законодавством країн, що панували на той час.

У 1889 р. Королівство Галичина і Володимирія та герцогство Буковина і Закарпаття у складі Австро-Угорської імперії запровадили обов'язкове медичне страхування за моделлю Бісмарка, в результаті чого відбулося збільшення фінансування на медичне обслуговування та медичну допомогу з громадських фондів, якими розпоряджалися каси хворих. Вони створювалися в усіх містах і повітах – районах. Водночас кожна каса повинна була мати кілька дипломованих лікарів, до того ж на кошти цих кас. Почала розширюватись мережа медичних закладів, які надавали стаціонарну медичну допомогу [65, с. 19].

Доречно зазначити, що фонди обов'язкового медичного страхування не завжди функціонували у правовому полі. Такі фонди мали статус громадських самоврядних організацій, які через власні ревізійні контролюючі органи самі карали порушників.

У 1907 році вийшов закон, що об'єднав більшість галузевих підприємств у єдину державну касу, яка підпорядковувалася Державному управлінню з робітничого страхування і діяла через місцеві опорні пункти. Також, було затверджено, що право на отримання безплатної медичної допомоги поширювалося на членів сімей застрахованих. На великих підприємствах організовувалися власні відомчі поліклініки, стаціонари, надавалася спеціалізована лікарська допомога.

На початку ХХ ст. в Україні страхові товариства почали відігравати важливу роль у розвитку міжнародних економічних відносин шляхом передачі своїх ризиків у перестраховання іноземним страховикам і одержання від них ризиків у перестраховання. Діяльність страхових товариств почала інтенсивно виражатися у розвитку страхування життя. Воно розглядалося як важливе досягнення економіки, а тому його розвиток вважався необхідною справою. Так, з метою надання українському населенню послуг у сфері страхування життя в 1911 році в Чернівцях було засновано товариство взаємного страхування життя і пенсій «Карпатія» [82, с. 252]. Згодом головний офіс товариства було перенесено до Львова, де воно успішно працювало аж до об'єднання західних земель з Українською РСР.

У 1912 році в Російській Імперії набрав чинності закон «Про соціальне страхування на випадок хвороби», яким було запроваджено обов'язкове медичне страхування [231]. Цей закон став результатом колективної боротьби робітників і прогресивної громадськості, у тому числі й лікарів. Не зважаючи на всі його недоліки, цей закон уперше в Російській імперії, а отже і на території України, надає поняттю «лікарняні каси» нормативну базу і затверджує статут про їхню діяльність. З того часу лікарняні каси стали організаційними осередками надання медичної допомоги працюючому населенню за страховим принципом.

Згідно з положеннями про страхування, яке функціонувало в Україні, джерелами фінансування системи медичного страхування, що здійснювалося через лікарняні каси, були переважно фонди соціального страхування. Ці кошти склалися з внесків промисловців, самих робітників – членів лікарняних кас [193, с. 313].

Особливостями обов'язкового страхування було: поступовість його запровадження протягом декількох років, територіальна обмеженість поширення (тільки на європейську частину країни), охоплення страхуванням виключно недержавної сфери промисловості.

В Україні функціонували лікарняні каси двох типів: заводські та об'єднані. Заводські каси здійснювали виплату допомоги за встановленими випадками, організовували надання безплатної допомоги робітникам, а також членам їхніх сімей. Згодом статут лікарняних кас було доповнено положеннями, що давало їм право організовувати лікарні, амбулаторії, санаторії, аптеки. Взаємовідносини лікарняних кас із лікарями будувалися у таких формах як залучення лікарів-спеціалістів різних професій на договірних засадах або зарахування лікаря на постійну роботу.

З організацією лікарняних кас медична допомога працюючим людям і членам їхніх сімей дещо покращилася і стала для них доступнішою.

У 1913 році у Києві діяли 5 самостійних страхових товариств та 25 відділень і агентів. Серед них – Київське товариство взаємного страхування від нещасних випадків, Генеральне товариство страхування життя і довічних прибутків, Російське товариство страхування «Життя» та інші. Страхування на випадок смерті здійснювали і державні ощадні каси.

Якщо страхові товариства (а всі вони були приватними) не укладали угод із хворими особами і піддавали ретельному медичному обстеженню всіх потенційних клієнтів, то державні ощадкаси зобов'язані були укладати договори з усіма бажаними без обмежень. Значні пільги, які при цьому надавалися, робили доступними усі послуги для широкого кола осіб [186, с. 11].

Страхова медицина набула більш активного розвитку в Україні після Лютневої революції 1917 р. Через поширення медичного страхування практично в усіх галузях промисловості й охоплення широких верств населення відбулося значне збільшення числа лікарняних кас, виникали великі страхові організації – об'єднані лікарняні каси.

Об'єднані лікарняні каси володіли значно більшими статутними і резервними коштами, організовували надання амбулаторної та стаціонарної допомоги, в тому числі й хворим у домашніх умовах, екстрену медичну допомогу у нічний час, забезпечували постійні чергування медичного персоналу.

Загалом у дореволюційний період в Україні була створена власна система страхової медицини. Однак після Жовтневого перевороту 1917 р. лікарняні каси стали перетворюватися в нові демократичні заклади, де кошти на їх утримання формувалися за рахунок внесків підприємців. Таку роль лікарняних кас засвідчив Декрет Ради Народних Комісарів від 14 листопада 1917 р. «Про безкоштовну передачу лікарняним касам лікувальних закладів, підприємств». Джерелами формування коштів лікарняних кас стали внески учасників медичного страхування в розмірі від 1 до 2%, а при чисельності учасників страхування менше 500 осіб – 3% від заробітної плати та доплати власників підприємств [65, с. 15].

Кошти лікарняних кас, що призначалися для оплати медичної допомоги, формувалися як в обіговий, так і в резервний капітал. Декрет Раднаркому України «Положення про страхування на випадок хвороби» від 2 травня 1919 р. запровадив страхування у вигляді допомоги на всіх осіб, котрі були зайняті в галузях народного господарства. Страхування здійснювали загальноміські й окружні лікарняні каси за рахунок внесків та інших

надходжень. Лікарняні каси надавали безкоштовну медичну допомогу.

Однак керівники охорони здоров'я дійшли висновку про неприпустимість паралельного існування двох видів медицини – страхової і державної. З огляду на це було прийнято Положення «Про соціальне забезпечення працюючих» від 31 жовтня 1918 р., а також постанову Раднаркому «Про передачу всієї лікувальної частини колишніх лікарняних кас Народному комісаріату охорони здоров'я», що послужили основою для одержавлення страхових організацій і ліквідації лікарняних кас [172, с. 81].

Система страхової медицини не дістала підтримки з боку держави і на початок 1921 року в Україні були повністю ліквідовані лікарняні каси.

Початок другого етапу страхової медицини пов'язаний з переходом України в березні 1921 року до нової економічної політики (НЕП), яка створила сприятливі умови для відновлення принципів страхової медицини. Незважаючи на сприятливі умови НЕПу, в Україні на той час вони були використані лише частково і виявилися в організації системи робітничої медицини – для надання медичної допомоги обмеженому контингенту працюючих.

Посприяв цьому Декрет Раднаркому України від 10 грудня 1921 року «Основне положення про соціальне забезпечення робітників та службовців на випадок тимчасової і постійної втрати працездатності та членів їх сімей на випадок хвороби годувальника» [65, с. 16]. Відповідно до Декрету медичні заклади приєднувалися до промислових підприємств, страхуванню підлягали робітники промислових підприємств і сільського господарства. Фонд лікарської допомоги мав цільове призначення і витрачався на медичну допомогу при

невідкладних захворюваннях та нещасних випадках; амбулаторне, загальне і спеціальне лікування, до якого входило також і стоматологічне протезування; пологову допомогу; лікарняне лікування; організацію жіночих консультацій, будинків матері й дитини, закладів охорони здоров'я дітей; спеціальну допомогу в фізіотерапевтичних і ортопедичних інститутах, диспансерах, санаторіях; санаторно-курортне лікування; забезпечення ліками, бандажами, окулярами.

На відміну від інших республік, в Україні робітнича медицина отримала значний розвиток. Її мережа була тісно пов'язана з працюючими через страхові каси, фабричні та заводські комітети, представники яких входили до складу адміністративно-господарських комісій при поліклініках – основній ланці робітничої медицини.

У 1927 році згідно з постановою уряду «Про утвердження принципу державної охорони здоров'я» її було скасовано і розпочато функціонування державної системи охорони здоров'я з централізованою формою управління, характерною ознакою якої стало монопольне володіння наданням медичних послуг.

Процес організації лікарняних кас відбувався повільно. Застраховані не завжди отримували в необхідному обсязі медичну допомогу, терміни лікування і перебування в лікувальних закладах скорочувалися до мінімуму.

Систему робітничої медицини України, яка активно використовувала принципи страхової медицини й елементи ринкових відносин, спіткала, як і саму систему страхової медицини, чергова невдача.

У 1920 році в Польщі, до складу якої увійшли й західні українські етнічні території, був прийнятий Декрет «Про обов'язкове забезпечення на випадок хвороби». Його основу становило обов'язкове медичне страхування за

територіальним принципом організації, якому підлягали особи, зайняті розумовою і фізичною працею. У кожному повіті функціонували свої лікарняні каси, які мали амбулаторні заклади.

Наприкінці 1928 року число застрахованих у лікарняних касах становило майже 8%, тоді як в Англії, Німеччині, Австрії – 33%. Основними джерелами фінансування лікарняних кас були відрахування підприємств і застрахованих. Відповідно до статуту лікарняні каси гарантували застрахованим та їх сім'ям протягом тринадцяти тижнів безплатну медичну допомогу, ліки, допомогу на випадок непрацездатності в сумі 60% від заробітку, а в разі пологів – 100%. Передбачалася також фінансова допомога на випадок смерті застрахованого і члена його сім'ї [65, с. 21].

У часи «великої депресії» постала необхідність реформування системи обов'язкового медичного страхування з мережею кас хворих.

Страхові каси, які існували в Україні, відіграли важливу роль у забезпеченні соціального захисту населення. Ця форма з добровільної перейшла в обов'язкову і дала можливість функціонувати різними системами медичного забезпечення.

Регулювання страхових відносин на законодавчому рівні спостерігалось і в Україні радянського періоду. У Цивільному кодексі УРСР від 16 грудня 1922 року глава XI «Страховання», цілком присвячена договірному страхуванню, в якій давалось визначення даного договору. Поняттям «страховання» охоплювалося два типи страхування: майнове й особове, які у свою чергу поділялися на обов'язкове та добровільне. До особового страхування належали: страхування життя, довічне страхування, страхування на випадок смерті або втрати працездатності, від нещасних випадків та інше [170, с. 27].

Однак у цей період не було базового закону, який би регулював страхові відносини. Страхування мало багато в чому формальний характер. У суспільному житті того часу страхування не виступало як обов'язкова складова організації життя.

Постановою ЦВК та РНК СРСР від 18 вересня 1925 року затверджується положення «Про державне страхування в СРСР», яким було встановлено, що страхування у всіх видах є державною монополією.

На початку 30-х років постало питання про те, чи необхідне взагалі особисте страхування загалом. Постановою РНК СРСР від 6 жовтня 1930 року «Про зміни в державному страхуванні» було припинене подальше укладання договорів змішаного страхування життя. Дозволялось укладати лише короткострокові договори страхування [186, с. 12].

Крім того, водночас набуло поширення колективне страхування. В 1929 році було введено колективне страхування на випадок смерті членів кас взаємодопомоги, здійснюване укладанням договорів окремими касами з відповідними страховими органами. В 1930 році були прийняті «Правила колективного страхування робітників і службовців на випадок смерті та інвалідності». Але через значні збитки і низьку рентабельність в 1936 році колективне страхування було скасовано введенням добровільного індивідуального страхування життя на випадок смерті та дожиття без обмеження страхової суми [88, с. 29].

З прийняттям постанови уряду від 13 грудня 1942 року почався новий етап розвитку особистого страхування. Видані у відповідності з постановою уряду Правила змішаного страхування життя (на випадок смерті, інвалідності та дожиття) передбачали укладання договорів з особами у віці від 16 до 55 років на строк 10, 15, 20 років

або до досягнення ними 50, 55, 60 або 75-річного віку на будь-яку суму, але не менше 500 рублів. Для прийняття на страхування вимагався обов'язковий лікарський огляд.

Одночасно були введені Правила спрощеного змішаного страхування життя (на випадок смерті, інвалідності та дожиття), згідно з якими договори на 15 або 20 років з особами у віці від 16 до 55 років укладались без попереднього лікарського огляду [71, с. 272].

У 1947 році Держстрах вніс деякі зміни до Правил змішаного страхування життя. В цьому ж році почали діяти Правила довічного страхування на випадок смерті та втрати працездатності, а також перевидані з деякими змінами Правила страхування на випадок смерті та втрати працездатності.

У 1956 році вступили в дію нові Правила змішаного страхування життя, які істотним чином змінили умови страхування життя. За цими Правилами договори можна було укладати на 5, 10, 15 і 20 років на різні страхові суми. При цьому на суму до 500 рублів включно страхування оформлювалось без лікарського огляду.

У ЦК Української РСР 1963 року відносини щодо страхування опосередковувалися єдиним договором державного страхування, якому була присвячена глава 31 [216].

При командно-адміністративній системі управління, домінуючій ролі державної власності, страхування не могло зайняти належного йому місця. Діюча державна монополія привела до «одержавлення» усіх сфер і галузей без урахування їх своєрідності. Цей процес повністю вплинув і на страхову діяльність. Водночас страхування в капіталістичних країнах, що здійснювалося приватними акціонерними страховими компаніями, характеризувалося негативно. Пріоритет інтересів Держстраху, породжений монополією, нерідко приводив до недостатньої правової

захищеності страховиків і, як результат, – до істотного занепаду сфери страхування [72, с. 7].

Важливу роль у процесі створення недержавних страхових організацій відіграли Положення про акціонерні товариства та товариства з обмеженою відповідальністю, затверджене постановою Ради Міністрів СРСР від 19 червня 1990 року, та постанова від 16 серпня 1990 року «Про заходи щодо демонополізації народного господарства» [186, с. 13]. Ці нормативні акти дозволили займатися страховою діяльністю і конкурувати між собою державним, акціонерним, взаємним та кооперативним товариствам. Згодом демонополізація відбулась і в системі Держстраху. Вона полягала в наданні страховим організаціям права проводити різні види майнового та особистого страхування.

Проголошення України незалежною державою, роздержавлення власності і перехід до ринкових відносин не могли не торкнутися й сфери страхування, яка б мала стати ефективною складовою економіки та відповідати міжнародним стандартам.

З метою надання громадянам додаткових соціальних гарантій при переході до ринкової економіки, забезпечення страхового захисту економічних інтересів держави, своєчасного відшкодування збитків, заподіяних стихійним лихом, катастрофами та іншими непередбачуваними подіями, Кабінет Міністрів України видає постанову від 16 жовтня 1991 року «Про створення Української державної страхової комерційної організації» (Укрдержстрах). Даною постановою було визначено, що Укрдержстрах здійснює на території України усі види державного обов'язкового страхування майна підприємців, організацій і громадян, добровільного особистого й майнового страхування, а також інші види державного обов'язкового страхування відповідно до чинного законодавства України [156].

З метою упорядкування страхових відносин і захисту інтересів страхувальників у 1993 році був прийнятий Декрет Кабінету Міністрів України «Про страхування», який мав статус закону та став першим базовим законодавчим актом, який забезпечував системне правове регулювання страхової діяльності в Україні [157].

Декретом було визначено основні страхові поняття, а саме: страхування, страховик, страхувальник, страховий ризик, страховий випадок, страхова сума, страхове відшкодування, страховий платіж, страховий тариф, співстрахування та перестраховування, форма, об'єкт та види страхування; встановлено права та обов'язки страховика та страхувальника, перелік документів на ліцензування страхової діяльності тощо.

Проте, Декрет міг розглядатися тільки як проміжний законодавчий акт з огляду на такі аспекти:

1) основний недолік Декрету полягав у тому, що в ньому було здійснено спробу об'єднати суперечні положення: з одного боку, закріплювалися певні «держстрахові» принципи здійснення страхової діяльності, які базувалися на планово-адміністративній економіці, а з іншого – закріплювалися принципи ринкової економіки, а саме: здійснення страхування в умовах ринкової економіки;

2) недосконалість Декрету полягала і у відсутності закріплення достатнього захисту інтересів учасників страхових правовідносин, незначних вимогах до страхових організацій і страхових посередників [146, с. 43].

Так, Декрет з одного боку, створив державний орган по нагляду за страховою діяльністю (Комітет у справах нагляду за страховою діяльністю – Укрстрахнагляд), проте, водночас забороняв цьому Комітетові проводити регулювання і контроль умов та тарифів страховиків у

розмірі дивідендів та відсотків по страхових виплатах. В результаті цього страховики отримали можливість, не порушуючи вимог закону, приймати на себе такий обсяг зобов'язань перед страхувальниками, який вони не могли виконати. Окрім цього, суттєвим недоліком Декрету щодо розвитку особистого страхування була відсутність чіткої регламентації строків дії договорів страхування життя, переліку ризиків, що може прийняти на себе страховик, та головне – відсутність обмежень у характері та обсягу зобов'язань, які може прийняти на себе страховик [157; 10, с. 81].

Положення урядового Декрету були дуже узагальненими і викликали набагато більше запитань, ніж давали відповідей на актуальні питання в роботі українських страховиків, що починали свою діяльність.

Вказані причини зумовили ухвалення нового нормативно-правового акта, який би визначив понятійний апарат і врегулював порядок здійснення страхової діяльності в Україні, максимально захистив інтереси учасників страхових правовідносин.

Так, 07 березня 1996 року був прийнятий Закон України «Про страхування», який на сьогодні (вже у новій редакції) є основним законодавчим актом у сфері страхових відносин [158].

Поява закону викликала неоднозначну реакцію фахівців. Деякі науковці вважали, що цей закон не вніс необхідних змін у процес організації і безпосереднього здійснення страхової справи в Україні, а інші – закон багато в чому став адаптований до стандартів європейського законодавства про страхування і його поява була подією неординарною [134, с. 20].

Т. В. Блащук вважає, що цей Закон «створив умови для стрімкого розвитку відносин особистого страхування України, визначив загальні засади здійснення

добровільного та обов'язкового страхування і став першим нормативно-правовим актом, що найбільш повно регулював виникнення, зміну та припинення правовідносин з особистого страхування. В той же час, він не враховував специфіку проведення страхування життя, в результаті чого такий вид страхування практично не розвивався» [10, с. 82].

Закон України «Про страхування» спрямований на закріплення правового статусу страховиків, визначення прав та обов'язків страхувальників, встановлення особливостей укладення договорів страхування, детального врегулювання окремих видів та форм страхування.

Значний розвиток приватноправового регулювання зобов'язань зі страхування розпочався з прийняття ЦК України 2003 року. Положення глави 67 якого визначають поняття договору страхування, його істотні умови, форму договору страхування, момент набрання ним чинності, права та обов'язки сторін, особливості договірних відносин співстрахування та перестраховування, припинення договору страхування та його недійсність [215].

На сьогодні в Україні відсутня законодавча база, яка б чітко регулювала відносини медичного страхування. При укладанні договорів медичного страхування за основу беруться положення Закону України «Про страхування» та ЦК України.

Спроби закріплення регламентації медичного страхування на законодавчому рівні проявлялися у кількох законопроектах «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування в Україні». Останній проект Закону «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування в Україні» було зареєстровано народним депутатом України О. В. Богомолець 02 серпня 2016 року [152].

У законопроекті запроваджується договірне регулювання системи загальнообов'язкового соціального медичного страхування, у рамках якого укладатиметься договір загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування між страхувальником і страховиком та договір про надання медичних послуг за загальнообов'язковим державним соціальним медичним страхуванням, що укладається між страховиком і закладом охорони здоров'я. Крім цього, у проекті більш чітко мають бути врегульовані принципово важливі для цієї сфери суспільних відносин питання – про порядок взаємодії всіх суб'єктів та учасників системи загальнообов'язкового соціального медичного страхування, а також розміри страхових внесків, порядок сплати та використання страхових коштів, здійснення контролю за діяльністю цієї системи та якістю надання медичної допомоги, відповідальність суб'єктів загальнообов'язкового соціального медичного страхування.

У проекті залишається не вирішеним визначення основного елементу системи медичного страхування, а саме обсягу медичного забезпечення громадян. Положення законопроекту закріплюють, що загальнообов'язкове соціальне медичне страхування «є формою фінансового забезпечення витрат населення України... в межах, визначених договором та Програмою загальнообов'язкового соціального медичного страхування». Однак у подальшому тільки передбачено, що Програма загальнообов'язкового соціального медичного страхування визначає мінімальний перелік медичних послуг, лікарських засобів та виробів медичного призначення, що надаються закладами охорони здоров'я застрахованим особам за рахунок страхових виплат, здійснених страховиками (частина 2 статті 15 проекту) та може містити: перелік медичних послуг, лікарських засобів та

виробів медичного призначення, які компенсуються за рахунок коштів загальнообов'язкового соціального медичного страхування частково (частина 4 цієї ж статті) [152].

Викликає застереження спосіб вирішення у проекті таких важливих питань, як визначення обсягів медичної допомоги та порядку надання медичних послуг у системі загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування, перспективи розвитку існуючої на цей час мережі закладів охорони здоров'я, які згідно із законопроектом «можуть стати суб'єктами системи загальнообов'язкового соціального медичного страхування за умови проходження акредитації в Уповноваженому органі».

З огляду на велику кількість суперечливих положень 29 серпня 2019 року законопроект було відкликано.

Зважаючи на відсутність правового регулювання відносин медичного страхування на законодавчому рівні, вважаємо, що було б доцільним розроблення та прийняття Закону України «Про медичне страхування» та Типового договору про медичне страхування.

Станом на теперішній час медичним страхуванням в Україні охоплений незначний відсоток населення (лише 2%) [171, с. 712]. Українське суспільство не звикло до страхування, багато громадян не знають про його переваги, а іноді й просто не довіряють страховим компаніям. Але, з іншого боку, більшість вже не влаштовує рівень медичного обслуговування у вітчизняних лікарнях, та й заклади охорони здоров'я не мають фінансової можливості безоплатно надавати весь спектр медичних послуг. Вітчизняний ринок добровільного медичного страхування нарощує оберт, але українці все одно ще дуже далекі від культури медичного страхування. Поліси добровільного медичного страхування досі

залишаються інструментом соціальної відповідальності для корпоративних клієнтів або ж сервісом для заможних верств населення.

На вітчизняному страховому ринку нині представлено лише 52 страхові компанії, котрі співпрацюють з закладами охорони здоров'я різних рівнів і форм власності. Водночас лівова частка укладених договорів добровільного медичного страхування репрезентує сегмент корпоративного страхування, яке у пакеті соціальних послуг надається роботодавцями своїм працівникам. Натомість частка добровільного індивідуального медичного страхування не перевищує на ринку 10% укладених страхових договорів. Частка укладених договорів з безперервного страхування здоров'я у загальній кількості з 22,57% у 2013 році зросла до 36,92% у 2018 році [49, с. 18].

Відповідно до рейтингу страхових компаній з добровільного медичного страхування за 2022 рік перше місце посідає страхова компанія УНІКА, яка здійснила найбільше страхових виплат з цього виду страхування [163].

Українські страхові компанії працюють за правилами добровільного медичного страхування (безперервне страхування здоров'я) та добровільного страхування здоров'я на випадок хвороби. На підставі цих видів страхування і формується все розмаїття страхових програм, які пропонуються українським громадянам. Найбільш поширені страхові продукти передбачають у випадку настання страхової події оплату страхової суми або її частини безпосередньо медичній установі. Водночас страховики гарантують вибір медичної установи, контроль якості лікування та оплату лікування, що дає почуття захищеності застрахованій особі.

На сьогодні страхові компанії України пропонують приблизно однаковий набір страхових продуктів і програм.

Найчастіше це поліси добровільного медичного страхування з програмами надання амбулаторно-поліклінічної, стаціонарної, швидкої та/або невідкладної медичної допомоги, реабілітаційної, стоматологічної допомоги. Існують програми, що охоплюють усі види допомоги або їх комбінації, можна також застрахуватися від грипу, можливих медичних ускладнень після операцій. Поліси передбачають відшкодування витрат на лікування, медикаменти, харчування, будь-які види оперативних втручань, перебування в палатах покращеної комфортності. У разі потреби страхові компанії можуть в екстреному порядку доставити в медичний заклад необхідні медикаменти і матеріали, чи зробити передоплату за лікування свого клієнта, щоб медичний заклад самостійно придбав все необхідне [132].

Сталим залишається попит на програми, які передбачають виплату застрахованій особі частини страхової суми, якою особа може скористатися на свій розсуд. Недоліком таких програм є те, що відшкодування вартості лікування проводиться тільки після його закінчення. А кошти потрібні найчастіше під час лікування.

На сьогодні зростає кількість страхових компаній, які займаються медичним страхуванням. При цьому спостерігається значне зниження вартості страхових полісів. Така тенденція радісна для страхувальників, однак викликає занепокоєння страховиків і призводить до зниження якості медичних послуг.

Страховики прагнуть залучити та утримати клієнта різними послугами щодо супроводження медичного поліса. Значна кількість страхових компаній йдуть по шляху створення власних асістанських (диспетчерських)

центрів, які координують та контролюють надання медичних послуг. Багато в чому від роботи асістанського центра буде залежати, чи залишиться клієнт задоволений сервісним обслуговуванням страхової компанії, чи відчує він турботу про своє здоров'я і чи продовжить договір страхування на наступний термін. Від асістанського центра залежить своєчасний виклик бригади швидкої або невідкладної медичної допомоги, організація консультативної допомоги, госпіталізація в профільні стаціонари. Значну роль при цьому відіграє кількість медичних установ, які мають договірні відносини та оперативну взаємодію з асістанським центром. Асістанський центр орієнтується на ринку медичних послуг та пропонує клієнтам перелік кваліфікованих медичних працівників. Страхова компанія та асістанський центр завжди пропонує людині найбільш вигідні умови страхування та лікування, і орієнтуються на розумну цінову політику (в залежності від страхового внеску, що заплатила застрахована особа) [132].

Отже, підсумовуючи вищевикладене, слід зазначити, що відносини медичного страхування, які є ефективним механізмом захисту майнових інтересів членів суспільства від можливих негативних наслідків, знаходять свій прояв на всіх етапах розвитку суспільства, безумовно, із тією специфікою, яка притаманна кожному історичному періоду. Кожен етап розвитку нашої держави знайшов безпосереднє втілення у постулатах страхування, він також вплинув на особливості трактування самого поняття страхування та страхових правовідносин.

Безпосереднє удосконалення нормативної бази у сфері страхування неможливо без урахування світового досвіду передумов виникнення та формування страхування в цілому та страхової діяльності зокрема. Це дає змогу не

повторювати помилки минулих часів та перейняти перевірену часом практику.

1.2. Місце договору медичного страхування в системі цивільно-правових договорів України

Необхідність класифікації цивільно-правових договорів зумовлена різноманітністю відносин, що виникають в цивільному обороті на підставі договору. Цивільно-правові договори, регулюючи відносини у різних сферах діяльності фізичних та юридичних осіб, являють собою єдину систему, елементи якої тісно пов'язані між собою та взаємодіють. У літературі з системного підходу і теорії систем до визначення системи підходять як до відмежованої множинності взаємодіючих елементів. Для системи цивільно-правових договорів як єдиної системи зі складними взаємозв'язками її елементів характерна як внутрішня єдність, так і диференціація договірних відносин, зумовлена особливостями конкретних майнових відносин, опосередкованих договорами [107, с. 55].

Питання систематизації цивільно-правових договорів пов'язані із необхідністю визначення критеріїв для поділу договірних видів на певні класифікаційні групи. Для того, щоб правильно кваліфікувати відносини за договором та обрати законодавче регулювання необхідно обрати правильний критерій поділу.

Правильно побудована система цивільно-правових договорів та їх класифікація сприяє кращому з'ясуванню їхньої природи та змісту, виявленню спільних ознак та особливостей, що в свою чергу слугує подальшому вдосконаленню та систематизації законодавства.

Питання систематизації цивільно-правових договорів активно вивчалось як в працях цивілістів ХХ ст., так і в сьогоднішніх умовах. Дослідженню цієї проблематики значну увагу приділяли Г. М. Амфітеатров, М. В. Гордон, О. С. Іоффе, О. О. Красавчиков та ін. В сучасній цивілістиці дана тематика теж неодноразово висвітлювалась і українськими, і зарубіжними науковцями, серед яких О. А. Беляневич, С. М. Бєрвєно, М. І. Брагінський, В. А. Васильєва, Л. К. Веретельник, В. В. Вітрянський, М. Д. Єгоров, В. В. Луць, В. Г. Олюха, Ю. В. Романець, М. М. Сібільов, А. А. Телєстакова, Н. В. Федорченко, Р. Б. Шишка та інші.

У своїй монографії А. Б. Гриняк обґрунтовує важливість системного підходу у дослідженні певної групи договорів. По-перше, оскільки система договорів є складовою частиною більш широких систем зобов'язального права, вона характеризується властивими їй родовими ознаками. Наявність родових ознак дає змогу застосовувати до договірних відносин ті норми загальної частини ЦК України, на які не впливає договірна специфіка. По-друге, система договорів має ознаки, з одного боку, що вирізняють її з-поміж інших підсистем цивільного права, а з іншого – властиві будь-яким договірним відносинам. Ці ознаки слугують основою для формулювання уніфікованих норм, які застосовуються до всіх цивільних договорів. По-третє, система договорів складається з великої кількості елементів (типів, видів, різновидів договорів), кожен з яких, маючи загальні ознаки цивільного договору, характеризується специфікою, що зумовлює необхідність особливого правового регулювання [59, с. 73-74]. Неможливо не погодитись із вище вказаним, варто наголосити, що вивчення системи договорів є основою для вдосконалення чинного та розробки нового законодавства в цій галузі, саме система договорів повинна

сприяти розвитку наукових теорій та вирішенню практичних завдань.

На сьогодні у теорії цивільного права відсутня єдина система договірних зобов'язань, яка була б загально визнаною та не викликала дискусійних обговорень серед науковців.

Розрізняють однорівневу та багаторівневу систему договірних зобов'язань. Однорівнева система договорів побудована на дихотомічних засадах. Дихотомічний спосіб класифікації договорів передбачає можливість їх поділу за всіма тими підставами, за якими проводиться поділ на види правочинів в цілому і ґрунтується на виділенні певного дихотомічного критерію поділу (тобто поділ на два протилежні за значенням елементи, наприклад, оплатні – безоплатні, абстрактні – каузальні, умовні – безумовні, неоспорювані – оспорювані, розпорядчі – зобов'язальні, алеаторні – комунікативні, комерційні – фідучіарні, строкові – безстрокові, планові – непланові, цивільні – господарські, підприємницькі – споживчі договори тощо) [67, с. 322-323].

На думку О. І. Харитонової, саме класифікація з використанням принципу дихотомії – поділу на два парних поняття, є найбільш зручною [207, с. 67-70]. Такий розподіл зобов'язань підтримує у своїх працях Н. Ю. Голубева, обґрунтовуючи його важливість також тим, що за його допомогою розрізняється законодавча регламентація цих зобов'язань [50, с. 13]. Прихильником однорівневої системи договорів також є і В. В. Луць. На думку науковця, систематизацію (групування) цивільно-правових договорів здійснюють, зокрема, за ознаками наявності чи відсутності в договорі зустрічного задоволення (договори оплатні та безоплатні), за розподілом прав та обов'язків між сторонами (односторонні та двосторонні), за моментом у часі, коли

договір вважається укладеним (реальні і консенсуальні) тощо [107, с. 545]. Здійснивши аналіз норм ЦК України, зокрема, ч. 2, 3, 5 ст. 626 та ч. 1, 2 ст. 640, можна зробити висновок, що принцип дихотомії закріплений і законодавцем.

М. І. Брагінський зазначає, що найбільш значущою для класифікації цивільно-правових договорів є саме дихотомія, яка спирається на розмежування обов'язків між сторонами; наявність зустрічного задоволення вимоги; момент виникнення договору [19, с. 384]. На думку Р. В. Колосова, застосування такого логічного прийому, як дихотомія при поділі цивільно-правових договорів, є найперспективнішим способом класифікації договорів. Цей метод не лише дозволяє віднести однорідні договори до однієї групи, а й розмежувати їх відповідно до інших ознак [93, с. 26].

При характеристиці окремих договірних конструкцій дихотомічний поділ цивільно-правових договорів є доволі зручним та практичним, однак за його допомогою складно виокреслити систему договірних зобов'язань, яка б визначала місце договору, адже одна і та сама договірна конструкція одночасно може належати до різних класифікаційних груп.

Як зазначає В. Г. Олюха, групування за принципом дихотомії проводиться з використанням однієї істотної для характеристики договорів ознаки, що надає змогу повно дослідити її прояв в різних за правовою природою типах двосторонніх правочинів. Як наслідок, всередині утвореної групи елементи, які ввійшли до неї, не мають структурних зв'язків між собою, як не мають його між собою дихотомічні пари [131, с. 89]. Як висновок, можна зазначити, що для формування системи цивільно-правових договорів недостатньо лише одного дихотомічного поділу.

Багаторівнева система договірних зобов'язань передбачає їх розміщення на кількох рівнях таким чином, щоб кожен із договорів належав лише до однієї класифікаційної групи. Це дає можливість виявити особливості договірних зобов'язань та визначити їх правову регламентацію [104, с. 99].

В науці цивільного права існують різні підходи до класифікації цивільно-правових договорів, зокрема за такими критеріями, як: правовий результат [51]; спрямованість [95]; матеріальний об'єкт правовідносин і результат [21]; зміст встановлених законом прав та обов'язків сторін [115]; майнові потреби [4] тощо.

У доктрині цивільного права поширеною є класифікація цивільно-правових договорів за приналежністю їх до певної групи, типу, виду та підвиду [67, с. 325-326]. Групи зобов'язань мають найвищий ступінь спільності, вони зумовлюють найбільш істотні відмінності у їх правовому регулюванні. Такий поділ відбувається від загального до особливого, при цьому кожна із зазначених класифікаційних груп є складовим елементом у системі договорів, які співвідносяться між собою як ціле та частина і відображають ієрархічність побудови вказаної системи.

З огляду на вище сказане, можливо виділити такі групи договорів:

- 1) договори, які опосередковують економічні відносини з передачі майна (або речові договори);
- 2) договори, які опосередковують зобов'язання, які виникають щодо нематеріальних цінностей;
- 3) договори, які опосередковують зобов'язання з послуг [66, с. 132-133].

Як зазначає С. М. Бервено, функціональне призначення таких груп договорів, «полягає у забезпеченні системної взаємодії та встановленні чітких критеріїв

співвідношення між різними такими утвореннями» [7, с. 220].

Відмінності між групами зумовлені насамперед відмінностями між об'єктами економічних відносин, а саме речах, нематеріальних цінностях та послугах.

Групи договірних зобов'язань поділяються на типи. В юридичній літературі поняття «тип» визначається як узагальнене соціальна явище, якому притаманні певні властивості, що впливають на внутрішні типологічні елементи [228, с. 1007]. Поняття «типологія» визначають як засіб наукової класифікації об'єктів за допомогою абстрактних теоретичних моделей (типів), у яких закріплюються найважливіші структурні або функціональні особливості досліджуваних об'єктів [59, с. 74].

О. С. Іоффе договірний тип виділяв за двома критеріями, а саме, або за специфікою матеріального відношення, що ним опосередковується, або за колом юридичних умов, об'єктивно необхідних для утворення зазначеного договірного зобов'язання. Для того, щоб відповідні зобов'язання утворили самостійний тип договору достатньо було будь-якої з двох названих вище передумов [80, с. 416-417].

Керуючись комбінованим класифікаційним критерієм, науковець розподілив зобов'язання, передбачені діючим на той час законодавством, на такі групи:

1) зобов'язання з відплатної реалізації майна (купівля-продаж);

2) зобов'язання з відплатної передачі майна у користування (майновий найм, найм житлового приміщення);

3) зобов'язання з безвідплатної передачі майна у власність або користування (дарування, позичка);

4) зобов'язання з виробництва робіт (підряд, підряд на капітальне будівництво);

5) зобов'язання з надання послуг (доручення, комісія, зберігання, експедиція);

6) зобов'язання з перевезення (залізничне, морське, річкове, повітряне, автомобільне перевезення, буксирування морське та річкове);

7) зобов'язання з кредиту та розрахунків (позика, банківське кредитування, розрахунковий та поточний рахунки, розрахункові правовідносини, чек, вексель);

8) зобов'язання зі страхування (майнове страхування, особисте страхування);

9) зобов'язання зі спільної діяльності (спільна діяльність громадян, спільна діяльність соціалістичних організацій);

10) зобов'язання, що виникають з односторонніх правомірних дій (публічне обіцяння винагороди, ведення чужих справ без доручення);

11) охоронні зобов'язання (зобов'язання, що виникають внаслідок заподіяння шкоди, рятування соціалістичного майна, безпідставного придбання або збереження майна) [81, с. 23-25, 37-38]. Таким чином, науковець виділяє самостійну класифікаційну групу зобов'язань з страхування, яка не входить до групи зобов'язань з надання послуг, а виокремлена поряд з ними.

В. Г. Олюха зазначає, що типи договорів повинні відображати самостійну специфіку як у матеріальному відношенні, так і у прояві предмета договору [131, с. 92].

Як зазначає В. А. Васильєва, виділення окремих груп договорів є необхідним для правильності вибору суб'єктами того або іншого виду договору, залежно від потреб та інтересів, для правильного розташування та систематизації нормативного матеріалу [29, с. 102-103]. А. Б. Гриняк зазначає, що сам термін «групи» є дещо

тотожним щодо типів, які також є відносно самостійними групами [59, с. 76].

Будь-яка однорідна група договорів повинна мати спільну родову ознаку, що не виключає можливості їх подальшого внутрішньовидового поділу за іншими критеріями, але у межах загально родової ознаки їх поділу, який має охоплювати всі більш дрібні класифікації. Коли договори подібні між собою за покладеними в їх основу матеріальними відносинами та істотними умовами, то вони повинні співвідноситися між собою як різновиди одного і того самого договірної типу.

В цьому значенні в юридичній літературі доречно наголошується на важливість послідовної реалізації завдання систематизації договорів, яка полягає в тому, що кожній групі, яка об'єднує різні їх типи, повинен відповідати свій термін, ширший за своїм змістом, ніж терміни, які використані у внутрішньогруповій систематизації [67, с. 325]. Тому необхідно виходити із розуміння категорії «тип» як найширшого за своїм змістом поняття, яке повинно застосовуватися для позначення найбільш повної за обсягом групи договорів, які мають ідентичну направленість, будь-які інші форми класифікації (підтипи, види тощо) виступають лише його складовими частинами. Таким чином, систематизація договорів відбувається від загального до особливого.

Підсумовуючи вищесказане, можна зазначити, що піраміда системи договорів у загальному вигляді може бути представлена у такому вигляді: тип, вид, підвид.

Поняття «тип» договору охоплює групу цивільно-правових договорів, які направлені на досягнення певного юридично значимого результату, при чому цей результат певною мірою вже обумовлений нормативно (зазвичай, йдеться про договори, які спрямовані на передачу речей, виконання робіт, надання послуг).

Найближчою за обсягом формою класифікації договорів є вид договору. Щодо видів, які охоплені певним типом договору, вказані характеристики носять загальний характер, і у кожному окремому з них проявляють свою індивідуалізацію, необхідну для утворення виду, тобто таку, без якої його існування як виду неможливе [131, с. 92]. В ЦК України видам договорів присвячені, як правило, окремі глави.

Третю форму класифікації становлять групи договорів, які формують підвид. Підвидом договорів є договори, які відрізняються особливостями, що не мають істотного значення для визначення правової природи цивільно-правового договору в цілому. В ЦК України підвидам договорів присвячені переважно окремі параграфи в главах [4, с. 327].

У типах, видах та підвидах договорів проявляються й інші істотні ознаки, що їх характеризують. Наведена вище трьохрівнева структура класифікації цивільно-правових договорів дає можливість достатньо вичерпано провести юридичну характеристику відповідного цивільно-правового договору.

На думку Ю. В. Романця, основним системним фактором, який покладений в основу класифікації договорів є направленість зобов'язання на досягнення певного результату [169, с. 49]. Усі інші групи договорів групуються із залученням додаткових кваліфікуючих ознак, що дозволяє виділити підвиди договорів.

Обравши за критерій поділу групову спрямованість цивільно-правових зобов'язань, видатний науковець О. О. Красавчиков пропонує виділяти такі чотири групи договірних зобов'язань:

1) зобов'язання, спрямовані на передачу майна (купівля-продаж, міна, дарування, поставка, оренда житлових та нежитлових приміщень та обладнання,

договір державної закупівлі сільськогосподарської продукції та інші);

2) зобов'язання, спрямовані на виконання робіт (договори підряду, замовлення індивідуального промислового обладнання, підряду на капітальне будівництво, договори контракції та інші);

3) зобов'язання, спрямовані на надання послуг (договори доручення, комісії, зберігання, культурного та побутового обслуговування громадян, договори перевезення пасажирів і багажу, договори вантажного перевезення, експедиції, посередницької діяльності тощо);

4) зобов'язання, спрямовані на передачу грошей (кредит, розрахунки) [95, с. 42-43].

Критерій спрямованості результату при поділі договорів на групи використали також М. І. Брагінський та В. В. Вітрянський. На думку вчених, всі договори об'єднуються у певні групи і на кожному наступному рівні відображають особливості попередніх. На першому рівні договори поділяються залежно від спрямованості результату, на досягнення якого вони укладаються, і утворюють чотири групи:

1) договори, спрямовані на передачу майна;

2) на виконання робіт;

3) на надання послуг;

4) на заснування різноманітних утворень [20, с. 220].

На думку дослідників, договори страхування відносяться до групи договорів про надання послуг.

М. Д. Єгоров на рівні груп в основу поділу зобов'язань зазначав критерій переміщення матеріальних благ, що опосередковуються договірними зобов'язаннями і виділив такі групи зобов'язань:

– зобов'язання з реалізації майна;

– зобов'язання з надання майна у користування;

– зобов'язання з виконання робіт;

- зобов'язання з перевезень;
- зобов'язання з надання послуг;
- зобов'язання з розрахунків і кредитування;
- зобов'язання зі страхування;
- зобов'язання із сумісної діяльності;
- змішані зобов'язання [54, с. 271].

Таким чином, зобов'язання зі страхування науковець виділяє як самостійну групу поряд із зобов'язаннями з надання послуг. Варто зазначити, що у такій класифікації договірних зобов'язань автора існує певна непослідовність, оскільки зобов'язання, що виникають з перевезень, розрахунків і кредитування та страхування, теж пов'язані з наданням послуг.

Найбільш вдалим критерієм для створення системи договорів, на думку Ю. В. Романця, є спрямованість зобов'язання, під якою науковець розуміє не саму основну дію зобов'язаної особи, а економічний та юридичний результати, на досягнення яких спрямована ця дія. На підставі цього критерію автор виділяє сім груп цивільно-правових договорів, спрямованих на:

- 1) передачу майна у власність;
- 2) передачу об'єктів цивільних прав у тимчасове користування;
- 3) виконання робіт (надання послуг);
- 4) надання відстрочки повернення такої самої кількості майна того самого роду і якості або на відстрочку оплати;
- 5) заміну особи у зобов'язанні;
- 6) досягнення мети, єдиної для всіх учасників (група спільно цільових договорів);
- 7) страхування [169, с. 168]. Договори страхування науковець відносить до окремої сьомої групи договорів.

В. В. Луць за основу класифікації визначив правовий наслідок (мету) цивільно-правових договорів, автор виділив такі їх групи:

1) договори про передачу майна у власність, повне господарське відання або оперативне управління;

2) договори про передачу майна у тимчасове користування;

3) договори про виконання робіт;

4) договори про надання послуг;

5) договори про передачу результатів інтелектуальної діяльності;

6) договори про спільну діяльність [107, с. 39-40].

Таким чином, науковець визначає, що місце договору страхування в групі договорів про надання послуг. Така позиція відповідає структурі кодифікованого акту цивільного законодавства України та видається абсолютно обґрунтованою.

Досить близькою до зазначеної вище є система цивільно-правових договорів, розроблена вченою у сфері договірних зобов'язань з надання послуг Н.В. Федорченко. За критерієм спрямованості договору авторка виділяє такі групи зобов'язань:

1) зобов'язання з передачі майна;

2) зобов'язання з виконання робіт: підрядні та підрядоподібні договори;

3) зобов'язання з надання послуг;

4) зобов'язання з реалізації результатів інтелектуальної діяльності;

5) зобов'язання, спрямовані на заснування різних утворень [198, с. 88-91]. Авторка також відносить страхування до групи договорів про надання послуг.

На думку В. Г. Олюха, побудова структурної системи договорів можлива і доцільна з використанням лише одного правового чинника – прав та обов'язків,

обумовлених предметом договору, який на кожному етапі поділу відповідно деталізується. Автор пропонує дещо ширшу систему цивільно-правових договорів, а саме:

- 1) договори про передачу майна у власність;
- 2) договори про передачу майна в тимчасове користування;
- 3) договори про виконання робіт;
- 4) договори про надання послуг;
- 5) договори про розпорядження виключними правами;
- 6) договори про кредитування та здійснення розрахунків;
- 7) договори про порядок здійснення спільної діяльності;
- 8) договори про визначення порядку користування спільною власністю;
- 9) договори про визначення порядку виховання дитини [131, с. 5].

До класифікаційної групи договорів про надання послуг науковець відносить страхування.

У юридичній літературі висвітлюється й інша система цивільно-правових договорів, побудована з урахуванням структури ЦК України. Так, на думку Р. А. Майданика, ЦК України класифікує договори за їх юридичною направленістю (юридичним змістом) і розміщує їх у такій послідовності:

- 1) договори, направлені на передачу майна у власність або інше речове право (гл. 54 – 57);
- 2) договори, направлені на передачу майна в користування (гл. 58 – 60);
- 3) договори, направлені на встановлення зобов'язань з виконання робіт (гл. 61 – 62);
- 4) договори, направлені на встановлення зобов'язань із надання фактичних послуг (гл. 67, 71 – 71);

5) договори, направлені на встановлення зобов'язань з вчинення юридичних і фактичних послуг (гл. 68 – 70);

6) договори, направлені на реалізацію виключних прав (гл. 75 – 76);

7) договори, направлені на встановлення зобов'язань з надання фінансових послуг (гл. 67, 71 – 74);

8) договори, направлені на досягнення спільної мети – простого товариства (гл. 77);

9) договір стосовно розпорядження майном на випадок смерті – спадковий договір (гл. 90) [67, с. 323].

Як бачимо, договори страхування – гл. 67 ЦК України, автор відносить до групи договорів, які направлені на встановлення зобов'язань з надання фінансових послуг.

С. М. Бервено, взявши за критерій направленість правової мети, яка може мати характер майнового або немайнового інтересу, формує наступну систему цивільно-правових договорів із чотирнадцяти груп:

1) договори, направлені на передачу майна у власність;

2) договори, направлені на передачу майна в користування;

3) договори, направлені на виконання робіт (надання послуг);

4) договори, направлені на надання відстрочки (розстрочки);

5) договори, направлені на заміну осіб у зобов'язаннях;

6) договори, направлені на досягнення спільної мети;

7) ризикові (алеаторні) договори (у тому числі рентного, страхового та ігрового ризику);

8) фідуціарні договори;

9) договори немайнового змісту (організаційні договори тощо);

10) підготовчі договори (попередні договори, протоколи намірів тощо);

11) додаткові договори (зокрема, з приводу заснованих на угоді сторін способів забезпечення зобов'язань);

12) «сімейні» договори;

13) непомінені договори (договори особливого роду, *sui generis*);

14) змішані (нетипові), комплексні, інтегровані договори [67, с. 365].

Запропонована автором система цивільно-правових договорів викликає певні суперечності в тій частині, що договори про надання послуг, в тому числі договори страхування, об'єднані в одну групу з договорами про виконання робіт. Однак такі договірні конструкції мають різну мету – отримати уречевлений результат роботи (підряд) та отримати послугу, яка споживається в процесі її надання. Також, автором виділена група ризикових (алеаторних) договорів (у тому числі страхового ризику), що дає беззаперечні підстави для віднесення договорів страхування до цієї групи, як наслідок, договори страхування фактично можуть бути віднесені до двох груп одночасно.

Систему цивільно-правових договорів можна досліджувати під різним кутом зору, залежно від мети її створення та класифікаційних критеріїв. Однак, як слушно зауважує Ю. В. Романець, дослідження того чи іншого об'єкта як системи передбачає, по-перше, наявність множинності елементів, що розглядаються в якості одиниць аналізу; по-друге, взаємопов'язаність цих елементів з обов'язковою присутністю системоутворюючих зв'язків, що забезпечують цілісність системи; по-третє, ієрархічність будови, що виражається в

розумінні цієї системи як елемента системи більш високого рівня [169, с. 6].

З огляду на вищезазначене, слушно зазначити точку зору О. О. Красавчикова, що «...система договорів надає істотну допомогу у формуванні правильного судження щодо суті самого закону, в усвідомленні того порядку, до встановлення якого прагнув законодавець» [95, с. 42].

Підсумовуючи, можна зробити висновок, що система цивільно-правових договорів повинна слугувати основою для вдосконалення чинного та розробки нового цивільного законодавства, сприяти розвиткові наукових теорій та вирішенню практичних завдань.

Різноманітність наукових поглядів щодо даної проблематики в юридичній літературі дає підстави для висновку, що для визначення місця договору страхування загалом та договору медичного страхування зокрема в системі договірних зобов'язань необхідно правильно визначити її ієрархічну структуру.

Раніше нами було зазначено, що піраміда системи цивільно-правових договорів у загальному вигляді може бути представлена у такому вигляді: тип, вид, підвид. Таким чином, систематизація договорів відбувається від загального до особливого.

Поділ на однорідні групи має здійснюватися за певним критерієм, який створює зв'язок між різними видами договорів та унеможлиблює розміщення одного і того самого договору в різних класифікаційних групах. Таким критерієм є спрямованість зобов'язання, яке породжується договором. При цьому в юридичній літературі він формулюється по-різному. С. М. Бервено та Р. А. Майданік влучно зауважують, що зазначений вище критерій ще називають «принципом результату» («направленість результату») або метою договору [67, с. 323]. Першим рівнем поділу в системі договірних

зобов'язань є їх поділ на такі класифікаційні групи як «тип договору». Дане поняття застосовується для позначення найбільш повної за обсягом групи договорів, яка виокремлюється від інших за однаковою спрямованістю або направленістю результату цивільно-правового договору. Беручи до уваги норми книги V ЦК України про договірні зобов'язання, типами цивільно-правових договорів є договори про передачу майна у власність, договори про передачу майна у користування, договори про виконання робіт, договори про надання послуг, договори про передачу результатів інтелектуальної діяльності та інші.

Група договорів про надання послуг відіграє важливу роль у договірній системі. За допомогою цієї групи договорів опосередковуються відносини між замовником та виконавцем, які пов'язані між собою правами та обов'язками, що визначають забезпечену законом міру можливої та необхідної поведінки у сфері здійснення певної діяльності або окремої дії на користь замовника [203, с. 151].

Серед інших договірних конструкцій зазначений тип договорів виокремлює їх класифікуюча ознака, а саме «надання послуг». У ЦК України договори про надання послуг представлені певними видами, яким властива видозміна. Одним із таких видів договору про надання послуг, поряд із договорами перевезення, зберігання та ін., є договір страхування, який опосередковує відносини з надання послуг та має свої особливості. Ознака спрямованості, тобто мети договору, є основою для формування нормативно-правової бази та об'єднання зазначених договорів в одну групу, та відмінною від регулювання відносин, що мають іншу спрямованість (виконання робіт, передання майна у власність тощо).

На сьогоднішній день однією з найперспективніших галузей економіки є сфера послуг, яка динамічно розвивається. Фізичні та юридичні особи застосовують на практиці різноманітні договори з надання послуг, до прикладу аудиторські, банківські, страхові, медичні, зберігання, перевезення, інформаційні та ін., деякі з них можуть бути об'єднані в один. Незалежно від правової природи вищезгаданих договорів, вони всі спрямовані на здійснення боржником відповідних дій за дорученням кредитора. Так, згідно ст. 901 ЦК України 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 діяльності, а замовник зобов'язується оплатити виконавцеві зазначену послугу, якщо інше не встановлено договором [215].

Питання правового регулювання послуг було і залишається предметом дослідження багатьох вітчизняних та зарубіжних науковців, а саме: Є. Д. Шешеніна [225], М. І. Брагінського [23], А. Ю. Кабалкіна [86], В. В. Вітрянського [23], М. В. Кротова [97], О. С. Іоффе [81], В. В. Луця [107], В. А. Васильової [29], Л. В. Саннікової [175], Д. І. Степанова [184], С. О. Ємельянчика [73], Н. В. Федорченко [198; 199; 200; 202], В. В. Резникової [164; 165] та інших.

Законодавцем не надано чіткого визначення послуги, що, безумовно, негативно впливає на розвиток цивільно-правових відносин. ЦК України у статті 177 визначає послуги як самостійний об'єкт цивільних прав, хоча, на відміну від інших об'єктів, до прикладу, цінних паперів, не містить їх законодавчого визначення. Немає нормативного визначення послуг і в главі 63 ЦК України «Послуги. Загальні положення». Проаналізувавши зміст поняття «послуги», що вживається у ряді як законодавчих, так і

підзаконних нормативно-правових актів, можна зробити висновок, що їх визначення суттєво різняться між собою, але незмінним є розуміння послуги як дії, що приносить користь.

Поняття «послуга» межує на стику двох наук – економіки та права і розглядається як економічна та юридична категорія. Причому, послуга в економічному розумінні є більш широкою категорією у порівнянні з її юридичним розумінням. Послуга як економічна категорія має два значення: по-перше, послуги – це вид економічної діяльності, по-друге, послуги – це економічне благо. Під послугами одні економісти розуміють саму діяльність, спрямовану на задоволення потреб, інші – результат, який задовольняє індивідуальну потребу, а треті – діалектичну єдність діяльності та результату, який досягається в ході цієї діяльності [175, с. 10].

Економічна сутність послуги як блага полягає у здійсненні діяльності, яка спрямована на задоволення потреб. Послуга є продукт, що має фізичну форму праці. Форму товару вона набуває тільки як результат праці [29, с. 81]. Основними характерними рисами, які відокремлюють послуги від товарів в економічній літературі вважаються: невідчутність, невіддільність від джерела, мінливість якості та незбереження [196, с. 26]. Послуга може задовольняти потреби як однієї особи, так і групи осіб, бути спрямованою на зміну об'єктів природи і речей, на саму людину, а також на зміну суспільних відносин [97, с. 12].

На думку Д. І. Степанова, в доктрині цивільного права необхідно проводити чітке розмежування юридичного поняття послуга і економічного [184, с. 215]. Варто погодитися з думкою О. М. Щуковської, яка зазначає, що «в економічному розумінні послуга – це товар, який підлягає реалізації шляхом обміну на вартість,

але, разом з тим, володіє особливими властивостями, і тому послуги розглядаються як самостійні об'єкти торгівлі. Послуга в правовому розумінні виступає самостійним об'єктом цивільних зобов'язальних правовідносин, відмінних від відносин, які виникають щодо передачі майна і виконання робіт» [230, с. 6].

Проаналізувавши визначення сутності послуги як правової категорії, можна дійти до висновку, що наукові дефініції поняття «послуга» дещо різняться між собою. Н. В. Федорченко вважає, що у правовому розумінні під послугою необхідно розуміти діяльність, яка здійснюється для виконання цивільного обов'язку і не пов'язана зі створенням майнового блага [200, с. 241]. За визначенням С. О. Ємельяничика 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 [73, с. 108]. Н. В. Дроздова характеризує послугу як дію, виражену в конкретному корисному результаті, що створено працею особи (юридичної або фізичної), нематеріальним (неречовим) за формою, який невідокремлений від діяльності його виконавця і становить об'єктивно досяжні зміни у зовнішньому світі або стані суб'єкта (духовному, фізіологічному чи психологічному) [70, с. 14]. В. В. Резнікова, систематизуючи існуючі концепції розуміння сутності послуг, зводить їх до дев'яти. Науковець вважає, що найбільшого поширення в юридичній літературі отримало визначення сутності послуги як діяльності, що не має уречевленого результату (О. С. Юффе, Є. Д. Шешенін та ін.) [165, с. 61].

Д. І. Степанов зазначає, що послуга є специфічною дією, і тому, щоб визначити сутність послуги, необхідно

вказати ознаки цієї дії, відмежувати її від дій іншого роду. Автор зауважує, що послуга є складним явищем: у послугі є певна ціль, яка переслідується при її наданні, а також певний ефект, який отримується від послуги [184, с. 177].

В. А. Васильєва наголошує, що «як правова категорія, послуга – це вид суспільного блага, за допомогою якого задовольняються потреби шляхом вчинення суб'єктом дій (здійснення діяльності), у корисних властивостях яких і полягає суб'єктивний інтерес особи» [29, с. 95].

Прихильником концепції визначення сутності послуг через категорію «благо» є і В. В. Рєзнікова. Авторка зауважує, що послуги як благо визначаються в кінцевому рахунку або через діяльність, або через результат діяльності, в тому числі такий, що не має уречевленої форми [165, с. 66].

У доктрині цивільного права висловлюються різні погляди з приводу визначення поняття «послуга». Одні науковці вважають, що це певна дія (діяльність), а інші – що це результат, отриманий внаслідок вчинення певної дії, треті – розглядають послугу як форму здійснення певної роботи, четверті – і як певну діяльність і результат, отриманий від неї [48, с. 50].

Якщо проаналізувати зміст статті 901 ЦК України, де законодавцем закріплено визначення договору про надання послуг, то можна зробити висновок, що послуга – це певне благо, яке споживається в процесі вчинення певної дії або здійснення певної діяльності. Отже, можна зазначити, що ознаками послуги є її неуречевлений характер (певне благо, яке спрямоване на задоволення потреб одержувача послуги); вона споживається у процесі її надання; споживанню послуги завжди повинна передувати певна дія або діяльність її виконавця.

На думку О. В. Дзери, деякі види послуг у результаті їх надання можуть вносити певні зміни в матеріальну сферу, але визначальним при їх наданні є сама діяльність послугонадавача. Відповідно послуга не може існувати окремо від виконавця, оскільки споживається в процесі діяльності виконавця [210]. Також, послуга повинна завжди надаватися з певною метою, не є послугою дії, які не спрямовані на досягнення корисної мети, так само як і вираження наміру досягнення такої мети без вчинення відповідних дій [63].

Визначення «договору про надання послуг», закріплене в ЦК України, свідчить, що поняття послуги розкривається законодавцем через словосполучення «вчинення певної дії» або «здійснення певної діяльності». В літературі зазначається, що під «здійсненням визначеної дії» розуміють фізичне переміщення об'єктів матеріального світу шляхом здійснення механічних рухів, а під «здійсненням визначеної діяльності» – форму впливу на навколишній світ, що містить в собі ціль, засіб, результат і сам процес. Із правової точки зору, для визначення поняття послуги найбільш адекватним є вживання словосполучення «здійснення певної діяльності» [209, с. 342-343]. Поняття «роботи» також визначається через категорію «діяльність». Для правильного розуміння сутності «послуг», доцільно відмежувати їх від «робіт». В літературі зазначається, що «роботи» – це діяльність, результати якої мають матеріальний вираз і можуть бути реалізовані для задоволення потреб юридичних і фізичних осіб. У той час «послуги» – це діяльність, результати якої не мають, як правило, матеріального виразу, вони реалізуються і споживаються в процесі здійснення цієї діяльності [127, с. 826].

Отже, коли йдеться про діяльність у формі «робіт», то замовника цікавить кінцевий результат такої діяльності,

що набуває певної матеріалізованої форми, тобто такий об'єкт цивільних прав як «результати робіт». Коли ж йдеться про послуги як об'єкт цивільних прав, то до уваги береться не сам результат, який споживається при здійсненні діяльності, а дії, які до нього призвели. Тобто, всім послугам властива одна спільна ознака – результату передують здійснення дій, які не мають матеріального змісту [127, с. 827]. Тобто матеріалізований об'єкт, який створюється в результаті надання послуги, не набуває форми товару і не стає оборотоздатним. До прикладу, при наданні стоматологічних послуг виготовлений зубний протез виступає як матеріалізований об'єкт, але його виготовлення є персоніфіковане і призначене індивідуально саме тій особі, яка отримує відповідні стоматологічні послуги.

В. В. Луць зазначав, що результат діяльності щодо надання послуг полягає в самому наданні послуг (тобто діяльності). При наданні послуг продається не сам результат, а дія, яка до нього привела [78, с. 95].

Аналіз різноманітних наукових поглядів на категорію поняття «послуги», які представлені в юридичній літературі, їх нормативно-правове регулювання, приводить нас до висновку, що послуга як об'єкт цивільних прав – це благо, що знаходить свій вияв в діях (діяльності) особи, яка їх (її) здійснює. Результат послуги проявляється в корисному ефекті дій послугонадавача. Він залежить як від поведінки послугонадавача (його умінь, навиків, відповідального ставлення до виконання своїх обов'язків), так і від замовника послуги.

Н. В. Федорченко наводить певні ознаки, які є характерними для договорів з надання послуг, а саме:

1) діяльність послугодавця не виражається у речовому результаті, але має корисний ефект для замовника послуги;

2) послугодавець не гарантує досягнення передбачуваного результату;

3) контроль з боку замовника за процесом надання йому послуги виконавцем чинним законодавством не передбачений, хоча він можливий за наявності згоди сторін, яка виражена в конкретних умовах договору;

4) споживання послуги відбувається в процесі її надання [198, с. 140].

Слушною є позиція А. М. Демчука, який стверджує, що зобов'язання з надання послуг характеризуються такими ознаками (з урахуванням загальноприйнятого в українській цивілістиці правового поняття послуги): 1) при наданні послуги її результат є невід'ємним від процесу надання послуги; 2) процес споживання послуги збігається в часі із процесом його виробництва; 3) послуга не має уречевленого результату і не може існувати поза суб'єктом, який її надає [64, с. 41].

У якості предмета договору про надання послуг виступає корисний ефект від вчинення дії або діяльності виконавцем, який ніколи не набуває форми нової речі чи зміни (покращення споживчих якостей) уже існуючої [224, с. 176].

Основною розмежувальною ознакою зобов'язань про надання послуг та зобов'язань з виконання робіт є результат діяльності, що здійснюється послугодавачем. Якщо в зобов'язаннях підрядного типу результат виконаних робіт завжди має уречевлену форму, то в зобов'язаннях про надання послуг результат діяльності виконавця не має уречевленого змісту. Сама послуга споживається в процесі її надання, тобто носить нематеріальний характер і не може існувати окремо від виконавця. Однак, на практиці відносини, які виникають у зв'язку з наданням послуг, настільки різноманітні, що такі рекомендації щодо розуміння предмета договорів про

надання послуг не завжди можуть дати позитивні результати [58, с. 19].

Підводячи підсумок можна зазначити, що загальною ознакою, яка об'єднує усі договірні зобов'язання з надання послуг, є особливості їх об'єкта, а саме: це послуги нематеріального характеру та послуги, які нероздільно пов'язані з особою послугонадавача.

На сьогодні відносини із надання послуг опосередковуються наступними договірними конструкціями:

- такі, що передбачені ЦК України або іншими нормативно-правовими актами (договори перевезення, комісії, доручення, зберігання, позики, кредиту, агентський договір, договір морського буксирування, договір про надання правової допомоги, договір про туристське обслуговування, договір страхування тощо);

- такі, що не передбачені чинним законодавством, проте поширені в договірній практиці учасників цивільних правовідносин (договори про надання готельних, медичних, фінансових, театральних-видовищних, телекомунікаційних, освітніх послуг тощо).

А. Є. Шерстобитов пропонує наступну класифікацію договірних зобов'язань з надання послуг:

- зобов'язання з надання послуг фактичного характеру (договір зберігання, договір перевезення);

- зобов'язання з надання юридичних послуг (договір доручення, договір комісії);

- зобов'язання з надання фактичних та юридичних послуг (договір довірчого управління майном, договір транспортної експедиції, агентський договір);

- зобов'язання з надання послуг грошово-кредитного характеру, до яких належать позика і кредит, банківський рахунок, банківський вклад, безготівкові розрахунки, страхування [223, с. 54].

У свою чергу О. Г. Шаблова до договорів з надання послуг пропонує віднести договори перевезення, транспортної експедиції, банківського вкладу, банківського рахунку, зберігання, посередницькі договори, довірчого управління майном [220, с. 54]. Однак, у наведеному авторкою переліку немає договорів страхування в системі договорів із надання послуг, що свідчить про недосконалість цієї класифікації.

Загалом питання про визначення місця договору страхування у системі цивільно-правових договорів є досить дискусійним. Проаналізувавши різноманітні класифікації цивільно-правових договорів, можна переконатися у неоднозначності позицій вчених щодо розгляду договору страхування як договору про надання послуг.

У своєму дослідженні Н. В. Федорченко до окремих типів цивільно-правових договорів, що входять до групи договорів про надання послуг, поряд із договором про надання послуг, договором перевезення, транспортного експедирування, зберігання, доручення, комісії, довірчого управління майном, відносить і договір страхування. Авторка вказує на те, що кожен із договорів про надання послуг має відокремлену типологічну спрямованість, що характеризується стійкістю типологічних ознак, тобто норми, що регулюють такий договірний тип, утворюють окремий цивільно-правовий інститут [198, с. 111]. Однак, на нашу думку, як уже вище зазначалося, поняття «тип» договірних зобов'язань із надання послуг застосовується для позначення найбільш повної за обсягом однорідної групи договорів, які мають ідентичну спрямованість на надання певного виду послуг. Водночас заначений тип договорів представлено видами, яким властива власна видозміна. Систематизація договорів повинна відбуватися від загального до особливого. Відповідно одним із таких

видів у групі договорів з надання послуг є договір страхування, який і опосередковує відносини з надання послуг, та має свої особливості.

Структура ЦК України дає нам підстави для віднесення договорів страхування до групи договорів про надання послуг, оскільки глави, які регулюють послуги перевезення, зберігання, страхування тощо, закріплені за гл. 63 «Послуги. Загальні положення». Положення гл. 63 ЦК України можуть застосовуватися до всіх цивільно-правових договорів про надання послуг, якщо це не суперечить суті зобов'язання, а також договорів, які взагалі не передбачені законодавством, але своїм предметом мають надання послуги, що полягає у вчиненні певної дії або здійсненні певної діяльності [198, с. 236]. Деякі науковці стверджують, що договорами про надання послуг не можуть називатися будь-які цивільно-правові договори, яким у книзі п'ятій відведено окремі глави чи параграфи, оскільки гл. 63 включено до ЦК України поряд із іншими главами, зокрема й гл. 67, присвячену страхуванню, а не як загальну [126, с. 363-364].

Таким чином, системний підхід в дослідженні договірних зобов'язань зі страхування відіграє важливу роль, оскільки система цивільно-правових договорів страхування є складовою частиною більш широкої системи договорів про надання послуг, якій притаманні властиві їй родові ознаки. Наявність родових ознак дає змогу застосовувати до договірних страхових відносин норми загальних положень ЦК України про послуги. Система договорів страхування має як і особливі ознаки, так і ознаки, які притаманні будь-яким договорам про надання послуг. Ці ознаки слугують основою для формулювання уніфікованих норм, які застосовуються до всіх договорів про надання послуг.

Також, проаналізувавши погляди вчених щодо різноманітних класифікацій системи цивільно-правових договорів, система договорів страхування включає в себе елемент нижчого рівня – підвид договорів, кожен з яких, маючи загальні ознаки договору страхування, характеризується специфікою, що обумовлює необхідність їх особливої правової регламентації.

Динаміка та ускладнення економічного обороту зумовлюють виникнення нових відносин, які вимагають договірної регулювання, але відповідні договірні конструкції ЦК України та іншими актами цивільного законодавства не врегульовані. Конкуренція на ринку страхування призводить до створення нових страхових послуг, внаслідок чого на практиці здійснюється розробка нових договорів страхування. З огляду на це, важливим завданням постає вміння відмежовувати на практиці одні договірні конструкції від інших та застосовувати до них належне нормативно-правове регулювання.

Для забезпечення функціонування таких відносин у межах правового поля законодавець у ч. 1 ст. 6 ЦК України закріпив принцип свободи договору, який надає можливість учасникам страхових відносин укладати такі види цивільно-правових договорів, які не передбачені актами цивільного законодавства, але відповідають загальним засадам цивільного законодавства. До договорів, які не вкладаються в рамки визначеного не тільки виду, а й типу, необхідно застосовувати норми подібного типу договорів, а за його відсутності – загальні норми, що регулюють договори, тобто норми, що становлять загальні положення зобов'язального права [22, с. 403].

Це зумовило поділ договорів на поіменовані (такі, що безпосередньо закріплені в цивільному законодавстві) і непоіменовані (тобто ті, що в цивільному законодавстві не

передбачені, але не суперечать його основним засадам) [128, с. 22]. Термін «непоіменовані договори» безпосередньо у ЦК України не вживається, а застосовується для позначення назви досліджуваної групи договорів в науковій літературі.

Наукові підходи щодо розуміння договору як непоіменованого, побудовані переважно в межах концепції принципу свободи договору і зводяться зазвичай до відсутності закріплення та/або правового регулювання тої чи іншої договірної конструкції в актах цивільного законодавства [137, с. 81].

На думку Р. А. Лідовця, під договором не передбаченим законом необхідно розуміти договір такого типу, який повністю не врегульований спеціальними нормами цивільного законодавства і, відповідно, не виділяється нам як такий [103, с. 102]. Л. В. Мигалюк у своєму дисертаційному дослідженні зазначає, що укладення непоіменованого договору – це спосіб формалізації нових взаємовідносин сторін та виникаючого між ними зв'язку, що полягає у взаємному погодженні інтересів щодо вчинення дій у формі вільного волевиявлення шляхом вчинення на власний розсуд сторін змісту договору, спрямованого на досягнення необхідного результату [118, с. 4]. З. У. Козлієва наголошує, що «непоіменованість» важливо розуміти в контексті відсутності регулювання в ЦК України, в спеціальних актах цивільного законодавства, а також в інших нормативно-правових актах, які поширюють свою дію (хоча б частково) на приватно-правові відносини [92, с. 318].

Проаналізувавши зміст ч.1 ст. 6 ЦК України можна зробити висновок, що суть непоіменованого договору зведена законодавцем до словосполучення «не передбачений актами цивільного законодавства», тобто відсутність тої чи іншої договірної конструкції в актах

цивільного законодавства дає підстави кваліфікувати останній як «непоіменований». Також, в законодавстві може бути визначено найменування договору, але істотні умови договору, права та обов'язки сторін не закріплені і, відповідно, формування самого змісту договору відбувається шляхом волевиявлення сторін. Така ситуація з договірним регулюванням спостерігається якраз у випадку договорів медичного страхування, оскільки законодавець в ЗУ «Про страхування» передбачає можливість укладення такого цивільно-правового договору, однак актами цивільного законодавства не закріплено правової регламентації відносин, які виникають з такої договірної конструкції, передбачено тільки загальні положення регулювання відносин, які виникають з договорів страхування.

Слушно зазначити позицію Р. А. Лідовця, який наголошує, що договір вважається таким, що передбачений законом, якщо Цивільний кодекс або інший нормативний акт виділяє його в окремий тип (вид) і надає йому відповідну правову регламентацію [101, с. 53]. Ю. Алексашина зауважує, що зміст кваліфікації договору поіменованим полягає у тому, щоб застосувати до нього правові норми, які містять відповідне правове регулювання. Якщо такі положення відсутні, то договір не можна називати поіменованим, закон повинен містити положення щодо форми, істотних умов, прав та обов'язків сторін і ін. Відповідно непоіменованим слід визначати договір, щодо якого закон не містить правового регулювання, навіть якщо він і згадувався в нормативно-правовому акті [1, с. 69].

Враховуючи вищесказане, можна зробити висновок, що закріплення в цивільному законодавстві найменування того і чи іншого цивільно-правового договору або окреслення сфери його дії не може свідчити про його

правове регулювання. Договір можна кваліфікувати як непоіменований, якщо актами цивільного законодавства не визначено його поняття, істотні умови, права та обов'язки сторін та характеризується тими ознаками, які дають можливість відмежувати його від інших цивільно-правових договорів, які закріплені законодавством.

Більшість цивільно-правових договорів у сфері страхових відносин належить до поіменованих договорів, які мають законодавче закріплення у ЦК України та інших нормативно-правових актах. При укладенні поіменованого договору страхування, сторони мають дійти згоди за його істотними умовами, а решта умов визначається у законодавчому акті, що регулює конкретний вид страхування. Разом з тим, у сфері договірних зобов'язань, що опосередковують надання страхових послуг, все частіше застосовуються договірні конструкції, які не знайшли свого законодавчого закріплення у ЦК України чи інших нормативно-правових актах – непоіменовані договори страхування (договір медичного страхування, договір страхування життя, договір страхування медичних витрат тощо).

Звичайно, законодавець у ЦК України не може розробити вичерпний перелік усіх видів цивільно-правових договорів або закріпити їхню повну правову регламентацію. Правове визнання непоіменованих договорів пояснюється тим, що передбачені законом типи договорів не мають значення вичерпного переліку. Закон врегульовує договори, які трапляються найчастіше, але сторони можуть укладати і не передбачені законом договори з умовою, що їх зміст не суперечитиме загальним принципам вітчизняного права [119, с. 127].

Таким чином, у непоіменованих договорах сторони на власний розсуд формують зміст страхового

зобов'язання керуючись принципом свободи договору. До цивільно-правових договорів, які не підпадають до визначеного не тільки типу, але й виду, необхідно застосовувати норми подібного виду договорів, а за його відсутності – норми, що становлять загальні положення зобов'язального права.

На думку Ю. В. Романця, уніфіковані норми, обумовлені типовою системною ознакою, підлягають застосуванню до нового зобов'язання, яке, в свою чергу, маючи ознаки передбаченого ЦК України типу договору, є «непоіменованим видом даного поіменованого типу». Тобто, за наявності відповідних умов, непоіменованим можна вважати договір будь-якого рівня класифікації, незважаючи на те, що його попередник, договір більш високого рівня, є законодавчо закріпленим [169, с. 91-93].

Отже, підсумовуючи вищесказане, варто зазначити, що договірні зобов'язання зі страхування в групі договорів про надання послуг поєднують як загальні ознаки, властиві будь-якому цивільно-правовому договору про надання послуг, так і особливі, характерні лише їм. Піраміда системи договорів у загальному вигляді може бути представлена у такому вигляді: тип, вид, підвид. У межах договірної типу із надання послуг відповідно до характеру послуг і сфери їх застосування є вид договору, а саме договори страхування, які проявляють свою індивідуалізацію, необхідну для утворення виду, тобто таку, без якої його існування як виду неможливе. Третю форму класифікації становить група договорів, яка формує підвид. Саме у третю форму класифікації можна віднести договір медичного страхування. У типах, видах та підвидах договорів проявляються істотні ознаки, що їх характеризують. Іншими словами, трьохрівнева структура класифікації цивільно-правових договорів може бути представлена наступним чином: тип договору – договори з

надання послуг, вид договору – договори страхування, підвид договору – договір медичного страхування. У будь-якому випадку 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. Зазначена систематизація цивільно-правових договорів, на нашу думку, є виправданою і надасть можливість достатньо вичерпано провести юридичну характеристику відповідного цивільно-правового договору із надання страхових послуг.

РОЗДІЛ 2. ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДОГОВОРУ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

2.1. Поняття, істотні умови та порядок укладення договору медичного страхування.

При дослідженні будь-якої договірної конструкції важливим питанням є з'ясування її поняття та правових характеристик. Визначення правової природи договору медичного страхування може бути зроблено лише через найповнішу його характеристику, яка включає статику цього явища (ознаки договору медичного страхування, відмінність від інших юридичних конструкцій, місце в системі договорів), та його динаміку (порядок укладення, зміни та припинення).

Основним юридичним фактом, на підставі якого виникає зобов'язання з медичного страхування, є цивільно-правовий договір. За своєю структурою цивільно-правовий договір становить систему правових зв'язків між його учасниками, їх дії в межах визначеного періоду часу, спрямовані на досягнення певного результату.

На думку М. І. Брагінського, основне призначення договору зводиться до регулювання в рамках закону поведінки людей шляхом вказівки на межі їх можливої та належної поведінки [22, с. 15].

У доктрині цивільного права договір розглядається у трьох аспектах. По перше, під договором розуміється юридичний факт – підстава виникнення цивільного правовідношення. Договору як юридичному факту властиві такі ознаки: 1) у договорі виявляється воля не

однієї особи (сторони), а двох чи кількох, причому волевиявлення учасників за своїм змістом мають збігатися й відповідати одне одному; 2) договір – це така спільна дія осіб, яка спрямована на досягнення певних цивільно-правових наслідків: на встановлення, зміну або припинення цивільних прав та обов'язків [79, с. 157]. По-друге, договір розуміється як власне правовідношення. Роль договору не обмежується тільки тим, що він впливає на динаміку цивільних правовідносин (породжує, змінює або припиняє їх), а й відповідно до вимог законодавства, звичаїв ділового обороту, вимог розумності, добросовісності та справедливості визначає зміст конкретних прав та обов'язків учасників договірної зобов'язання. У цьому розумінні договір є засобом регулювання поведінки сторін у цивільних правовідносинах [107, с. 24]. По-третє, у договорі вбачають документ, в якому закріплено факт встановлення зобов'язальних правовідносин [133, с. 284].

Договір – універсальна та найбільш доцільна правова форма опосередкування товарно-грошових та інших майнових відносин, роль якої у сучасних умовах ринкової економіки особливо зростає. Адже договором створюється певна модель поведінки між суб'єктами, закріплюється порядок і форма подальших взаємовідносин учасників [61, с. 129].

Договір є універсальним юридичним засобом (елементом) механізму правового регулювання в договірних відносинах не тільки як юридичний факт, а й як засіб саморегуляції та одна з форм вираження права [180, с. 109].

Під договором розуміють і юридичний факт, що лежить в основі зобов'язання, і саме договірне зобов'язання, і документ, в якому закріплений факт встановлення зобов'язального правовідношення [55, с. 26].

Така багатозначність терміну «договір» є його природньою характеристикою, так як фактично відображає стадії його укладення і виконання, що виражаються спочатку у виготовленні договору документа, потім – в укладенні договору-правочину та врешті-решт – у виконанні договору-правовідношення. У більшості випадків договір сприймається як договір правовідношення і співвідноситься з правами та обов'язками сторін, що виникають як з тексту договору, так і з норм законодавства. Договір як правочин найчастіше оцінюється відносно правил його укладення, зміни та розірвання, в контексті можливості породження ним відповідних прав та обов'язків сторін договору правовідношення [28, с. 60].

Як слушно зазначає В. А. Васильєва, договір відрізняється від інших юридичних фактів тим, що він не тільки дає підстави для застосування тієї чи іншої норми права у даному конкретному випадку і для виникнення, зміни або припинення конкретного правовідношення, але й безпосередньо регулює поведінку сторін, визначаючи права й обов'язки учасників правовідношення, яке вони породжують. Таким чином, договір виступає своєрідною програмою дій, координуючи діяльність сторін [29, с. 102].

Трактування договору виключно як юридичної підстави не дозволяє розуміти зміст правовідношення, яке виникає із непередбаченого законом договору. При цьому створюється ситуація, коли безпосередньо права та обов'язки неможливо передбачити в нормах права, і тоді виникає необхідність у закріпленні їх у договорі. Направленість договору на динаміку суспільних відносин не означає того, що призначення договору вичерпується роллю підстави виникнення, зміни чи припинення цивільних прав та обов'язків. Саме тому, на думку В. В. Васильєвої, договір слід розглядати як

правовідношення, яке виникає в результаті укладення договору (правочину), оскільки саме в правовідношенні існують і реалізуються суб'єктивні права та обов'язки сторін договору [31, с. 58-59].

Визначаючи договір як правовий документ, який фіксує факт виникнення договірної зобов'язання, ми нашоувхуємося на висновок, що зміст договору не охоплює всіх умов, оскільки багато з них, в першу чергу, визначаються імперативними або диспозитивними нормами або звичаями ділового обороту. Більше того, слушною видається позиція В. А. Васильєвої з приводу того, що розуміння договору як форми правовідношення не може сприйматися в науковому аналізі достатньо серйозно, оскільки уява про договір як документ є пересіченою [29, с. 101-102]. Розуміння договору як, власне, цивільних правовідносин (зобов'язання) не дозволяє нам дослідити його істотні умови, оскільки змістом договору як зобов'язання є права та обов'язки сторін договору, обумовлені умовами договору. Визначення договору через категорію правовідношення призводить до змішування таких понять, як «зобов'язання» і «договір» [29, с. 101-102]. Найбільш цілісний аналіз істотних умов договору, на нашу думку, слід здійснювати через розуміння договору як юридичного факту. Як юридичний факт договір, як зазначається в літературі, належить до правомірних дій, що вчиняються з волі його учасників і спрямовуються на виникнення, зміну чи припинення цивільних прав та обов'язків [106, с. 20]. Договір є індивідуальним правовим актом, у якому абстрактна модель стосунків осіб, окреслена в загальних положеннях у законі, наповнюється конкретним змістом, набирає своєї «плоті і крові» [108, с. 25]. Не можна також не погодитися з тим, що «в сучасних умовах важливо розглядати договір у сфері приватного права як

універсальний юридичний засіб (елемент) механізму внутрішнього регулювання суспільних відносин (саморегулювання)» [179, с. 60].

ЦК України, який є основним базовим регулятором договірних відносин, побудований таким чином, що законодавець, надавши своє власне бачення дефініції поняття договір, закріплює дефініції різних договірних інститутів та субінститутів у відповідних розділах та параграфах договірного права. Це стосується поіменованих договорів. Натомість, наразі є чимало непоіменованих договорів (поняття непоіменованих договорів досліджувалося у підрозділі 1.2), які не мають легальної дефініції, що надає науковцям можливість працювати у цьому напрямку.

Юридична характеристика договору медичного страхування полягає у визначенні цього договору з погляду класифікаційних ознак системи цивільно-правових договорів. Дихотомічний спосіб класифікації передбачає можливість поділу договорів за тими ж підставами, що і поділ на види правочинів в цілому і ґрунтується на виділенні певного дихотомічного (тобто, поділ на два протилежні за значенням елементи) критерію поділу (зокрема, оплатні-безоплатні, абстрактні-казуальні, умовні-безумовні, неоспорювані-оспорювані, розпорядчі-зобов'язальні, алеаторні-комутативні, комерційні-фідуціарні, строкові-безстрокові, планові-непланові, загальноцивільні-господарські, підприємницькі-споживчі тощо) [67, с. 322].

Найпоширенішими є такі три підстави класифікації договорів: розподіл прав та обов'язків між сторонами; наявність зустрічного задоволення; момент укладення договору. Використання зазначених підстав дозволяє виділити три пари договорів: односторонні та двосторонні; оплатні та безоплатні; реальні та консенсуальні.

В. А. Ойгензіхт у своїй праці стверджував, що класифікувати нетипові договори надзвичайно складно. Це зумовлено не лише великою кількістю різновидів, а й тим, що часто в них поєднуються різні ознаки, які в сукупності роблять їх лише частково схожими один з одним, що призводить до певної громіздкості класифікації [130, с. 117].

Поняття «договір страхування» міститься у ст. 16 ЗУ «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.

З розвитком ринку страхових послуг, зростанням конкуренції між страховими компаніями, вивченням потреб населення у різних видах страхування постає проблема правового регулювання та законодавчого закріплення нових договірних конструкцій у сфері страхування.

У юридичній літературі закріплене у законодавстві загальне визначення поняття договору страхування сприймається неоднозначно. Так, на думку Т. В. Блащук, такий підхід законодавця не можна визнати вдалим, оскільки при цьому не враховуються особливості окремих видів страхування, від яких залежать умови договору [11, с. 5]. Слід зауважити, що ще в юридичній літературі радянського періоду піднімалися проблеми, пов'язані з визначенням єдиного поняття договору страхування. Зокрема, В. К. Райхер вважав, що в основі всіх видів

страхування лежить мета, що полягає у задоволенні майнових потреб, які виникають внаслідок передбачених страхуванням подій. На думку автора, вона характерна як для майнового, так і особистого страхування [161, с. 215].

С. А. Пилипенко до основних ознак, які притаманні договору страхування, відносить: двосторонній характер договору; оплатність договору; реальність договору; ризиковий характер договору для сторін; строковий характер відповідальності страховика [140, с. 9-10]. Однак, як зауважує А. В. Луць, виплата страхових сум є виконанням страховиком свого обов'язку за договором, а не формою цивільно-правової відповідальності перед страхувальником. Тому, невірно тлумачити страхову відповідальність як обов'язок страховика виплатити страхове відшкодування [105, с. 11].

У ст. 6 ЗУ «Про страхування» передбачено такий вид добровільного страхування, як медичне страхування (безперервне страхування здоров'я). Отже, правовідносини з медичного страхування виникають на підставі укладеного договору медичного страхування.

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, прийнятті 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.

При медичному страхуванні не передбачається ризик смерті або дожиття до певного віку чи до закінчення терміну дії договору. Тому воно відноситься до ризикових видів страхування.

Наголосимо, що сьогодні ні в юридичній літературі, ні в законодавстві не визначено поняття договору медичного страхування. Водночас, деякі нормативно-правові акти містять визначення договору страхування, який є родовим щодо цього договору. З огляду на це, проаналізуємо даний договір через призму загальноновизнаних класифікацій, що сприятиме ґрунтовнішому з'ясуванню його правової природи, виявленню властивих йому рис та особливостей, що дасть нам можливість сформулювати поняття договору медичного страхування.

За критерієм розподілу прав та обов'язків між сторонами виокремлюють односторонні, двосторонні та багатосторонні договори. В законодавстві України поділ договорів на односторонні та двосторонні знайшов своє відображення в ст. 626 ЦК України. Згідно з частиною 2 зазначеної статті договір є одностороннім, якщо одна сторона бере на себе обов'язок перед другою стороною вчинити певні дії або утриматися від них, а друга сторона наділяється лише правом вимоги, без виникнення зустрічного обов'язку щодо першої сторони. Частиною 3 ст. 626 ЦК України визначено, що договір є двостороннім, якщо правами та обов'язками наділені обидві сторони договору. Тобто, за загальним правилом одностороннім вважається договір, в якому одна сторона має лише суб'єктивні права, а інша – лише суб'єктивні обов'язки. У двосторонніх договорах праву вимоги однієї сторони кореспондує відповідний обов'язок другої сторони і навпаки.

Виходячи з вище наведеного, договір медичного страхування є двостороннім договором, оскільки сторони мають взаємні, визначені договором, права та обов'язки. 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.

Наступний критерій класифікації договору медичного страхування – це відплатність чи безвідплатність. За загальним правилом, договір про надання послуг може бути як оплатним, так і безоплатним. Як зазначає В. В. Луць, зазвичай, відплатним вважається договір, за яким виконання певних дій однією стороною обумовлює сплату певної суми грошей або надання іншого зустрічного задоволення з боку другої сторони договору [107, с. 56]. Вказівка на відплатність чи безвідплатність того чи іншого цивільно-правового договору може міститися як у самому договорі, так і в нормі закону [213, с. 537]. С. Я. Вавженчук з цього приводу зазначає, що відплатним вважається договір, за яким здійснення дій майнового характеру однієї сторони зумовлює здійснення зустрічного майнового задоволення іншою стороною. У той же час, безвідплатним є договір, за яким здійснення дій майнового характеру притаманне лише одній стороні, без здійснення зустрічного майнового задоволення з боку іншої сторони [25, с. 13].

Оплатність договору медичного страхування безпосередньо впливає зі змісту статей 9 та 10 ЗУ «Про страхування», яка полягає у здійсненні плати за послугу, яка передбачена договором. Страхувальник сплачує страховий платіж (страховий внесок, страхову премію) страховику, а

страховик в разі настання страхового випадку здійснює страхову виплату.

Непевність виникнення обов'язку страховика щодо здійснення страхової виплати надає можливість віднести договір медичного страхування до ризикових (алеаторних) договорів.

Специфіка алеаторних договорів полягає в тому, що залежно від настання чи ненастання встановленої обставини той або інший контрагент фактично отримає зустрічне задоволення меншого обсягу, ніж ним самим надано [20, с. 318]. За визначенням О. С. Іоффе, алеаторними називаються договори, які, будучи оплатними, конструюються так, що обсяг зустрічного задоволення, який причитається від однієї сторони, залишається невідомим, поки не настане обставина, що може її остаточно визначити [81, с. 295].

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 [112, с. 33]. Так, страховик не знає, чи буде він здійснювати страхову виплату за договором медичного страхування чи ні, не знає також ні суми, ні часу платежу. Обов'язок страховика здійснити страхову виплату реалізується не відразу і не в усіх випадках укладення договорів медичного страхування, а лише при настанні страхових випадків. Ризик несе і страхувальник, який, сплачуючи страховий платіж, невпевнений, чи отримає він або застрахована особа страхову виплату. К. Победоносцев вважав, що до ризикових договорів

належать договори, які характеризуються тим, що в них за метою і намірами сторони кінцевий результат договору, матеріальна цінність його поставлені в залежність від події зовсім невідомої або випадкової чи тільки ймовірної, тому при його укладенні невідомо, яка сторона в кінцевому підсумку отримує вигоду [43, с. 49].

Алеаторність цивільно-правових договорів передбачає включення до складу їх умов юридичного ризику як специфічного способу визначення розміру зустрічного надання [194, с. 66]. Тобто алеаторність договору медичного страхування полягає у заснованій на випадку можливості нееквівалентності первинного і 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 [119, с. 109-110].

Договір медичного страхування відрізняється від договору, укладеного під відкладальну обставину, в якому права та обов'язки сторін виникають при настанні певної обставини (ч. 1 ст. 212 ЦК України), хоча правочин і вчинений. У договорі медичного страхування права та обов'язки виникають при безпосередньому вчиненні правочину, але предмет певного обов'язку, тобто дія, яка вимагається до вчинення зобов'язаною особою, залежить від настання певної обставини (події). При настанні страхового випадку у страховика не виникає нового обов'язку, адже при укладенні договору страхування у нього вже виникає обов'язок здійснити страхову виплату. При настанні страхового випадку страховик лише виконує той обов'язок, який первісно був закладений у зміст договору при його укладенні [52, с. 172].

За ступенем юридичної завершеності договори поділяють на остаточні і попередні [205, с. 428]. За попереднім договором сторони зобов'язуються у певний строк укласти в майбутньому договір на умовах, передбачених цим договором. Договір медичного страхування є остаточним, тому що завжди безпосередньо породжує права та обов'язки сторін щодо надання конкретних послуг.

Відповідно до ст. 985 ЦК України договір медичного страхування може бути укладений на користь третьої особи, визначеної страхувальником, для одержання страхової виплати у разі настання страхового випадку. Необхідно зазначити, що ЦК України та ЗУ «Про страхування» передбачаючи можливість страхувальникові укладати договори страхування загалом та договори медичного страхування зокрема на користь третіх осіб, не встановлює жодних правових обмежень щодо третіх осіб, які можуть бути призначені страхувальниками для отримання страхових виплат. Зокрема, В. І. Серебровський у свій час вказував на те, що радянське право нічим не пов'язує страхувальника у виборі особи, якій при настанні страхового випадку повинна бути виплачена страхова сума. Призначаючи вигодонабувача, як писав автор, страхувальник може керуватися будь-якими міркуваннями – бажанням надати матеріальну допомогу дружині, дітям, віддячити другові тощо [177, с. 33].

Як зазначає О. Я. Кузьмич, 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 договірної правовідносини [98, с. 5]. Страхувальник, який укладає договір на користь третьої особи, діє в її інтересах [234, с. 95].

Автор слушно наголошує, що незважаючи на те, що ст. 3 ЗУ «Про страхування» не встановлює вимог щодо третіх осіб, які можуть бути призначені страхувальниками для отримання страхових виплат за договорами особистого страхування, тим не менше треті особи, про які йдеться, як і самі страхувальники, повинні мати страховий інтерес – усвідомлену майнову потребу, яка виникає у зв'язку із настанням обумовленого в договорі страхового випадку і спрямована на отримання страхових виплат [99, с. 170]. З огляду на це, можна зазначити, що треті особи, на користь яких укладається договір медичного страхування, повинні мати страховий інтерес.

При визначенні консенсуальності чи реальності договору, що відображає момент набрання ним чинності, на практиці всебічно оцінюються ознаки та умови договору, передбачені як законом, так і самими сторонами. Ст. 16 ЗУ «Про страхування», в якій дається визначення поняття договору страхування, побудована таким чином, що не містить безпосередньо ознак щодо його консенсуальності чи реальності. Проте відповідно до ст. 18 ЗУ «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 договірного обов'язку (передати річ, сплатити грошову суму) [67, с. 17]. Отже, як правило, правостановлюючим фактом, з настанням якого виникають цивільні правовідносини за договором

медичного страхування, є внесення страхувальником першого страхового платежу.

Диспозитивність ст. 18 ЗУ «Про страхування» надає можливість пов'язувати набрання чинності договором медичного страхування і з будь-яким іншим моментом після укладення правочину за всіма істотними умовами, а не лише з моментом сплати страхового платежу, наприклад, з наданням страхувальником необхідних документів тощо.

Однак набрання чинності договором не може відбутися після настання страхового випадку [119, с. 113]. Тому норму ст. 18 ЗУ «Про страхування» слід розуміти так, що договір медичного страхування поширюється на страхові випадки, які настали після набрання ним чинності, якщо договором не передбачено більш пізній момент, починаючи з якого випадки вважатимуться страховими, тобто, надати зворотної сили договору медичного страхування не можна.

Станом на сьогодні на практиці поширюється «продаж страхових полісів», у яких усі умови страхового договору передбачені в односторонньому порядку страховиком, так звані стандартні форми договору (страхового полісу) з окремих видів страхування. Придбавши такий поліс, страхувальник погоджується із запропонованими умовами [5, с. 36]. Таким чином, договір медичного страхування є різновидом договору приєднання.

Загальне визначення договору приєднання містить в ст. 634 ЦК України. Відповідно до вказаної статті договором приєднання є договір, умови якого встановлені однією зі сторін у формулярах або інших стандартних формах, який може бути укладений лише шляхом приєднання іншої сторони до запропонованого договору в

цілому. Друга сторона не може запропонувати свої умови договору.

Кваліфікуючими ознаками договору приєднання є стандартна форма запропонованої оферти, а також акцепт, що передбачає приєднання до запропонованих стандартних умов в цілому. Сторона договору, якій зроблено пропозицію, сама вирішує, приєднатися до такого договору в цілому або не приєднуватися до нього [197, с. 709].

Спільною і водночас визначальною ознакою договорів приєднання є відсутність взаємного волевиявлення сторін при його укладенні. Лише одна сторона пропонує свої умови, 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 [233, с. 95]. Друга сторона сама вирішує, укласти чи не укласти договір на запропонованих їй умовах, тобто тут не порушується принцип свободи договору [129, с. 154]. Як вірно зазначає Т. Я. Схаб-Бучинська, принцип свободи договору проявляється не лише у волі сторін укласти договір чи відмовитися від його укладення, але й у можливості вибору контрагента, його виду та умов [190, с. 153-154]. Також, в моделі договору приєднання пропонується виділяти такі ознаки як, письмову форму документа, багатократність укладання подібних договорів, незмінність умов договору, їх застосування у сфері відносин комерційних організацій та споживачів [117, с. 26].

Законодавства зарубіжних країн також визнають загалом договір страхування різновидом договору приєднання, але захищають споживачів від невігідних умов страхового договору. Так, Директива № 93/13 права

Європейського Союзу встановлює, що «несправедливі» умови договору, укладеного між постачальником послуг і споживачем, не можуть бути примусово виконані щодо споживача (наприклад, через суд), за умови, що такі «несправедливі умови» не були належним чином погоджені сторонами в ході індивідуальних переговорів. Умови договору не визнаються погодженими належним чином, якщо споживач страхової послуги отримав уже сформований текст договору і не мав можливості змінити його зміст [162, с. 46].

Віднесення договору страхування загалом і відповідно договору медичного страхування до публічних договорів викликає певну дискусію серед цивілістів. Відповідно до ст. 633 ЦК України публічним визнається договір, у якому однією зі сторін є суб'єкт підприємницької діяльності, що взяв на себе обов'язок здійснювати продаж, виконання робіт або надання послуг кожному, хто до нього звернеться. Відмова суб'єкта підприємницької діяльності від укладення публічного договору за наявності у нього можливостей надати споживачеві відповідні товари або послуги не допускається.

М. М. Гудима зазначає, що договір у якому приймають участь споживачі є публічним договором. Підприємець зобов'язаний здійснювати продаж товарів, виконання робіт або надання послуг кожному, хто до нього звернеться, не має права надавати переваги одному споживачеві перед іншим щодо укладення договору, не має права відмовитися від укладення договору за наявності у нього можливостей надання споживачеві відповідної продукції [60, с. 26-27].

І. І. Банасевич зауважує, що сучасна конструкція ст. 633 ЦК України дозволяє зробити висновок про те, що публічним вважатиметься не тільки договір, у якому

однією із сторін є фізична особа-споживач, але й такий, в якому споживачем товарів, робіт чи послуг буде суб'єкт підприємницької діяльності [3, с. 69]. В. І. Дрішлюк зазначає, що ознакою яка дозволяє говорити про публічність діяльності підприємця є факт укладення договору, прямо вказаного в законі публічним, а не зазначення про це в статуті, ліцензії, договорі [69, с. 115].

Кваліфікація договору в якості публічного породжує певні правові наслідки для суб'єкта підприємницької діяльності:

1) підприємець не має права на свій розсуд ні вибрати покупця (споживача), ні вирішувати питання про укладення договору. Відмова підприємця від укладення публічного договору за наявності можливості надати споживачеві відповідні товари, послуги, виконати для нього відповідні роботи не допускається. В іншому випадку, дії підприємця будуть розглядатись як необгрунтоване ухилення від укладення договору. Виходячи з цього, договір може бути визнаний укладеним в примусовому порядку за рішенням суду. Більше того, споживач має право вимагати стягнення збитків.

2) підприємець, що є суб'єктом публічного договору не має права надати перевагу будь-кому із споживачів, які до нього звернулися щодо укладення договору. Винятки з цього правила можуть бути передбачені законодавством.

3) умови публічного договору (у тому числі про ціну на товари, роботи, послуги) повинні встановлюватися однаковими для всіх, крім тих випадків, коли в законодавстві допускається надання пільг для окремих категорій споживачів.

4) спори, пов'язані з укладенням публічних договорів, а також розбіжності сторін за окремими умовами таких договорів, на відміну від звичайних цивільно-правових договорів, повинні вирішуватися в

судовому порядку незалежно від того, чи є на те згода обох сторін [66, с. 151-152].

Як слушно зауважує Г. О. Ільченко, на споживача страхових послуг, яким є фізична особа, яка укладає зі страховиком договір страхування, а також фізична особа, в інтересах якої укладено договір страхування (застрахована особа), та яка отримує страхову послугу, необхідну для задоволення особистих потреб, безпосередньо не пов'язаних з підприємницькою діяльністю цієї фізичної особи або виконанням нею обов'язків найманого працівника, поширюється законодавство про захист прав споживачів, в частині не врегульованій спеціальним законом [83, с. 15-16].

Виходячи з вищенаведеного можна дійти висновку, що договір медичного страхування, враховуючи усі ознаки, які йому притаманні, є споживчим (якщо страхувальником виступає фізична особа), однак не може вважатися публічним, оскільки таким відповідно до ЦК України не визнається. Також, при укладенні договору медичного страхування страховик оцінюються страхові ризики страхувальника в кожному конкретному випадку і на основі цього страховик приймає рішення про укладення відповідного договору чи відмову в його укладенні.

Отже, договір медичного страхування поєднує як загальні ознаки, властиві договору страхування, так і особливі, притаманні лише йому.

У ЗУ «Про страхування» закріплено три види добровільного медичного страхування: медичне страхування (безперервне страхування здоров'я), страхування здоров'я на випадок хвороби та страхування медичних витрат. На жаль, законодавець не визначив критерії, за якими можна було б відрізнити один від одного ці види медичного страхування. Фактично безперервне медичне страхування здоров'я та страхування на випадок

хвороби мають схожий механізм їх здійснення. Основна різниця полягає у формуванні страхових програм, які пропонуються страховиком при укладенні відповідного договору, при безперервному страхуванні здоров'я страхові програми є більш широкими та пропонують страхувальнику різноманітний пакет медичних послуг. Страхування здоров'я на випадок хвороби передбачає страхування медичних витрат на випадок конкретної хвороби, яка зазначається у договорі страхування. Такий договір страхування може укладатися стосовно якоїсь однієї хвороби або цілого ряду хвороб, що турбують страхувальника. Також, у страхуванні на випадок хвороби при настанні страхового випадку страховиком виплачується певна грошова сума застрахованій особі, у безперервному медичному страхуванні здоров'я розрахунки страховика здійснюються не із застрахованою особою, а безпосередньо з медичним закладом, який надав медичні послуги. Щодо страхування медичних витрат, то Т. В. Волинець у своєму дисертаційному дослідженні дає визначення договору страхування медичних витрат. Авторка зазначає, що 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 [40, с. 9-10]. Виходячи з даного визначення можна зробити висновок, що страхування медичних витрат полягає у компенсації видатків застрахованої особи на випадок настання непередбачуваного певного захворювання. Також, страхування медичних витрат на практиці у більшості випадків зустрічається у разі виїзду особи закордон. Медичне страхування (безперервне страхування

здоров'я) у свою чергу є ширшим за своїм змістом видом страхування, оскільки включає в себе не тільки послуги з лікування захворювань, але й їх профілактику, діагностику та загалом підтримку здоров'я застрахованої особи.

Враховуючи вищесказане, вважаємо, що найбільш доцільно буде визначати договір медичного страхування, виходячи із легальної конструкції договору страхування.

Отже, договір медичного страхування – це домовленість між страхувальником і страховиком, згідно з якою страховик зобов'язується у разі настання страхового випадку здійснити оплату медичних послуг, які були надані страхувальнику або іншій особі, визначеній у договорі медичного страхування страхувальником, на користь якої укладено договір медичного страхування, згідно програми медичного страхування, а страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені договором строки та виконувати інші умови договору.

Як зазначає А. А. Герц, медична послуга – це визначена договором дія чи комплекс дій лікаря (медичної установи) – послугодавців, спрямована на діагностику, лікування або профілактику лікування захворювання [48, с. 374]. 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 [24, с. 207].

Визначаючи правову природу будь-якого цивільно-правового договору, необхідно з'ясувати його зміст. В юридичній літературі зазначається, що зміст договору (умови на яких договір укладесться), має велике практичне значення, оскільки від нього насамкінець залежать

особливості договірних прав та обов'язків сторін договору, а також належне виконання обов'язків [127, с. 452].

В доктрині цивільного права існує багато визначень поняття «зміст договору». Так, на думку О. О. Красавчикова, змістом договору є система тих умов, на яких він укладений [96, с. 4]. Схожої точки зору дотримується і Є. О. Харитонов, який вважає, що зміст договору становить сукупність умов (пунктів), визначених на розсуд сторін і погоджених ними, та умов, які є обов'язковими відповідно до актів цивільного законодавства [206, с. 471]. Є. В. Богданов, досліджуючи це питання, вважає, що зміст договору складають його умови, де сторони визначають зміст своїх дій, порядок їх здійснення, контроль та фіксацію виконання, порядок розрахунків та інше [12, с. 6]. Умови, на яких досягнуто згоди сторін, визначає як зміст договору і М. Д. Єгоров [53, с. 588], тобто в основі зазначеного підходу лежить ототожнення понять «умови договору» і «зміст договору». О. С. Іоффе визначав зміст договору як сукупність його умов, сформульованих сторонами чи таких, що випливають із закону, на якому засноване укладання договору [81, с. 27]. В. В. Луць наголошує, що зміст договору – це ті умови, на яких укладається відповідна угода сторін. Якщо договір оформляється письмово, то відповідні умови фіксуються у пунктах договору, в яких можуть міститися посилання на норми чинного у цій сфері законодавства [107, с. 79]. Інші вчені зазначають, що у зміст договору, крім погоджених сторонами умов, входять і ті положення (умови), які приймаються ними як обов'язкові в силу чинного цивільного законодавства [209, с. 145].

Договір є індивідуальним правовим актом, у якому абстрактна модель стосунків осіб, окреслена в загальних положеннях у законі, наповнюється конкретним змістом,

набирає своєї «плоті і крові» [108, с. 25]. Ось чому у договорі немає потреби дублювати положення, які є звичайними і передбачені у відповідних нормативних актах, оскільки сторони повинні керуватися ними незалежно від того, включені вони у договір чи ні [109, с. 46].

Таким чином, можна зробити висновок, що зміст договору, як різновиду правочинів, відображається в його умовах, які погоджені сторонами і не може суперечити актам цивільного законодавства.

Стержнем змісту договору, який дозволяє констатувати наявність або відсутність правочину, є істотні умови договору. Вони необхідні і достатні для того, щоб договір вважався укладеним, і тим самим породжують права і обов'язки сторін [26, с. 80].

Слушною видається позиція І. І. Зазуляка, який провівши відповідне дослідження, прийшов до висновку, що істотні умови договору визначають найважливіші елементи його змісту, аспекти, що породжені природою того чи іншого договірного виду чи окремого договору [75, с. 154].

Питання про істотні умови цивільно-правового договору є ключовим для вивчення будь-якої договірної конструкції, оскільки визначає її зміст. Коло істотних умов законодавець окреслює у абзаці 2 ч. 1 ст. 638 ЦК України, відповідно до якого істотними умовами договору є умови про предмет договору, умови, що визначені законом як істотні або є необхідними для договорів даного виду, а також усі ті умови, щодо яких за заявою хоча б однієї із сторін має бути досягнуто згоди. Визначення в законі переліку умов, які є істотними або необхідними для договорів даного виду, відображає специфіку конкретного виду договору і сприяє відмежуванню його від інших

(споріднених) за юридичною природою договорів [105, с. 6].

Розглянемо умови, які є визначальними для договору медичного страхування і складають його зміст.

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.

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 [29, с. 176]. Відсутність єдиного розуміння предмета досліджуваного договору може викликати і практичні проблеми, що полягають, зокрема, у можливості визнання у судовому порядку неукладеними договорів, у яких предмет визначено не досить чітко.

Предмет договору є тією індивідуалізуючою ознакою, за якою в теорії цивільного права проводять розмежування типів та видів договорів [2, с. 31]. Предмет договору вказує на інтерес сторін при укладенні ними договору, тим самим дозволяючи визначити те, чого вони прагнуть досягти завдяки укладенню правочину [75, с. 59]. При цьому, важливо не змішувати правовий результат, якого бажають досягти особи, які укладають правочин, і мету правочину – намір осіб досягти цього результату. Саме намір досягнути передбаченого правочином правового результату є ознакою та елементом правочину.

Тому, предмет договору уособлює правову мету договору. І. В. Стрижак вказує, що предмет договору – це поняття, яке позначає те, на що спрямовані дії та/або думки сторін договору та є такою умовою, котра узагальнює в цілому правову мету договору шляхом зазначення певних дій з об'єктами цивільних прав [189, с. 125-126].

Відповідно до ст. 4 ЗУ «Про страхування» предметом договору страхування можуть бути майнові інтереси, які не суперечать закону і пов'язані з життям, здоров'ям, працездатністю, пенсійним забезпеченням. Зважаючи на це, предметом договору медичного страхування є майнові інтереси, які не суперечать закону і пов'язані із здоров'ям. Однак таке визначення предмета цього договору, що є тією ознакою, яка надає можливість відмежувати його від інших договірних конструкцій, має суперечливий характер, і ставлення науковців до такого визначення досить неоднозначне. Нерідко дослідники лише констатують, що предмет є однією з істотних умов договору, однак не приділяють належної уваги цьому поняттю.

Часто, характеризуючи договір страхування, автори оперують терміном «об'єкт страхування». Так, до внесення змін ЗУ «Про внесення змін та визнання такими, що втратили чинність, деяких законодавчих актів України у зв'язку з прийняттям ЦК» [151] ст. 4 ЗУ «Про страхування», маючи такий самий зміст, називалася «Об'єкти страхування», що слугує яскравою ілюстрацією змішування цих понять. Тому постає питання щодо співвідношення понять «предмет договору страхування» та «об'єкт страхування».

Різноманітність наукових поглядів на предмет та об'єкт договору надає можливість виокремити різні бачення сутності цих правових явищ:

а) під предметом будь-якого цивільно-правового договору розуміють дії, які кожен боржник повинен здійснити, та об'єкт, на який ці дії спрямовані [45, с. 26];

б) у договорі виокремлюється юридичний об'єкт – дії та матеріальний об'єкт – річ або інше благо, на яке спрямована поведінка [21, с. 138-139];

в) предметом називають дії (бездіяльність) будь-якого цивільно-правового договору та виділяють у договорах складний предмет, що складається з кількох об'єктів [35, с. 78-79];

г) об'єкт договору визначають складним і виокремлюють юридичний, вольовий (інтереси) та майновий об'єкт, а предметом договору вважають матеріальний об'єкт породжуваних договором правовідносин [100, с. 407].

Об'єктом страхування, на думку Ю. Б. Фогельсона, є майновий інтерес. Предметом же договору страхування є зобов'язання страховика виплатити певну грошову суму при настанні визначеної події. Інакше кажучи, предметом договору страхування є грошове зобов'язання [120, с. 121]. Протилежної думки дотримується В. П. Янишен, який розуміє під об'єктами страхових правовідносин страхові платежі страховальника та страхові виплати, які зобов'язується здійснити страховик у разі настання страхового випадку [235, с. 7]. З цієї позиції грошове зобов'язання виступає не предметом, а об'єктом. У свою чергу, Г. О. Ільченко вважає, що предметом страхового зобов'язання є застраховане благо (майно – при майновому страхуванні; життя, здоров'я, працездатність – при особистому страхуванні або майнова відповідальність), а об'єктом цього зобов'язання виступають дії сторін договору, які вони мають здійснити для досягнення своєї мети [84, с. 55].

На нашу думку, потрібно розмежовувати поняття «предмет договору» та «об'єкт зобов'язання». Як зазначає В. А. Васильєва, традиційний підхід до нормативного визначення об'єкта зобов'язання характеризується тим, що поняття об'єкта зобов'язання розкривається у визначенні обов'язку боржника щодо виконання зобов'язань та права кредитора на результат виконання [26, с. 79].

Страхові правовідносини є різновидом цивільних правовідносин, тому для них характерні як загальні, так і спеціальні ознаки останніх. Особливості страхових правовідносин проявляються через призму традиційних елементів будь-яких правовідносин (суб'єктний склад, об'єкт, зміст). В науці цивільного права під об'єктом правовідносин розуміють те, на що такі правовідносини спрямовані та здійснюють певний вплив. При цьому об'єкт цивільних правовідносин ототожнюється з об'єктом цивільних прав і становить матеріальні та (або) нематеріальні блага, з приводу яких складаються цивільні правовідносини [207]. О. Ф. Скакун також об'єкт правовідносин розглядає як матеріальні й нематеріальні блага, щодо яких суб'єкти вступають у правовідносини, здійснюють свої суб'єктивні права та суб'єктивні юридичні обов'язки [181, с. 366].

На думку В. І. Серебровського, об'єктом безпосередньо страхового правовідношення є саме страховий інтерес [178, с. 267]. Під час аналізу предмета договору страхування варто звернути увагу не те, що законодавець взагалі не вживає поняття «страховий інтерес», а застосовує поняття «майнові інтереси». Проте страховий інтерес займає важливе місце як категорія в системі страхових відносин.

Загально визнано, що за відсутності страхового інтересу відсутня і можливість настання або завдання шкоди, а в такому випадку страхування втрачає сенс.

Страховий інтерес в сфері особистого страхування, в тому числі у відносинах медичного страхування, як і при майновому страхуванні, об'єднує захисне (забезпечувальне) призначення страхування, що проявляється в задоволенні майнових потреб, які виникають у результаті обставин, що мають ознаки страхового випадку.

Наявність страхового інтересу є необхідною умовою для формування страхового зобов'язання. У страховому зобов'язанні страховий інтерес – головний елемент, що визначає саму можливість існування страхування, і тому має універсальний характер. Він притаманний як майновому, так і особистому страхуванню. Страховий інтерес визначає всі найважливіші елементи страхового зобов'язання: його суб'єктний склад, об'єкт, права й обов'язки суб'єктів, його виконання, відповідальність за невиконання або неналежне виконання.

На думку Н. Ю. Когденко, страховий інтерес є формою відображення потреб суб'єкта в страховому захисті, яка визначається сукупністю умов навколишньої дійсності (об'єктивна складова) та яка пройшла через свідомість суб'єкта (суб'єктивна складова), та полягає у захисті матеріального становища страхувальника [90]. На поєднання об'єктивного та суб'єктивного в категорії «інтерес» наголошує Н. А. Сліпенчук, зазначаючи, що інтерес як об'єктивне явище існує незалежно від волі і свідомості суб'єкта, а суб'єктивність проявляється в усвідомленні інтересу в процесі його реалізації [182, с. 162]. У свою чергу, як зазначає Н. Б. Пацурія, страховий інтерес – це потреба страхувальника (застрахованої особи, вигодонабувача, третьої особи) у захисті своїх правомірних майнових інтересів, які є підставою для виникнення страхового правовідношення [135, с. 33].

На думку Я. Чапічадзе, страховий інтерес – це усвідомлена страхувальником міра матеріальної заінтересованості в отриманні майнового блага у вигляді страхової виплати (страхового відшкодування) у разі настання страхового випадку, передбаченого договором страхування [218, с. 11]. Виходячи зі змісту ст. 4 ЗУ «Про страхування», Н. В. Міловська вважає, що об'єктом страхування можна вважати страховий інтерес як суб'єктивне свідоме відображення потреби страхувальника (застрахованої особи) в страховому захисті своїх правомірних майнових інтересів на випадок можливого настання страхової події, пов'язаної з життям, здоров'ям, працездатністю, пенсійним забезпеченням страхувальника (застрахованої особи), з володінням, користуванням і розпорядженням їх майном, а також із відшкодуванням заподіяної ними шкоди фізичній особі, її майну або майну юридичної особи [119, с. 147].

Виходячи з вищенаведеного можна зазначити, що об'єктом зобов'язання з медичного страхування є страховий інтерес страхувальника (застрахованої особи) в страховому захисті своїх майнових інтересів, пов'язаних із здоров'ям, у разі настання страхового випадку. За договором медичного страхування у разі настання страхового випадку не відбувається компенсація матеріальної шкоди (збитків), а мають місце виплати страховика на користь страхувальника у разі настання страхового випадку.

Характерними ознаками страхового інтересу як об'єкта страхового зобов'язання є його суб'єктивний, майновий, юридичний (правомірний) та ризиковий характер.

Суб'єктивний характер страхового інтересу полягає у тому, що він безпосередньо пов'язаний з особою

страхувальника, тільки особа, що володіє страховим інтересом, може бути суб'єктом страхового зобов'язання.

Майнова ознака страхового інтересу відображена у ст. 4 ЗУ «Про страхування», у яких йдеться про майнові інтереси, пов'язані зі здоров'ям страхувальника або застрахованої особи. Майновий характер означає зацікавленість страхувальника в цілісності об'єкта майбутньої страхової охорони (ненастанні страхового випадку) та має свій грошовий еквівалент [221, с. 87].

Юридичний (правомірний) характер страхового інтересу має визначатися виходячи з реально існуючих правовідносин, що не суперечать чинному законодавству. Страховий інтерес є правомірним, якщо правомірною є поведінка зацікавленої особи, в результаті якої вона отримує вигоду. Як зазначає О. В. Гринюк, під правомірністю страхового інтересу слід розуміти його відповідність не тільки діючому законодавству, а й принципам страхування [57, с. 7]. Саме завдяки існуванню такого інтересу виникає воля, спрямована на укладання договору медичного страхування.

Ризиковий характер страхового інтересу впливає із необхідності наявності ризику у страхових правовідносинах і визначений у ст. 8 ЗУ «Про страхування». При оцінці страхового ризику автоматично визначається і наявність страхового інтересу.

Предметом будь-якого цивільно-правового договору є те, з приводу чого особа вступає у такі правовідносини та чого вона бажає досягти. Предмет договору уособлює його правову мету шляхом зазначення певних дій з об'єктами цивільних прав – передача речі, ремонт будинку, виготовлення продукції, надання страхових чи інших послуг тощо [189, с. 129].

Характерною ознакою договору медичного страхування, як було встановлено раніше, є те, що він

належить до типу цивільно-правових договорів про надання послуг. У випадку, коли відносини з приводу надання послуг ведуть до встановлення юридичних прав та обов'язків і, у зв'язку з цим, потрапляють у сферу приватно-правового регулювання, можна говорити про зобов'язально-правові відносини, предметом яких є послуги [29, с. 95]. Так, на думку А. А. Телестакової, предметом договору з надання послуг є саме послуга [191, с. 51]. У свою чергу, Н. В. Федорченко також зазначає, що предметом договору з надання послуг є надання за завданням замовника різного роду послуг, тобто безпосередньо діяльність, що полягає у вчиненні виконавцем певних дій або діяльності, а також корисний ефект від вчинення дій або діяльності виконавця, який (мається на увазі ефект) ніколи не набуває форми нової речі [198, с. 160].

З огляду на це, можна стверджувати, що предметом договору медичного страхування є надання страховиком страхової послуги страхувальнику щодо захисту його майнових інтересів шляхом здійснення страхової виплати у разі настання страхового випадку, пов'язаного із заподіянням шкоди здоров'ю страхувальника (застрахованої особи).

Найбільшого поширення в доктрині цивільного права отримало визначення сутності послуги як діяльності, що не має уречевленого результату. Як зазначав О. С. Іоффе, що в договорі про надання послуг йдеться про діяльність таких видів, які не одержують або не обов'язково повинні одержати втілення в упредметненому результаті [81, с. 419].

На думку М. В. Цвік, послуга є результатом певної поведінки, внаслідок якої виникають права та обов'язки суб'єктів правовідносин. Уповноважену особу в цих випадках цікавить не дія, а результат дій зобов'язаної

особи [74, с. 344]. У свою чергу, О. А. Підпригора розглядав послуги як певну діяльність, що не пов'язується зі створенням речі (її відновлення, ремонт), однак яка сама по собі породжує відповідне благо, що має споживчу вартість і внаслідок цього стає об'єктом цивільного права [142, с. 265]. Зважаючи на це, доречно підтримати думку тих вчених, які розглядають послугу через нерозривну єдність діяльності та її результату [165, с. 58-68].

Що стосується поняття страхової послуги, то на думку Г. О. Ільченко, страховою послугою є сукупність дій боржника (страховика), спрямованих на задоволення майнових та немайнових інтересів споживачів страхових послуг у разі настання певних подій (страхових випадків), визначених договором страхування, за рахунок грошових коштів, зібраних до фондів страховика шляхом сплати страхувальниками страхових платежів та отримання страховиком інших доходів від розміщення, інвестування чи іншого використання грошових коштів у цих фондах [83, с. 10]. У свою чергу, О. Д. Вовчак під страховою послугою розуміє договірну послугу на визначених умовах, яка полягає у здійсненні відшкодування матеріальних збитків, понесених особою, яка є учасником договірних відносин. При цьому оплата майбутньої страхової послуги має безумовний характер, а надання самої послуги (відшкодування шкоди) – умовний характер і залежить від обговорених заздалегідь умов, що формують страхове зобов'язання [39, с. 123].

Варто погодитися з визначенням поняття страхової послуги, яке наводить Н. В. Міловська. Авторка зазначає, що страхова послуга – це сукупність дій страховика щодо надання страхового захисту майнових та немайнових інтересів споживачів страхових послуг шляхом прийняття на страхування ризику в межах страхової суми та здійснення страхової виплати (страхового відшкодування)

у разі настання певних подій (страхових випадків), визначених договором страхування [119, с. 158].

При цьому характерними ознаками страхової послуги є те, що вона:

а) надається на підставі договору страхування;

б) здійснюється на оплатних засадах (оплата послуги передує її наданню);

в) крім прийняття ризику на страхування та здійснення страхової виплати (страхового відшкодування) у разі настання страхового випадку, включає і допоміжні послуги (консультаційні, актуарні, послуги щодо врегулювання претензій (збитків) тощо);

г) має часові межі, тобто страховий захист діє упродовж певного проміжку часу [119, с. 158].

Також, крім вище переліченого, ознакою страхових послуг є їх нематеріальний характер, який полягає у тому, що у зобов'язаннях про надання цього виду послуг результат діяльності виконавця не має уречевленого змісту. Це проявляється коли страховий випадок, який передбачений договором, так і не настав. У цьому разі питання про виплату страхового відшкодування навіть не підіймається. Якщо ж страховий випадок відбувся, то результатом діяльності страховика буде відшкодування збитків шляхом здійснення страхової виплати.

При визначенні істотних умов цивільно-правового договору варто враховувати, що вирішення цього питання залежить насамперед від суті конкретного договірної зобов'язання. Вказівку на істотні умови того чи іншого договору може містити як ЦК України, так і спеціальне законодавство. Тому, при визначенні істотних умов конкретного договору законодавець відсилає до спеціальних норм, присвячених договірним зобов'язанням цього виду і називає істотними, насамперед, ті умови, які визнані такими згідно із законом і передбачені як

обов'язкові в самих нормах права, що регулюють ці договірні відносини.

Як ми уже зазначали, згідно зі ст. 982 ЦК України договір страхування повинен містити істотні умови, якими 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.

Поряд із загальними нормами ЦК України про істотні умови договору страхування ст. 16 ЗУ «Про страхування» містить спеціальні норми щодо умов даного виду договорів. Зазначена норма закону визначає умови, які мають міститися в будь-якому договорі страхування, але які з них є істотними – законодавець не зазначає.

В літературі зазначається: «Договір – це документ, що фіксує домовленість між двома чи кількома партнерами про взаємне зобов'язання. Структура договору як юридичного документа включає у себе договірні умови та необхідні для кожного договору реквізити» [124, с. 312]. Реквізитами договору є: назва виду документа, заголовок, місце укладання, дата, повні назви сторін, їх представників (прізвища, ім'я, по батькові), повноваження, на підставі яких вони діють, текст, відомості сторін (юридичні адреси установ або паспортні дані осіб), підписи сторін, печатка однієї або всіх установ, які укладають договір [46, с. 155]. Отже, найменування сторін, дату та місце укладення договору не слід відносити до істотних умов договору медичного страхування.

Серед переліку умов, які зазначає ЗУ «Про страхування» мають місце як істотні умови, так і ті умови, що визначають необхідні реквізити і не є істотними умовами договору медичного страхування, зокрема, назва

документа, назва та адреса страховика, прізвище, ім'я, по батькові або назва страхувальника та застрахованої особи, їх адреси, підписи сторін тощо.

Те ж саме слід сказати і про віднесення до істотних умов договору прав та обов'язків сторін. З цього приводу в літературі зазначається, що це є наслідком не зовсім вірного розуміння аспектів, в яких застосовується поняття договір [75, с. 87].

Істотними умовами є умови, необхідні для договору медичного страхування, коли сторонам договору слід розуміти, чи може договір бути виконаний належним чином без включення і узгодження сторонами тої чи іншої умови. Крім цього, будь-яка зі сторін може визнати недостатніми ті умови, що названі істотними у законі або є необхідними для договору цього виду, і забажати включення до договору додаткових умов, без яких договір її не влаштовує. У цьому випадку такі умови також набувають значення істотних.

Отже, істотні умови договору можуть бути трьох видів: загальні для всіх договорів; спеціальні, тобто передбачені законом для конкретного виду договору, та індивідуальні, тобто такі, що висуваються однією зі сторін договору при його укладенні. Індивідуальні істотні умови важливі для тієї сторони, яка їх висуває. При цьому інша сторона, розглядаючи запропоновані умови договору, приймає рішення про їх прийнятність, і лише тоді досягається домовленість між ними [211, с. 301].

Підсумовуючи все вищесказане, можна сказати, що істотними умовами договору медичного страхування є предмет договору медичного 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 програма медичного страхування.

Відповідно до абзацу другого ч.1 ст.638 ЦК України, істотними також будуть усі ті умови, щодо яких за заявою хоча б однієї зі сторін має бути досягнуто згоди. Досягнення згоди за істотними умовами договору є достатнє для визнання договору укладеним.

Крім істотних умов в доктрині цивільного права пропонується виділяти звичайні і випадкові умови договору. На відміну від істотних, виокремлення в змісті договору звичайних та випадкових умов відбувається не на рівні законодавства, а на доктринальному [102, с. 107].

Звичайні – це ті умови, які передбачаються в законі чи іншому нормативному акті й стають обов’язковими для сторін внаслідок самого факту укладення договору. Від істотних звичайні умов відрізняються тим, що вони не потребують окремого погодження і про них не обов’язково застерігати у тексті договору [110, с. 83].

Випадковими прийнято вважати такі умови договору, які погоджені сторонами у відступ від положень диспозитивних норм або з метою вирішення питань, що взагалі не врегульовані законодавством. Випадкові умови можна виявити при порівнянні їх із звичайними умовами: якщо якусь умову включено в договір на зміну чи доповнення до правил, викладених у законодавчому акті, то, порівняно із звичайно прийнятими в договорах даного виду умовами, вона виявиться випадковою.

Всі умови – істотні, звичайні і випадкові – після укладення договору стають однаково обов’язковими і сторони повинні їх дотримуватися.

Загальною для всіх договорів істотною умовою є їх предмет, тобто те, про що сторони домовляються, з приводу чого вони вступають у правовідносини та чого бажають досягти. Враховуючи те, що договір медичного

страхування відноситься до типу цивільно-правових договорів про надання послуг, предметом договору медичного страхування є надання страхової послуги страховиком страхувальникові, про що більш детально зазначалося вище.

Для реалізації страхового зобов'язання в договорі медичного страхування слід вказати конкретну подію – страховий випадок, що є також однією з істотних умов договору медичного страхування. Відповідно до ч. 2 ст. 8 ЗУ «Про страхування» страховим випадком є подія, передбачена договором страхування або законодавством, яка відбулася і з настанням якої виникає обов'язок страховика здійснити виплату страхової суми (страхового відшкодування) страхувальникові, застрахованій або іншій третій особі.

Страховим випадком за договором медичного страхування є звернення застрахованої особи під час дії договору медичного страхування до медичного, фармацевтичного або профілактичного закладу з профілактичною метою та/або з приводу гострого захворювання, загострення хронічного захворювання, травми, отруєння чи іншого нещасного випадку, що виникли під час дії договору медичного страхування, з метою одержання послуг медичної, профілактичної та/або консультативної допомоги у межах та в обсязі обраної програми медичного страхування.

Не відноситься до страхового випадку подія, що відбулась внаслідок:

а) учинення страхувальником (застрахованою особою) навмисних або неправомірних дій, що призвели до настання страхового випадку;

б) учинення спадкоємцем застрахованої особи навмисного злочину, що призвів до настання страхового випадку;

в) замахом на самогубство, за винятком тих випадків, коли застрахована особа була доведена до такого стану протиправними діями третіх осіб;

г) навмисного спричинення застрахованою особою собі тілесних ушкоджень [145, с. 4].

Страховиком можуть встановлюватися й інші виключення зі страхових випадків, що зазначається в договорі медичного страхування. До прикладу, страховими випадками, якщо інше не передбачено договором медичного страхування, не визнаються звернення застрахованої особи до медичного закладу, пов'язані із захворюванням на інфекційні та вірусні хвороби, якщо вони зареєстровані медичним закладом протягом першого місяця після набуття чинності договором медичного страхування; хворобою, на яку застрахована особа захворіла до набуття чинності договору медичного страхування; захворюваннями, які пов'язані з вагітністю та пологами тощо.

Страховий випадок тісно пов'язаний зі страховим ризиком, наявність якого є необхідною умовою виникнення і формування страхового правовідношення, суть якого більш детально проаналізуємо у наступному підрозділі дослідження.

Наступною істотною умовою договору медичного страхування є розмір страхового платежу та строки його сплати. ЗУ «Про страхування» в ст. 10 зазначає, що страховий платіж (страховий внесок, страхова премія) – це плата за страхування, яку страхувальник зобов'язаний внести страховику згідно з договором страхування. Зі сплатою першого страхового платежу, за загальним правилом, пов'язане набрання договором страхування чинності (ст. 18 ЗУ «Про страхування»). З огляду на це, юридичне значення має той факт, що коли договір медичного страхування укладено, але перший платіж не

внесено (тобто договір не набрав чинності), страховик не зобов'язаний здійснювати страхову виплату, навіть якщо страховий випадок мав місце.

Як зазначає О. Є. Козінов, страхова премія лежить в основі будь-якого договору страхування, оскільки є грошовою оцінкою ступеня страхового ризику. Вона, з одного боку, індивідуальна і є одним із найважливіших елементів конкретного страхового зобов'язання, з іншого боку, необхідна для формування адекватного страхового фонду за сукупністю всіх зобов'язань страховика, будучи матеріальним забезпеченням можливих вимог для всіх учасників страхування [91, с. 16].

Страховий платіж за домовленістю сторін може сплачуватися як одноразово, так і кількома послідовними внесками готівкою чи перерахований на розрахунковий рахунок страховика. Якщо страхові платежі здійснюються послідовно, в договорі медичного страхування визначаються строки внесення чергових страхових платежів. Несплата страхового платежу у встановлені договором медичного страхування строки є підставою для його дострокового припинення (ст. 28 ЗУ «Про страхування»).

Розмір страхового платежу залежить від конкретного ризику, який може оцінити тільки страховик. Розмір страхового платежу визначається на підставі страхового тарифу – ставки страхового внеску з одиниці страхової суми за визначений період страхування, який залежить також від специфіки діяльності страхувальника, розміру франшизи, строку дії договору страхування, періодичності сплати страхового платежу тощо. Страховий тариф розраховується страховиком на підставі відповідної статистики настання страхових випадків, а також на основі статистичних даних про звернення за медичною допомогою та тривалістю лікування. Конкретний розмір

страхового тарифу визначається в договорі медичного страхування за згодою сторін (ч. 3 ст. 10 ЗУ «Про страхування»). Страховий тариф встановлюється персонально для кожного страхувальника, може диференціюватися залежно від статі, віку, стану здоров'я застрахованої особи.

Отже, розмір страхового платежу як істотної умови договору медичного страхування, зумовленої його оплатним характером, істотно залежить від прийнятого на страхування ризику. Всі інші умови, які можна віднести до порядку сплати страхової премії, не є істотними умовами, без яких договір медичного страхування не можна визнати неукладеним.

Наступною істотною умовою договору медичного страхування є розмір страхової суми. Відповідно до ст. 9 ЗУ «Про страхування» страхова сума – це грошова сума, в межах якої страховик відповідно до умов страхування зобов'язаний здійснити виплату при настанні страхового випадку. Страхова сума, як один із найважливіших елементів конкретного страхового зобов'язання, необхідна для формування адекватного страхового фонду і являє собою граничний розмір зобов'язань страховика з виплати страхового відшкодування [91, с. 16]. Страхова сума може бути встановлена як для договору медичного страхування в цілому, так і по окремому страховому випадку чи групі страхових випадків.

Розмір страхової суми визначається за домовленістю між страховиком та страхувальником під час укладання договору медичного страхування, внесення змін до договору медичного страхування або у випадках, передбачених чинним законодавством. Залежно від розміру страхової суми визначається розмір страхового платежу та страхової виплати.

Важливе значення при визначенні розміру страхової суми має валюта страхування, тобто в яких грошових одиницях безпосередньо встановлені зобов'язання страховика в договорі медичного страхування. Страхова виплата здійснюється тією валютою, яка передбачена договором медичного страхування, якщо інше не передбачено законодавством України.

Страховик при настанні страхового випадку зобов'язується здійснити страхову виплату, тобто зобов'язується виплатити певну грошову суму в розмірі і порядку відповідно до умов договору страхування (ст. 9 ЗУ «Про страхування»).

Страхові виплати на користь страхувальника за договором медичного страхування здійснюються незалежно від суми, яку має отримати одержувач за державним соціальним страхуванням, соціальним забезпеченням, і суми, що має бути йому сплачена як відшкодування збитків з майнового страхування. Навіть якщо страхувальник має кілька договорів медичного страхування, усі вони вважаються дійсними в повному обсязі, оскільки страхувальник сплачував страхові платежі за кожним договором. Тому, і страхові виплати він отримає згідно з умовами кожного з них.

Договором медичного страхування має бути чітко визначено початок та кінець його дії. Строк договору є наступною істотною умовою договору медичного страхування.

Строк договору медичного страхування – це період у часі, протягом якого учасники страхових відносин здійснюють належні їм права та виконують покладені на них обов'язки.

На думку Н. В. Міловської, строк договору страхування перебуває у прямій залежності від страхового ризику: чим більший строк чинності договору

страхування, тим вища ймовірність настання страхового випадку (реалізації страхового ризику) і тим більший розмір страхового платежу [122, с. 18].

Згідно норм ст. 18 ЗУ «Про страхування» договір медичного страхування набирає чинності з моменту сплати страхувальником першого страхового платежу, якщо інше не передбачено договором медичного страхування. З моменту набрання договором медичного страхування чинності страховик, у разі настання страхового випадку, зобов'язується здійснити страхову виплату згідно з умовами страхування. В разі несплати страхового платежу у визначений строк договір медичного страхування вважається не укладеним та у сторін не виникає будь-яких зобов'язань за таким договором.

Договір медичного страхування набирає чинності з 00 годин 00 хвилин дня, наступного за днем сплати страхового платежу в повному обсязі на поточний рахунок страховика. Строк дії договору медичного страхування може бути продовжено на наступний рік за умови відсутності заяв сторін договору про бажання припинити дію договору та сплати страхувальником страхового платежу. Кількість таких продовжень строку дії договору медичного страхування може бути не обмежена. Умови страхування на кожний наступний період дії договору при автоматичному продовженні дії договору медичного страхування залишаються без змін.

У випадку ненадходження або надходження не в повному обсязі на розрахунковий рахунок страховика страхового платежу договір медичного страхування вважається таким, що не набув чинності (або призупинив свою дію), у такому випадку відповідальність страховика у цей період не наступає. Страховик не здійснює страхову виплату за будь-якими випадками, що трапилися в період договору медичного страхування, за який не було сплачено

страховий платіж, а такі випадки не вважаються страховими. У разі сплати страхового платежу в повному обсязі, договір медичного страхування поновлює свою дію з 00 годин 00 хвилин дня, наступного за днем надходження страхового платежу на рахунок страховика.

Закінчення строку, на який укладено договір медичного страхування, припиняє його дію і, відповідно, звільняє сторони від взятих на себе зобов'язань, крім зобов'язань, які виникли під час його чинності. Можливе також дострокове припинення чинності договору медичного страхування з підстав, передбачених законом або договором.

Невід'ємною частиною договору медичного страхування і останньою істотною умовою цього договору є програма медичного страхування.

Страховиком розробляються Правила страхування та складаються конкретні програми медичного страхування. Медична програма страхування є невід'ємним додатком до договору медичного страхування, в якій визначається конкретний варіант медичної допомоги.

Під програмою медичного страхування слід розуміти погоджені зі страховиком та страхувальником у конкретному договорі медичного страхування види та обсяги, порядок організації надання та фінансування медичних послуг, а також перелік медичних установ, в які страхувальник має право звернутися у разі настання страхового випадку.

Програми є різними залежно від переліку медичних послуг та контингенту застрахованих осіб [36, с. 140]. Крім того, програми можуть бути розраховані тільки на надання допомоги дітям чи дорослим, відрізнятися переліком медичних установ, до яких має звертатися застрахована особа, залучених до реалізації послуг із медичного страхування. І, звичайно, програми

відрізняються вартістю, на яку впливають усі вищеперераховані умови.

Програма медичного страхування може бути змінена під час дії договору медичного страхування за згодою страховика при умові внесення страхувальником додаткових страхових платежів.

Страховики можуть пропонувати програми медичного страхування, що відрізняються обставинами, за яких страхувальник буде отримувати медичну допомогу: амбулаторно, у стаціонарі, шляхом виклику медичної допомоги чи лікаря додому, компенсацію витрат на придбання лікарських препаратів, консультації різних спеціалістів, проведення профілактичних заходів, послуги сервісного характеру (палати підвищеного комфорту, додаткове харчування і т. п.) тощо.

Договором медичного страхування можуть бути передбачені наступні Програми медичного страхування:

1. Програма «Амбулаторно-поліклінічне лікування». На умовах цієї програми страховик гарантує виплату страхової суми (її частини) шляхом оплати вартості медико-санітарної допомоги, наданої застрахованій особі при амбулаторно-поліклінічному лікуванні, у тому числі при лікуванні в умовах денного стаціонару;

2. Програма «Стаціонарне лікування». На умовах цієї програми страховик гарантує виплату страхової суми (її частини) шляхом оплати вартості медико-санітарної допомоги, наданої застрахованій особі при стаціонарному лікуванні у відділеннях загального профілю та спеціалізованих відділеннях;

3. Програма «Швидка медична допомога». На умовах цієї програми страховик гарантує виплату страхової суми (її частини) шляхом оплати вартості медичної допомоги, яка була надана застрахованій особі

загально профільними або спеціалізованими бригадами швидкої допомоги;

4. Програма «Страхування дітей». На умовах цієї програми страховик гарантує виплату страхової суми (її частини) шляхом оплати вартості медичної допомоги та медичних послуг, що надаються дітям віком від 3 до 14 років на умовах обраної програми страхування [145, с. 5].

Як свідчить практика, страховики пропонують програми медичного страхування двох видів – універсальні та спеціалізовані.

Універсальна програма медичного страхування передбачає ті випадки (стан здоров'я), медична допомога при яких не потребує спеціального лікування або консультації лікарів вузьких спеціальностей. Перелік страхових випадків може бути уніфікований, а може визначатися за згодою між страховиком та страхувальником з можливою участю клінічної обслуговуючої бази.

Спеціалізована програма медичного страхування дає змогу скористатися медичними послугами лікарів із вузьких спеціалізацій або брати під страховий захист лише певний стан організму (вагітність тощо). Спеціалізовані програми медичного страхування характерні здебільшого для осіб, які вже захворіли, або які мають схильність до певних захворювань [160, с. 99].

Проаналізувавши діяльність страховиків, можна виділити наступні програми медичного страхування, які на практиці є поширеними:

- відвідування лікарів та амбулаторне лікування;
- придбання медикаментів;
- лікування у стаціонарі;
- отримання стоматологічної допомоги, зубне протезування;

– проведення профілактичних та оздоровчих заходів тощо.

У залежності від обсягу страхового покриття виділяють:

– повне страхування медичних витрат, що гарантує покриття витрат як на амбулаторне, так і стаціонарне лікування, придбання медикаментів, профілактичні заходи;

– часткове страхування медичних витрат, що компенсує витрати на амбулаторне лікування, або на стаціонарне чи спеціалізоване лікування, наприклад, стоматологію, санаторно-курортне лікування тощо;

– страхування витрат лише по одному страховому ризику.

Отже, для договірних відносин з медичного страхування характерним є те, що на законодавчому рівні перелік істотних умов для цього виду договорів не передбачений, тому сторони при укладенні такого договору повинні керуватися переліком істотних умов договору страхування загалом. При цьому, будь-яка із сторін договору медичного страхування може визнати недостатніми ті умови, що названі істотними у законі або є необхідними для договору цього виду, і зажадати включення до договору додаткових умов. У цьому випадку такі умови також набувають значення істотних.

Момент укладення договору, як вірно зазначається в наукових цивілістичних джерелах, є відправною точкою у договірних відносинах. Саме з того моменту, коли договір укладений, якщо інше не передбачено законом або договором, у сторін виникають права та обов'язки стосовно один одного, починають діяти способи забезпечення виконання зобов'язань, набувають чинності положення договору про відповідальність за порушення зобов'язань [147, с. 804].

Без правових норм, які встановлюють порядок укладення, зміни та розірвання договорів, принципи виконання та відповідальності за невиконання чи неналежне виконання сторонами прийнятих на себе зобов'язань, правове регулювання договорів було б неповним [16, с. 88].

Як зазначається в юридичній літературі, законодавчо врегульований порядок укладення договору є сукупністю нормативно-правових норм, які визначають вид і характер поведінки учасників цивільного обороту [201, с. 56].

Під поняттям «укладення договору» розуміють зустрічні договірно-процедурні дії двох або більше суб'єктів щодо вироблення умов договору, які відповідають їх реальним намірам та економічним інтересам, а також юридичне оформлення договору як правового акту [229, с. 156].

На думку О. А. Беяневич, порядок укладення договору – це нормативно закріплені взаємні дії сторін, спрямовані на встановлення господарсько-договірних відносин та визначення змісту договірного зобов'язання, де спосіб укладання договору – нормативно врегульована організація здійснення суб'єктами господарювання таких дій [6, с. 87]. У свою чергу, С. О. Бородовський під порядком укладення договору розуміє визначену правовими нормами юридико-логічну послідовність стадій встановлення цивільних прав та обов'язків, здійснених на основі погоджених дій осіб, звернених назустріч одна одній та виражених у різноманітних способах узгодження змісту договору [18, с. 3].

Важливе практичне значення для розуміння процедури укладення договорів про надання послуг (в нашому випадку – медичного страхування) має виділення порядку та способу укладення договору, де порядок – нормативно визначені взаємні дії сторін, спрямовані на

встановлення договірних відносин та встановлення їх змісту, а спосіб – нормативно-врегульована організація досягнення домовленості учасниками переговорів [198, с. 218].

На сторінках юридичної літератури виокремлюють загальний, спеціальний та судовий порядок укладення договорів. Загальний порядок укладення договору проявляє себе у формуванні договору в порядку, передбаченому в ст. 641 – 646 ЦК України. Спеціальний порядок передбачає укладення договорів, які мають свої особливості, і залежить від способів укладення договору (аукціон, конкурс, біржовий спосіб). Судовий порядок укладення договору є окремою стадією, що регулюється спільно матеріальними і процесуальними нормами законодавства, з тією особливістю, що волевиявлення сторін затверджується судовим рішенням та вступає в дію з моменту вступу в законну силу самого рішення суду [8, с. 10].

Порядок укладення цивільно-правового договору хоча і залежить від способу його укладення, проте передбачає загальну послідовність стадій, через які проходять сторони, узгоджуючи волю та встановлюючи цивільні права та обов'язки [33, с. 61]. Укладання договорів як процедура досягнення домовленості між offerentом та акцептантом підпорядковане загальним правилам гл. 53 ЦК України «Укладення, зміна і розірвання договору» за схемою «оферта-акцепт». Законодавством встановлено загальний порядок укладання будь-яких цивільно-правових договорів, незалежно від їх видів.

При цьому, в літературі немає єдності позицій стосовно характеристики процедури укладення цивільно-правового договору, зокрема його стадій та їх змісту. Так, В. І. Синайський крім оферти і акцепту додає ще третю

стадію укладення договору – покриття оферти акцептом (перфекція). Є. О. Суханов виокремив такі стадії договору: 1) переддоговірні контакти сторін, власне переговори; 2) оферту; 3) розгляд оферти; 4) акцепт оферти [219, с. 111].

На думку С. О. Бородовського, загальний порядок укладення договору проявляє себе у формуванні договору в порядку, передбаченому в статтями 641– 646 ЦК України і складається з таких стадій:

- організаційна стадія, на якій визначаються учасники майбутнього договору, виробляються проекти договору, встановлюються правила договірної процедури;

- стадія узгодження умов договору, на якій перевіряється дієздатність сторін договору, права сторони на об'єкт договору або можливість виконання робіт чи надання послуг тощо;

- стадія укладення договору, на якій волевиявленням сторін надається необхідна форма, здійснюється реєстрація договору в порядку встановленому законом для окремих видів договорів [18, с. 60].

Проте більшість науковців вважають, що процес укладення договору включає тільки дві стадії – оферту та акцепт, а виокремлення в ньому додаткових стадій є зайвим.

Відповідно до змісту ст. 627 ЦК України фізичні та юридичні особи самостійно вирішують питання про укладення договору, про вибір контрагента, а також можуть вільно визначати умови майбутнього договору.

Відповідно до ч. 1 ст. 640 ЦК України договір є укладеним з моменту одержання особою, яка направила пропозицію укласти договір, відповіді про прийняття цієї пропозиції.

Порядок укладення договору медичного страхування підпорядковується як загальним нормам, які регулюють укладення цивільно-правових договорів, так і спеціальним

вимогам, що стосуються договірних відносин страхування.

При укладенні договору медичного страхування, як непоіменованого договору, правове регулювання страхових відносин, що виникають із таких договорів, відбувається шляхом їх саморегулювання самими сторонами такого договору. У такому випадку, як зазначається в юридичній літературі, вплив внутрішнього регулювання суспільних відносин переважає над їх зовнішнім регулюванням, але при цьому не може суперечити йому [47, с. 143].

Згідно ст. 638 ЦК України цивільно-правовий договір укладається шляхом пропозиції однієї сторони укласти договір (оферти) і прийняття пропозиції (акцепту) іншою стороною. Така оферта повинна містити істотні умови договору і виражати намір особи, яка її зробила, вважати себе зобов'язаною у разі її прийняття.

При укладенні договору медичного страхування оферта може бути висловлена як страховиком, так і страхувальником. Адже згідно з принципом свободи договору сторони є вільними в укладенні договору та виборі контрагента. Проте у більшості випадків ініціатива щодо переговорів про укладення договорів медичного страхування частіше виходить від майбутнього страхувальника. У свою чергу, страховики, як суб'єкти підприємницької діяльності, можуть розміщувати рекламу або інші пропозиції, адресовані невизначеному колу осіб, про можливість надання ними страхових послуг. На думку В. В. Луця, оферта все ж має бути звернена до конкретних осіб (однієї чи кількох), а реклама та інші пропозиції, адресовані невизначеному колу осіб, є запрошенням робити пропозиції щодо укладення договорів, якщо інше не вказано у рекламі або інших пропозиціях [107, с. 65-66]. Тобто рекламу або інші пропозиції, адресовані

невизначеному колу осіб, про можливість надання страхових послуг не слід розглядати як публічну оферту, такі оголошення не містять істотних умов договору медичного страхування, а лише як запрошення до оферти, яке страховик на власний розсуд може прийняти або відмовитись від нього. Такої ж позиції притримується і С. О. Бородовський, автор у своєму дослідженні визначає оферту як адресовану чітко визначеній особі пропозицію про укладення договору, що містить всі істотні умови майбутнього договору, виражає згоду оферента бути пов'язаним її умовами, породжує для оферента обов'язок укласти договір з моменту отримання акцепту від другої сторони [17, с. 10].

Договір медичного страхування відрізняється своєю індивідуальністю, обумовленою особливістю страхувальника або застрахованої особи, програми медичного страхування, тому застосування публічної оферти при укладенні договорів медичного страхування видається неможливим.

Для того, щоб договір вважався укладеним, дії однієї сторони (оферента) недостатньо: інша сторона має висловити згоду на укладення цього договору на умовах, запропонованих в оферті. Тому відповідь особи, якій адресована пропозиція укласти договір, про її прийняття (акцепт) має бути повною та безумовною [209, с. 155].

З огляду на зміст ст. 18 ЗУ «Про страхування» для укладення договору медичного страхування страхувальник подає страховикові письмову заяву за формою, встановленою страховиком, або іншим чином заявляє про свій намір укласти договір страхування. У разі надання страхувальником письмової заяви за формою, встановленою страховиком, що виражає намір укласти договір медичного страхування, такий договір може бути укладений шляхом надіслання страхувальнику копії

правил страхування та видачі страхувальнику страхового свідоцтва (поліса), який не містить розбіжностей з поданою заявою.

Страхувальник у своїй заяві має повідомити про своє бажання укласти договір медичного страхування, вказуючи, які саме страхові послуги він бажає отримати. Крім того, страхувальник повинен засвідчити, що ознайомлений з правилами та умовами страхування, і надати всі відомості, необхідні страховику для визначення розміру страхової виплати. При укладанні договору медичного страхування страховик має право запросити у страхувальника баланс або довідку про фінансовий стан, та інші документи, необхідні для оцінки страховиком страхового ризику. Також, перед укладенням договору медичного страхування, страховик з метою оцінки страхового ризику має право запросити у особи, котра буде застрахованою, пройти медичне обстеження. Але це не означає, що страховик має право вимагати його примусового проведення, та він може відмовитися від укладення договору медичного страхування, якщо можливість його проведення йому не надана. Після цього особі пропонується програма медичного страхування, після вибору якої встановлюється страхова сума, страховий тариф і визначаються страхові платежі. Якщо відомості, повідомлені страховику, завідомо неправдиві і неповні, то страховик має право вимагати визнання договору недійсним.

Заява страхувальника має правове значення елемента процедури досягнення згоди сторін за умовами договору, а також джерела умов договору медичного страхування. Отримавши заяву на страхування, страховик проводить ідентифікацію, аналіз, оцінює ризики та визначає можливості страхування [148, с. 110].

На практиці страховики не укладають договори медичного страхування з:

- інвалідами І групи;
- психічно хворими, які стоять на обліку в психоневрологічних диспансерах;
- хворими на хронічний алкоголізм, наркоманію, токсикоманію, які стоять на обліку в наркологічних диспансерах;
- хворими на туберкульоз, які знаходяться на обліку в тубдиспансерах;
- хворими на венеричні захворювання;
- хворими на СНІД;
- особами, яким понад 75 років.

Виходячи із змісту норм ЦК України (ст. 981) договір медичного страхування укладається у письмовій формі, недодержання якої тягне за собою його нікчемність. Відповідно до ст. 18 ЗУ «Про страхування» факт укладання договору медичного страхування може посвідчуватися страховим свідоцтвом (полісом, сертифікатом), що є формою договору медичного страхування.

Законодавство не розкриває зміст поняття страхового поліса (свідоцтва, сертифіката). В юридичній літературі страховий поліс визнається специфічною, «страховою» формою договору [119, с. 367]. Науковці висловлюють різні точки зору щодо правового значення цього документа. В одних випадках його розглядають як основний доказ правовідносин, які виникли між сторонами договору страхування [178, с. 413]. В інших – як сам договір, який виник з моменту його викладення на папері [44, с. 56]. У наукових дослідженнях страховий поліс (свідоцтво) пропонується визначати також як письмовий документ, що видається страховиком у відповідь на усну чи письмову заяву страхувальника,

містить всі істотні умови договору страхування, регулює відносини між страховиком і страхувальником та з достовірністю свідчить про наявність договірних зв'язків між ними [11, с. 5].

Проаналізувавши зміст ст. 18 Закону України «Про страхування», можна прийти до висновку, що законодавець певною мірою ототожнює поняття договору страхування і страхового полісу. Оскільки, законодавче визначення страхового полісу (свідоцтва) відсутнє, а також, якщо страховий поліс є формою договору страхування, то його можна вважати тим самим договором страхування.

Проте, в юридичній літературі часто трапляється твердження, що страховий поліс не є договором страхування, а лише підтверджує його укладення [178, с. 414]. Так, страховим полісом, у першу чергу, є документ, підписаний тільки страховиком. Проте існують страхові поліси, на яких крім підпису страховика є підпис страхувальника про те, що Правила страхування йому вручені і він зобов'язується їх дотримуватися. У цьому випадку такий страховий поліс всеодно вважається односторонньо підписаним страховиком, оскільки наявність на ньому підпису страхувальника підтверджує лише його згоду з Правилами страхування, а не з договором в цілому [119, с. 368].

Правила страхування – це документ, що регулює організаційні, фінансові, правові та інші відносини між страховиком та страхувальником при укладенні договорів конкретного виду страхування. Правила містять характеристику певного виду страхування, який страховик вправі здійснювати на підставі цих правил страхування згідно з отриманою ним ліцензією [176, с. 47].

На нашу думку, найбільш правильною є та точка зору, згідно з якою правове значення страхового поліса

(свідоцтва) полягає в тому, що даний документ поєднує в собі значення документа, який відповідно до вимог законодавства надає договору письмової форми, висловлює згоду страхувальника на пропозицію страховика укласти договір і є доказом укладення страхового договору, тобто засвідчує факт страхування за договором та містить зобов'язання страховика здійснити страхувальнику у разі настання страхового випадку визначену умовами договору медичного страхування страхову виплату. Для того щоб страхове свідоцтво (поліс, сертифікат) мало силу договору, воно має містити всі істотні умови договору медичного страхування. Іншими словами, страховий поліс є особливою письмовою формою договору медичного страхування та повинен містити всі істотні умови договору медичного страхування.

Для отримання страхової виплати страхувальник пред'являє страховикові страховий поліс, який може бути іменним та на пред'явника, проте дана обставина не перетворює його у цінний папір, оскільки страховий поліс не дає його власнику права вимагати виконання того, що в ньому зазначено, а цінний папір, навпаки, дає право вимагати виконання тільки того, що в ньому буквально зазначено [119, с. 369].

Страховий поліс є виключною приналежністю страхової вимоги: папір слідує за вимогою, а не вимога за папером, як це має місце в цінних паперах. Не є страховий поліс цінним папером і в тих випадках, коли він складений на пред'явника. Таким чином, про страховий поліс можна говорити як про документ, який посвідчує особистість страхувальника (вигодонабувача, застрахованої особи) перед страховиком для отримання страхових виплат [5, с. 36].

Керуючись ст. 16 ЗУ «Про страхування» договір медичного страхування повинен містити: назву документа;

назву та адресу страховика; прізвище, ім'я, по батькові або назву страхувальника та застрахованої особи, їх адреси та дати народження; зазначення предмета договору медичного страхування; розмір страхової суми та (або) розміри страхових виплат за договором медичного страхування; перелік страхових випадків; розміри страхових внесків (платежів, премій) і строки їх сплати; страховий тариф; строк дії договору; порядок зміни і припинення дії договору; умови здійснення страхової виплати; причини відмови у страховій виплаті; права та обов'язки сторін і відповідальність за невиконання або неналежне виконання умов договору; програму медичного страхування, яка передбачає види та обсяги медичних послуг, та перелік медичних установ; інші умови за згодою сторін; підписи сторін.

Договір медичного страхування набирає чинності з моменту внесення першого страхового платежу, якщо інше не передбачено договором медичного страхування.

Отже, договір медичного страхування укладається шляхом видачі страховиком страхувальникові страхового свідоцтва (поліса, сертифіката), що є особливою письмовою формою договору медичного страхування та повинен містити всі істотні умови договору медичного страхування.

2.2. Цивільно-правова характеристика ризику у договорі медичного страхування

Юридична енциклопедія дає визначення ризику, під яким розуміють небезпечність виникнення непередбачуваних втрат очікуваного прибутку, доходу, майна, коштів у зв'язку з випадковою зміною умов економічної діяльності, несприятливими обставинами або дією непереборної сили; ступінь ймовірності певної

негативної події, яка може відбуватися у певний час або за певних обставин, тобто можлива подія, поява якої має ймовірний і випадковий характер та зумовлює небажані наслідки для учасника відповідних правовідносин [232, с. 317-318].

В науці цивільного права дослідженням поняття «ризик» займалися багато вчених-цивілістів, проте єдиного однозначного підходу до визначення даного поняття, встановлення його співвідношення з суміжними цивільно-правовими конструкціями розроблено так і не було.

У своєму дисертаційному дослідженні І. В. Волосенко вказує на суб'єктивно-об'єктивну природу ризику, що передбачає свідоме припущення настання ймовірних шкідливих чи інших небажаних наслідків і незалежну від суб'єктивних підстав нормативно закріплену можливість виникнення обов'язку щодо усунення зазначених наслідків [41, с. 5]. На думку М. М. Великанової, ризику притаманні як об'єктивні, так і суб'єктивні ознаки. До об'єктивних належить результат (наслідок дії, події) та ймовірний характер настання такого результату (наслідку), невизначеність. До суб'єктивних – усвідомлення факторів ризику, визначення ступеня ймовірності та рівня ризику, передбачення можливих результатів своєї діяльності (інтелектуальний критерій), що є суб'єктивним сприйняттям ризику, та вибір варіанта поведінки у конкретній ситуації (вольовий критерій) як альтернативність [32, с. 107].

З поміж усіх цивільно-правових інститутів саме в договірних відносинах зі страхування ризик набуває істотного значення. Так, В. І. Серебровський, найбільш характерною ознакою страхових правовідносин називав саме їх ризиковий характер [178, с. 346].

Ризик, як передумова виникнення страхових правовідносин, вказує на наявність страхового інтересу і

визначає межі страхового захисту. Фактор ризику і необхідність захисту від його наслідків викликають потребу в страхуванні. Так, вступаючи у страхові відносини, страхувальник зацікавлений убезпечити себе від ризику настання певних подій, пов'язаних зі здоров'ям.

Як ми уже раніше зазначали, договір медичного страхування належить до числа алеаторних (ризикових) договорів, з огляду на значення ризику.

І. С. Тімуш вважає, що ризиковими (алеаторними) договорами є правочини із зниженим ступенем вірогідності очікуваного зустрічного виконання зобов'язання, в яких розмір чи саме існування зустрічного надання поставлено в залежність від настання випадкової обставини, включеної до умов зазначених договорів, що спричиняється незбалансованістю прав і обов'язків зі ступенем їх правового захисту, іншими нетиповими умовами виконання зазначених зобов'язань [195, с. 7].

Ризик є невід'ємною складовою договорів страхування як загалом, так і договору медичного страхування зокрема, і розглядається як основа страхового договору, мета укладення якого полягає в усуненні або зменшенні наслідків страхового випадку.

Страховик не знає, чи буде він здійснювати страхову виплату за договором, чи ні, не знає також ні суми, ні часу платежу. Ризик несе і страхувальник, який, сплачуючи страховий платіж, невпевнений чи отримає він страхову виплату.

Серед науковців немає однозначного тлумачення сутності ризику. Поняття «страховий ризик» вживається в різних значеннях, що пов'язано з багатогранністю самого явища.

У загальному вигляді ризик являє собою можливість заподіяння збитків чи шкоди, що виникають унаслідок

небажаних подій, які загрожують об'єкту страхування і на випадок настання яких сторони укладають договір [188, с. 5]. На думку О. В. Гринюк, ризик – це небезпека виникнення несприятливих наслідків, відносно якої невідомо, настане вона чи ні [57, с. 7].

І. В. Волосенко пропонує розглядати поняття юридичного ризику в широкому та вузькому (власному) розумінні. Юридичний ризик у цивільному праві у широкому розумінні є різновидом юридичної презумпції, що полягає в можливості настання збитків або набуття благ від дійсної небезпеки або в надії на дію випадку, включену до умов цивільного зобов'язання чи професійної діяльності як юридичний факт (їх сукупність), що може настати або не настати. Юридичний ризик у цивільному праві у вузькому (власному) розумінні розглядається як можливе заподіяння шкоди приватній особі в результаті настання певної небезпеки, з урахуванням ймовірності заподіяння шкоди в результаті впливу небезпеки для немайнової шкоди або розподілу ймовірностей заподіяних збитків майнової шкоди [41, с. 6-7].

Іншу позицію щодо визначення поняття ризику дотримується Є. Є. Єгорова, яка стверджує, що «ризик – це ситуація, котра пов'язана з наявністю вибору із запропонованих варіантів, шляхом оцінки ймовірності настання ризикової ситуації, що може викликати як позитивні, так і негативні наслідки» [174, с. 36-37].

Ризик – це завжди суб'єктивне ставлення до результату, оскільки негативний чи позитивний результат, котрий не стосується суб'єкта, перестає бути для нього ризиком. Як було вже зазначено, ризик виникає з будь-яких правовідносин, до яких вступає суб'єкт і саме тому результат цих правовідносин має значення тільки для цього суб'єкта.

Слушне визначення поняття «ризик», в якому знаходять своє відображення вище зазначені його характерні риси, висловлює Р. Б. Сабодаш, який зазначає, що ризик – це юридична категорія, що передбачає суб'єктивне ставлення особи до результатів об'єктивних явищ, котрі виникають, тривають та припиняються незалежно від волі суб'єкта, що виражається у свідомому розумінні ймовірності настання негативних наслідків, і (або) бажанні отримання позитивного результату [174, с. 42].

На основі наведених тверджень можна зробити висновок, що у ризику завжди присутня невизначеність. Ризик є переважно ймовірністю настання певного наслідку, і не обов'язково цей наслідок буде негативним.

В науці цивільного права щодо визначення поняття «ризик» сформувався концепція суб'єктивного ризику. Переважна більшість вчених розглядає ризик як прояв суб'єктивного права, що формується у специфічних обставинах, як психологічне ставлення суб'єкта до результату власних дій чи дій інших осіб [111, с. 75].

В межах цієї концепції В. А. Ойгензихт та С. М. Братусь розглядали категорію юридичного ризику, прив'язуючи її до поняття безвинної відповідальності. В. А. Ойгензихт стверджував, що ризик існує паралельно з виною, але може існувати і разом з нею як психічне ставлення суб'єкта до результату власних дій чи дій інших осіб, а також до результату об'єктивно-випадкових дій та випадково-неможливих подій, що виражається у свідомому розумінні настання негативних (і майнових зокрема) наслідків [222, с. 106].

Прихильником концепції суб'єктивного ризику є й Р. Б. Сабодаш, який вважає, що ризик – це юридична категорія, що передбачає суб'єктивне ставлення особи до результатів об'єктивних явищ, які виникають, тривають та

припиняються незалежно від волі суб'єкта, що виражається у свідомому розумінні ймовірності настання негативних наслідків і (або) бажанні отримання позитивного результату. Ризик – це завжди суб'єктивне ставлення до результату, адже ризик, який не стосується суб'єкта, перестає бути для нього ризиком [173, с. 8].

На думку М. В. Мниха, про ризик йдеться лише тоді, коли є відхилення між запланованими та реальними результатами. Таке відхилення може бути позитивним та негативним. Негативне відхилення буває при несприятливому результаті. Позитивне відхилення виникає тоді, коли фактичний результат виявляється вагомішим ніж очікується. Так, автор вважає, що можливість негативного відхилення від запланованого фактичного результату, тобто небезпека небажаного наслідку, називається «ризиком». Ймовірність позитивного відхилення при вихідних заданих параметрах на одну задану подію визначається як «шанс» [174, с. 38].

Протилежною суб'єктивній концепції є концепція об'єктивного ризику. Прихильники даної концепції одноголосно ототожнюють термін «ризик» із «несприятливими наслідками». Ризик – це завжди небезпека настання несприятливих наслідків (майнового чи особистого немайнового характеру), відносно яких невідомо, настануть вони чи ні.

Суть концепції об'єктивного ризику полягає у тому, що ризиком визнається об'єктивна і невідворотна небезпека у вигляді нормативно закріпленої ймовірності настання певних негативних наслідків і заподіяння шкоди благам та інтересам. Ризик існує незалежно від волі людини та психічного ставлення її до можливого настання несприятливих наслідків, до своїх дій чи дій інших осіб [222, с. 107].

На основі позицій двох вище зазначених концепцій ризику у цивілістичній науці обґрунтовано дуалістичну (компромісну) за своїм характером концепцію ризику.

Дуалістична концепція ризику об'єднує в собі суб'єктивний та об'єктивний підходи щодо його розуміння. Ризик пов'язаний із вибором альтернативи, розрахунком ймовірності зробленого вибору – в цьому проявляється його суб'єктивна сторона. Але разом з тим, ризик можна розглядати і як об'єктивну категорію, оскільки він може породжуватися і такими процесами, які не залежать від волі людини і мають зовнішній щодо її діяльності характер [222, с. 107].

І. В. Волосенко у своєму дисертаційному дослідженні обґрунтовує неприпустимість розуміння ризику лише в одному аспекті (суб'єктивному чи об'єктивному), оскільки юридичний ризик в одних випадках є суб'єктивним, а в інших – об'єктивним, що обумовлено суб'єктивними або об'єктивними підставами юридичних фактів, виникнення яких обумовлює настання передбаченого ризиком певного ймовірного небажаного результату. Ризик має суб'єктивно-об'єктивну природу, оскільки містить у собі як об'єктивні, так і суб'єктивні елементи, у зв'язку з цим має розглядатися як можливість свідомого вибору особою певного варіанта поведінки з урахуванням об'єктивної та невідворотної небезпеки, яка загрожує цивільним правам та інтересам, та можливих наслідків ймовірного характеру [41, с. 7].

Проаналізувавши різні позиції вчених-цивілістів щодо сутності поняття «ризик», ми погоджуємося з думкою Р. Б. Сабодаша, що не варто стверджувати, що «ризик» завжди має негативний та несприятливий наслідок чи суб'єкт завжди очікує саме такого наслідку. Адже наслідок може бути як негативним, так і позитивним. Також, слід зазначити, що очікування позитивного

наслідку і є мотивом до вчинення дій, які можуть мати негативний характер для суб'єкта ризику. Такий мотив (очікування позитивного для себе наслідку) спостерігається у кожній ризиковій ситуації і фактично є стимулом для суб'єкта ризикової ситуації, що змушує суб'єкта вчиняти дії, які можуть мати негативний для нього наслідок, а отже, і є необхідною ознакою цивільно-правового ризику.

Особливого значення терміну «страховий ризик» надавав В. І. Серебровський, який визначив його як небезпеку або можливість настання страхового випадку [119, с. 166]. На думку С. Пилипенко, страховий ризик – це ймовірність настання певної події, у зв'язку з якою провадиться страхування. Страховий ризик повинен вживатися виключно для позначення небезпек та випадковостей, з настанням яких чинне законодавство України і правила страхування пов'язують здійснення страховиком відповідних виплат [141, с. 46, 48].

У свою чергу, І. В. Волосенко під страховим ризиком розуміє притаманну всім видам страхового правовідношення визначеного ступеня (обсягу) ймовірну і випадкову можливість настання страхового випадку [41, с. 6].

Страховий ризик – це можливість настання страхового випадку, тобто передбаченої договором страхової події, що викликала заподіяння шкоди або витрати, на відшкодування яких повинна бути виплачена повністю чи частково страхова сума. В. І. Серебровський вважав, що ризик може розглядатися не лише як подія, від настання якої залежить виконання страховиком свого основного зобов'язання – сплатити страхове відшкодування, а й можливість або ймовірність настання події, що загрожує особі [43, с. 51].

Більш змістовно суть цього терміну зазначає В. В. Луць, який під страховим ризиком розуміє ймовірність настання певної події, у зв'язку з якою проводиться страхування. Таким чином, страховий ризик – це ймовірність (або небезпека) настання події, на випадок якої проводиться страхування, тобто це ті небезпеки, що загрожують об'єкту страхування і на випадок настання яких сторони укладають договір [43, с. 51].

На думку М. М. Великанової, ризик необхідно розглядати як універсальну категорію, що має об'єктивно-суб'єктивні ознаки, до яких відносяться: результат (наслідок дії, події); ймовірний характер настання такого результату (наслідку), невизначеність; усвідомлення факторів ризику, визначення ступеня ймовірності та рівня ризику, передбачення можливих результатів своєї діяльності (інтелектуальний критерій), що є суб'єктивним сприйняттям ризику, та вибір варіанта поведінки у конкретній ситуації (вольовий критерій) як альтернативність [32, с. 126-127].

Відповідно до ч. 1 ст. 8 ЗУ «Про страхування» страховий ризик – це певна подія, на випадок якої проводиться страхування і яка має ознаки ймовірності та випадковості настання. Тобто у законодавстві ризик позначається як передбачувана подія, на випадок настання якої здійснюється медичне страхування. У зв'язку з цим до страхових ризиків не можуть бути віднесені як події, які мають відбутися неминуче або у точно зазначений час, так і події, які, навпаки, відбутися не можуть. Страховий ризик не повинен бути неминучим і невідворотним.

На основі дослідження сутності ризику, проаналізуємо характерні ознаки страхового ризику:

1) Невизначеність страхового ризику – полягає у недостатній забезпеченості процесу прийняття певних рішень та знаннями стосовно певної проблемної ситуації.

Так, завжди існує ризик померти чи ризик хвороби, але коли саме смерть чи хвороба буде мати місце залишається невідомим.

Невизначеність у суспільних відносинах пояснюється різноманітними причинами, зокрема, це може бути відсутність вичерпної інформації, наявність впливу суб'єктивних чинників на результати аналізу ризикової ситуації, нестабільність зовнішнього середовища діяльності суб'єкта, яка може включати в себе чинники як правового, так і не правового характеру [138, с. 88].

Окрім цього, німецька теорія страхового права, вважає важливим для визнання ризику «невизначеним» не «об'єктивну» невизначеність, а невизначеність «суб'єктивну». Тобто достатньо, щоб сторони вважали настання страхового випадку неминучим, і принаймні, для них залишався невідомим час настання ймовірного негативного наслідку [174, с. 41].

2) Ймовірність, як наступна ознака страхового ризику, означає можливість настання передбаченої договором медичного страхування події.

Як зазначає Р. А. Майданик, ймовірність покладена в основу поняття невизначеності, якою вважається ситуація, коли настання подій дуже ймовірне і може бути оцінене кількісно. При цьому ймовірність розуміється як числова характеристика ступеня можливості виникнення будь-якої визначеної події за тих чи інших визначених умов, здатних повторюватися необмежену кількість разів [111, с. 63].

Якщо настання тієї чи іншої події абсолютно виключене, то, відповідно, ризику не існує, і в цьому випадку й укладення договору медичного страхування не повинно мати місце.

Якщо ж передбачена договором подія має неминуче відбутися, незалежно від бажання сторін, то і в цьому

випадку укладання договору страхування буде суперечити його правовій природі [76, с. 236].

Відповідно до п. 1 ч. 2 ст. 29 ЗУ «Про страхування», якщо договір медичного страхування було укладено після настання страхового випадку, такий договір визнається судом недійсним.

Таким чином, з огляду на передбачену законодавством ознаку ймовірності, до страхових ризиків можуть належати як обставини, про які невідомо, настануть вони чи ні, так і обставини, настання яких неминуче, але невідомий момент їх настання. Неможливість настання страхового випадку викликає неможливість виконання страхового зобов'язання.

3) Випадковість страхового ризику, як ознака, яка закріплена законодавцем, полягає в тому, що подія, яка передбачається договором медичного страхування, повинна бути випадковою, тобто її настання не повинно пов'язуватися з поведінкою учасників страхових правовідносин.

К. Г. Воблій випадковий ризик пояснював як щось, що можна добре розуміти, причини чого можна точно знати, але настання чого не можна передбачити і спрямувати за власним бажанням [37, с. 34]. Тобто випадковість страхового ризику, в першу чергу, означає, що настання певної події не має залежати від волевиявлення учасників договірних страхових відносин. У зв'язку з цим однією із підстав відмови страховика від здійснення страхової виплати є навмисні дії страхувальника (застрахованої особи), спрямовані на настання страхового випадку, або вчинення страхувальником навмисного злочину, що прямо веде до настання страхового випадку (п. 1 ч. 1 ст. 26 ЗУ «Про страхування»).

Твердження про те, що подія, яка відбулася з вини страхувальника, не може бути страховим випадком, оскільки не є випадковою, висловлювали В. І. Серебровський, В. А. Ойгензіхт і Ш. М. Менглієв, які досліджували взаємозв'язок ризику, волі і провини, дійшовши висновку, що винна поведінка виключає ризик [119, с. 169]. Тобто ознака випадковості, яка необхідна і в медичному страхуванні, має місце лише тоді, коли страховий випадок настає за відсутності вини страхувальника (застрахованої особи) у його настанні.

Поняття випадковості настання страхової події є важливою ознакою медичного страхування, але це не означає, що будь-який випадок, що стався протягом строку дії договору медичного страхування, може бути визнаний страховим. Нерідко в правилах медичного страхування перераховуються події, що не визнаються страховими випадками, і, відповідно, ризики, пов'язані з ними, не визнаються страховими ризиками. Так, страховик не буде здійснювати страхову виплату за події, що були спричинені станом алкогольного сп'яніння, токсичним впливом транквілізаторів, трициклічних антидепресантів, снодійних, одурманюючих та наркотичних засобів, окрім випадків, якщо застосування застрахованою особою зазначених речовин було пов'язане з протиправними діями третіх осіб; прийомом медичних препаратів без призначення лікаря; самогубством або спробою вчинення самогубства з боку застрахованої особи, окрім випадків, якщо застрахована особа була доведена до такого стану протиправними діями третіх осіб тощо [144, с. 8].

Такі ознаки страхового ризику як ймовірність та випадковість виступають спонукальними мотивами для виникнення страхового медичного правовідношення, вони

зумовлюють потребу у страхуванні з метою захисту здоров'я особи.

4) Альтернативність страхового ризику – це така властивість ризику, що висуває як необхідну умову потребу в оцінюванні, управлінні чи виборі з кількох найбільш вигідних варіантів поведінки суб'єкта. Можливість оцінити наявні альтернативи та прийняти рішення – є неодмінною ознакою ризику, адже відсутність можливості вибору означає відсутність ризику, там, де немає вибору, ризикова ситуація відповідно не виникає.

5) Правомірність як ознака також притаманна страховому ризику. Так, у ст. 4 ЗУ «Про страхування» прямо заборонене страхування майнових інтересів, що суперечать законодавству України. Здійснення прав має бути у межах закону, тобто особиста свобода на обрання змісту договору обмежується публічними інтересами суспільства.

Страховий ризик тісно пов'язаний зі страховим інтересом особи. Інтерес виникає в ситуації, коли особі є можливим заподіяння шкоди, тоді як ризик – це і є можливе заподіяння шкоди. Інтерес і ризик взаємопов'язані між собою, оскільки там, де є інтерес, завжди є і ризик, і навпаки, там, де є присутнім ризик, завжди є й інтерес.

При застосуванні поняття «інтерес» основний акцент робиться на можливій шкоді, тобто, інтерес, пов'язаний з можливими витратами на медичну допомогу, у свою чергу, при застосуванні поняття «ризик» увага акцентується на небезпеці, наприклад, ризик захворювання [119, с. 173]. Тобто для ризику важливою є небезпека (подія), внаслідок якої може бути заподіяна шкода. Саме від небезпеки залежить характер ризику. Для інтересу ж має значення саме можливість заподіяння шкоди, причому неважливо, в результаті чого вона може

бути завдана. Наприклад, інтерес у збереженні здоров'я не залежить від того, якою небезпекою воно може бути втрачено: захворюванням, нещасним випадком або злочинном.

Небезпека, яка загрожує особі, повинна існувати на момент укладення договору медичного страхування, або повинна існувати імовірність настання такої небезпеки у майбутньому.

Також, небезпека, яка зазначається у договорі медичного страхування, повинна бути незалежною від волі страхувальника, оскільки небезпека – це можливість настання випадкової, а не навмисної події. З умовами визначення небезпеки і пов'язана специфіка страхового ризику. При укладенні договору медичного страхування необхідно встановити не лише саму небезпеку, але і її обсяг, оскільки страхувальник повинен точно знати всі умови ризику, який він приймає на себе.

Обсяг небезпеки визначається шляхом покладення на страхувальника обов'язку встановлення обсягу небезпеки. Зокрема, у ст. 21 ЗУ «Про страхування» передбачено, що при укладанні договору страхування страхувальник зобов'язаний надати інформацію страховикові про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, і надалі інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику. Обсяг ризику враховується страховиком як при вирішенні питання про укладення договору медичного страхування, так і при відмові від його укладення. При оцінці можливих наслідків страхового ризику в медичному страхуванні вирішальне значення має фактичний стан здоров'я страхувальника або застрахованої особи.

Страховий ризик, який покладено в основу договору медичного страхування, може згодом змінитися. Так, ЗУ «Про страхування» у п. 2 ч. 1 ст. 21 передбачено, що

страхувальник зобов'язаний і після укладення договору страхування інформувати страховика про будь-які зміни страхового ризику. У цьому випадку у страховика, який був повідомлений про зміну страхового ризику, виникає право вимагати відповідної зміни умов договору медичного страхування або сплати страхувальником додаткового страхового платежу у разі збільшення страхового ризику. Однак зазначені наслідки можуть настати лише за згодою страхувальника.

Виконання зазначеного обов'язку ґрунтується на притаманному страховому праву принципі найвищої довіри сторін (або максимальної сумлінності), згідно з яким ні страхувальник, ні страховик не мають права приховувати один від одного ту чи іншу інформацію, що стосується об'єкта страхування [42, с. 121].

Таким чином, у відносинах медичного страхування завжди присутні обидві складові, як страховий ризик, так і страховий інтерес, які описують різні сторони фактичних відносин, що виникають у зв'язку з можливим заподіянням шкоди.

Страховий ризик означає не лише ймовірність та випадковість настання певної події, у разі якої страховик згідно з умовами страхування зобов'язаний здійснити страхову виплату страхувальникові, а й можливість невігідних економічних наслідків від настання в майбутньому невідомої на момент укладення договору медичного страхування події. У зв'язку з цим універсальним і структурованим за складовими ризику є його визначення як комбінації трьох елементів: певної події, її ймовірності та наслідків, оскільки: 1) будь-який ризик можливий лише за певної події; 2) повинна мати місце ймовірність виникнення події; 3) із настанням події мають настати наслідки як негативного, так і позитивного характеру [38, с. 137].

Н. Б. Пацурія вважає, що елементами страхового ризику є: подія, що завдає шкоду, на випадок якої провадиться страхування і яка має характеризуватися випадковістю і ймовірністю настання; несприятливі наслідки від настання вказаної події; несприятливі наслідки мають перебувати у прямому причинному зв'язку з подією, що завдає шкоду [136, с. 118].

Оскільки при медичному страхуванні виконання страхового зобов'язання пов'язано з особистістю або з обставинами життя застрахованої особи, то ступінь і умови виконання цього зобов'язання залежать від віку, стану здоров'я застрахованої особи, а також від обставин її життя. З огляду на це, існує практика відмови страховика від надання страхового захисту при укладанні договору медичного страхування для певних категорій страхувальників (застрахованих осіб) – інвалідів (як правило, І групи), хворих на деякі захворювання (наприклад онкологічні захворювання, хронічний алкоголізм, наркоманія тощо) або осіб, що досягли певного віку (наприклад 75 років). Ці особи продовжують мати законний страховий інтерес щодо свого здоров'я, але не можуть його застрахувати. В даній ситуації ступінь страхового ризику для цих категорій осіб значно вищий, ніж для здорових молодих людей.

Варто зазначити, що страховий ризик відрізняється від страхового випадку. Страховий ризик є подією, настання якої лише передбачається у майбутньому, тоді як страховий випадок – це подія, яка уже настала і яка викликала обов'язок страховика здійснити страхову виплату.

Страхувальник страхує свій страховий інтерес від ймовірного ризику, який може бути відбутися, а може і не відбутися через певний страховий випадок. Аналізуючи страховий ризик, йдеться про можливу небезпеку і

передбачуване заподіяння нею шкоди, страховий випадок настає, коли небезпека вже виникла і шкода нею вже завдана. Тобто, можна зробити висновок, що страховий випадок реалізується через страховий ризик.

На думку Н. В. Міловської, юридично значущими для страхування є такі три складові елементи страхового ризику, а відтак і страхового випадку як реалізованого страхового ризику: 1) подія, на випадок якої здійснюється страхування і яка характеризується випадковістю і ймовірністю настання; 2) несприятливі наслідки від настання передбаченої договором страхування події; 3) безпосередній причинний зв'язок між подією та несприятливими наслідками. Тільки за наявності усіх складових елементів страхового ризику виникає обов'язок страховика здійснити страхову виплату (страхове відшкодування) [119, с. 179].

Зважаючи на причинний зв'язок між подією та несприятливими наслідками, у договорах медичного страхування завжди вказуються ризики, щодо яких здійснюється страхування, і події, при заподіянні шкоди якими страховик не зобов'язується здійснювати страхову виплату, наприклад медичне страхування на випадок захворювання, але виключаючи онкологічні захворювання, психоневрологічні розлади, туберкульоз тощо.

Для того щоб встановити, чи відбувся страховий випадок і чи зобов'язаний страховик здійснити страхову виплату, необхідно з'ясувати чи є подія, на випадок настання якої здійснюється медичне страхування, безпосередньою причиною шкоди.

Зважаючи на все вищесказане, страховий ризик можна визначити як певну подію ймовірного та випадкового характеру, на випадок настання негативних наслідків якої здійснюється страхування.

Таким чином, існування будь-якого страхового правовідношення без страхового ризику є неможливим. Страховий ризик – окремий вид ризику, специфіка якого зумовлена сутністю страхових зобов'язань. Страховий ризик є передумовою виникнення страхового правовідношення і визначає можливість його здійснення. Саме через можливість настання страхового випадку учасники страхового правовідношення знаходяться в стані ризику. Ризик щодо здоров'я зумовлює страховий інтерес особи, що полягає в об'єктивній потребі забезпечити об'єкт страхової охорони компенсаційними механізмами.

2.3. Сторони договору медичного страхування, їх права та обов'язки

Визначальною ознакою для кваліфікації учасника цивільних правовідносин як сторони договору слід вважати реалізацію його волі у правовідношенні [31, с. 77]. З моменту укладення договору, учасник цивільних правовідносин стає стороною договірною правовідношення та іменується відповідно до положень закону.

В теорії зобов'язального права прийнято іменувати сторін договору про надання послуг як виконавець та замовник. Зважаючи на те, що ЦК України не містить ніяких обмежень щодо суб'єктного складу договорів про надання послуг, його сторонами слід вважати як фізичних, так і юридичних осіб – учасників цивільних правовідносин. Проте, спеціальний суб'єктний склад (юридичні особи чи фізичні особи, що займаються підприємницькою діяльністю, окремі особи, наділені професійними знаннями в договорах про надання послуг) цього договору може передбачатися окремо законом або впливати з характеру послуги [192, с. 6].

Визначення особливостей суб'єктного складу договору медичного страхування є одним із найважливіших питань.

Як впливає зі змісту ст. 984 ЦК України та положень ст. 16 ЗУ «Про страхування», сторонами договору медичного страхування є страховик та страхувальник. Окрім сторін, суб'єктами правовідносин медичного страхування є медичні установи та можуть виступати застраховані особи.

Страховик та страхувальник виступають основними учасниками страхових відносин. Вони беруть безпосередню участь у виникненні, зміні або припиненні правовідносин з медичного страхування. Участь інших учасників залежить від волевиявлення саме страховика та/або страхувальника, а також відповідно до положень чинного законодавства України.

Взаємовідносини між страховиком та страхувальником у договірних відносинах страхування мають дворівневу структуру. По-перше, загальні умови страхування містяться в правилах страхування. По-друге, конкретні (безпосередні) його умови визначаються при укладенні договору страхування відповідно до діючого законодавства. При укладенні договору страхування сторони мають право самостійно визначати його умови (зміст), але не допускати істотної зміни положень, що містяться в правилах страхування [119, с. 211].

Для того, щоб відповідні особи могли взяти участь у страхових правовідносинах, вони повинні мати таку юридичну ознаку як правосуб'єктність, яка розглядається як соціально-правова можливість особи бути учасником цивільно-правових відносин, що забезпечується та гарантується державою [77, с. 127].

Одним із обов'язковим учасником договірних відносин медичного страхування є страховик.

ЦК України у ч. 1 ст. 984 визначає страховика як юридичну особу, спеціально створену для здійснення страхової діяльності та яка одержала у встановленому порядку ліцензію на здійснення страхової діяльності. Також, як випливає зі змісту ст. 16 ЗУ «Про страхування», страховик – це сторона договору страхування, що бере на себе зобов'язання здійснити страхову виплату при настанні страхового випадку.

Відповідно до положень ЗУ «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг» [159], а також ЗУ «Про страхування», страхові послуги повинні надаватися безпосередньо тією особою, якій таке право надано не договором, а законом, з урахуванням його вимог. У зв'язку з цим, страхування може здійснюватися виключно фінансовими установами, передбаченими ст. 2 ЗУ «Про страхування», які отримали ліцензію на право здійснення страхової діяльності. Особа набуває статусу фінансової установи після внесення про неї запису до відповідного державного реєстру. Вона отримує право на здійснення таких послуг лише після отримання відповідних ліцензій, які не можуть передаватися третім особам.

Відповідно до ст. 2 ЗУ «Про страхування» страховиками визнаються фінансові установи, які створені у формі акціонерних, повних, командитних товариств або товариств з додатковою відповідальністю і здійснюють страхову діяльність на підставі відповідної ліцензії. Підприємства, установи та організації не можуть стати страховиками шляхом внесення змін до статутних документів за умови, що вони попередньо займалися іншим видом діяльності.

Поряд з терміном «страховик» на практиці часто трапляється й термін «страхова компанія». Згідно ст. 2 ЗУ «Про страхування» слова «страховик», «страхова

компанія», «страхова організація» та похідні від них дозволяється використовувати у назві лише тим юридичним особам, які мають ліцензію на здійснення страхової діяльності.

Відповідно до ст. 91 ЦК України юридична особа може мати такі самі цивільні права та обов'язки (цивільну правоздатність), як і фізична особа, крім тих, які за своєю природою можуть належати лише людині, тобто вона, як зазначає В. І. Борисова, здатна мати загальну (універсальну) правоздатність [15, с. 28]. У той же час для юридичних осіб, які здійснюють виключні види діяльності за відсутності можливості займатися іншими видами діяльності, характерною є спеціальна правоздатність [212, с. 129-130].

В. В. Надьон зазначає, що при визначенні спеціальної правосуб'єктності встановлюється спеціальний спектр суб'єктивних прав та обов'язків, які покладаються на певну категорію осіб відповідно до установчих документів, а також відповідно до норм чинного законодавства [125, с. 117]. Так, у сфері договірних страхових правовідносин надання страхових послуг вимагає спеціальних професійних знань, а тому здійснюється спеціалізованою професійною страховою організацією.

Для здійснення діяльності зі страхування страховик повинен одержати ліцензію у встановленому законом порядку. На думку А. В. Зеліско, правоздатність юридичної особи як абстрактна можливість набувати права і обов'язки виникає з моменту її державної реєстрації, а дієздатність набувається лише через механізм легалізації та має перманентний характер. Авторка наголошує, що ліцензування впливає не на правоздатність, а на обсяг дієздатності юридичної особи [77, с. 144].

Тобто у договірних відносинах медичного страхування на стороні страховика може бути тільки та юридична особа, яка наділяється можливістю здійснення нею страхової діяльності лише після одержання спеціального дозволу (ліцензії), що свідчить про наявність у юридичних осіб – страховиків спеціальної правосуб'єктності. Спеціальна правосуб'єктність визначає наявність у страховика не лише статусу юридичної особи, а й статусу фінансової установи відповідно до ст. 2 ЗУ «Про фінансові послуги та державне регулювання ринку фінансових послуг».

Порядок ліцензування страховика здійснюється відповідно до ЗУ «Про ліцензування видів господарської діяльності» [155] та Постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з надання фінансових послуг (крім професійної діяльності на ринку цінних паперів)» [153].

Відповідно до ч. 2 ст. 38 ЗУ «Про страхування» існує чіткий поділ страховиків на тих, які отримали ліцензію на страхування життя, і тих, які займаються іншими видами страхування, в тому числі і здійснення медичного страхування. Страховики, які отримали ліцензію на провадження страхової діяльності із страхування життя, не мають права займатися іншими видами страхування.

Варто зазначити, що такий поділ страхових організацій відповідає міжнародному досвіду і свідчить про їх чітку спеціалізацію з виділенням страховиків «Life assurance» і «Non-life» або «General insurance» [119, с. 218].

Страховик має право здійснювати ті види страхування, які вказуються в ліцензії. ЗУ «Про ліцензування видів господарської діяльності» у п. 5 ст. 1 закріплює, що ліцензія – це запис у Єдиному державному реєстрі юридичних осіб, фізичних осіб-підприємців та

громадських формувань про рішення органу ліцензування щодо наявності у суб'єкта господарювання права на провадження визначеного ним виду господарської діяльності, що підлягає ліцензуванню. Згідно ст. 36 ЗУ «Про страхування» видача ліцензій страховикам на здійснення страхової діяльності та проведення перевірок їх відповідності виданій ліцензії здійснюється уповноваженим органом, яким є Національна комісія, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг.

Страхова діяльність в Україні провадиться страховиками – резидентами України, які повинні мати у своєму складі не менше трьох учасників. Предметом безпосередньої діяльності страховика може бути лише страхування, перестраховання і фінансова діяльність, пов'язана з формуванням, розміщенням страхових резервів та їх управлінням.

ЗУ «Про страхування» також передбачає певні умови забезпечення платоспроможності страховиків, а саме, мінімальний розмір статутного фонду (гарантійного депозиту) страховика, який займається видами страхування іншими, ніж страхування життя, встановлюється у сумі, еквівалентній 1 млн євро, а страховика, який займається страхуванням життя, 10 млн євро за валютним обмінним курсом валюти України.

Відповідно до ст. 28 ЗУ «Про страхування» у разі ліквідації страховика договір медичного страхування припиняється. Реорганізація страховика не тягне за собою таких наслідків. Відповідно до Положення «Про особливості забезпечення правонаступництва за укладеними договорами страхування у разі реорганізації страховиків» [143], перехід до страховиків- правонаступників майна, прав та обов'язків страховиків, що реорганізуються, не потребує додаткового

оформлення відносин зі страхувальниками за укладеними договорами. За бажанням страхувальників договори страхування можуть бути переукладеними в порядку, установленому чинним законодавством України.

На основі аналізу норм ЗУ «Про страхування», можна зазначити, що загальними вимогами до страховиків, які здійснюють медичне страхування, є:

а) створення страховика лише у визначеній організаційно-правовій формі (акціонерне, повне, командитне товариство або товариство з додатковою відповідальністю);

б) учасників страховика повинно бути не менше трьох;

в) наявність ліцензії на здійснення медичного страхування;

г) дотримання вимог щодо розміру та порядку формування статутного капіталу (умова забезпечення платоспроможності);

г) винятковість діяльності страховика (страхування, перестраховання і фінансова діяльність, пов'язана з формуванням, розміщенням страхових резервів та їх управлінням);

д) включення до переліку фінансових установ відповідно до ЗУ «Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг».

Підсумовуючи все сказане вище, страховика як сторону договору медичного страхування можна визначити як – юридичну особу, яка надає страхові послуги на підставі ліцензії, отриманої у встановленому законом порядку, бере на себе зобов'язання відповідно до умов договору медичного страхування за визначену винагороду здійснити страхувальнику або застрахованій особі страхову виплату внаслідок настання певної події (страхового випадку).

З моменту державної реєстрації страховика та видачі йому ліцензії на право здійснення медичного страхування у страховика виникає право- та дієздатність. Страховик наділений загальною правоздатністю юридичної особи зі спеціальним обсягом дієздатності як фінансової установи, оскільки саме отримання ліцензії надає можливість займатися страховою діяльністю, тобто своїми діями набувати права і нести обов'язки в процесі здійснення медичного страхування.

Другою стороною договору медичного страхування є страхувальник.

Відповідно до ст. 984 ЦК України та ст. 3 ЗУ «Про страхування» страхувальником визнаються юридичні особи, фізичні особи – підприємці та дієздатні фізичні особи, які уклали із страховиками договори страхування або є страхувальниками відповідно до законодавства України.

Однак, багато вчених висловлюють думку про те, що таке визначення страхувальника є надто вузьким, оскільки страхувальниками повинні визнаватися юридичні та фізичні особи, які мають страховий інтерес та володіють правосуб'єктністю [119, с. 226].

Можна виділити такі ознаки страхового інтересу страхувальника у договорі медичного страхування:

а) зацікавленість у збереженні об'єкта страхової охорони – здоров'я;

б) зацікавленість у ненастанні страхового випадку, а саме в тому, щоб в майбутньому не виникли витрати, пов'язані з відшкодуванням шкоди, заподіяної здоров'ю застрахованій особі за договором медичного страхування;

в) здійснення активних дій, спрямованих на отримання в майбутньому грошової компенсації для покриття випадкових витрат, шляхом укладення договору медичного страхування.

Для реалізації свого страхового інтересу страхувальнику надається право вибору страховика для укладання договору медичного страхування.

Положення ЗУ «Про страхування» визначають особливості заміни страхувальника – фізичної особи у разі його смерті, обмеження у дієздатності та визнання її недієздатною, а також припинення страхувальника – юридичної особи.

Відповідно до ст. 22 ЗУ «Про страхування» у разі смерті страхувальника – фізичної особи, який уклав договір медичного страхування на користь третіх осіб, його права і обов'язки можуть перейти як до цих осіб, так і до осіб, на яких відповідно до закону покладено обов'язки щодо охорони прав і законних інтересів застрахованих. При цьому, страховик або будь-хто із спадкоємців має право ініціювати переукладення договору медичного страхування. В інших випадках права та обов'язки страхувальника можуть перейти до третіх осіб лише за згодою страховика, якщо інше не встановлено договором медичного страхування.

У разі смерті страхувальника при укладенні договору медичного страхування на користь інших осіб, договір не припиняється, оскільки предметом страхування виступають майнові інтереси самої застрахованої особи. Тому ця особа може безпосередньо вступити у договір у якості страхувальника, набувши усіх прав та обов'язків правопередника. Якщо особа в силу різних обставин (вік, стан здоров'я, перебування під опікою тощо) не може вступити у договір, то правовим статусом страхувальника за даним договором можуть наділятися батьки, усиновителі, опікуни, піклувальники чи інші особи, які зобов'язані вживати заходів для охорони прав та інтересів такої особи. Відмова повнолітньої дієздатної особи, на користь якої укладено договір медичного страхування, від

набуття прав та обов'язків страхувальника за договором має тягнути припинення договору медичного страхування із наслідками, передбаченими законодавством.

Якщо юридична особа – страхувальник припиняється і встановлюються правонаступники, права та обов'язки страхувальника переходять до правонаступників (ст. 995 ЦК України, ст. 23 ЗУ «Про страхування»). Проте це правило поширюється на випадки, коли має місце припинення юридичної особи у формі реорганізації.

Особливості переходу прав та обов'язків з приводу договору медичного страхування страхувальника – юридичної особи, полягають у тому, що права та обов'язки за договором медичного страхування переходять до того правонаступника, до якого відповідно до документів про реорганізацію переходить страховий інтерес щодо якої виступав предметом договору медичного страхування. Ліквідація страхувальника – юридичної особи тягне за собою припинення договору медичного страхування.

З огляду на ризиковий (алеаторний) характер відносин медичного страхування на них істотно впливають юридичні факти щодо визнання фізичної особи недієздатною чи обмеження її у дієздатності.

Відповідно до ст. 996 ЦК України права та обов'язки страхувальника – фізичної особи за договором медичного страхування, яка визнана судом недієздатною, здійснюються опікуном з моменту визнання особи недієздатною.

Відповідно до ч. 1 ст. 24 ЗУ «Про страхування» ця норма викладена законодавцем у іншому вигляді, де зазначено, що права та обов'язки за договором страхування переходять до опікуна. Цю норму слід визнати недостатньо обґрунтованою, оскільки визнання фізичної особи недієздатною не має наслідком переходу її прав та обов'язків до інших осіб. Права та обов'язки за

договором залишаються за страхувальником, тільки зважаючи на цивільно правовий статус такої фізичної особи, вони здійснюються опікуном [68, с. 758].

В окремих випадках відповідно до ст. 35 ЦК України, за якою повна цивільна дієздатність може бути надана фізичній особі, яка досягла шістнадцяти років і працює за трудовим договором або бажає займатися підприємницькою діяльністю, така особа набуває повної цивільної дієздатності з моменту її державної реєстрації як суб'єкта підприємницької діяльності. З цього випливає, що страхувальником може виступати неповнолітня особа, яка у встановленому законом порядку набула весь обсяг цивільної дієздатності. Те ж саме можна вважати щодо такої підстави надання повної цивільної дієздатності, передбаченої ч. 1 ст. 35 ЦК України, як факт запису неповнолітньої особи матір'ю або батьком дитини.

Таким чином, від обсягу цивільної дієздатності фізичної особи залежить можливість її участі у договірних відносинах медичного страхування, які передбачають надання їй страхової послуги страховиком.

Лише фізична особа, яка наділена повним обсягом цивільної дієздатності, може здійснити укладення зі страховиком договору страхування і тим самим бути стороною даного договору як страхувальник [121, с. 90].

Якщо фізична особа – страхувальник під час дії договору медичного страхування за рішенням суду визнається обмежено дієздатною або недієздатною, її права та обов'язки страхувальника здійснюються відповідно за згодою піклувальника або опікуном. У якості застрахованої особи, визначеної страхувальником у договорі медичного страхування, може бути будь-яка фізична особа.

Підсумовуючи все сказане вище, можна визначити, що страхувальником є – юридична особа або дієздатна

фізична особа, яка уклала зі страховиком договір медичного страхування з метою страхового захисту страхових інтересів пов'язаних зі здоров'ям на свою користь чи на користь третіх осіб.

Страхувальник вправі укласти договір на користь третьої особи, майнові інтереси якої стають предметом договору медичного страхування. Відповідно до ст. 985 ЦК України страхувальник має право укласти із страховиком договір на користь третьої особи, якій страховик зобов'язаний здійснити страхову виплату у разі настання страхового випадку, який передбачений договором. У цьому випадку учасником страхових правовідносин виступає застрахована особа. Якщо страхувальник не укладає договір на користь третьої особи, то застрахованою особою вважається він сам.

Страхувальники можуть укладати із страховиками договори медичного страхування на користь третіх осіб (застрахованих осіб) лише за їх згодою. Застрахована особа повинна мати підстави побоюватися настання страхового випадку, результати якого можуть зачіпати її особисту сферу. Застраховані особи можуть набувати прав і обов'язків страхувальника згідно з договором медичного страхування. У такому випадку до договору медичного страхування додаються список застрахованих осіб та документи, які підтверджують згоду цих осіб на укладення договору медичного страхування.

Медичні установи як суб'єкти медичного страхування – це суб'єкти надання медичних послуг, які зареєстровані у встановленому порядку як суб'єкти господарської діяльності (юридичні та фізичні особи), які мають ліцензію на провадження діяльності з надання медичних послуг, тобто ліцензовані заклади охорони здоров'я всіх форм власності, медичні та фармацевтичні працівники, які здійснюють приватну практику, а також

інші юридичні особи і підприємці, що мають дозвіл на здійснення такого виду діяльності [187, с. 239].

Медичні установи зобов'язані надавати застрахованому медичні послуги в обсягах, видах, формах та на умовах, визначених відповідними стандартами лікування, які включені в програму медичного страхування, подавати звіт страховику про обсяги наданих медичних послуг застрахованій особі.

Страховики укладають із медичними установами договори про співробітництво щодо надання медичних послуг застрахованим особам відповідно до умов договору медичного страхування. Договір передбачає контроль за якістю надання медичних послуг відповідно до переліку, що гарантується програмою медичного страхування.

Страховик виступає посередником між страхувальником та медичним закладом. Він бере на себе зобов'язання не лише оплатити, а й організувати застрахованому одержання гарантованої договором медичної послуги. Відповідно, страхова компанія здійснює страхову виплату шляхом перерахунку вартості лікування на розрахунковий рахунок медичної установи на підставі виставлених останньою рахунків. При цьому страховик контролює не лише відповідність виставлених рахунків, передбачених договором переліку послуг, а й якість цих послуг, захищаючи в спірних ситуаціях страхувальника.

Отже, обов'язковими учасниками договірних відносин медичного страхування є його сторони – страховик і страхувальник, які мають бути наділені достатнім обсягом цивільної дієздатності для здійснення ними своїх прав та обов'язків за договором медичного страхування.

Договір медичного страхування повинен враховувати інтереси обох контрагентів – страховика і страхувальника. У межах будь-якого договору інтерес кожної сторони

може бути задоволений лише шляхом задоволення інтересу іншої сторони, що, в свою чергу, породжує загальний інтерес сторін до укладення договору і відповідно його належного виконання.

Відповідно до ч. 2 ст. 11 ЦК України договір є підставою виникнення цивільно-правового зобов'язання, «зміст якого розкривається через права та обов'язки його учасників, визначені умовами договору» [78, с. 29]. Саме погоджені умови договору визначають права та обов'язки учасників договірної зобов'язання. Зміст зобов'язання, яке виникає на підставі договору, залежить від особливостей конкретних договірних типів [81, с. 27].

Зміст договірної зобов'язання становить сукупність кореспондуючих прав та обов'язків сторін. Суб'єктивне право визначається як закріплена за особою і забезпечена покладеними обов'язками на інших осіб міра можливої поведінки, спрямована на задоволення власних інтересів управомоченої особи. Суб'єктивне право існує в зобов'язанні, в якому праву обов'язково кореспондує обов'язок інших осіб, без такого обов'язку не може бути суб'єктивного права. Суб'єктивний обов'язок визначається як міра належної, необхідної поведінки, спрямована на задоволення інтересів управомоченої особи [30, с. 13].

Оцінюючи співвідношення умов та прав і обов'язків в договорі, Е. М. Грамацький вважає, що умови договору характеризують його статику, а права і обов'язки – його динаміку. Тобто лише за допомогою наявності у сторін відповідних прав та обов'язків можлива реалізація умов договору [56, с. 9].

Визначаючи зміст конкретних прав і обов'язків учасників договірної зобов'язання, договір виступає засобом регулювання поведінки сторін у цивільних правовідносинах.

Договір медичного страхування відноситься до двосторонніх. Отже, кожна із сторін договору наділена взаємними правами та обов'язками. Відповідно доцільно охарактеризувати основні обов'язки страховика та страхувальника.

Обов'язки сторін за договором медичного страхування можна поділити на три групи:

1) обов'язки, які сторони повинні виконати у процесі укладення договору медичного страхування (наприклад, обов'язок страховика ознайомити страхувальника з правилами та умовами медичного страхування, обов'язок страхувальника надати інформацію про обсяг страхового ризику тощо);

2) обов'язки, які сторони виконують протягом дії договору медичного страхування (наприклад, обов'язок страховика не розголошувати інформацію, яка йому стала відома у зв'язку з укладенням договору, обов'язок страхувальника своєчасно сплачувати страхові платежі тощо);

3) обов'язки, які виникають після настання страхового випадку (наприклад, обов'язок страховика здійснити страхову виплату у разі настання страхового випадку, обов'язок страхувальника повідомити страховика про настання страхового випадку у передбачений договором строк тощо).

Загальні права та обов'язки сторін договору медичного страхування передбачені ст. 20 та 21 ЗУ «Про страхування».

Отже, зупинимося на аналізі прав та обов'язків страховика за договором медичного страхування.

Перший з основних обов'язків страховика при укладенні договору медичного страхування – ознайомлення страхувальника з умовами та правилами страхування. Якщо між страховиком і страхувальником

укладено договір медичного страхування, подальше посилання останнього на те, що він не був ознайомлений з відповідними правилами, зазвичай, не повинне братися до уваги [68, с. 793].

Протягом двох робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, страховик зобов'язаний вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати.

Страховик вправі самостійно з'ясувати причини та обставини страхового випадку. Він також може робити запити про відомості, пов'язані зі страховим випадком, до правоохоронних органів, банків, медичних закладів та інших організацій, що володіють інформацією про обставини страхового випадку. Ці організації зобов'язані надсилати відповіді страховикам на запити про відомості, пов'язані зі страховим випадком.

Після пред'явлення заяви на виплату і всіх необхідних відповідно до договору (правил страхування) документів страховик повинен розглянути ці документи в передбачений договором (правилами страхування) строк і прийняти одне з трьох рішень: про виплату, про відмову у виплаті або про проведення страхового розслідування [119, с. 257].

Основним обов'язком страховика за договором медичного страхування є здійснення у передбачений договором строк страхової виплати при настанні страхового випадку. Тобто, при настанні страхового випадку страховик зобов'язаний здійснити виплату страхової суми (її частини) шляхом оплати наданої медичної допомоги та медичних послуг.

Обов'язок здійснення страхової виплати виникає тільки у разі встановлення наявності страхового випадку. І якщо такого випадку не настало, у страховика не настає обов'язку здійснити страхову виплату. Здійснення

страхової виплати є обов'язком страховика, а не формою цивільно-правової відповідальності.

Страхова виплата за договором медичного страхування здійснюється незалежно від сум, що виплачуються за державним соціальним страхуванням, соціальним забезпеченням, а також від відшкодування шкоди.

Відповідно до ч. 5 ст. 268 ЦК України на вимогу страхувальника (застрахованої особи) до страховика про здійснення страхової виплати не поширюється позовна давність.

Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасне здійснення страхової виплати шляхом сплати страхувальнику (застрахованій особі) неустойки (штрафу, пені), розмір якої визначається умовами договору медичного страхування або законом.

Страховик здійснює страхову виплату шляхом оплати наданих медичних послуг та/або медикаментів, закладам, що надали медичну та/або іншу допомогу страхувальнику (застрахованій особі) в межах договору медичного страхування. Страхова виплата здійснюється на підставі медичних та фінансових документів, що підтверджують факт отримання послуг страхувальником (застрахованою особою), їх вартість (первинна медична документація або витяг з історії хвороби із зазначенням профілю відділення, захворювання, перелік проведених процедур і заходів, перелік медикаментів та матеріалів, їх вартість), та на підставі заяви страхувальника на отримання страхової виплати.

У випадках, коли страхувальник (застрахована особа) самостійно організувала та/або оплачувала послуги в межах договору медичного страхування, страховик здійснює страхову виплату безпосередньо страхувальнику (застрахованій особі) на підставі відповідних документів.

Рішення про страхову виплату, або відмову у страховій виплаті, приймається страховиком після отримання останнього документу, протягом строку, визначеного у договорі медичного страхування. Страховик здійснює страхову виплату, або письмово повідомляє про відмову у страховій виплаті, протягом строку, визначеного у договорі медичного страхування, з дня прийняття рішення про страхову виплату або відмову у страховій виплаті, якщо інше не передбачено договором медичного страхування.

Розмір страхової виплати визначається виходячи з розміру фактичних витрат на медичні послуги та/або медикаменти, що передбачені договором медичного страхування. Загальна сума виплат по кожній застрахованій особі за одним або декількома страховими випадками не може перевищувати страхової суми, встановленої договором для цієї застрахованої особи. Страхова виплата здійснюється страховиком згідно з договором медичного страхування на підставі страхового акту, який складається страховиком у формі, що визначається страховиком.

Отже, підставою для здійснення страховиком страхової виплати є відповідна умова, передбачена про це в договорі медичного страхування, а також заява страхувальника про настання страхового випадку та страховий акт про визнання страховиком факту настання страхового випадку.

Страховик здійснює виплату страхової суми (її частини) у відповідності до умов договору медичного страхування шляхом сплати медичному закладу вартості наданої застрахованій особі медичної допомоги у зв'язку зі страховим випадком в межах Програми страхування та страхової суми, визначеної договором медичного страхування. Медичний заклад сповіщає страховика про

настання страхового випадку протягом строку, який передбачено договором з медичним закладом.

Страховик може здійснювати виплату страхової суми (її частини) у відповідності до умов договору медичного страхування шляхом сплати аптеці за необхідні медикаменти та матеріали надані застрахованій особі у зв'язку зі страховим випадком в межах Програми страхування та страхової суми, визначеної договором медичного страхування.

У випадках, коли в медичному закладі, передбаченому договором медичного страхування, або іншому закладі охорони здоров'я (якщо це узгоджено із страховиком), немає медикаментів та матеріалів, що необхідні для надання застрахованій особі медичної допомоги, страховик може здійснити страхову виплату застрахованій особі для компенсації вартості медикаментів та матеріалів, що придбані самостійно. У такому випадку, застрахованій особі потрібно надати чеки фармацевтичних установ.

Також, договором медичного страхування може бути передбачено, що страховик може виплатити страхову суму (її частину) застрахованій особі безпосередньо або здійснювати страхову заплату шляхом оплати наданої застрахованій особі допомоги в закладах охорони здоров'я, які не передбачені договором та з якими страховик не має договору про співпрацю.

Страховик може здійснювати виплату страхової суми (її частини) через касу або у безготівковому порядку, відповідно до умов договору медичного страхування.

Настання страхового випадку не є безумовною підставою для здійснення страхової виплати. Страховик має право відмовити у здійсненні страхової виплати у випадках, визначених ст. 26 ЗУ «Про страхування». Відповідні додаткові підстави можуть бути передбачені

також і умовами договору медичного страхування, якщо це не суперечить закону.

Право відмовити у здійсненні страхової виплати означає, що за наявності зобов'язання щодо виплати страховик має право в односторонньому порядку відмовитися від виконання цього зобов'язання, але може його і виконати. Як правило, перелік підстав, передбачених договором, для відмови страховиком у страховій виплаті впливає на вартість страхової послуги, адже страхування майнових інтересів страхувальника з меншою кількістю передбачених договором підстав для відмови страховика в страховій виплаті зазвичай коштує дорожче за страхування з великою кількістю підстав для такої відмови [119, с. 259].

За своєю природою дії страховика щодо відмови у здійсненні страхової виплати є одностороннім правочином, який не вимагає звернення до суду щодо невиконання обов'язку здійснення страхової виплати [183, с. 90].

Перелік цих підстав не є вичерпним, оскільки законом та договором він може бути розширений. При цьому негативний фінансовий стан страховика не є підставою для відмови у страховій виплаті.

Отже, підставами для відмови страховика у здійсненні страхових виплат є:

а) навмисні дії страхувальника або особи, на користь якої укладено договір медичного страхування, спрямовані на настання страхового випадку. Проте, до таких дій не належать дії, пов'язані з виконанням ними громадянського чи службового обов'язку, в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації;

б) вчинення страхувальником-громадянином або іншою особою, на користь якої укладено договір медичного страхування, умисного злочину, що призвів до страхового випадку;

в) подання страхувальником завідомо неправдивих відомостей про об'єкт страхування або про факт настання страхового випадку;

г) несвоєчасне повідомлення страхувальником про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення страховикові перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків.

Наведений вище перелік містить загальні підстави для відмови страховика у здійсненні страхової виплати, які застосовуються до усіх видів страхування. У договорі медичного страхування можуть бути передбачені також додатково і інші підстави для відмови страховика у здійсненні страхової виплати, а саме:

1) неподання страхувальником інформації страховику про значні обставини, що необхідні для оцінки страхового ризику, при укладенні договору медичного страхування (в тому числі про наявність захворювань, лікування яких планується протягом дії договору);

2) звернення застрахованої особи до медичного закладу у зв'язку з погіршенням стану здоров'я внаслідок алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння чи іншого розладу здоров'я, внаслідок спроби самогубства (за винятком тих випадків, коли застрахована особа була доведена до такого стану протиправними діями третіх осіб) або умисного заподіяння собі тілесних ушкоджень.

3) отримання медичних послуг, медичних препаратів, лікування, що не були рекомендовані, схвалені письмово, посвідчені лікарями медичних закладів, як розумні та необхідні заходи;

4) отримання медичних послуг, які не передбачені договором медичного страхування та/або отримання послуг у медичних закладах, не передбачених договором без погодження зі страховиком (крім випадків невідкладної медичної допомоги);

5) відмова від обстеження застрахованої особи лікарем за призначенням страховика після настання страхового випадку, якщо це передбачено договором медичного страхування;

б) порушення застрахованою особою рекомендацій лікаря, вимог лікування, лікарняного режиму, що призвело до погіршення стану здоров'я застрахованої особи.

Умовами договору медичного страхування можуть бути передбачені й інші підстави для відмови у здійсненні страхових виплат, якщо це не суперечить закону.

У діяльності страхових компаній часто спостерігається, що страховики відмовляють у здійсненні страхової виплати, оскільки страхувальник не подає повний перелік документів для його отримання. Однак, як зазначає Ю. Б. Фогельсон, якщо перелік документів, зазначений у договорі страхування, є вичерпним і всі вони надані страхувальником, це не позбавляє страховика права відмовити у виплаті, однак перерозподіляє тягар доведення настання страхового випадку, який у цьому разі має доводити не страхувальник, а страховик має спростовувати факт настання страхового випадку. Інший підхід позбавив би страховика засобів боротьби зі страховим шахрайством, що було б зовсім неправильно [204, с. 342].

Страховик за заявою страхувальника, у разі здійснення ним заходів, що зменшили страховий ризик, зобов'язаний переукласти з ним договір медичного страхування. Страхові ризики, як динамічна категорія, можуть підвищуватися або знижуватися. Відповідно до положень ст. 651 ЦК України, за загальним правилом сторони можуть переукласти договір медичного страхування за взаємним погодженням. Однак, якщо вжито заходів, які зменшують страховий ризик, страхувальник

вправі вимагати переукладення договору медичного страхування. Законодавцем визначено, що дії, спрямовані на зменшення страхового ризику, здійснюються страховиком, однак, такі дії можуть здійснюватися і страхувальником, оскільки саме у результаті його діяльності страховий ризик може підвищуватися чи знижуватися.

Страховик зобов'язаний не розголошувати відомостей про страхувальника та його майнове становище, крім випадків, встановлених законом. У даному випадку йдеться про відомості, які становлять таємницю страхування, тобто такі, що можуть бути віднесені до особистої, сімейної, службової, комерційної чи іншої таємниці, яка є предметом правової охорони. Відповідно до ст. 40 ЗУ «Про страхування» таємницею страхування є конфіденційна інформація щодо діяльності та фінансового стану страхувальника – клієнта страховика, яка стала відомою йому під час взаємовідносин із клієнтом чи третіми особами при провадженні діяльності у сфері страхування, розголошення якої може завдати матеріальної чи моральної шкоди клієнту.

За розголошення одержаних у зв'язку із здійсненням страхової діяльності відомостей про страхувальника, третю особу страховик несе відповідальність, передбачену чинним законодавством. Інформація щодо діяльності та фінансового становища страхувальника може бути надана страховиком лише на письмову вимогу суду, а також правоохоронних та податкових органів щодо операцій страхування конкретної юридичної або фізичної особи за конкретним договором страхування у разі порушення кримінальної справи щодо цієї фізичної або юридичної особи.

Сторони зобов'язані своєчасно повідомити одна одну про зміну адреси, банківських реквізитів, про інші зміни,

що можуть вплинути на виконання сторонами обов'язків згідно договору медичного страхування.

У договорі медичного страхування можуть бути зазначені і такі обов'язки страховика як:

- організувати страхувальнику (застрахованій особі) одержання гарантованих договором медичних послуг, контролювати їх обсяг, строки та якість;

- захищати інтереси страхувальника (застрахованої особи) в разі заподіяння медичним закладом шкоди їх здоров'ю;

- відшкодувати витрати, понесені страхувальником (застрахованою особою) при настанні страхового випадку у зв'язку з невиконанням або неналежним виконанням обов'язків страховика щодо організації та надання медичних послуг;

- за письмовим запитом страхувальника надавати йому звіт фактичних страхових виплат, що були здійснені за договором по відношенню до застрахованої особи на дату запиту звіту та заявлені, але не сплачені страхові виплати на дату запиту звіту.

Умовами договору медичного страхування можуть бути передбачені також інші обов'язки страховика. Обсяг зобов'язань страховика за договором медичного страхування визначається переліком страхових випадків, у разі настання яких страховик зобов'язаний здійснити страхову виплату.

Права страховика закріплені в правилах медичного страхування і впливають з договору медичного страхування відповідно до чинного законодавства України. Відповідно страховик має право:

- при укладанні договору медичного страхування вимагати проведення медичного обстеження осіб, які мають бути застраховані, та за його результатами приймати рішення щодо їх прийняття на страхування;

– вимагати від страхувальника надання необхідної інформації, що має значення для оцінки ступеня страхового ризику;

– відкласти прийняття рішення про виплату/відмову у виплаті або здійснення страхової виплати, повідомивши про це страхувальника у письмовій формі;

– перевіряти надану страхувальником інформацію, робити запити в компетентні органи про відомості, необхідні для з'ясування обставин страхового випадку, причин і наслідків його настання;

– вимагати проведення медичного обстеження страхувальника довіреним лікарем страховика після настання страхового випадку до і/або після надання медичних послуг. Проводити за допомогою довірених лікарів або фахівців експертної комісії медичну експертизу правильності встановлення діагнозу та призначеного курсу лікування;

– ініціювати внесення змін до договору медичного страхування і вимагати від страхувальника додаткового страхового платежу при підвищенні ступеня ризику;

– достроково припинити дію договору медичного страхування у випадку, якщо страхувальник не повідомив страховика про значні обставини, що необхідні для оцінки страхового ризику, при укладенні договору, або не повідомив про зміну таких обставин під час дії договору;

– відмовити у виплаті страхової суми (її частини) у випадках, передбачених договором медичного страхування.

Умовами договору медичного страхування можуть бути передбачені також інші права страховика.

Отже, страховик займає особливе місце в договірному правовідношенні медичного страхування, оскільки саме з його діями пов'язано досягнення основної мети, заради якої таке правовідношення виникає, –

виплати страхової суми в розмірі та у випадках, передбачених у договорі медичного страхування.

Суб'єктивні права та обов'язки, які є взаємообумовлюючими (кореляційними), пов'язують або ставлять суб'єктів у правову залежність один від одного і тим самим утворюють правовідносини [125, с. 163, 167].

Відповідно до ст. 21 ЗУ «Про страхування» основним обов'язком страхувальника є внесення плати за послугу із страхування (страхового платежу) у розмірі, встановленому договором медичного страхування.

З внесенням першого страхового платежу законодавець пов'язує набуття чинності договору медичного страхування і початок дії страхового захисту.

ЗУ «Про страхування» у п. 3 ч. 1 ст. 28 передбачає, якщо страхувальник прострочив внесення страхового платежу і не сплатив його протягом 10 робочих днів після пред'явлення страховиком письмової вимоги про сплату страхового платежу, страховик може відмовитися від договору медичного страхування, якщо інше не встановлено договором. Також, законодавець передбачив, що сплачені страхові платежі повністю повертаються страховиком страхувальникові, якщо відмова страхувальника від договору обумовлена порушенням умов договору страховиком, а також якщо страховик відмовився від договору медичного страхування. Страхові платежі за період, що залишився до закінчення строку договору медичного страхування, повертаються страховиком страхувальникові, якщо страхувальник відмовився від договору медичного страхування, а також якщо відмова страховика від договору обумовлена невиконанням страхувальником умов договору медичного страхування.

При укладанні договору медичного страхування страхувальник зобов'язаний надати інформацію

страховиків про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, і надалі інформувати його про будь-яку зміну страхового ризику. Страховик повинен бути поінформований про обставини, які мають значення для оцінки страхового ризику на момент укладення договору, а також у ході його чинності. Страхувальник зобов'язаний повідомити лише про такі обставини, які мають істотне значення для визначення ймовірності настання страхового випадку і розміру можливих збитків від його настання (страхового ризику). Тобто це повинні бути істотні дані для оцінки самого страхового ризику.

Істотними необхідно визнати такі обставини, знання яких призвело б до відмови в укладенні договору або істотно внесло зміни у тарифікацію договору страхування. Поряд з тим поняття «істотне значення», зважаючи на те, що воно має оціночний характер, повинно визначатися у кожному конкретному випадку, зважаючи у тому числі на загальні засади цивільно-правового регулювання. Страхувальник зобов'язаний повідомити лише відомі йому обставини, а не ті, які він повинен був знати, але фактично не знав. Те, що страхувальник фактично не знав про ті обставини, не тягне несприятливі наслідки, а саме відмови у здійсненні страхової виплати [68, с. 789].

У разі подання страхувальником неправдивої та неповної інформації про предмет страхування втрачається об'єктивна оцінка страхового ризику. При цьому у поведінці страхувальника обов'язково повинно прослідковуватися завідоме введення в оману страховика щодо відомостей про предмет страхування. Страхувальником мають бути також повідомлені страховику ті обставини, які свідчать про те, що при настанні страхового випадку буде завдано більшої шкоди, ніж зазвичай заподіюється в таких випадках, наприклад,

наявність алергічних реакцій в амбулаторній картці застрахованої особи.

Страхувальник зобов'язаний при укладенні договору медичного страхування повідомити страховика про інші договори страхування, укладені щодо об'єкта, який страхується. Страхування не може мати за мету збагачення страхувальника (п. 3 ч. 1 ст. 21 ЗУ «Про страхування»).

Страхувальник зобов'язаний вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку (п. 4 ч. 1 ст. 21 ЗУ «Про страхування»).

Такі дії страхувальника повинні відповідати вимогам розумності. Розумність у даному випадку слід оцінювати виходячи з тих витрат, які необхідні для їх проведення, порівняно із розміром зменшених збитків. Зокрема, нерозумними будуть такі дії страхувальника щодо недопущення настання збитків, вартість яких істотно перевищує досягнуту економію. Заходи, які здійснює страхувальник, повинні бути доступними, тобто це можуть бути власні дії, котрі він може вчинити без звернення до сторонніх осіб, а також, виходячи з конкретної ситуації, шляхом звернення до інших осіб тощо [68, с. 792], наприклад страхувальник повинен дбайливо ставитись до свого здоров'я, не шкодити йому, не створювати додаткового ризику настання страхового випадку.

Страхувальник зобов'язаний повідомити страховика про настання страхового випадку у строк, встановлений договором медичного страхування. Своєчасне повідомлення страховика про настання страхового випадку необхідне для того, щоб він міг дослідити усі супутні обставини і швидко винести рішення про визнання випадку страховим чи відмову у цьому.

При настанні страхового випадку, страхувальник особисто, чи через інших осіб, зобов'язаний протягом 24

годин (зазвичай на практиці передбачено такий строк повідомлення) повідомити страховику про настання страхового випадку та надати наступну інформацію: номер договору медичного страхування, прізвище та ім'я, детальний опис обставин випадку та характер необхідної допомоги. Страховик проводить ідентифікацію та організовує медичну допомогу в рамках договору медичного страхування. Страховик гарантує організацію медичної допомоги виключно в медичних закладах, що визначені договором медичного страхування. У виключних випадках (швидка та невідкладна медична допомога, відсутність в регіоні медичних закладів, з якими співпрацює страховик), страхувальник може отримати послуги в іншому медичному закладі, про що він повинен при першій нагоді повідомити страховика [145, с. 6].

Умовами договору медичного страхування можуть бути передбачені інші дії страхувальника у разі настання страхового випадку.

Чинне законодавство не встановлює вичерпного переліку обов'язків страхувальника. Він може бути розширений укладеним договором медичного страхування, якщо це необхідно для його належного здійснення. Так, договором медичного страхування додатково може бути передбачено такі обов'язки страхувальника:

– протягом терміну дії договору надати страховику письмову заяву про отримання дублікату договору медичного страхування або документу, що посвідчує факт укладення договору медичного страхування, у разі його втрати;

– повідомити страховика про будь-яку зміну страхового ризику. У разі збільшення ступеня ризику на вимогу страховика укласти додаткову угоду до договору

медичного страхування і внести додатковий страховий платіж.

- погоджувати зі страховиком всі дії, пов'язані з отриманням медичних послуг у разі настання страхового випадку;

- виконувати розпорядження та/або рекомендації страховика;

- надати право доступу лікарів-експертів страховика та його уповноважених представників до всієї медичної, фінансової та іншої документації, пов'язаної зі страховим випадком;

- ознайомити застраховану особу із умовами та Правилами страхування тощо.

Аналізуючи права страхувальника за договором медичного страхування можна зазначити наступні:

- отримати у разі настання страхового випадку платні медичні послуги на умовах, передбачених договором;

- при настанні страхового випадку отримати страхову виплату в порядку і строки, встановлені правилами страхування та договором медичного страхування;

- отримати платні медичні послуги на умовах, відмінних від тих, що передбачаються договором, за умови попереднього письмового узгодження з страховиком;

- згідно з чинним законодавством України пред'явити позов страховику, або медичному закладу у разі нанесення страхувальнику шкоди з їх вини;

- вимагати у страховика оплати наданих страхувальнику медичних послуг в межах, передбачених умовами договору;

- право на вибір лікарів і медичних закладів для отримання необхідних медичних послуг, із запропонованого страховиком переліку;

– право на зміну лікарів і медичних закладів для отримання необхідних медичних послуг, із запропонованого страховиком переліку, протягом дії договору;

– право на зміну умов договору медичного страхування у випадку зміни страхового ризику;

– достроково припинити дію договору медичного страхування;

– отримати дублікат договору медичного страхування в разі втрати оригіналу тощо.

Підсумовуючи вищесказане, варто зазначити, що підставою для виникнення правовідносин медичного страхування є договір як юридичний факт, який породжує виникнення цивільних прав та обов'язків у кожної із сторін договору. У межах договору медичного страхування інтерес однієї сторони може бути задоволений лише шляхом задоволення інтересу другої сторони, це породжує загальний інтерес сторін до укладення договору і відповідно його належного виконання. Відповідному обов'язку страховика кореспондує відповідне право страхувальника і навпаки.

2.4. Виконання, зміна та припинення договору медичного страхування

Динамічний характер договірних відносин у медичному страхуванні обумовлює виконання, зміну і припинення зобов'язання, яке породжує для однієї сторони (кредитора) право щось вимагати, а для іншої (боржника) – обов'язок щось виконати або ж утриматися від такого виконання.

Виконання зобов'язання – це динамічний процес розвитку правовідносин між сторонами, в межах якого здійснюються права та виконуються обов'язки,

передбачені договором. Як зазначає В. В. Луць, виконання договору полягає у здійсненні сторонами прав, виконанні ними обов'язків, що виникли із зобов'язання, оснований на договорі [107, с. 50-51]. У свою чергу, Т. В. Боднар під виконанням договірною зобов'язання розуміє сукупність фактичних та/або юридичних дій (у певних випадках – утримання від дії) сторін зобов'язання, спрямованих на реалізацію (здійснення) передбачених договором або законом їх суб'єктивних прав і обов'язків задля досягнення економічної і юридичної мети зобов'язання [107, с. 37].

Виконання будь-якого зобов'язання повинно відбуватися на основі принципів належного і реального виконання. Відповідно до ст. 526 ЦК України зобов'язання має виконуватися належним чином відповідно до умов договору, та вимог зазначеного кодексу, інших актів цивільного законодавства, а за відсутності таких умов та вимог – відповідно до звичаїв ділового обороту або інших вимог, що звичайно ставляться. Одностороння відмова від зобов'язання або одностороння зміна його умов не допускається, якщо інше не встановлено договором або законом.

Виконання зобов'язання в натурі (реальне виконання) розглядають як складову частину належного виконання, як кількісний та якісний показник зобов'язання. Авторитетною є позиція вчених про необхідність дослідження принципів виконання зобов'язання у їх взаємозв'язку. Відтак, у реальному виконанні проявляється сутність виконання як здійснення певної дії, а в належному виконанні – якісна характеристика дії (або утримання від дії) [219, с. 118-119].

Особливості виконання страхових зобов'язань загалом передбачені нормами гл. 67 ЦК України. Також, спеціальні акти цивільного законодавства, спрямовані на регулювання страхових відносин, норми яких

конкретизують положення ЦК України щодо виконання зобов'язань у сфері страхування, а саме ЗУ «Про страхування». Тобто поряд із загальними положеннями про виконання договору в актах цивільного законодавства є спеціальні положення щодо особливостей виконання окремих видів договорів, які з урахуванням дії принципу про співвідношення загальної і спеціальної норми є пріоритетними у застосуванні поряд із загальними положеннями.

Зміст виконання договору медичного страхування становлять дії страховика та страхувальника, які зумовлюють виникнення та припинення їх прав та обов'язків, і є правомірними та вольовими діями. Вчинення таких дій призводить до припинення страхового зобов'язального правовідношення.

Виконання зобов'язання з медичного страхування полягає в наданні страховиком страхувальнику (застрахованій особі) одноразово або періодично страхової виплати – грошової суми, встановленої договором медичного страхування, у разі настання страхового випадку.

Принцип належного виконання договору медичного страхування, як і будь-якого іншого цивільно-правового договору, включає в себе ряд елементів, до яких відносяться умови щодо суб'єктів, умов договору, строків, місця і способів виконання зобов'язання.

Важливим елементом належного виконання договору медичного страхування є виконання умов договору належними сторонами, наявність правового зв'язку між ними, який полягає в обов'язку однієї сторони (боржника) вчинити на користь іншої сторони (кредитора) певну дію (надати послугу, здійснити виплату тощо) або утриматися від певної дії і мати право кредитору вимагати від боржника виконання його обов'язку.

Страхувальник зобов'язаний при настанні страхового випадку, передбаченого договором медичного страхування, прийняти розумні і доступні в обставинах, що склалися, заходи, щоб зменшити можливі збитки. Водночас страхувальник має право при настанні страхового випадку вимагати від страховика здійснення страхової виплати.

Відповідно до ч. 1 ст. 527 ЦК України боржник зобов'язаний виконати свій обов'язок, а кредитор – прийняти виконання особисто. При цьому кожна зі сторін у зобов'язанні має право вимагати доказів того, що обов'язок виконується належним боржником або виконання приймається належним кредитором чи уповноваженою на це особою [119, с. 377].

Наступним елементом належного виконання договору медичного страхування є предмет і спосіб виконання.

У науці цивільного права вчені розмежовують поняття «предмет зобов'язання» і «предмет виконання». Предметом виконання договору медичного страхування є дії страховика щодо захисту майнових інтересів страхувальника при настанні страхової події, обумовленої в договорі медичного страхування, тобто надання страховиком страхувальнику (застрахованій особі) страхової виплати, встановленої договором медичного страхування, у разі настання страхового випадку.

Зобов'язання страховика щодо здійснення страхової виплати не є його відповідальністю, а його обов'язком. Настання страхового випадку зобов'язує страховика здійснити виконання взятого на себе зобов'язання, якщо відсутні передбачені законом або договором підстави звільнення від цього обов'язку. Підстави звільнення страховика від здійснення страхової виплати встановлені ст. 26 ЗУ «Про страхування», додаткові підстави

звільнення від обов'язку можуть бути передбачені у договорі медичного страхування.

Оскільки предметом договору медичного страхування виступає надання страховиком страхової послуги страхувальникові, то предметом виконання страхового зобов'язання є дії страховика щодо здійснення страхової виплати у разі настання страхового випадку, передбаченого в договорі медичного страхування.

З предметом виконання зобов'язання тісно пов'язаний спосіб його виконання. Спосіб виконання зобов'язання варто відмежовувати від способів виконання конкретних обов'язків страховиком та страхувальником в межах договору медичного страхування. Способи виконання регулюються сторонами в договірному порядку відповідно до Правил медичного страхування та законодавчого регулювання.

Варто зазначити, що ЦК України не містить загальної норми, яка б визначала спосіб виконання договірною зобов'язання, тобто розкривала характер (послідовність) тих дій, які є змістом цього поняття [210, с. 36]. У доктрині цивільного права під способом виконання зобов'язань розуміють характер дій (порядок, процедуру, послідовність їх вчинення), які мають вчинятися для виконання зобов'язання, порядок вчинення боржником дій з виконання зобов'язання [119, с. 381]. Як зазначає Т. В. Боднар, спосіб виконання зобов'язання (одноразово у повному обсязі або частинами) обирають сторони при виникненні зобов'язання [210, с. 172]. Так, договором медичного страхування може бути встановлено, що страхова виплата виплачується страхувальнику (застрахованій особі) у повному обсязі за отримані медичні послуги, частково або страховик веде розрахунки у повному обсязі з медичним закладом.

Наступним важливим елементом виконання договору медичного страхування є дотримання строку його виконання. Як наголошує П. Д. Гуйван, питання про строки (терміни) виконання зобов'язання контрагентом за договором є надзвичайно важливим. Адже від визначення моменту, з якого настає обов'язок боржника виконати певне зобов'язання, та моменту, яким закінчується такий обов'язок, тобто від встановлення строку виконання зобов'язання, залежить можливість подальшої реалізації вірителем (кредитором) свого суб'єктивного права і, зрештою, можливість його судового захисту [62, с. 7].

Ч. 1 ст. 530 ЦК України передбачає, якщо у зобов'язанні встановлено строк (термін) його виконання, то воно підлягає виконанню у цей строк (термін).

Строк дії договору медичного страхування є однією з його істотних умов. Договір медичного страхування набирає чинності з моменту внесення страхувальником першого страхового платежу, якщо інше не встановлено договором. Дія договору медичного страхування припиняється та втрачає чинність у разі закінчення його строку дії. Страхові випадки, які настали після закінчення строку дії договору медичного страхування, не покриваються страхуванням. Договір медичного страхування, за яким до закінчення строку його дії настав страховий випадок, але страхова виплата не здійснена, залишається чинним.

Останнім елементом належного виконання договору медичного страхування є місце виконання договору. Місцем виконання зобов'язання вважається місце, в якому мають бути вчинені дії боржника, які має право вимагати від нього кредитор [119, с. 383]. Місце виконання договору не належить до істотних умов договору медичного страхування, і тому, зазвичай, не зазначається у правилах страхування і змісті договору медичного

страхування. Тому, якщо місце виконання зобов'язання не встановлене в договорі, виконання здійснюється за правилами ст. 532 ЦК України, відповідно, для грошових зобов'язань місцем виконання є місце проживання кредитора (місце знаходження юридичної особи) в момент виникнення зобов'язання.

Право на зміну або розірвання договору є логічним продовженням свободи сторін на вступ у договірні відносини та визначення змісту договору [127, с. 457]. При цьому, зміна договору має на меті зміну зобов'язання відповідного виду, а не моделі договору, виконання якого ще повністю або частково не здійснено чи носить тривалий характер. Тому змінений сторонами договір залишається в силі та продовжує діяти. На відміну від зміни договору, його розірвання здійснюється з метою припинення цивільних прав та обов'язків на майбутнє і передбачає припинення дії такого договору повністю [18, с. 180].

За загальним правилом, закріпленим у ч. 1 ст. 651 ЦК України, зміна та розірвання договору допускається лише за згодою сторін, якщо інше не встановлено договором або законом. Причини й підстави для цього законом не встановлюються, а визначаються самими сторонами. До прикладу, не допускається розірвання договору, укладеного на користь третьої особи, без її згоди з моменту вираження нею наміру скористатися своїм правом (ч.3 ст. 636 ЦК України).

На вимогу однієї із сторін договір може бути змінений або розірваний за рішенням суду у разі істотного порушення договору другою стороною та в інших випадках, встановлених договором або законом. Істотним є таке порушення стороною договору, коли внаслідок завданої цим шкоди друга сторона значною мірою позбавляється того, на що вона розраховувала при

укладенні договору. Сторона, яка ставить питання про розірвання чи зміну договору, має довести наявність істотного порушення та наявність шкоди, завданої цим порушенням другою стороною. У кожному конкретному випадку питання про істотні порушення має вирішуватися з урахуванням усіх обставин, що мають значення.

Одностороння відмова від договору у повному обсязі або частково може мати місце тільки у випадках, коли право на таку відмову встановлено договором або законом. При цьому, стороні не потрібно звертатися до суду для визнання правомірності відмови. Сам факт відмови призводить до повного припинення зобов'язання або до часткової його зміни [127, с. 459].

Варто зазначити, що підстави зміни та розірвання договору в односторонньому порядку, які включаються в текст договору, є погодженими його сторонами. В такому разі можна стверджувати, що одностороння відмова відбувається за згодою сторін. Звичайно, це не позбавляє контрагента можливості оспорювати в суді обґрунтованість такої відмови на підставі загальних положень ЦК України про захист порушених прав [127, с. 459].

При зміні та розірванні договору за згодою сторін договір припиняється з моменту досягнення сторонами домовленості про це, при односторонній відмові від договору у випадках, передбачених договором або законом з моменту одержання контрагентом повідомлення про відмову, а при зміні чи розірванні договору в судовому порядку – з моменту набрання рішенням суду законної сили.

Правові підстави для зміни та розірвання договору медичного страхування повинні оцінюватися з огляду на ст. 651 ЦК України, з урахуванням спеціального ЗУ «Про страхування» та визначених договором умов.

Внесення будь-яких змін до умов договору медичного страхування можливе лише за взаємною письмовою згодою сторін, у формі додаткової угоди, яка з моменту її підписання являється невід'ємною частиною договору медичного страхування.

Сторона, яка має намір внести зміни до умов договору медичного страхування, повинна письмово повідомити іншу сторону не пізніше, ніж за 15 робочих днів до запропонованого терміну внесення змін. Якщо будь-яка сторона не згодна на внесення змін в договір медичного страхування, в 5-денний строк від дати одержання повідомлення про зміну вирішується питання про дію договору медичного страхування на попередніх умовах або про припинення його дії [145, с. 7-8].

Під час дії договору медичного страхування страхувальник зобов'язаний негайно (протягом 3 днів) повідомити страховика про будь-які зміни, які стали йому відомі, в обставинах, які були представлені страховику при укладанні договору медичного страхування, якщо ці зміни можуть вплинути на збільшення страхового ризику (зміна обставин визнається суттєвою, коли вони змінилися настільки, що, якби сторони мали змогу це передбачити, то договір взагалі не було б укладено, або було б укладено на значно інших умовах). В разі отримання інформації про обставини, які стали причиною збільшення страхового ризику, страховик має право вимагати зміни умов договору медичного страхування або сплати страхувальником додаткового страхового платежу відповідно до збільшення ризику. Якщо страхувальник заперечує проти зміни умов договору медичного страхування або доплати страхового платежу, страховик має право вимагати дострокового припинення дії договору медичного страхування. При цьому, страховик повертає страхувальнику страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії

договору медичного страхування, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи (30%), визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних страхових виплат, що були здійснені за цим договором. У випадку, якщо страхувальник не повідомить страховика про значні зміни під час дії договору медичного страхування в обставинах, які враховувались при укладанні договору медичного страхування, останній має право вимагати дострокового припинення дії договору.

Розірвання договору є юридичним фактом, який тягне за собою припинення на майбутнє зобов'язального правовідношення, яке виникло з договору, та всіх прав і обов'язків, що складають його зміст [18, с. 148].

До характерних ознак розірвання договору О. І. Міхно відносить наступні: «припинення договірних відносин між сторонами на майбутнє; розірвання договору на вимогу сторони (сторін), яке можливо з моменту укладення договору до моменту належного його виконання, або, як правило, до закінчення строку його дії; розірвання договору до виконання сторонами його умов чи до закінчення строку його дії на вимогу інших учасників правовідносин, якщо останні уповноважені на вчинення таких дій чинним законодавством України». На думку автора, розірвання договору – це припинення дії (чинності) договору за суб'єктивними підставами на вимогу однієї сторони чи за домовленістю обох сторін, або на вимогу уповноважених законом інших осіб, або за рішенням суду до моменту належного виконання, що тягне за собою припинення необхідності виконання умов договору на майбутній період, відповідний розподіл уже виконаних частково обов'язків або настання інших правових наслідків за домовленістю сторін або за рішенням суду [123, с. 6].

Розірвання договору медичного страхування за згодою сторін, коли умови такого розірвання передбачені в договорі або правилах страхування, є свого роду автоматичною підставою припинення договору медичного страхування, тому що сторони заздалегідь, ще при укладанні договору, погоджують між собою, що при настанні певних обставин договір автоматично припинить свою дію, тобто для його розірвання не буде потрібно якихось додаткових домовленостей між сторонами.

У разі розірвання договору медичного страхування за домовленістю сторін, моментом припинення зобов'язання є момент вчинення правочину, у формі домовленості сторін про його розірвання. У разі якщо договір медичного страхування розривається у судовому порядку, зобов'язання припиняється з моменту набрання рішенням суду про розірвання договору медичного страхування законної сили.

Підстави припинення договору медичного страхування передбачені ст. 28 ЗУ «Про страхування», проаналізуємо кожну з них.

Дія договору медичного страхування припиняється у зв'язку з закінченням строку дії договору. Відповідно до ст. 631 ЦК України, строк договору – це час, протягом якого сторони можуть здійснити свої права і виконати свої обов'язки відповідно до договору. Це означає, що договір медичного страхування є чинним впродовж строку, визначеного договором, а в момент спливу такого строку його дія припиняється.

Якщо протягом строку дії договору медичного страхування страхового випадку не відбулося, закінчення цього строку припиняє правовідносини сторін, і страховик вже не є зобов'язаний здійснювати страхові виплати на користь страхувальника. Тобто в разі настання страхового випадку після закінчення строку дії договору медичного

страхування припиняється обов'язок страховика здійснювати страхову виплату. Якщо ж протягом строку дії договору медичного страхування мав місце страховий випадок, обов'язки страховика здійснити страхову виплату не припиняються до закінчення строку дії договору. Дія договору медичного страхування припиняється при закінченні строку з 00 годин 00 хвилин дня, наступного за днем, що визначений як день закінчення.

Договір медичного страхування припиняється у разі виконання страховиком зобов'язань перед страхувальником у повному обсязі до закінчення встановленого строку його дії. Основний обов'язок страховика – це здійснення страхової виплати, виконанням якого страховик відповідно припиняє договір медичного страхування. Метою договору медичного страхування є захист страхових інтересів страхувальника шляхом страхових виплат. Ця підстава стосується ситуації, коли страховиком була здійснена страхова виплата повністю в межах страхової суми, тобто виконанням, проведеним належним чином. У такому випадку момент виконання і припинення договору медичного страхування збігаються.

У разі несплати страхувальником страхових платежів у встановлені договором строки, договір медичного страхування припиняє свою дію. При цьому договір вважається достроково припиненим у випадку, якщо перший (або черговий) страховий платіж не був сплачений за письмовою вимогою страховика протягом десяти робочих днів з дня пред'явлення такої вимоги страхувальнику, якщо інше не передбачено умовами договору.

Дія договору медичного страхування також припиняється у разі ліквідації страхувальника – юридичної особи або смерті страхувальника – фізичної особи чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків,

передбачених ЗУ «Про страхування», а також, у разі ліквідації страховика у порядку, встановленому законодавством України (було проаналізовано у підрозділі 2.3 монографії).

За вимогою страхувальника або страховика договір медичного страхування може бути припинений, якщо це передбачено умовами договору.

Дія договору медичного страхування не може бути припинена страховиком достроково, якщо на це немає згоди страхувальника, який виконує всі умови договору страхування, та якщо інше не передбачено умовами договору та законодавством України. Однак, страховик має право достроково припинити дію договору медичного страхування у випадку, коли страхувальник надав неправдиві відомості про стан здоров'я застрахованої особи під час укладання договору.

Про намір достроково припинити дію договору медичного страхування будь-яка сторона зобов'язана повідомити іншу не пізніше як за 30 календарних днів до дати припинення дії договору, якщо інше ним не передбачено.

У разі дострокового припинення дії договору медичного страхування, за вимогою страхувальника страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії договору, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних виплат страхових сум, що були здійснені за цим договором. Якщо вимога страхувальника обумовлена порушенням страховиком умов договору медичного страхування, то останній повертає страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю.

У разі дострокового припинення договору медичного страхування, за вимогою страховика страхувальнику

повертаються повністю сплачені ним страхові платежі. Якщо вимога страховика обумовлена невиконанням страхувальником умов договору медичного страхування, то страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії договору, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних виплат страхових сум, що були здійснені за цим договором [145, с. 8].

Однією із підстав припинення договору медичного страхування, яка передбачена ст. 28 ЗУ «Про страхування», є постановлення судового рішення про визнання договору медичного страхування недійсним.

Підстави недійсності договору медичного страхування та її наслідки передбачені нормами ст. 215 – 236 ЦК України про недійсність правочинів. Відповідно до ст. 998 ЦК України договір медичного страхування є нікчемним або визнається недійсним у випадках, встановлених законом у разі невідповідності загальним вимогам, додержання яких є необхідним для чинності правочину, а саме: невідповідності його цивільному законодавству та іншим правовим актам; вчинення фіктивного та удаваного правочину; укладення договору під впливом помилки, обману. Ці підстави недійсності вважаються загальними. Спеціальною підставою визнання договору медичного страхування недійсним є укладення його після настання страхового випадку. При укладенні договору медичного страхування після настання страхового випадку втрачається суть страхових правовідносин, що мають алеаторний характер. Тобто, відсутній страховий ризик, що є основним спонукальним чинником до укладення цього договору.

Правові наслідки недійсності правочину визначено ст. 216 ЦК України, відповідно до якої, у разі недійсності

правочину, кожна зі сторін зобов'язана повернути іншій стороні у натурі все, що вона одержала на виконання цього правочину, а у разі неможливості такого повернення, зокрема тоді, коли одержане полягає у користуванні майном, виконаній роботі, наданій послугі, – відшкодувати вартість того, що одержано, за цінами, які існують на момент відшкодування. Якщо ж у зв'язку із вчиненням недійсного правочину іншій стороні або третій особі завдано збитків та моральної шкоди, вони підлягають відшкодуванню винною стороною.

Таким чином, під припиненням договору медичного страхування можна розуміти припинення його чинності як правочину, а також припинення договірних прав та обов'язків його сторін (страховика та страхувальника), що пов'язується з певними правомірними юридичними фактами – підставами його припинення, передбаченими законом або договором.

РОЗДІЛ 3. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН ЗА ДОГОВОРОМ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

Важливим наслідком будь-якого порушення зобов'язання є подальші заходи, які може застосувати кредитор у відповідь на порушення такого зобов'язання. Такі заходи в доктрині цивільного права прийнято називати правовими наслідками порушення зобов'язання.

Стаття 611 ЦК України передбачає правові наслідки порушення зобов'язання, встановлені договором або законом, зокрема:

1) припинення зобов'язання внаслідок односторонньої відмови від зобов'язання, якщо це встановлено договором або законом, або розірвання договору;

2) зміна умов зобов'язання;

3) сплата неустойки;

4) відшкодування збитків та моральної шкоди.

Застосування зазначених правових наслідків частково впливає зі ст.16 ЦК України, в якій йдеться про загальні способи захисту цивільних прав та інтересів. Інша частина заходів у контексті порушення зобов'язання застосовується як заходи відповідальності.

Розглядаючи питання відповідальності сторін за договором медичного страхування, варто звернутися до загального поняття цивільно-правової відповідальності.

О. С. Іоффе зазначав, цивільно-правова відповідальність є санкцією за правопорушення, що викликає для порушників негативні наслідки у вигляді позбавлення суб'єктивних цивільних прав або покладання

нових чи додаткових цивільно-правових обов'язків [81, с. 97].

Підставою цивільно-правової відповідальності (єдиною і загальною) є порушення суб'єктивних цивільних прав як майнових, так і особистих немайнових. Що ж стосується протиправності порушення суб'єктивних цивільних прав, наявності збитків (шкоди), причинного зв'язку між порушенням суб'єктивних прав і збитками (шкодою) та вини порушника, то це є умовами цивільно-правової відповідальності [22, с. 705].

І. С. Канзафарова наводить визначення цивільно-правової відповідальності як зумовленої особливостями предмету та методу цивільно-правового регулювання системи цивільно-правових засобів, за допомогою яких забезпечується та гарантується захист цивільних прав та інтересів і здійснюється карально-виховний вплив на правопорушників [87, с. 101-102]. Р. А. Майданик, під цивільно-правовою відповідальністю розуміє застосування до правопорушника у випадку здійснення протиправних дій або бездіяльності передбачених договором чи законом заходів державного примусу у вигляді додаткових цивільно-правових обов'язків майнового характеру (санкцій) [113, с. 124].

Цивільно-правова відповідальність полягає у покладенні на правопорушника заснованих на законі невігідних правових наслідків, що проявляються у позбавленні його певних прав або в заміні невиконаного обов'язку новим, або у приєднанні до невиконаного обов'язку нового, додаткового [219, с. 137]. Такими заходами відповідальності за змістом ст. 611 ЦК України є відшкодування збитків, моральної шкоди та сплата неустойки.

Підставою цивільно-правової відповідальності є порушення суб'єктивних цивільних прав, оскільки

цивільно-правова відповідальність є відповідальністю одного учасника майнового обороту перед іншим, відповідальність порушника перед потерпілим, її загальною метою є відновлення порушеного права на основі принципу відповідності розміру заподіяної шкоди або збитків. При застосуванні цивільно-правової відповідальності не мають жодного правового значення шкідливі наслідки з точки зору негативного впливу допущеного порушення цивільних прав на суспільні інтереси (втім, як і самі суспільні інтереси), об'єктивна і суб'єктивні сторони цивільного правопорушення [22, с. 569].

Як випливає зі змісту ст. 610 ЦК України, порушенням зобов'язання є його невиконання або виконання з порушенням умов, визначених змістом зобов'язання (неналежне виконання).

На думку В. В. Луця, для правильного розмежування термінів «невиконання» та «неналежне виконання» у кожному конкретному випадку слід виходити з характеру порушення зобов'язання, а саме: при невиконанні договірною зобов'язання відсутні будь-які ознаки його виконання або його взагалі немає; а при неналежному виконанні – зобов'язання виконане, проте з порушенням пред'явлених до нього вимог (умов щодо місця, часу, предмета тощо) [107, с. 85].

Т. В. Боднар зазначає, що неналежне виконання спостерігається у разі, якщо боржник вчинив певні дії, спрямовані на виконання зобов'язання, проте ці дії не відповідають тим параметрам (стандартам), що встановлені умовами договору чи вимогами нормативно-правових актів стосовно кожного з елементів виконання зобов'язання (тобто зазначені дії вчинені з порушенням умов щодо предмета і способу виконання, суб'єктного складу, місця, строку (терміну) виконання) [14, с. 242].

Таким чином, підставою відповідальності сторін за договором медичного страхування є їх невиконання чи неналежне виконання, тобто таке, що не відповідає умовам договору, вимогам ЦК України, інших актів цивільного законодавства, а за відсутності таких умов та вимог – звичаям ділового обороту або іншим вимогам, що звичайно ставляться.

Проте для настання цивільно-правової відповідальності однієї підстави не достатньо, адже мають бути наявними умови цивільно-правової відповідальності.

Вона настає винятково за наявності передбачених у законі чи договорі (щодо врахування вини) умов і втілюється у покладанні на зобов'язану особу суб'єктивного цивільного обов'язку з відшкодування завданої кредиторіві (потерпілому) шкоди [150, с. 8].

До умов цивільно-правової відповідальності, або, як їх ще називають, складу цивільного правопорушення, відносять: протиправну поведінку особи; шкідливий результат такої поведінки (збитки); причинний зв'язок між протиправною поведінкою і шкодою; вину.

Перші три елементи розглядаються як об'єктивні умови відповідальності, доведення яких покладається на потерпілу особу (кредитора). Четвертий складовий елемент правопорушення – вина, є суб'єктивною умовою цивільно-правової відповідальності особи, яка порушила зобов'язання (боржника) [129, с. 145].

Протиправність поведінки особи-боржника є обов'язковою умовою для настання цивільно-правової відповідальності. Вона виражається в порушенні умов договору та норм законодавства.

Як влучно зазначає В. А. Васильєва, положення про те, що невиконання або неналежне виконання договору є дією протиправною, впливає зі змісту норм, що містять загальні положення права зобов'язань (наприклад, ст. 610

ЦК України), так і окремих норм, що регулюють відносини, які випливають з окремих договорів [29, с. 272].

Стаття 651 ЦК України зазначає категорію істотного порушення договору, як однієї з підстав його зміни або розірвання. Істотним визнається порушення договору однією стороною, коли внаслідок завданої цим шкоди друга сторона значною мірою позбавляється того, на що вона розраховувала при укладенні договору. Також, відповідно до ч. 2 ст. 651 ЦК України істотне порушення є підставою для звернення до суду з вимогою про розірвання договору, тобто питання про істотність порушення умов договору медичного страхування віднесено на розсуд суду.

Визначення істотного порушення, що закріплене у ч. 2 ст. 651 ЦК України, вказує, що законодавець як підставу для розірвання договору передбачає не тільки факт порушення умов договору іншою стороною, а й обов'язково наявність шкоди, завданої цим порушенням. Справді, порушення договірної зобов'язання має тягнути за собою заподіяння шкоди. Однак слід враховувати, що шкода може бути вже заподіяна або можуть складатися умови для можливого заподіяння шкоди іншій стороні [119, с. 425].

Також не можемо погодитися із думкою деяких вчених, що шкода є обов'язковою підставою виникнення цивільно-правової відповідальності, адже для такої форми відповідальності як неустойка її наявності не вимагається.

Відшкодування збитків (шкоди) займає особливе місце серед форм цивільно-правової відповідальності. Під збитками законодавець розуміє несприятливі майнові наслідки у вигляді реальних збитків та/або упущеної вигоди (ст. 22 ЦК України). При цьому, реальні збитки – це втрати, яких особа зазнала у зв'язку зі знищенням або пошкодженням речі, а також витрати, які особа зробила або мусить зробити для відновлення свого порушеного

права. Упущена вигода – це доходи, які особа могла б реально одержати за звичайних обставин, якби її право не було порушене.

Як слушно зазначає Н. В. Федорченко, на відміну від інших видів цивільно-правової відповідальності, договірна відповідальність дозволяє сторонам договору про надання послуг з урахуванням реальної ситуації самим впливати на міри відповідальності, які будуть застосовані у разі порушення зобов'язання і їх розмір, в дозволених законодавцем межах [219, с. 138].

Встановлення причинного зв'язку набуває необхідної умови договірної відповідальності, коли йдеться про відшкодування збитків. Коли ж застосовують неустойку, встановлення причинного зв'язку носить факультативний характер і набуває правового значення, коли йдеться про зменшення неустойки по причині її неспіврозмірності збиткам [27, с. 151].

Суб'єктивною умовою цивільно-правової відповідальності є вина особи, яка не виконала зобов'язання або виконала його неналежним чином. Відповідно до ч. 1 ст. 614 ЦК України, особа, яка порушила зобов'язання, несе відповідальність за наявності її вини (умислу або необережності), якщо інше не встановлено договором або законом.

Законодавець у ст. 614 ЦК України поєднав поведінкову і психологічну концепції вини. Адже збережено правило про відповідальність за наявності вини в одній з її форм (психологічна концепція) та встановлено вимогу щодо поведінки зобов'язаної особи – вжити всіх залежних від неї заходів щодо належного виконання зобов'язання, інакша поведінка вважається винною (поведінкова концепція). Такий підхід надає можливість встановити вину і юридичної, і фізичної особи, а також він

дозволяє врахувати особливості як договірних, так і деліктних зобов'язань [34, с. 10].

Для поведінкової концепції вини важливого значення набуває категорія належної дбайливості, за допомогою якої визначається вина суб'єкта договірних відносин. Критерій вжиття всіх залежних від боржника заходів непридатний для визначення вини чи невинуватості, оскільки просто формальне застосування заходів ще не означає, що боржник виконав усе належно. У європейських державах у договірних відносинах домінує поведінкова концепція вини: від боржника вимагається прояв турботливості, яка відповідає звичаям обороту чи властива доброму господарю, або прояв турботливості «порядного комерсанта» [34, с. 10].

На нашу думку, як кредиторів, так і суду байдуже психічне ставлення виконавця до своєї діяльності та форма вини – умисел або необережність, адже при порушенні договору медичного страхування доведенню підлягає виключно наявність непереборної сили (ст. 906 ЦК України).

Відповідно до ч. 1 ст. 906 ЦК України, виконавець, який порушив договір про надання послуг за плату при здійсненні ним підприємницької діяльності, відповідає за це порушення, якщо не доведе, що належне виконання виявилось неможливим внаслідок непереборної сили, якщо інше не встановлене договором або законом.

Тобто правило про підвищену відповідальність виконавця при здійсненні ним підприємницької діяльності (до меж непереборної сили) в ЦК України закріплено диспозитивною нормою, з цього випливає, що сторони можуть у договорі встановити відповідальність виконавця лише за наявності його вини.

Непереборна сила – це надзвичайна і невідворотна за даних умов подія. Під нею прийнято розуміти явища

природи (землетруси, шторми, снігові замети, обвали, повінь тощо), деякі суспільні явища (епідемії, воєнні дії, розрив дипломатичних зв'язків, страйки, розпорядження компетентних органів, які забороняють виконувати дії, передбачені договірним зобов'язанням) [119, с. 447].

О. С. Іоффе під непереборною силою розумів таке зовнішнє чи внутрішнє ставлення до події, яка характеризується шкідливою дією і є надзвичайна за своїм характером, якій неможливо запобігти господарсько-допустимими для особи засобами. Науковець об'єднував «випадок» і «непереборну силу» за ознакою відсутності вини правопорушника [81, с. 473].

Непереборна сила не залежить від волі учасників зобов'язання з медичного страхування і, як правило, виключає можливість її передбачення. Звільнення від відповідальності внаслідок непереборної сили відбувається тільки тоді, коли існує причинний зв'язок між непереборною силою і шкодою, що виникла.

Підсумовуючи викладене вище, очевидно, що заходи цивільно-правової відповідальності можуть бути застосовані при порушенні суб'єктивного права кредитора та наявності умов цивільно-правової відповідальності.

Аналізуючи норми чинного законодавства України, правопорушення у сфері договірних відносин медичного страхування можна класифікувати за критерієм сторони договору на дві групи, а саме:

1) порушення за договором медичного страхування зі сторони страховика:

– ухилення страховика від ознайомлення страхувальника з умовами та правилами страхування;

– несвоєчасне вжиття заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для здійснення страхової виплати;

– нездійснення або несвоєчасне здійснення страхової виплати;

– ухилення від переукладення зі страхувальником договору медичного страхування;

– розголошення відомостей про страхувальника та його майнове становище;

– невжиття заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих настанням страхового випадку, або невідшкодування витрат, понесених страхувальником щодо вжиття таких заходів;

– тощо.

2) порушення за договором медичного страхування зі сторони страхувальника:

– невнесення або несвоєчасне внесення страхових платежів;

– несвоєчасне повідомлення страховика про настання страхового випадку;

– неповідомлення страховика про інші договори медичного страхування, укладені щодо об'єкта, який страхується;

– тощо.

Варто зазначити, що при укладенні договору медичного страхування сторони можуть передбачити відповідальність за ті правопорушення, за які чинне законодавство не передбачає будь-якої відповідальності.

Ознаками правопорушень у сфері договірних відносин медичного страхування є:

а) дія або бездіяльність учасника страхових відносин, що проявляється в невиконанні або неналежному виконанні зобов'язання;

б) невиконання або неналежне виконання відповідно до умов договору чи вимог актів цивільного законодавства безпосередніх обов'язків, що становлять зміст страхового зобов'язання;

в) порушення вимог ЦК України, інших спеціальних нормативно-правових актів, звичаїв ділового обороту, умов договорів медичного страхування (протиправність);

г) порушення суб'єктивного цивільного права контрагента за договором та/або інших осіб, що відображається у невиконанні боржником передбачених договором дій або ж у формі вчинення дій, від яких він за договором міг би утриматися [119, с. 432].

Поширеним видом правопорушень договірною зобов'язання з медичного страхування є його прострочення з боку страховика або страхувальника. Дотримання умови щодо строку (терміну) виконання зобов'язання є підставою для визнання виконання у цій частині належним, строк є критерієм оцінки правомірності поведінки суб'єктів зобов'язання з точки зору її своєчасності [13, с. 173]. Невиконання однією зі сторін за договором того чи іншого зобов'язання належним чином у встановлений строк є підставою для відшкодування збитків, завданих іншій стороні [119, с. 428].

Так, згідно ст. 992 ЦК України у разі несплати страховиком страхувальникові або іншій особі страхової виплати страховик зобов'язаний сплатити неустойку в розмірі, встановленому договором або законом. При цьому, положення п. 3 ч. 1 ст. 20 Закону України «Про страхування» визначає обов'язок страховика не просто здійснити страхову виплату, а здійснити її у строк, визначений договором. Виходячи з цього можна зазначити, що у разі несплати страховиком страхувальникові або застрахованій особі страхової виплати у строк, встановлений договором медичного страхування, страховик зобов'язаний сплатити неустойку в розмірі, встановленому договором або законом, за кожен день затримки виплати.

Невиконання договірних зобов'язань в строк, який зазначений в договорі медичного страхування, безумовно, вважається його порушенням на підставі прострочення зобов'язань. Проте, якщо у разі настання страхового випадку страхувальник у встановлений договором медичного страхування строк повідомив страховика, а останній не почав вживати заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати страхувальникові, то прострочення слід вважати таким, що настало з вини страховика. Страхувальник, у свою чергу, може затримати надання страховикові інформації щодо будь-яких змін страхового ризику.

Таким чином, страхувальник вважається таким, що прострочив зобов'язання, якщо він в обумовлений строк не прийняв належне виконання, запропоноване страховиком, або не вчинив дій, до вчинення яких боржник не міг виконати свого обов'язку [119, с. 430].

За договором медичного страхування, у разі невжиття своєчасних заходів щодо оформлення виплати страховиком, страхувальник має право затримати виконання свого зобов'язання, а прострочення такого зобов'язання буде вважатися таким, що настало не з вини страхувальника, а з вини страховика, на якого в цьому випадку покладатиметься цивільно-правова відповідальність за неналежне виконання умов договору медичного страхування.

Варто зазначити, що на підставі ч. 3 ст. 612 ЦК України, якщо внаслідок прострочення виконання зобов'язання кредитором був втрачений інтерес щодо договірних умов, він може відмовитися від прийняття виконання і вимагати відшкодування збитків.

Страхувальник за договором медичного страхування має право звертатися за наданням медичних послуг до тих

медичних закладів, які передбачені договором медичного страхування. У випадку звернення страхувальником до медичного закладу, який не передбачений договором медичного страхування, страховик має право відмовити у здійсненні страхової виплати страхувальнику. Так, в одній зі справ рішенням Святошинського районного суду м. Києва від 26 січня 2016 р. було відмовлено у задоволенні позову про здійснення страхової виплати за договором добровільного медичного страхування, укладеного між приватним акціонерним товариством «Страхова група «ТАС» та ОСОБА_4, відповідно до якого однією із застрахованих осіб є ОСОБА_1, на підставі того, що обраний застрахованою особою ОСОБА_1 медичний заклад для її лікування не входить до переліку медичних закладів, передбачених договором добровільного медичного страхування і попередньо не погоджений зі страховиком [167].

У свою чергу, здійснення страхової виплати страховиком може мати місце при настанні страхового випадку лише за умови належного і своєчасного повідомлення страховика про його настання. Так, рішенням Апеляційного суду Львівської області від 17.05.2016 р. було змінено рішення Золочівського районного суду Львівської області від 18.09.2015 р. і відмовлено у задоволенні позову про стягнення зі страхової компанії витрат, пов'язаних із наданням медичної допомоги за договором медичного страхування, оскільки, як встановив суд апеляційної інстанції, позивач вчасно не повідомив страховика про настання страхового випадку, діяв на власний розсуд без попередньої згоди страховика та своєчасно не надав відомостей та необхідних документів про страховий випадок [166].

Однак в іншій справі суд задовольнив позов страхувальника про стягнення страхових виплат за

договором медичного страхування, незважаючи на те, що страхувальник своєчасно не повідомив страховика про настання страхового випадку. Так, рішенням Шевченківського районного суду м. Львова від 09.10.2013 р. було задоволено позов про стягнення страхової виплати за договором медичного страхування попри те, що страхувальник не узгодив зі страховиком питання отримання медичної допомоги у зв'язку із тим, що на момент виникнення страхового випадку у страхувальника був високий артеріальний тиск – 240/120, він був у критичному стані й не мав фізичної можливості попередньо узгоджувати зі страховиком умови надання медичної допомоги [168].

Відшкодування збитків та стягнення неустойки є традиційними формами цивільно-правової відповідальності, які застосовуються до правопорушника за невиконання зобов'язань медичного страхування. Відшкодування збитків та моральної шкоди виступають одночасно як способи захисту цивільних прав, так і як форми відповідальності.

Відповідно до ст. 22 ЦК України особа, якій завдано збитків у результаті порушення її цивільного права, має право на їх відшкодування. При цьому збитками вважаються:

1) втрати, які особа зазнала у зв'язку із знищенням або пошкодженням речі, а також витрати, які особа зробила або мусить зробити для відновлення свого порушеного права (реальні збитки);

2) доходи, які особа могла б одержати за звичайних обставин, якби її право не було б порушено (упущена вигода).

Згідно норм ст. 26 ЗУ «Про страхування» при невиконанні страхувальником або застрахованою особою обов'язків, страховик має право вимагати розірвання

договору медичного страхування та відшкодування збитків, заподіяних розірванням договору. Таке саме право на розірвання договору медичного страхування чи зміни його умов має страхувальник у разі недотримання страховиком таємниці страхування.

Відповідальність страхувальника у вигляді відшкодування збитків виникає у разі невиконання останнім вимоги негайного повідомлення про всі зміни в обставинах, повідомлених страховику при укладанні договору медичного страхування, якщо ці обставини суттєво впливають на розмір страхової виплати.

Збитки відшкодовуються у повному обсязі, якщо законом або договором медичного страхування не передбачено відшкодування у меншому або більшому розмірах.

Під відшкодуванням збитків у повному обсязі розуміють, що такий обсяг має бути рівнозначним обсягу заподіяної особі шкоди, тобто мають відшкодовуватися усі реальні збитки та упущена вигода [59, с. 364].

Відповідно до ст. 623 ЦК України розмір збитків, завданих порушенням зобов'язання, доводить кредитор. Збитки визначаються з урахуванням ринкових цін, що існували на день добровільного задоволення боржником вимоги кредитора у місці, де зобов'язання має бути виконане, а якщо вимога не була задоволена добровільно – у день пред'явлення позову, якщо інше не встановлено договором або законом. Суд може задовольнити вимогу про відшкодування збитків, беручи до уваги ринкові ціни, що існували на день ухвалення рішення.

Нерідко порушення зобов'язання поряд з відшкодуванням збитків тягне за собою сплату боржником неустойки, встановленої законом або договором. Тому особливу увагу слід приділити такій формі відповідальності як неустойка. Неустойка є не тільки

способом забезпечення виконання зобов'язань, а й мірою цивільно-правової відповідальності.

На зручність застосування такої форми відповідальності як неустойка звертав увагу ще О. С. Іоффе. Він писав, що, по-перше, збитки стягуються лише тоді, коли вони дійсно завдані. Коли ж, незважаючи на правопорушення, збитки можуть і не виникнути, тоді, відповідно, правопорушення не потягло б для особи, що його вчинила, ніяких негативних наслідків. По-друге, для стягнення збитків потрібно доказувати як їх факт, так і розмір; при неустойці ж потерпіла особа доводить лише факт правопорушення, і це дає їй гарантію хоча б певної суми відшкодування. По-третє, в довготривалих зобов'язаннях порушення частіше всього полягає в неналежному виконанні. У момент порушення збитки ще важко оцінити, і тому неустойка є оперативним засобом стимулювати боржника виконувати зобов'язання протягом всього часу, а не тільки в той момент, коли будуть виявлені збитки [81, с. 160].

Як справедливо зазначають деякі вчені, неустойка є найбільш зручним способом компенсації втрат. Її практичні переваги безсумнівні: сплата неустойки не звільняє боржника від виконання свого обов'язку в натурі та не позбавляє кредитора права на відшкодування збитків, завданих невиконанням або неналежним виконанням зобов'язання (ст. 552 ЦК України). Тобто, якщо за порушення зобов'язання встановлено неустойку, то її стягують у повному обсязі понад відшкодування збитків, якщо законом чи договором не передбачено інше. Не вимагається, як правило, надання позивачем інших доказів, окрім доказу факту порушення договору. Розмір неустойки у багатьох випадках дозволяє відновити майнові втрати, якщо вони мали місце.

Відповідно до ст. 992 ЦК України за несвоєчасне здійснення страхової виплати страховик може нести майнову відповідальність у вигляді сплати неустойки, розмір якої визначається умовами договору. Враховуючи те, що неустойка є як одним із способів забезпечення виконання страхових зобов'язань, так і мірою цивільно-правової відповідальності за договором медичного страхування, вона надає потерпілій стороні можливість захистити та відновити свої порушені суб'єктивні права.

Уваги потребує й питання відшкодування моральної (немайнової) шкоди в договірних зобов'язаннях медичного страхування, що згідно з чинним цивільним законодавством є одним із способів захисту суб'єктивних цивільних прав та законних інтересів як гарантована державою матеріально-правова міра, за допомогою якої здійснюється добровільне або примусове відновлення порушених (оспорюваних) особистих немайнових благ та прав [119, с. 450].

Аналізуючи зміст ст. 611 ЦК України, можна стверджувати, що відшкодування моральної (немайнової) шкоди в договірних правовідносинах може здійснюватися виключно у випадках невиконання чи неналежного виконання договірного зобов'язання, що прямо передбачені законом, а також якщо умови про відшкодування прописані в укладеному договорі.

На думку В. Д. Примака, згідно з чинним ЦК України відшкодування моральної шкоди є універсальним засобом цивільно-правового захисту, який може бути застосований у разі заподіяння особі немайнових втрат внаслідок первісного порушення її як абсолютних, так і відносних (включно з договірними), не лише немайнових, а й майнових суб'єктивних цивільних прав – причому незалежно від того, сталося це у результаті порушення

цивільних, інших приватноправових, чи навіть публічно-правових відносин [149, с. 175].

Стаття 23 ЦК України встановлює, що особа має право на відшкодування моральної шкоди, завданої внаслідок порушення її прав; моральна шкода відшкодовується незалежно від майнової шкоди, яка підлягає відшкодуванню, та не пов'язана з розміром цього відшкодування; моральна шкода відшкодовується одноразово, якщо інше не встановлено договором або законом. Можна зробити висновок, що законодавець надає можливість суб'єктам правовідносин на власний розсуд врегулювати порядок відшкодування моральної шкоди у договорі медичного страхування.

Питання щодо встановлення факту наявності моральної шкоди має вирішуватися, виходячи з обґрунтованого переконання про заподіяння дійсно істотної шкоди, що вимагає покладання на боржника цивільно-правової відповідальності, розмір якої буде необхідним і достатнім для відновлення віри в непорушність імперативів справедливості, розумності та добросовісності [119, с. 454].

Оскільки відносини, які виникають між страховою компанією і фізичною особою при укладенні договорів медичного страхування, підпадають під дію вимог Закону України «Про захист прав споживачів» [154], то можна стверджувати, що у разі, якщо договір медичного страхування спрямований на задоволення особистих потреб фізичної особи, то такі правовідносини регулюються Законом України «Про захист прав споживачів» в частині, не врегульованій спеціальним законом. З цього виходить, що страхувальник є споживачем страхової послуги, що надається за договором медичного страхування, і відповідно, якщо права споживача порушені і факт порушення встановлено, це є

підставою для прийняття рішення про компенсацію моральної шкоди.

Підсумовуючи вищевикладене можна зазначити, що підставою цивільно-правової відповідальності сторін за договором медичного страхування є невиконання чи неналежне виконання ними своїх обов'язків, тобто таке, що не відповідає умовам договору, вимогам ЦК України, інших актів цивільного законодавства.

За невиконання чи неналежне виконання договору медичного страхування настає цивільно-правова відповідальність у формі відшкодування збитків, сплати неустойки та відшкодування моральної шкоди.

У разі несплати страховиком страхувальникові або застрахованій особі страхової виплати у строк, встановлений договором медичного страхування, страховик зобов'язаний сплатити неустойку в розмірі, встановленому договором або законом, за кожен день затримки виплати.

ВИСНОВКИ

У монографії здійснено теоретичне узагальнення та вирішення наукового завдання, що полягало в розробці теоретичних положень щодо правового регулювання відносин, які виникають внаслідок укладення, виконання та припинення договору медичного страхування.

Основні теоретичні узагальнення і висновки та практичні пропозиції щодо вдосконалення чинного законодавства полягають у наступному:

1. Особисте страхування виникло на початку XVIII століття. Радянський період розвитку медичного страхування характеризувався тим, що відносини страхування опосередковувалися єдиним договором державного страхування та відсутністю практики добровільного страхування. Сучасний розвиток відносин медичного страхування характеризується становленням приватноправових засад у сфері медичного страхування та остаточним переходом до приватноправового механізму регулювання страхових відносин шляхом прийняття спеціальних нормативно-правових актів.

2. Договір медичного страхування становить підвид цивільно-правових зобов'язань в межах виду договорів страхування та, маючи загальні ознаки договору страхування, характеризується низкою специфічних ознак, таких як предмет договору, виконання обов'язків за договором тощо та спрямований на досягнення певного юридично значимого результату.

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.

3. Аналіз правової природи договору медичного страхування свідчить про те, що він є двостороннім, оплатним, відноситься до ризикових (алеаторних) договорів, остаточним, реальним, є різновидом договору приєднання, може бути укладений на користь третьої особи.

4. Договір медичного страхування – це домовленість між страхувальником і страховиком, згідно з якою страховик зобов'язується у разі настання страхового випадку здійснити оплату медичних послуг, які були надані страхувальнику або іншій особі, визначеній у договорі медичного страхування страхувальником, на користь якої укладено договір медичного страхування, згідно програми медичного страхування, а страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені договором строки та виконувати інші умови договору

5. Істотними умовами договору медичного страхування є предмет договору медичного 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 програма медичного страхування.

Предметом договору медичного страхування є надання страховиком страхової послуги страхувальнику щодо захисту його майнових інтересів шляхом здійснення страхової виплати у разі настання страхового випадку, пов'язаного із заподіянням шкоди здоров'ю страхувальника (застрахованої особи).

6. Застосування публічної оферти при укладенні договорів медичного страхування є неможливим. Тобто рекламу або інші пропозиції, адресовані невизначеному

колу осіб, про можливість надання страхових послуг не слід розглядати як публічну оферту, такі оголошення не містять істотних умов договору медичного страхування, а є лише запрошенням до оферти, яке страховик на власний розсуд може прийняти або відмовитись від нього.

Страховий поліс є особливою письмовою формою договору медичного страхування та повинен містити всі істотні умови договору медичного страхування.

7. Страховому ризику притаманні такі ознаки як невизначеність, ймовірність, випадковість, альтернативність та правомірність. Такі ознаки страхового ризику як ймовірність та випадковість виступають спонукальними мотивами для виникнення страхового медичного правовідношення, вони зумовлюють потребу у страхуванні з метою захисту здоров'я особи. Відтак страховий ризик – це певна подія ймовірного та випадкового характеру, на випадок настання негативних наслідків якої здійснюється страхування.

8. Сторонами договору медичного страхування є страховик та страхувальник. Окрім сторін, суб'єктами правовідносин медичного страхування є медичні установи та можуть виступати застраховані особи.

Страховиком є юридична особа, яка надає страхові послуги на підставі ліцензії, отриманої у встановленому законом порядку, бере на себе зобов'язання відповідно до умов договору медичного страхування за визначену винагороду здійснити страхувальнику або застрахованій особі страхову виплату внаслідок настання певної події (страхового випадку).

Страхувальником є юридична особа або дієздатна фізична особа, яка уклала зі страховиком договір медичного страхування з метою страхового захисту страхових інтересів пов'язаних зі здоров'ям на свою користь чи на користь третіх осіб.

Страховик виступає посередником між страхувальником та медичним закладом. Він бере на себе зобов'язання не лише оплатити, а й організувати застрахованому одержання гарантованої договором медичної послуги.

Здійснення страхової виплати є обов'язком страховика, а не формою цивільно-правової відповідальності.

9. Принцип належного виконання договору медичного страхування, як і будь-якого іншого цивільно-правового договору, включає в себе ряд елементів, до яких відносяться умови щодо суб'єктів, умов договору, строків, місця і способів виконання зобов'язання.

Виконання зобов'язання з медичного страхування полягає в наданні страховиком страхувальнику (застрахованій особі) одноразово або періодично страхової виплати – грошової суми, встановленої договором медичного страхування, у разі настання страхового випадку.

Одностороння відмова від договору у повному обсязі або частково може мати місце тільки у випадках, коли право на таку відмову встановлено договором або законом.

Спеціальною підставою визнання договору медичного страхування недійсним є укладення його після настання страхового випадку. При укладенні договору медичного страхування після настання страхового випадку втрачається суть страхових правовідносин, що мають алеаторний характер. Тобто, відсутній страховий ризик, що є основним спонукальним чинником до укладення цього договору.

10. Під припиненням договору медичного страхування можна розуміти припинення його чинності як правочину, а також припинення договірних прав та обов'язків його сторін (страховика та страхувальника), що

пов'язується з певними правомірними юридичними фактами – підставами його припинення, передбаченими законом або договором.

11. За невиконання чи неналежне виконання договору медичного страхування настає цивільно-правова відповідальність у формі відшкодування збитків, сплати неустойки та відшкодування моральної шкоди.

У разі несплати страховиком страхувальникові або застрахованій особі страхової виплати у строк, встановлений договором медичного страхування, страховик зобов'язаний сплатити неустойку в розмірі, встановленому договором або законом, за кожен день затримки виплати.

12. У процесі дослідження сформульовано пропозиції щодо удосконалення правового регулювання договірних відносин медичного страхування, серед яких прийняття Закону України «Про медичне страхування».

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Алексашина Ю. Види цивільно-правових договорів як регуляторів цивільних правовідносин. *Юридична Україна*. 2012. № 12. С. 68–74.
2. Бабіч І. Проблема визначення поняття «предмет договору» у цивільному праві та цивільному законодавстві України. *Підприємництво, господарство і право*. 2005. № 12. С. 29–32.
3. Банасевич І. І. Теоретико-правові підходи до розмежування споживчого та публічного договорів. *Актуальні проблеми вдосконалення чинного законодавства України. Збірник наукових статей*. Випуск 43. Івано-Франківськ: Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника, 2017. С.67–75.
4. Баринов Н. А. Имущественные потребности и гражданское право. Саратов: Изд-во Саратов. Ун-та, 1987. С. 132–133. 191 с.
5. Безсмертна Н. Договір страхування в системі цивільно-правових договорів. *Право України*. 2004. № 3. С. 34–38.
6. Беяневич О. А. Господарський договір та способи його укладення: навч. посіб. К.: Наукова думка, 2002. 280 с.
7. Бервено С. М. Проблеми договірної права України: монографія. К.: Юрінком Інтер, 2006. 392 с.
8. Бервено С. М. Цивільно-правова характеристика укладення договору. *Підприємництво, господарство і право*. 2006. № 4. С. 10–13.
9. Біленчук Д. П., Біленчук П. Д., Залетов О. М., Клименко Н. І. Страхове право України. Підручник для вищих навчальних закладів. За редакцією професора П. Д.

Біленчука і президента Ліги страхових організацій України
О. Ф. Філонюка. Київ: Атіка, 1999. 368 с.

10. Блащук Т. В. Історичний розвиток джерел правового регулювання особистого страхування. Актуальні проблеми вдосконалення чинного законодавства України: Збірник наукових статей. Випуск VII. Івано-Франківськ, 2001. С. 74–83.

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

12. Богданов Е. В. Договір в сфері підприємництва. Харьков: Изд-во «Консул», 1997. 346 с.

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

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

15. Борисова В. Інститут юридичної особи у праві України. *Право України*. 2010. № 12. С. 25–31.

16. Бородовський С. О. Правове регулювання порядку укладення договору в цивільному праві України. *Актуальні проблеми вдосконалення чинного законодавства України: Збірник наукових статей*. 2002. Вип. IX. С. 88–91.

17. Бородовський С. О. Укладення, зміна та розірвання договору у цивільному праві України: автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03. Х., 2005. 19 с.

18. Бородовський С. О. Укладення, зміна та розірвання договору у цивільному праві України: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03. Харків, 2005. 211 с.

19. Брагинский М. И. Договорное право. В 3 кн. Кн. 3: Общие положения / М. И. Брагинский, В. В. Витрянский. Изд. 3-е, стереотипное. М.: Статут, 2001. 848 с.
20. Брагинский М. И. Договорное право. Общие положения / М. И. Брагинский, В. В. Витрянский. М.: Статут, 1997. 682 с.
21. Брагинский М. И. Общее учение о хозяйственных договорах. Минск: Наука и техника, 1967. 260 с.
22. Брагинский М. И., Витрянский В. В. Договорное право. Книга первая. Общие положения: изд. 3-е, стереотипное. М.: «Статут», 2001. 848 с.
23. Брагинский М. И. Договорное право. Книга третья: Договора о выполнении работ и оказании услуг / М. И. Брагинский, В. В. Витрянский. М.: Статут, 2002. 1038 с.
24. 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.
25. Вавженчук С. Я. Деякі теоретико-практичні питання класифікації цивільно-правових договорів. *Адвокат*. 2009. № 10. С. 12–15.
26. Васильєва В. А. Істотні умови посередницького договору. *Університетські наукові записки*. 2006. № 1 (17). С. 79–82.
27. Васильєва В. А. Правове регулювання відносин за договором консигнації: дис. ... канд. юрид. наук. 12.00.03. Івано-Франківськ, 2000. 202 с.
28. Васильєва В. А. Проблеми цивільно-правового регулювання відносин з надання посередницьких послуг: дис. ... док. юрид. наук: 12.00.03. Івано-Франківськ, 2006. 416 с.
29. Васильєва В. А. Цивільно-правове регулювання діяльності з надання посередницьких послуг. Монографія.

- Івано-Франківськ: ВДВ ЦІТ Прикарпатського національного університету ім. В. Стефаника, 2006. 346 с.
30. Васильєва В. В. Договір як підстава виникнення цивільно-правового зобов'язання: автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03. К., 2013. 18 с.
31. Васильєва В. В. Договір як підстава виникнення цивільно-правового зобов'язання: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03. К., 2013. 214 с.
32. Великанова М. М. Ризики в цивільному праві: монографія. Київ: Алерта, 2019. 378 с.
33. Великанова М. М. Теоретичні питання укладення цивільно-правових договорів. *Юридичний вісник*. 2011. № 1 (18). С. 57–61.
34. Верховець А. А. Цивільно-правова відповідальність за порушення договору: автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03. К., 2010. 16 с.
35. Витрянский В. В. Существенные условия договора в отечественной цивилистике и правоприменительной практике. *Вестник ВАС РФ*. 2002. № 6. С. 75–83.
36. Внукова Н. М., Кузьминчук Н. В. Соціальне страхування: Кредитно-модульний курс: навч посіб. К.: Центр учбової літератури, 2009. 412 с.
37. Воблый К. Г. Основы экономики страхования. М.: Анкил, 1993. 228 с.
38. Вовчак О. Д. Страхова справа: підручник. К.: Знання, 2011. 391 с.
39. Вовчак О. Д., Завійська О. І. Страхові послуги: навчальний посібник. Львів: Видавництво «Компакт-ЛВ», 2005. 656 с.
40. Волинець Т. В. Цивільно-правові засоби здійснення права на медичну допомогу: автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03. Львів, 2008. 15 с.

41. Волосенко І. В. Ризик у цивільному праві (поняття, природа, види): автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03. К., 2011. 19 с.
42. Волосенко І. В. Страховий ризик у страховому правовідношенні. *Підприємництво, господарство і право*. 2005. № 11. С. 118–122.
43. Воробйова Т. Договір добровільного страхування медичних витрат як новий інструмент страхового ринку. *Підприємництво, господарство і право*. 2007. № 3. С. 48–51.
44. Граве К. А., Лунц Л. А. Страхование. М.: Госюриздат, 1960. 175 с.
45. Гавзе Ф. И. Обязательственное право (общие положения). Минск: Изд-во БГУ им. В. И. Ленина. 1968. 126 с.
46. Галушак С. В. Сучасні ділові папери: навч. посіб. для вищ. та серед. спец. навч. закл. / С. В. Глушак, О. В. Дияк, С. В. Шевчук. 4-те вид., переробл. і допов. К.: А.С.К., 2003. 400 с.
47. Гейнц Р. М. Цивільно-правове регулювання відносин за договором про надання комунальних послуг: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03. Івано-Франківськ, 2011. 219 с.
48. Герц А. А. Договірні зобов'язання у сфері надання медичних послуг: дис. ... док. юрид. наук: 12.00.03. Львів, 2016. 421 с.
49. Голованова І. А. Актуальні проблеми розвитку медичного страхування в період ринкового реформування. *Економіка і право охорони здоров'я*. 2015. № 1 (1). С. 16–21.
50. Голубева Н. Ю. Класифікація зобов'язань у цивільному праві. *Часопис цивілістики*. 2010. Випуск 9. С. 13–16.

51. Гордон М. В. Система договоров в советском гражданском праве. *Ученые записки Харьковского юридического института*. Вып. 5. 1954. С. 65–87.
52. Гражданское право: в 2-х т. Том II. Полутом 2. Учеб. / Отв. ред. проф. Е. А. Суханов. 2-е изд. М., 2000. 704 с.
53. Гражданское право: учеб.: В 3-х т. Т. I. 6-е изд., перераб. и доп. / Н. Д. Егоров, И. В. Елисеев и др. Отв. ред. А. П. Сергеев, Ю. К. Толстой, Н. Д. Егоров. М.: ТК Велби, Изд-во Проспект, 2004. 776 с.
54. Гражданское право: учебник / под ред. Ю. К. Толстого, А. П. Сергеева. Санкт-Петербург, 1996. Ч. 1. 550 с.
55. Гражданское право: учебник: в 2 т. Т. 1 / отв. ред. проф. Е. А. Суханов. М.: БЕК, 2002. 816 с.
56. Грамацький Е. М. Договір зберігання в цивільному праві: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. 12.00.03. К., 2004. 16 с.
57. Гринюк О. В. Цивільно-правові аспекти майнового страхування в Україні: автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03. К., 2004. 20 с.
58. Гриняк А. Б. Особливості розмежування договорів підряду та договорів із надання послуг. *Підприємництво, господарство і право*. 2012. № 4. С. 18–20.
59. Гриняк А. Б. Теоретичні засади правового регулювання підрядних зобов'язань у цивільному праві України: монографія. К.: НДІ приватного прав і підприємництва НАПрН України, 2013. 374 с.
60. Гудима М. М. Захист прав споживачів за договором про надання туристичних послуг: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03. Івано-Франківськ, 2013. 212 с.
61. Гудима М. М. Предмет договору про надання туристичних послуг за законодавством України: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03. Івано-Франківськ, 2013. 212 с.

62. Гуйван П. Д. Темпоральні характеристики зобов'язального права: монографія: у 2-х т. Т. 2: Темпоральне регулювання окремих відносин у зобов'язальному праві. Харків: Право, 2016. 600 с.
63. Данилочкіна Ю. В. Понятіе и правовая природа медицинских услуг. *Медицинское право*. 2008. № 4. URL: <https://rudocor.net/> (дата звернення: 20.10.2023).
64. Демчук А. М. Предмет та об'єкт договору зберігання на товарному складі. *Підприємництво, господарство і право*. 2007. № 4. С. 41–44.
65. Державна політика у сфері охорони здоров'я: кол. моногр.: у 2 ч. [кол. авт.; упоряд. проф. Я. Ф. Радиш; передм. та заг. ред. проф. М. М. Білінської, проф. Я. Ф. Радиша]. К.: НАДУ, 2013. Ч. 2. 484 с.
66. Договір як універсальна форма правового регулювання: монографія / за заг. ред. проф. В. А. Васильєвої. Івано-Франківськ, 2016. 399 с.
67. 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.
68. Договірне право України. Особлива частина: навч. посіб. / Т. В. Боднар, О. В. Дзера, Н. С. Кузнєцова та ін.; за ред. О. В. Дзери. Київ: Юрінком Інтер, 2009. 1200 с.
69. Дрішлюк В. І. До питання про ознаки публічного договору. *Університетські наукові записки*. 2007. № 1 (21). С. 114–116.
70. Дроздова Н. В. Договір про надання фінансових послуг у цивільному праві України: автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03. К., 2005. 24 с.
71. Дяченко С. А. Особисте страхування: минуле і сучасне. *Науковий вісник Національної академії внутрішніх справ України*. 1999. № 3. С. 269–275.

72. Ефимов С. Л. Деловая практика страхового агента и брокера: учеб. пособ. М.: Страховой полис: ЮНИТИ, 1996. 416 с.
73. Ємельянчик С. Послуга в цивільному праві. *Підприємництво, господарство і право*. 2005. № 3. С. 105–108.
74. Загальна теорія держави і права: підручник для студентів юридичних вищих навчальних закладів / М. В. Цвік, О. В. Петришин, Л. В. Авраменко та ін. Харків: Право, 2009. 584 с.
75. Зазуляк І. І. Істотні умови договору: теоретичний аспект: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03. Харків, 2009. 172 с.
76. Заїка Ю. О. Українське цивільне право. Навч. посіб. К.: Істина, 2005. 312 с.
77. Зеліско А. В. Підприємницькі юридичні особи приватного права як суб'єкти цивільних правовідносин: монографія. Івано-Франківськ: Прикарпат. нац. ун-т ім. Василя Стефаника, 2016. 445 с.
78. Зобов'язальне право: теорія та практика. Навч. посіб. для студентів юрид. вузів і фак. ун-тів / О. В. Дзера, Н. С. Кузнецова, В. В. Луць та т. / за заг. ред. О. В. Дзери. К.: Юрінком Інтер, 1998. 912 с.
79. Зозуляк О. І. Поняття цивільно-правового договору в юридичній літературі та законодавстві. *Підприємництво, господарство і право*. 2010. № 3. С. 157–159.
80. Иоффе О. С. Избранные труды по гражданскому праву: из истории цивилистической мысли. Гражданское правоотношение. Критика теории «хозяйственного права». М.: «Статут», 2000. 777 с.
81. Иоффе О. С. Обязательственное право. М.: Юридическая литература, 1975. 880 с.

82. Івасечко У. Історія розвитку страхування в Україні та нормативно-правове регулювання його обліку. *Економічний аналіз*. 2012. Т. 10 (2). С. 251–253.
83. Ільченко Г. О. Цивільно-правовий захист прав споживачів страхових послуг: автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03. К., 2016. 20 с.
84. Ільченко Г. О., Клименко С. В. Предмет та об'єкт як істотні умови договору страхування. *Зовнішня торгівля: економіка, фінанси, право*. 2012. № 1. С. 53–56.
85. 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.
86. Кабалкин А. Ю. Услуги населению: правовое обеспечение / А. Ю. Кабалкин, Л. И. Брычева. М.: Сов. Россия, 1988. 192 с.
87. Канзафарова І. С. Теорія цивільно-правової відповідальності: монографія. Одеса: Астропринт, 2006. 264 с.
88. Кінашук Л. Л. Особливості розвитку страхової справи в Україні. *Підприємництво, господарство і право*. 2002. № 2. С. 26–30.
89. Клапків М. С. З історії зародження національного страхового ринку. *Фінанси України*. 1998. № 1. С. 81–94.
90. Когденко Н. Ю. Страховой интерес и смежные категории имущественного страхования в гражданском праве России: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03. Волгоград, 2007. 172 с.
91. Козинов А. Е. Существенные условия договора страхования гражданской ответственности по российскому законодательству: автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03. М., 2011. 25 с.
92. Козлиєва З. У. Категорія «непоіменовані договори» у цивільному праві України. *Актуальні проблеми приватного права: матеріали міжнар. наук.-практ. конф.*,

- присвяч. 93-й річниці з дня народж. В. П. Маслова, Харків, 27 лют. 2015 р. Харків, 2015. С. 316–319.
93. Колосов Р. В. Договір комісії і агентський договір у цивільному праві: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03. Київ, 2004. 205 с.
94. Кравець А. П. Про формування страхової психології у суспільстві. URL: <http://forinsurer.com/public/03/01/10/214> (дата звернення: 20.10.2023).
95. Красавчиков О. А. Система отдельных видов обязательств. *Советская юстиция*. 1960. № 5. С. 42–43.
96. Красавчиков, О. А. Гражданско-правовой договор: понятие, содержание и функции. *Гражданско-правовой договор и его функции*: межвуз. сб. науч. тр. Свердловск, 1980. 143 с.
97. Кротов М. В. Обязательство по оказанию услуг в советском гражданском праве. Л., 1990. 108 с.
98. Кузьмич О. Я. Договір на користь третьої особи в цивільному праві України: автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03. К., 2010. 20 с.
99. Кузьмич О. Я. Договір на користь третьої особи в цивільному праві України: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03. Київ, 2010. 212 с.
100. Кульчій О. О. Проблеми визначення предмета договору страхування цивільно-правової відповідальності автовласників. *Держава і право*. 2011. № 51. С. 403–408.
101. Лідовець Р. А. Змішані договори в цивільному праві України: автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03. Острог, 2004. 20 с.
102. Лідовець Р. А. Змішані договори в цивільному праві України: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03. Острог, 2004. 203 с.
103. Лідовець Р. А. Право сторін на укладення договору, не передбаченого законом, як один із елементів свободи договору. *Актуальні проблеми вдосконалення чинного*

законодавства України: Збірник наукових статей. Івано-Франківськ. 2003. Випуск XI. С. 97–103.

104. Лукасевич-Крутник І. С. Договірні зобов'язання з надання транспортних послуг у цивільному праві України: дис. ... док. юрид. наук: 12.00.03. Тернопіль, 2019. 502 с.

105. Луць А. В. Свобода договору в цивільному праві України: автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03. Львів, 2001. 18 с.

106. Луць В. В. Договір як регулятор суспільних відносин. *Право України.* № 9. 2012. С. 19–25.

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

108. Луць В. В. Проблеми договірного регулювання майнових відносин. *Українське комерційне право.* № 4. 2003. С. 21–35.

109. Луць В. В. Строки і терміни у цивільно-правових договорах: окремі аспекти. *Право України.* 2015. № 4. С. 43–50.

110. Лютикова П. Поняття та види договорів на надання інформаційних послуг. *Право України.* 2008. № 7. С. 91–94.

111. Майданик Р. А. Аномалії в цивільному праві України: Навч.-практ. посібник / Відп. ред. Р. А. Майданик. К.: Юстініан, 2007. 912 с.

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

113. Майданик Р. А. Цивільно-правова відповідальність. *Юридична відповідальність: проблеми виключення та звільнення / колектив авторів, відп. ред. Ю. В. Баулін.* Донецьк: ПП «ВД «Кальміус», 2013. С. 86–147.

114. Мальований М. І. Соціальне страхування: навчальний посібник. М. І. Мальований, П. К. Бечко, В. П. Бечко. К.: ЦУЛ, 2012. 491 с.
115. Масевич М. Г. Хозяйственные договоры в социалистических странах. М.: Изд-во МГУ, 1987. С. 15. 212 с.
116. Мачуський В. В. Правові основи страхування: Навч. Посіб. К.: КНЕУ, 2003. 302 с.
117. Мечетин Д. В. Квалифицирующие признаки договора присоединения. *Юрист*. 2014. № 21. С. 26–28.
118. Мигалюк Л. В. Непойменовані договори в цивільному праві України: автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03. К., 2013. 20 с.
119. 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.
120. Міловська Н. В. Предмет як істотна умова договорів страхування. *Приватне право і підприємництво*. Збірник наукових праць. Вип. 13. 2014. С. 119–122.
121. Міловська Н. В. Суб'єктний склад договірних зобов'язань зі страхування. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. 2017. Вип. 2. Т. 1. С. 88–91.
122. Міловська Н. В. Теоретичні засади цивільно-правового регулювання договірних відносин зі страхування: автореф. дис. ... док. юрид. наук: 12.00.03. Київ, 2019. 36 с.
123. Міхно О. І. Припинення договору за цивільним законодавством України: автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03. К., 2007. 23 с.
124. Мічурін Є. О. Правочини з житлом: науково-практичний посібник / видання третє, перероблене та доповнене. Харків : Юрсвіт, 2007. 536 с.

125. Надьон В. В. Суб'єктивний обов'язок як елемент змісту цивільних правовідносин: монографія. Харків: Право, 2017. 391 с.
126. Науково-практичний коментар до цивільного законодавства України: в 4-х т. А. Г. Ярема, В. Я. Карабань, В. В. Кривенко, В. Г. Ротань; Акад. суддів України. К.: А.С.К.; Севастополь: Ін-т юрид. дослідж. Т. 3: Договірні зобов'язання. Недоговірні зобов'язання. Спадкове право. 2006. 928 с.
127. Науково-практичний коментар до Цивільного кодексу України / за заг. ред. д.ю.н. Е. О. Харитоновна. 4-е вид., доп. і перер. Х.: Одиссей, 2008. 1200 с.
128. Науково-практичний коментар Цивільного кодексу України у 2 т. 5-те вид. перероб. і допов. / за ред. О. В. Дзери (кер. авт. кол), Н. В. Кузнецової, В. В. Луця. К.: Юрінком Інтер. 2013. Т. 1. 832 с.
129. Науково-практичний коментар Цивільного кодексу України: у 2 т. 4-те вид., перероб. і допов. / за ред. О. В. Дзери (кер. авт. кол.), Н. С. Кузнецової, В. В. Луця. К.: Юрінком Інтер, 2010. Т. II. 1056 с.
130. Ойгензихт В. А. Нетипичные договорные отношения в гражданском праве: учеб. пособие. Душанбе: Изд-во Тадж. ун-та, 1984. 128 с.
131. Олюха В. Г. Цивільно-правовий договір: поняття, функції та система: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03. Київ, 2003. 191 с.
132. Особливості добровільного медичного страхування в Україні. URL: <https://forinsurer.com/public/03/07/05/569> (дата звернення: 20.10.2023).
133. Панченко М. І. Цивільне право України: навч. посіб. К.: Знання, 2005. 583 с.
134. Пацурія Н. Б. Система законодавства України про страхову діяльність. *Підприємництво, господарство і право*. 2000. № 3. С.20–23.

135. Пацурія Н. Б. Страховий інтерес: теоретичне обґрунтування та проблеми правового закріплення. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка*. Серія: Юридичні науки. 2011. № 88. С. 31–36.
136. Пацурія Н. Б. Страхові правовідносини у сфері господарювання: проблеми теорії і практики: монографія. Ніжин: ТОВ «Видавництво «Аспект-Поліграф», 2013. 504 с.
137. Петечел Н. М. Місце договору медичного страхування в системі цивільно-правових договорів України. *Договір як універсальна форма правового регулювання: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції* (м. Івано-Франківськ, 16 берез. 2018 р.). Івано-Франківськ. 2018. С. 79–82.
138. Петечел Н. М. Правова характеристика страхового ризику у договорі медичного страхування. *Актуальні проблеми вдосконалення чинного законодавства України: Збірник наукових статей*. Івано-Франківськ. 2016. Вип. 40. С. 84–93.
139. Петечел Н. М. Становлення та розвиток медичного страхування в Україні. *Актуальні проблеми вдосконалення чинного законодавства України: Збірник наукових статей*. Івано-Франківськ. 2020. Вип. 53. С. 104–114.
140. Пилипенко С. А. Правове забезпечення обов'язкового особистого страхування працівників органів внутрішніх справ: автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03. Харків, 2002. 20 с.
141. Пилипенко С. Страхові небезпеки в договорі страхування. *Підприємництво, господарство і право*. 2001. № 9. С. 46–48.
142. Підпригора О. А. Цивільне право: підручник для студентів юрид. вузів та факультетів. К.: Вентурі, 1997. 480 с.

143. Положення про особливості забезпечення правонаступництва за укладеними договорами страхування у разі реорганізації страховиків: затв. розпорядженням Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг України від 04.06.2004 р. № 913 (у ред. розпорядження від 18.01.2013 р.) URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0776-04#Text> (дата звернення: 20.10.2023).
144. Правила добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) № 112 (нова редакція). Затверджено рішення Правління ПАТ «НАСК «ОРАНТА» 12 травня 2016 року № 38. URL: <https://oranta.ua/upload/iblock/904/9040f2d2e13e0d44076e701edc691ac7.pdf> (дата звернення: 20.10.2023).
145. Правила добровільного страхування медичних витрат. Українська страхова група. Київ. 2005. 8 с. Зареєстровано Державною Комісією з регулювання ринків фінансових послуг України за №2150770 від 26.08.2005. URL: <https://ukringroup.ua/ua/help/policies> (дата звернення: 20.10.2023).
146. Правове регулювання страхової діяльності : навч. посіб. / О. П. Гетманець, О. М. Шуміло, Т. В. Колеснік та ін.; за ред. О. П. Гетманець, О. М. Шуміла. Київ: Хай-Тек Прес, 2014. 400 с.
147. Практичний коментар до Цивільного кодексу України. Правочини. Загальні положення про зобов'язання. Загальні положення про договір. Договірні зобов'язання: у 2 т. / за ред. В. М. Кравчука. Т. 1. Х.: Фактор, 2011. 1200 с.
148. Приказюк Н. В. Андеррайтинг у страхуванні: проблеми та перспективи розвитку в Україні. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. 2016. Вип. 16. Ч. 3. С. 110–115.

149. Примак В. Д. Особливості відшкодування моральної шкоди як заходу цивільно-правової відповідальності. *Часопис Київського університету права*. 2013. № 3. С. 175–179.
150. Примак В. Д. Цивільно-правова відповідальність юридичних осіб : автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03. К., 2005. 16 с.
151. Про внесення змін та визнання такими, що втратили чинність, деяких законодавчих актів України у зв'язку з прийняттям Цивільного кодексу України: Закон України від 27.04.2007 р. №997-V. Дата оновлення: 18.11.2021 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/997-16#Text> (дата звернення: 20.10.2023).
152. Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування в Україні: проект Закону України від 02.08.2016 р. №4981-2. URL: http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?Pf3511=59862 (дата звернення: 20.10.2023).
153. Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з надання фінансових послуг (крім професійної діяльності на ринку цінних паперів): Постанова Кабінету Міністрів України від 07.12.2016 р. № 913. Дата оновлення: 29.07.2019. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/913-2016-%D0%BF#Text> (дата звернення: 20.10.2023).
154. Про захист прав споживачів: Закон України від 12.05.1991 р. № 1023-XII. Дата оновлення: 19.11.2022 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1023-12#Text> (дата звернення: 20.10.2023).
155. Про ліцензування видів господарської діяльності: Закон України від 02.03.2015 р. № 222-VIII. Дата оновлення: 14.07.2023. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/222-19#Text> (дата звернення: 20.10.2023).

156. Про створення Української державної страхової комерційної організації: Постанова Кабінету Міністрів України від 16.10.1991 р. №272. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/272-91-%D0%BF#Text> (дата звернення: 20.10.2023).
157. Про страхування: Декрет Кабінету Міністрів України від 10.05.1993 р. №47-93. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/47-93/ed19930510#Text> (дата звернення: 20.10.2023).
158. Про страхування: Закон України від 07.03.1996 р. №85/96-ВР. Дата оновлення: 11.04.2023 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/85/96-%D0%B2%D1%80#Text> (дата звернення: 20.10.2023).
159. Про фінансові послуги та державне регулювання ринків фінансових послуг: Закон України від 12.07.2001 р. № 2664-III. Дата оновлення: 27.07.2022 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2664-14#Text> (дата звернення: 20.10.2023).
160. Пунда О. О., Арзянцева Д. А. Медичне страхування в Україні: правові та організаційні засади. *Університетські наукові записки*. 2009. № 1 (29). С. 95–100.
161. Райхер В. К. Общественно-исторические типы страхования. М.; Л.: Изд-во Академии наук СССР, 1947. 283 с.
162. Регулирование договора страхования в рамках права Европейского Союза. *Страховое право*. 1996. № 2. С. 46.
163. Рейтинг страхових компаній України за 12 місяців 2022 року. Медичне страхування. URL: <https://forinsurer.com/ratings/nonlife/22/12/45> (дата звернення: 20.10.2023).

164. Резнікова В. В. Послуга як юридична категорія договірною права. *Юридична Україна*. 2007. № 4 (24). С. 65–74.
165. Резнікова В. В. Сутність категорії «послуга»: аналіз існуючих концепцій. *Вісник господарського судочинства*. 2009. № 1. С. 58–68.
166. Рішення Апеляційного суду Львівської області від 17.05.2016 р. у справі про стягнення зі страхової компанії витрат, пов'язаних із наданням медичної допомоги за договором медичного страхування. URL: <http://reyestr.court.gov.ua/Review/51609975#> (дата звернення: 20.10.2023).
167. Рішення Святошинського районного суду м. Києва від 26 січня 2016 р. у справі про здійснення страхової виплати за договором добровільного медичного страхування. URL: <http://reyestr.court.gov.ua/Review/55763537> (дата звернення: 20.10.2023).
168. Рішення Шевченківського районного суду м. Львова від 09.10.2013 р. у справі про стягнення страхової виплати за договором медичного страхування. URL: <http://reyestr.court.gov.ua/Review/34089490> (дата звернення: 20.10.2023).
169. Романец Ю. В. Система договорів в гражданском праве России. М.: Юристъ, 2004. 496 с.
170. Ромовська З. В. Українське цивільне право: загальна частина. Академічний курс. Підручник. Київ: Атіка, 2005. 560 с.
171. Рубцова Н. М., Рубцов М. О. Медичне страхування в Україні: реалії та перспективи розвитку. The 8th International scientific and practical conference “Scientific achievements of modern society” (April 1-3, 2020) Cognum Publishing House, Liverpool, United Kingdom. 2020. 912 p. С. 710-720.

172. Рудень В. В. Виникнення та функціонування системи медичного страхування. *Фінанси України*. 2000. № 1. С. 78–85.
173. Сабодаш Р. Б. Страхування кредитних ризиків: цивільно-правові аспекти: автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03. К., 2007. 15 с.
174. Сабодаш Р. Б. Страхування кредитних ризиків: цивільно-правові аспекти: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03. К., 2007. 206 с.
175. Санникова Л. В. Обязательства об оказании услуг в российском гражданском праве: автореф. дисс. ... докт. юрид. наук: 12.00.03. М., 2007. 42 с.
176. Семеняка В. Правила страхування: теоретико-правові та прикладні аспекти. *Право України*. 2007. № 4. С. 47–50.
177. Серебровский В. И. Договор страхования жизни в пользу третьего лица (Назначение выгодоприобретателя и его взаимоотношения с Госстрахом и другими лицами). *Ученые записки*. ВЮЗИ. М., 1948. С. 33–45.
178. Серебровский В. И. Избранные труды по наследственному и страховому праву. М.: Статут, 2003. 558 с.
179. Сібільов М. М. Співвідношення актів цивільного законодавства і договору та базові моделі регулювання договірних відносин за чинним Цивільним кодексом України. *Вісник Хмельницького інституту регіонального управління та права*. № 4 (12). 2004. С. 56–60.
180. Сібільов М. М. Цивільно-правовий договір в механізмі правового регулювання суспільних відносин в сфері приватного права. *Юридический вестник*. 2002. № 3. С. 105–109.
181. Скакун О. Ф. Теорія держави і права: підручник. Х.: Консум, 2001. 656 с.

182. Сліпенчук Н. А. Щодо поняття корпоративного інтересу. *Вдосконалення правового регулювання корпоративних відносин: зб. наук. пр. НАПрН України, НДІ приват. права і підприємництва; редкол.: О. Д. Крупчан та ін.; за ред. д-ра юрид. наук, акад. НАПрН України В. В. Луця. К. : Ред. журн. «Право України», 2013. 168 с. С. 162–167.*
183. Сobotник Р. В. Договір страхування цивільної відповідальності за шкоду, заподіяну джерелом підвищеної небезпеки: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03. К., 2015. 217 с.
184. Степанов Д. И. Услуги как объект гражданских прав: монография. М.: Статут, 2005. 349 с.
185. Степанова Т. В. Страхование право Украины: Конспект лекций. 3-е изд., перераб. и доп. Одесса: «Негоциант», 2007. 82 с.
186. Страхове право : Навч. посіб. / за ред. Ю. О. Заїки. К.: Істина, 2004. 192 с.
187. Страхування: підручник / Керівник авт. колективу і наук. ред. С. С. Осадець. Вид. 2-ге, перероб. і доп. Київ: КНЕУ, 2002. 599 с.
188. Страхування: теорія та практика. Навчально-методичний посібник / Внукова Н. М., Успенко В. І., Временко Л. В. та ін. За заг. ред. проф. Внукової Н. М. Харків: Бурун Книга, 2004. 376 с.
189. Стрижак І. В. Проблема визначення поняття «предмет договору». *Вісник Академії митної служби України. Сер.: Право. 2010. № 2. С. 124–129.*
190. Схаб-Бучинська Т. Я. Обмеження принципу свободи у договорах приєднання. *Актуальні проблеми вдосконалення чинного законодавства України: Збірник наукових статей. Випуск 37. Івано-Франківськ: Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника, 2015. С. 152–161.*

191. Телестакова А. А. Правове регулювання відносин з надання послуг. Навч. посіб. К.: Центр учбової літератури, 2010. 160 с.
192. Телестакова А. А. Система договорів про надання послуг в цивільному праві України: автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03. К., 2008. 25 с.
193. Терешко Х. Я. Історико-правова регламентація медичного страхування в Україні: деякі аспекти. Матеріали І Всеукраїнської науково-практичної конференції 19-20.04.2007. м. Львів. С. 312–317.
194. Тімуш І. С. Поняття ризикового договору в цивільному праві. *Підприємництво, господарство і право*. 2004. № 2. С. 65–66.
195. Тімуш І. С. Цивільно-правове регулювання ризикових (алеаторних) договорів: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03. К., 2004. 198 с.
196. Ткаченко Л. В. Маркетинг послуг: підручник. Київ: Центр навчальної літератури. 2003. 192 с.
197. Топоркова М. М. Типовий договір і договір приєднання як форма регулювання постачання тепловою енергією. *Форум права*. 2012. № 2. С. 709–713.
198. Федорченко Н. В. До питання про місце договору з надання послуг у ході виконання маркетингових досліджень у системі цивільно-правових договорів. *Підприємництво, господарство і право*. 2005. № 5. С. 27–30.
199. Федорченко Н. В. Договірні зобов'язання з надання послуг: проблеми теорії та практики: монографія. К.: НДІ приватного права і підприємництва НАПрН України, 2015. 328 с.
200. Федорченко Н. В. Загальні проблеми зобов'язань по наданню послуг. *Держава і право*. 2002. Випуск 17. С. 237–242.

201. Федорченко Н. В. Особливості укладення договорів про надання послуг. *Бюлетень Міністерства юстиції України*. 2015. № 3 (березень). С. 56–63.
202. Федорченко Н. В. Поняття та ознаки договору про надання послуг. *Бюлетень Міністерства юстиції*. № 12 (грудень). 2014. С. 98–104.
203. Федорченко Н. В. Роль договору у сфері надання туристичних та готельних послуг. *Приватне право і підприємництво: збірник наукових праць*. 2018. Вип. 18. С. 148–152.
204. Фогельсон Ю. Б. Страхование право: теоретические основы и практика применения: монография. М.: Норма: ИНФРА М, 2012. 576 с.
205. Харитонов Є. О. Цивільне право України. Підручник / Є. О. Харитонов, Н. О. Саніахметова. К.: «Істина», 2005. 776 с.
206. Харитонов Є. О., Старцев О. В. Цивільне право України: підручник. Вид. 2-е, перероб. і доп. К.: Істина, 2007. 816 с.
207. Харитонов Є. О., Харитонова О. І., Старцев О. В. Цивільне право України: підручник. Київ: Істина, 2011. URL: <http://westudents.com.ua/knigi/479-tsvlnepravo-ukrani-haritonov-o.html> (дата звернення: 20.10.2023).
208. Хрестоматія з історії держави і права України: навч. посіб. / Упоряд.: А. С. Чайковський (кер.). О. Л. Копиленко, В. М. Кривоніс, В. В. Свистунов, Г. І. Трофанчук. Київ: Юрінком Інтер, 2003. 656 с.
209. Цивільне право України: в 2-х томах, підручник / за ред. д-ра юрид. наук, проф. Є. О. Харитонова; канд. юрид. наук Н. Ю. Голубевої. Вид. друге. Х.: Одиссей, 2010. Т. 2. 872 с.
210. Цивільне право України: підручник: у 2 кн. / за ред. О. В. Дзери, Н. С. Кузнецової. К.: Юрінком Інтер, 2010. Кн.

2. 2010. 1176 с. URL: <https://pidruchniki.ws> (дата звернення: 20.10.2023).
211. Цивільне право України: підручник: у 2-х т. / Борисова В. І. (кер. авт. кол.), Баранова Л. М., Жилінкова І. В. та ін.; за заг. ред. В. І. Борисової, І. В. Спасибо-Фатєєвої, В. Л. Яроцького. К.: Юрінком Інтер, 2007. Т. 2. 639 с.
212. Цивільне право України: підручник: у 2-х т. / За заг. ред. В. І. Борисової, І. В. Спасибо-Фатєєвої, В. Л. Яроцького. К.: Юрінком Інтер, 2004. Т. 1. 656 с.
213. Цивільне та сімейне право України: підручник / за ред. Є. О. Харитоновна, Н. Ю. Голубєвої. К.: Правова єдність, 2009. 968 с.
214. Цивільний кодекс Галичини 1797. Івано-Франківськ: Вавилонська бібліотека, 2017. 272 с.
215. Цивільний кодекс України: Закон України від 16.01.2003 р. №435-IV. Дата оновлення: 10.08.2023. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/435-15#Text> (дата звернення: 20.10.2023).
216. Цивільний кодекс Української РСР: Закон України від 18.07.1963 р. № 1540-06. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1540-06/ed19630718#Text> (дата звернення: 20.10.2023).
217. Чапічадзе А. Я. Етапи розвитку страхування. *Вісник Харківського національного університету внутрішніх справ*. 2002. Вип. 19. С. 228–233.
218. Чапічадзе Я. Об'єкт страхових відносин. *Підприємництво, господарство і право*. 2006. № 6. С. 10–12.
219. Чмихов Ю. А. Цивільно-правове регулювання договору про надання ріелторських послуг: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03. Івано-Франківськ, 2017. 178 с.
220. Шаблова Е. Г. Гражданско-правовое регулирование отношений возмездного оказания услуг: дис. ... док. юрид. наук: 12.00.03. Екатеринбург, 2003. 363 с.

221. Шелехов К. В., Бігдаш В. Д. Страхування: навчальний посібник. К.: МАУП, 2001. 320 с.
222. Шемшур О. Поняття та правова природа ризику у приватному праві. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Юридичні науки.* 2012. Вип. 94. С. 105–108.
223. Шерстобитов А. Е. Гражданско-правовое регулирование договорных отношений в сфере обслуживания. М., 1987. С. 54–61.
224. Шешенин Е. Д. Предмет обязательства по оказанию услуг. *Сборник ученых трудов.* Свердловск: Сред.-Урал. кн. изд., 1964. Вып. 3. С. 151–193.
225. Шешенин Е. Д. Классификация гражданско-правовых обязательств по оказанию услуг. *Гражданское право и сфера обслуживания: сб. научн. тр.* Свердловск, 1984. С. 40–47.
226. Шиминова М. Я. Государственное страхование в СССР: Правовые вопросы / АН СССР, Институт государства и права; Отв. ред. Н.С. Малеин. М: «Наука», 1987. 220 с.
227. Шиминова М. Я. Страхование: история, действующее законодательство, перспективы / Отв. ред. В. П. Мозолин; АН СССР. Москва: «Наука», 1989. 176 с.
228. Шишка Р. Б. Типологія цивільно-правових договорів. *Право та управління: електронне наукове видання.* 2012. № 2. С. 1007–1019.
229. Щербина В. С. Господарське право України: навч. посіб. 3-тє вид., перероб. і допов. К.: Юрінком Інтер, 2002. 640 с.
230. Щуковская О. М. Правовое регулирование деятельности по оказанию правовых услуг: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03. Санкт-Петербург, 2001. 13 с.

231. Ювсечко О. Історичні аспекти становлення і розвитку медичного страхування в Україні. URL: <http://naub.org.ua/?p=1207> (дата звернення: 20.10.2023).
232. Юридична енциклопедія. За загал. ред. Шемчушенко. К.: Українська енциклопедія ім. М. П. Бажана, 2004. Том 5. 736 с.
233. Яворська О. С. Договори приєднання: проблеми правового регулювання. *Підприємництво, господарство і право*. 2009. № 10. С. 93–95.
234. Яворський Я. Ознаки договору страхування: українська практика та зарубіжний досвід. *Право України*. 2007. № 9. С. 94–96.
235. Янишен В. П. Поняття та ознаки страхових правовідносин в Україні: автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03. Харків, 1997. 18 с.

Наукове видання

ПЕТЕЧЕЛ
Надія Михайлівна

ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ
ДОГОВОРУ МЕДИЧНОГО
СТРАХУВАННЯ

Монографія

Комп'ютерна верстка Ігор КОЗИЧ

Підп. до друку 12.12.2023 р. Формат 60x84/16. Папір
офсет. Гарнітура “Times New Roman”. Ум. друк. арк. 16,5.
Тираж 100 пр.

Видавець Видавництво ДВНЗ “Прикарпатський
національний університет імені Василя Стефаника” 76018,
м. Івано-Франківськ, вул. С.Бандери, 1, тел.: 75-13-08, е-
mail: vdvcit@pu.if.ua

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 2718 від
12.12.2006

ISBN 978-966-640-564-0