

Міністерство освіти і науки України
Тернопільський національний економічний університет
Юридичний факультет
Кафедра цивільного права і процесу

Заблоцька Анастасія Богданівна

Істотні умови договору медичного страхування

Спеціальність: 081 – Право
Освітньо-професійна програма - Право
Випускна кваліфікаційна робота

Виконав студент групи ПРм-22
А.Б. Заблоцька

Науковий керівник:
к.ю.н., викладач Майка Н.В.

Випускну кваліфікаційну роботу
допущено до захисту:

«___» _____ 20__ р.

Завідувач кафедри
_____ І.С. Лукасевич-Крутник

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ДОГОВІР У МЕХАНІЗМІ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ	7
1.1. Поняття та правова природа медичного страхування.....	7
1.2. Види договорів медичного страхування.....	15
Висновки до розділу 1	25
РОЗДІЛ 2. УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ	27
2.1. Порядок укладення договору страхування.....	27
2.2. Предмет договору.....	32
2.3. Інші умови договору	34
Висновки до розділу 2	36
РОЗДІЛ 3. ПІДСТАВИ ТА ПРАВОВІ НАСЛІДКИ ВИЗНАНЯ ДОГОВОРУ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ НЕДІЙСНИМ ТА НЕУКЛАДЕНИМ.....	38
3.1. Виконання договору медичного страхування	38
3.2. Відповідальність за договором (судова практика)	45
Висновки до розділу 3	48
ВИСНОВКИ	50
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	54

ВСТУП

Актуальність теми. У ст. 49 Конституції України проголошено право кожного на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Відповідно до законодавства медичне страхування в Україні може здійснюватись як в обов'язковій, так і в добровільній формі. Система обов'язкового медичного страхування в Україні на цей час не є сформованою та перебуває на стадії законопроектної роботи. Недостатність фінансування національної медицини вимагає пошуку шляхів альтернативного забезпечення й гарантування права особи на надання якісних медичних послуг. Вирішенням існуючої проблеми може стати розвиток добровільного медичного страхування. Саме укладення договорів добровільного медичного страхування здатне забезпечити отримання належної медичної допомоги в разі настання страхових випадків.

Теоретичною базою роботи слугували праці таких науковців:

С.В. Антонов, О.І. Бабич, Н. Болотіна, О.Г. Братель, С.Б. Булеца, І.В. Венедіктова, М.О. Герасимчук, А.А. Герц, З.С. Гладун, В.О. Горєв, Т. Гурська, Н.О. Давидова, О.В. Дзера, А.В. Жупанин, С.В. Істомін, Р.І. Кондратьєв, О.В. Кирилов, Д.В. Левченко, Т.В. Лісніча, А.В. Луць, Л.В. Малюга, Р.А. Майданик, А.А. Мірзоян, О.І. Міхно, С.Г. Стеценко, І.Я. Сенюта, Н.В. Устименко, О.І. Харитонова, Є.О. Харитонов та ін.

Об'єкт дослідження. Цивільні правовідносини у сфері медичного страхування та правові аспекти, що пов'язані із договором медичного страхування.

Предметом дослідження є істотні умови договору медичного страхування, порядок його укладення та припинення дії.

Методологія. Теоретико - методологічну основу дослідження становлять загальнонаукові та спеціальні методи дослідження, основними з яких є системний підхід, аналіз, синтез, систематизація, класифікація.

При дослідженні проблем, які входять до предмету роботи, було використано загальнонаукові та спеціальні методи наукового пізнання, а саме:

- діалектичний метод застосовувався для формулювання вихідних понять, що стосуються предмету дослідження;
- історико-правовий метод застосовувався при вивченні становлення та розвитку медичного права як галузі;
- метод системно-структурного аналізу дозволив здійснити класифікацію цивільних правовідносин у сфері здійснення медичної діяльності;
- порівняльно-правовий метод використовувався для дослідження нормативно-правової бази інших країн;
- формально-логічний метод допоміг дослідити законодавство у сфері договору медичного страхування, а також практика його застосування, визначено поняття медичного страхування, страховика, страхувальника, страхового випадку;
- метод конкретних соціологічних досліджень використовувався при дослідженні судової практики у сфері медичного страхування.

Мета та завдання роботи. Метою є висвітлення основних аспектів договору медичного страхування, та відносин, що виникають, змінюються та припиняються у сфері медичного страхування.

Для досягнення поставленої мети необхідно вирішити такі завдання:

- сформулювати поняття договору медичного страхування;
- здійснити аналіз видів медичного страхування;
- з'ясувати порядок укладення договору страхування;
- виокремити предмет договору та інші істотні умови;
- визначити підстави та наслідки визнання договору медичного страхування недійсним та неукладеним;
- визначити особливості виконання договору;
- з'ясувати межі відповідальності, що настає за договором медичного страхування.

Наукова новизна одержаних результатів полягає у тому, що дана робота є одним із досліджень сучасних проблем у сфері медичного страхування, що базується на аналізі та узагальненні зазначених у роботі джерел інформації. Здійснено аналіз як давно існуючих, так і нових нормативно-правових актів, котрі разом складають нормативну базу медичної сфери України та інших країн світу. Також аргументована необхідність медичної реформи, що була впроваджена у 2017 році. У ході аналізу виявлено особливості розподілу медичного страхування на добровільне та обов'язкове та визначено класифікацію кожного виду зокрема. Аналіз судової практики у сфері медичного страхування виділив одну з основних причин звернення до суду, що дає можливість сприяти подальшому зменшенню подібних випадків.

Практичне значення одержаних результатів. Основні положення, висновки та пропозиції, що сформульовані в роботі, можуть бути використані у: правотворчості – для удосконалення актів законодавства, що регулюють цивільні відносини у сфері здійснення медичної діяльності (Цивільного кодексу України, Основ законодавства України про охорону здоров'я, Закону України «Про захист прав споживачів»); навчально-методичній роботі – при викладанні нормативного курсу «Цивільне право», спеціальних курсів «Особисті немайнові права фізичної особи», «Медичне право», підготовці доповідей та методичних рекомендацій із зазначених дисциплін; правовиховній сфері – для підвищення рівня правової культури населення, формування фахової правосвідомості студентів вищих юридичних навчальних закладів.

Апробація результатів дослідження. Результати дослідження доповідались та обговорювались на Міжнародній науковій конференції «Тенденції реформування правової системи України і країн світу: правові, психологічні та соціокультурні аспекти», що проходила на базі юридичного факультету ТНЕУ. Тези опубліковані у збірнику тез доповідей міжнародної наукової конференції «Тенденції реформування правової системи України і країн світу: правові, психологічні та соціокультурні аспекти».

Структура роботи. Магістерська робота складається зі вступу, трьох розділів, які включають 7 підрозділів, висновків та списку використаних джерел (69 найменувань). Загальний обсяг роботи становить 60 сторінок.

РОЗДІЛ 1.

ДОГОВІР У МЕХАНІЗМІ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

1.1. Поняття та правова природа медичного страхування

Правові відносини є основою як загальної теорії права і держави, так і галузевих юридичних наук.

Під правовідносинами слід розуміти суспільні відносини, які врегульовані правом та охороняються державою, а учасники цих відносин наділені суб'єктивними правами та юридичними обов'язками. Зважаючи на це, можемо виділити наступні риси будь-яких правовідносин:

- є суспільними відносинами між суб'єктами;
- наявність зв'язку між суб'єктами, що наділені суб'єктивними правами та юридичними обов'язками;
- базуються на нормах права;
- знаходяться під охороною держави.

Відносини у сфері медичної діяльності, які виникають між лікарем і пацієнтом, є цивільно-правовими за своїм характером.

В окремих країнах правові відносини між пацієнтом та лікарем регулюються не на договірних засадах, а таким чином, що права пацієнта закріплюються поряд з обов'язками лікаря. Такі положення закріплені в законах, Основах законодавства про охорону здоров'я. Наведемо яскраві приклади таких країн: Австрія, Китай, Тайвань, Польща, Словаччина, Греція, Словенія, Україна, Грузія, Білорусь, Швеція, Узбекистан, Сальвадор. Також існують такі країни, де про права пацієнта прийняті окремі закони, прикладом слугують Данія, Естонія, Литва, Норвегія, Фінляндія, Ісландія, Ізраїль, Росія, Туреччина, Японія, Канада, Уругвай і Еквадор. Є й такі країни, де прийняли

окрему Хартію про права пацієнта та закон (Чехія, Південноафриканська республіка, Франція, Великобританія, Ірландія, Португалія, Нова Зеландія [1, с. 327]).

Попри те, що медичне право як правовий інститут завжди знаходиться на особливому місці у правових системах цивілізованих держав, у науковій літературі досі точаться дискусії щодо існування медичного права як галузі. Проте, на території України історія існування медичного права, як галузі поки є нетривалою і знаходиться на етапі формування [2, с. 24-27].

Результати сучасних досліджень дозволяють зрозуміти, що медичне право як галузь права має комплексний характер [3, с. 25–27].

Зокрема А.Б. Литовка і П.І. Литовка зазначають, що після включення до цивільного обігу, є недоречним погляд на медичне право як на підгалузь права соціального забезпечення. У такому разі медичне право – комплексна галузь, що здійснює регулювання охороно-оздоровчих та інших відносин, що пов'язані з ними. [4, с. 81].

С.Г. Стеценко стверджує, що медичне право – це така комплексна галузь права, яка вміщує в собі відповідну сукупність правових норм, що здійснюють регулювання суспільних відносин у сфері медичної діяльності, а також дає можливість здійснювати розробку основних засад державної політики в межах зазначеної сфери на більш високому рівні, більш якісно проробляти питання щодо захисту прав громадян при наданні медичної допомоги [5, с. 30].

Медична діяльність характеризується комплексною природою, відповідно можна виділити такі елементи: процес надання медичної допомоги, виробництво лікувальних засобів та виробів медичного призначення, система медичного страхування, організація реабілітаційно-відновлювальних заходів тощо [6, с.108].

Сьогодні в Україні триває медична реформа, що з 19 жовтня 2017 року стартувала завдяки ухваленому Верховною Радою Закону України «Про

державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». Основною метою реформи є забезпечення усіх громадян держави рівним доступом до якісних медичних послуг та перебудова системи охорони здоров'я таким чином, щоб її центром був пацієнт. Нижче наведемо ряд впроваджень, що передбачає медична реформа:

1. Впровадження державного гарантованого пакета медичної допомоги.

Це означає, що бюджет розподіляється за медичними послугами, необхідними пацієнтам, на рівних для всіх громадян умовах. Пакет медичної допомоги, що гарантований державою, визначатимуть, виходячи з пріоритетів охорони здоров'я в Україні у обсязі можливостей державного фінансування.

Згідно із законом, перелік медичних послуг, які повністю оплачує держава формується щороку, виходячи з потреб населення в медичному обслуговуванні, пріоритетів державної політики у сфері охорони здоров'я та обсягу доступних коштів у Державному бюджеті.

2. Запровадження принципу «гроші ходять за пацієнтом».

Медичні заклади перетворюються на автономні суб'єкти господарської діяльності, які отримуватимуть оплату за результатами своєї діяльності, тобто за фактично надану медичну допомогу пацієнтам.

З 2020 року заклади медичної допомоги всіх рівнів перейдуть на фінансування через Національну службу здоров'я України.

3. Автономізація постачальників медичної допомоги.

Командно-адміністративна модель відносин змінюється на контрактну, а отже, відтепер відносини регулюються договорами про медичне обслуговування населення з чітко визначеними параметрами фінансування результату.

Відповідно до зазначених договорів Національна служба здоров'я України діє в інтересах пацієнтів як третя сторона-платник, а заклад охорони здоров'я або лікар приватної практики є постачальниками послуг.

4. Програма «доступні ліки».

Ще з квітня 2017 року пацієнти, які мають серцево-судинні захворювання, діабет II типу чи бронхіальну астму, можуть отримати медичні препарати безкоштовно або з незначною доплатою.

5. Прозора та ефективна закупівля ліків.

Оптимізація закупівлі ліків направлена на мінімізацію корупційних впливів, тому ще з 2015 року державні закупівлі лікарських засобів і медичних виробів здійснюються через такі спеціалізовані міжнародні організації, як Програма розвитку ООН, Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ) і британська закупівельна агенція Crown Agents.

6. Реформа медичної освіти.

Якісна медична освіта дає можливість забезпечити систему охорони здоров'я висококваліфікованими фахівцями, що і є метою реформи.

7. Створення нових можливостей для здійснення місцевою владою повноважень у сфері охорони здоров'я.

Програма медичних гарантій фінансується з національного рівня, тоді як кошти місцевих бюджетів спрямовуються на забезпечення роботи системи, а також на запровадження місцевих програм.

Відповідно до основних завдань реформи, на зміну командно-адміністративній моделі відносин прийшла контрактна, а отже, медицина тепер ще більше пов'язана із юридичною сферою. Прикладом можуть слугувати декларації між лікарями та пацієнтами; договори між Національною службою здоров'я України та медичними закладами; договори медичного страхування тощо.

Розглянемо детальніше поняття страхування та договір медичного страхування (ДМС) зокрема.

Щодо поняття страхування, у Законі України від 07.03.1996 р. “Про страхування”, під ним розуміють такий вид цивільно-правових відносин щодо захисту майнових інтересів фізичних та юридичних осіб, де у разі настання відповідних подій (страхових випадків), що визначені договором страхування або чинним законодавством, за рахунок грошових фондів, які формуються завдяки сплаті фізичними особами та юридичними особами своїх страхових платежів та доходів від розміщення коштів цих фондів [7].

У свою чергу, науковці, досліджуючи тему медичного страхування по різному трактують це поняття:

С. Юрій зазначає: «медичне страхування — це форма соціального захисту населення щодо охорони здоров'я, пов'язана з компенсацією витрат громадян на медичне обслуговування. Це система організаційних та фінансових заходів щодо забезпечення діяльності страхової медицини» [8, с. 462].

І. Сардинець стверджує: «медичне страхування — це різновид соціального страхування при захворюваннях, коли лікування оплачується з приватних, громадських або державних коштів» [9, с. 152].

В. Бідний визначає: «медичне страхування — вид соціального страхування населення, що забезпечує оплату медичного обслуговування застрахованим страховими товариствами за рахунок спеціальних фондів обов'язкового медичного страхування» [10, с. 134].

А. Миронов: «медичне страхування — це форма соціального захисту населення у сфері охорони здоров'я. Медичне страхування являє собою страхування на випадок втрати здоров'я за будь-якої причини, в тому числі у зв'язку із хворобою чи нещасним випадком. Воно забезпечується заходами щодо формування особливих страхових фондів, призначених для фінансування медичної допомоги в межах страхових програм» [11, с. 312].

З вищенаведених визначень науковців можна зробити висновок, що медичне страхування – це форма соціального захисту. Варто зазначити, що такі поняття, як «соціальний захист» та «соціальне страхування» не тотожні. Поняття «соціальне страхування» за своїм змістом вужче ніж поняття «соціальний захист». Соціальне страхування визначають як складовий елемент особистого страхування поряд з такими видами страхування, як страхування життя, страхування від нещасних випадків, медичне страхування [12, с. 26]. Термін «соціальний захист» розглядається як система розподільних відносин, у процесі яких утворюються та використовуються суспільні фонди грошових ресурсів для матеріального забезпечення та обслуговування окремих категорій громадян за рахунок частини національного доходу [11, с. 353].

Медичне страхування передбачає гарантоване отримання медичної допомоги застрахованим під час виникнення захворювання за рахунок сплачених страхових внесків. У літературі під медичним страхуванням розуміють страхування, об'єктом якого є страховий ризик, пов'язаний із витратами на надання медичної допомоги за виникнення страхового випадку [13, с. 54].

Сфера медичного страхування представлена договорами з надання послуг. Варто зазначити, що в системі медичного страхування використовуються такі види договорів:

- договір добровільного медичного страхування, що укладається між страхувальником і страховою організацією;
- договір із надання медичних послуг (лікувально-профілактичної допомоги), що укладається між страховою організацією та медичною установою;
- договір між страховою компанією та організацією асистанс.

Отже, виходячи з вищенаведеного, можемо зрозуміти, що медичне страхування пов'язане із компенсацією витрат громадян, які обумовлені

отриманням медичної допомоги, а також витрат, які спрямовані на підтримку здоров'я. Метою медичного страхування є забезпечення можливості одержання медичної допомоги за рахунок накопичених коштів і фінансування профілактичних заходів, у разі виникнення страхового випадку.

Об'єктом ДМС є майнові інтереси, що пов'язані зі здоров'ям застрахованої особи (страхувальника), тобто витрати при одержанні медичних послуг у випадку порушення стану здоров'я, хвороби або втрати працездатності страхувальника. Таким чином, у широкому розумінні, об'єктом ДМС є життя і здоров'я застрахованої особи.

Суб'єктами медичного страхування є страховики, страхувальники, застраховані, медичні установи.

Страховиками є незалежні страхові організації, що наділені статусом юридичної особи і мають ліцензію на право здійснювати медичне страхування.

Страхувальники – це дієздатні фізичні або юридичні особи, що мають право здійснювати укладання договорів страхування на свою користь або ж на користь третіх осіб.

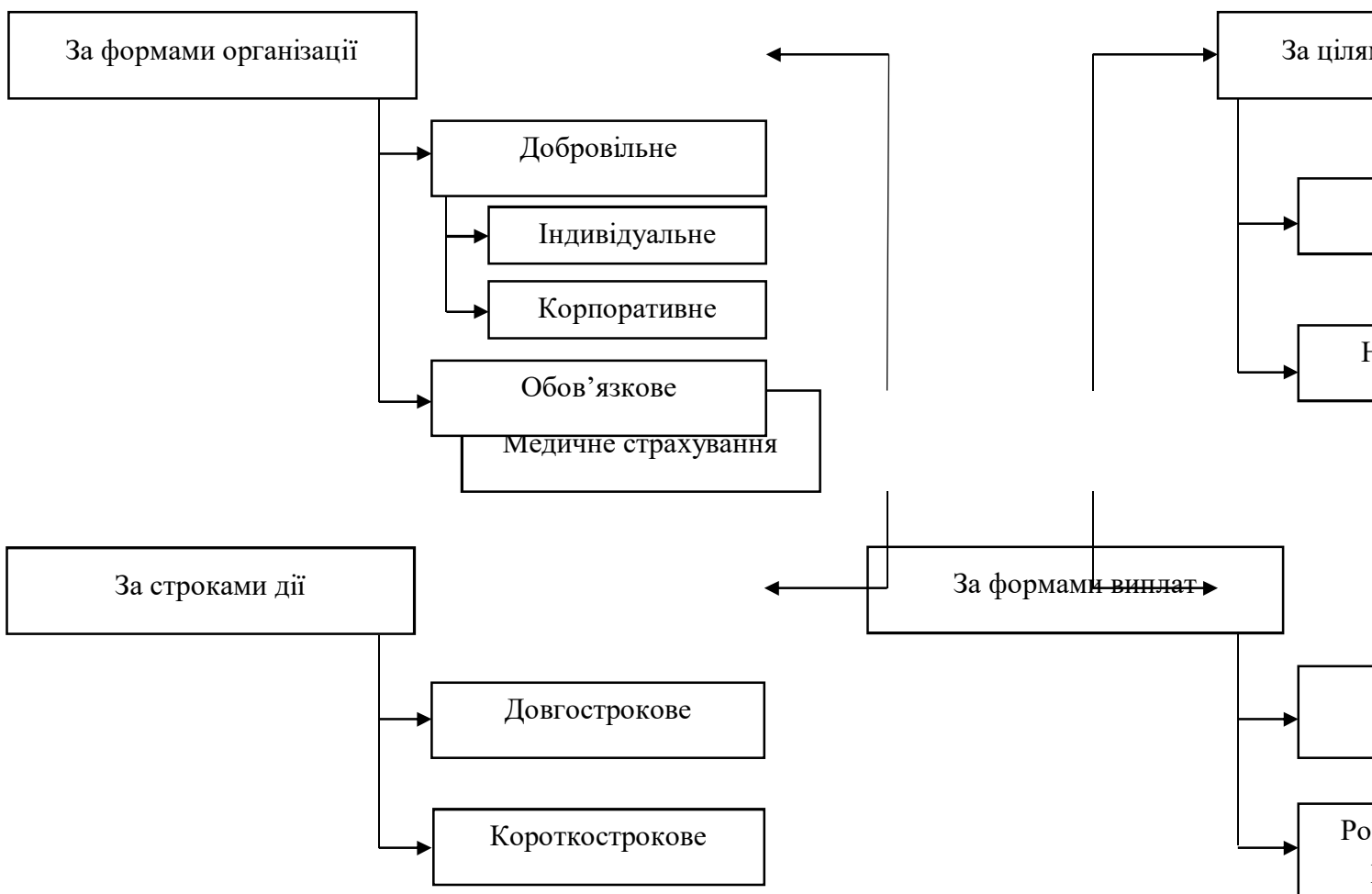
Застраховані – це ті громадяни, на користь яких було укладено договір страхування. Страхувальник і застрахований може бути однією особою, у тому випадку, коли фізична особа укладає договір страхування відносно себе самої.

За договором медичного страхування, страховим випадком є звернення застрахованої особи до медичного закладу у випадку травми, гострого захворювання, загострення хронічного захворювання або інших нещасних випадків, маючи на меті одержання медичної допомоги, що передбачена договором.

Страхове відшкодування реалізується шляхом оплати вартості медичного обслуговування особи, що застрахована в межах певної страхової суми, яка визначена договором медичного страхування.

1.2. Види договорів медичного страхування

Основою договору медичного страхування є його предмет, тобто безпосередньо особисте страхування. Залежно від сфери застосування такі договори поділяються на певні підвиди. Так, у юридичній літературі за формою проведення страхування поділяють на добровільне (страхування, що здійснюється на основі договору між страхувальником і страховиком) та обов'язкове (ґрунтується на засадах імперативності, виникає на основі закону незалежно від волі учасників страхових правовідносин, їх фінансових можливостей) [14, с. 276].



Таблиця 1. Види медичного страхування

Обов'язкове медичне страхування – це складова державного соціального страхування, яка забезпечує рівні можливості в отриманні медичної і лікарської допомоги всім громадянам країни, що надається за рахунок коштів обов'язкового медичного страхування в обсязі і на умовах відповідних програм медичного страхування. Добровільне медичне страхування реалізується відповідно до програм медичного страхування і таким чином забезпечує отримання громадянами додаткових та інших медичних послуг, окрім тих, що встановлені програмами обов'язкового медичного страхування.

Залежно від цілей, страхування ділиться на ризикове та накопичувальне. Ризикове страхування – це такий вид страхування, що створює своєрідний захист від нещасних випадків та захворювань, що можуть нанести значну шкоду здоров'ю. Відповідно до такого страхування, невеликі регулярні внески зумовлюють гарантовану виплату набагато більшої суми, якщо подія, передбачена договором, таки трапиться.

Накопичувальне страхування – це довгострокове накопичення та збереження коштів, що має на меті забезпечення старості та захист від ризику втрати працездатності. Якщо застрахована особа втратить працездатність раніше, аніж закінчився термін накопичення, то у такому разі вона отримує всю страхову суму, незважаючи на те, що сплатила тільки певну частину.

За строками дії страхування може бути довгостроковим або короткостроковим. За довгостроковим договором у страховика виникає відповідальність у разі смерті або дожиття до закінчення строку страхування чи визначеного договором строку дії. За короткостроковим договором, відповідальність страховика виникає у випадку: смерті внаслідок нещасного випадку; втрати непрацездатності; захворювання; звернення до медичного закладу.

Зважаючи на форми виплат, розрізняють медичне страхування з фіксованими виплатами і таке, де розмір виплат залежить від розміру завданого збитку.

Щоб отримати більш детальну класифікацію, слід повернутись до форм організації медичного страхування.

Отож, видами добровільного страхування є:

1) страхування життя

Страхування життя — це такий вид особистого страхування, що передбачає закріплений за страховиком обов'язок здійснити страхову виплату відповідно до договору страхування у випадку смерті застрахованої особи, а також, якщо таке передбачено договором страхування, у разі дожиття застрахованої особи до закінчення строку дії договору страхування та/або досягнення застрахованим визначеного договором віку. Також умови, що зазначені у договорі страхування життя, можуть передбачати обов'язок страховика здійснити страхову виплату у разі нещасного випадку, який стався із застрахованим або хвороби застрахованої особи. У тому випадку, коли при настанні страхового випадку передбачено регулярні послідовні довічні страхові виплати (страхування довічної пенсії), то обов'язковим є зазначення у договорі страхування можливого ризику смерті застрахованої особи протягом періоду між початком дії договору страхування та першою страховою виплатою з числа довічних страхових виплат. У будь-яких інших випадках передбачення ризику смерті застрахованого є обов'язковим впродовж усього строку дії договору страхування життя [7].

2) страхування від нещасних випадків

Добровільне страхування – це вид страхування, який здійснюється для тих суб'єктів, які не підпадають під обов'язкове страхування. Такий вид страхування має на меті фінансове відшкодування витрат особи, що спрямовані на усунення травм, або пов'язані із втратою працездатності чи смертю.

Страхові події для відповідного виду страхування наступні:

- тимчасова втрата працездатності;
- інвалідність I-III груп;

- смерть застрахованого.

Страхова сума визначається за згодою сторін при підписанні договору страхування. Головним чинником для визначення страхової суми є фінансові можливості страхувальника.

Страховий тариф залежить від категорії страхувальників за групою ризику. Загалом, усіх страхувальників можна поділити на чотири категорії:

- діти;
- дорослі;
- працівники, професії яких пов'язані з підвищеним ризиком щодо настання нещасних випадків;
- спортсмени.

Тариф може бути вищим або ж нижчим, він залежить від групи ризику. Існує можливість розрахувати один тариф, до якого будуть застосовуватись коефіцієнти (знижувальні чи підвищувальні).

3) безперервне страхування здоров'я

Безперервне страхування здоров'я – це такий вид страхування, де у договорі предметом виступають майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані зі здоров'ям, працездатністю страхувальника або третьої особи, яка визначена страхувальником у договорі страхування за її згодою.

Страховими ризиками відповідно до договору безперервного страхування здоров'я є надання застрахованій особі закладами охорони здоров'я певного переліку медико-санітарної допомоги відповідної якості, в обсягах, що визначені умовами договору страхування, у зв'язку із захворюванням, загостренням хронічного захворювання або розладу здоров'я застрахованого.

Страховою подією за договором безперервного страхування здоров'я є така подія, з настанням якої у страховика виникає обов'язок здійснити страхову виплату визначеній особі.

Такий вид страхування передбачає наступні варіанти виплати страхової суми або її частини:

- оплата вартості медико-санітарної допомоги певного переліку та якості в обсязі обраної страхувальником програми медичного страхування, яка була надана закладом охорони здоров'я, у зв'язку із захворюванням, загостренням хронічного захворювання або розладу здоров'я;
- відшкодування понесених витрат на медико-санітарну допомогу застрахованою особою, що має документальне підтвердження.

Щодо розміру страхової суми, то він визначається сторонами під час укладання договору. Страхова сума може бути встановлена щодо окремого страхового випадку, певної групи страхових випадків або ж договору страхування в цілому.

Розмір страхового тарифу визначається з урахуванням тих факторів, які мають значення для оцінки страхового ризику.

4) страхування здоров'я на випадок хвороби

Страхування здоров'я на випадок хвороби – це такий вид страхування, при якому кожна хвороба оцінена у вигляді грошового еквіваленту. При такому страхуванні, застрахований має реальну можливість отримати від страхової компанії фінансову компенсацію у випадку захворювання, таким чином значно зменшивши витрати на лікування.

Страховим ризиком є захворювання, при якому необхідне амбулаторне або стаціонарне лікування, за умови, що воно сталося під час дії договору страхування та відповідає одному з класів хвороб, а саме:

- хвороби ендокринної системи;
- інфекції та паразитарні хвороби;
- хвороби системи кровообігу;
- новоутворення;

- хвороби крові та кровотворних органів;
- хвороби шкіри і підшкірної клітковини;
- психічні розлади;
- хвороби нервової системи;
- хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини;
- хвороби органів дихання;
- хвороби органів травлення;
- хвороби сечостатевої системи.

Страховий тариф залежить від обраної програми страхування, страхової суми, строку страхування та інших обставин, які можуть впливати на ступінь ризику.

Здійснення страхової виплати проводиться за умови наявності всіх необхідних документів зі сторони страхувальника.

Розмір виплати страхової суми або її частини розраховується страховиком на підставі висновку лікаря-експерта та залежить від класу хвороби, ступеня її тяжкості та тривалості.

Видами обов'язкового страхування визначено:

1) особове страхування медичних та фармацевтичних працівників, які працюють в установах і організаціях, що не фінансуються з державного бюджету

Вичерпний перелік категорій працівників, для яких здійснюється обов'язкове медичне страхування затверджено постановою Кабінету Міністрів України від 16 жовтня 1998 р. № 1642.

Для такого виду обов'язкового страхування передбачаються наступні страхові випадки:

- інфікування працівника вірусом імунодефіциту людини;

- інвалідність, що зумовлена ВІЛ-інфекцією, отриманою під час виконання професійних обов'язків;
- тимчасова втрата працездатності внаслідок інфікування під час виконання професійних обов'язків;
- смерть від ВІЛ-інфекції, отриманої під час виконання професійної діяльності.

За таким видом страхування єдина страхова сума не встановлюється. Страхові платежі сплачуються за кожного застрахованого у розмірі 1 % неоподаткованого мінімуму доходів громадян (НМДГ) один раз на рік.

Страхувальником виступає підприємство, установа або організація, де працює застрахована особа.

Розмір страхових виплат за настання страхової події, які отримує застрахований:

- у випадку інфікування вірусом імунодефіциту людини – 50 НМДГ;
- у разі тимчасової непрацездатності – 0,3 НМДГ за кожен день, проте не більше 50 НМДГ за весь період тимчасової непрацездатності;
- у разі встановлення інвалідності: I групи – 100 НМДГ, II групи – 75 НМДГ, III групи – 50 НМДГ;
- у випадку смерті, що спричинена ВІЛ-інфекцією, страхова сума сплачується у розмірі заробітної плати померлого за десять років за останньою посадою, яку він обіймав.

Для того, щоб отримати страхову суму, необхідно пред'явити документи, яку засвідчуватимуть ВІЛ-інфікацію у зв'язку з виконанням професійної обов'язків.

2) страхування спортсменів вищої категорії

Страховання спортсменів вищої категорії здійснюється в порядку та за умовами, затвердженими постановою Кабінету Міністрів України від 31 травня 1995 р. № 378. Застрахованими за таким договором є спортсмени збірних команд України, які готуються до участі в спортивних змаганнях або беруть участь у них.

За договором обов'язкового страхування спортсменів вищої категорії передбачаються такі страхові події:

- тимчасова втрата працездатності, спричинена пораненням, контузією, травмами або каліцтвом;
- інвалідність;
- смерть.

Усі ці події мають часове та територіальне обмеження у вигляді підготовки до спортивних змагань або участь у таких змаганнях.

Страховальником за даним договором є Міністерство молоді і спорту України.

Страхова сума рівна сумі десятирічного утримання спортсмена за його останньою посадою.

Страхові платежі становлять суму у розмірі 5 % з фонду оплати праці спортсменів, включно з доплатами та надбавками за попередній місяць.

Страхові суми, які сплачуються спортсменам вищих категорій, що постраждали від страхових випадків:

- при тимчасовій втраті працездатності – у розмірі середньої заробітної плати, що пропорційна часу втрати працездатності;
- у разі інвалідності: I групи – 100 % страхової суми, II групи – 80 %, III групи – 60 %;

- у випадку загибелі (смерті) – сплачується 100 % страхової суми правонаступникові.

3) особисте страхування від нещасних випадків на транспорті

Особисте страхування від нещасних випадків на транспорті – це окрема форма особистого страхування від можливих нещасних випадків на транспорті.

Страховими подіями за таким договором страхування є:

- тимчасова втрата працездатності застрахованим, спричинена нещасним випадком на транспорті;
- інвалідність, як наслідок нещасного випадку на транспорті;
- смерть (загибель) застрахованого внаслідок нещасного випадку на транспорті.

Страхувальники є водночас застрахованими, оскільки за цим видом страхування страхові внески встановлюються законом і входять до ціни квитка, який купується пасажиром.

Відповідно до чинного законодавства, таке страхування поширюється не на всіх пасажирів, а лише на тих, які пересуваються:

- наземним автотранспортом (окрім внутрішньо-міського);
- наземним залізничним транспортом далекого прямування;
- повітряним транспортом;
- внутрішнім водним транспортом (крім приміського та екскурсійного);
- морським транспортом (крім приміського та екскурсійного).

Від наслідків нещасного випадку залежить обсяг страхової відповідальності. Страхова сума виплачується застрахованому у випадку втрати здоров'я або настанням смерті під час дії договору. З моменту оголошення посадки на транспортний засіб починається дія страхового договору, а

закінчується моментом зупинки та виходу застрахованого в пункті кінцевого призначення за межі території станції (вокзалу, аеропорту тощо). Дія страхового договору припиняється під час зупинки та виходу пасажира за межі станції, та відновлюється з моменту повернення пасажира на станцію.

4) страхування членів екіпажу і авіаційного персоналу

Відповідно до такого договору страхування, члени екіпажу повітряного судна та авіаційний персонал, який перебуває на борту повітряного судна, а точніше їхнє життя та здоров'я підлягає обов'язковому страхуванню.

Особи, що зазначені вище вважаються застрахованими з моменту, коли вступили на борт повітряного судна, маючи на меті здійснення польоту, до моменту виходу з повітряного судна. Повітряний перевізник та виконавець повітряних робіт виступає страхувальником.

У страховий поліс вноситься перелік застрахованих осіб, де зазначені прізвища та імена, який засвідчується підписами та печатками страхувальника і страховика.

Страховим випадком є така подія, що пов'язана з використанням повітряного судна, внаслідок якої застрахована особа:

- загинула або ж отримала тілесні ушкодження, що призвели до смерті;
- отримала травми, що призвели до інвалідності;
- отримала травми, які спричинили тимчасову втрату працездатності або госпіталізацію терміном більше ніж 48 годин строком 7 діб з моменту авіаційної чи наземної події.

Згідно такого договору, страхова сума не повинна бути меншою ніж 50 тисяч гривень для кожної застрахованої особи, а страховий тариф не повинен перевищувати 2 % установленної мінімальної страхової суми на один рік.

Висновки до розділу 1

Таким чином, проаналізувавши вищевказану інформацію, можемо зазначити, що тема медичного страхування як складова медичного права цікавить широке коло науковців.

Важливу роль сучасного розвитку медичної галузі в цілому відіграє медична реформа, що розпочалась 19 жовтня 2017 року. Основними завданнями реформи є:

- 1) впровадження державного гарантованого пакета медичної допомоги;
- 2) запровадження принципу «гроші ходять за пацієнтом»;
- 3) автономізація постачальників медичної допомоги;
- 4) програма «доступні ліки»;
- 5) прозора та ефективна закупівля ліків;
- 6) реформа медичної освіти;
- 7) створення нових можливостей для здійснення місцевою владою повноважень у сфері охорони здоров'я.

Щодо поняття «медичне страхування», то воно трактується різними науковцями по-різному. Загалом, у літературі під медичним страхуванням розуміють страхування, об'єктом якого є страховий ризик, пов'язаний із витратами на надання медичної допомоги суб'єкту за виникнення страхового випадку [13, с. 54].

Стосовно видів медичного страхування, то за формою проведення страхування поділяють на добровільне (страхування, що здійснюється на основі договору між страхувальником і страховиком) та обов'язкове (ґрунтується на засадах імперативності) [14, с. 276].

Видами добровільного страхування є:

- 1) страхування життя;

- 2) страхування від нещасних випадків;
- 3) безперервне страхування здоров'я;
- 4) страхування здоров'я на випадок хвороби.

Видами обов'язкового страхування визначено:

- 1) особове страхування медичних і фармацевтичних працівників, що працюють в установах і організаціях, які не фінансуються з державного бюджету;
- 2) страхування спортсменів вищої категорії;
- 3) особисте страхування від нещасних випадків на транспорті;
- 4) страхування членів екіпажу і авіаційного персоналу.

РОЗДІЛ 2.

УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

2.1. Порядок укладення договору страхування

Що стосується порядку укладання договору страхування, то він визначається цивільним законодавством та Законом України «Про страхування». Процес укладання договору поділяється на дві стадії:

- 1) пропозиція від однієї сторони до іншої вступити у договірні відносини (оферта);
 - 2) отримання і прийняття відповідної пропозиції (акцепт).
- Акцепт автоматично означає згоду другої сторони на укладання договору на умовах, що закладені у пропозиції першої сторони.

Страхові відносини розпочинаються тоді, коли клієнт подає письмову заяву за формою, що встановлена страховою компанією, у якій він повинен довести інтерес щодо об'єкту страхування та волевиявлення до укладання відповідного договору страхування. У заяві є ряд питань, на які страхувальник повинен дати чесні та точні відповіді. Страховик, проаналізувавши інформацію, подану страхувальником, зі свого боку має право прийняти або ж відхилити заяву. Якщо виникла така необхідність, то страховик має право отримати від страхувальника довідку про фінансовий стан, що підтверджена аудиторською фірмою. Після отримання заяви, страховик здійснює андеррайтинг, що являє собою комплекс дій, які проводить страховик для аналізу, ідентифікації, оцінки страхових ризиків, вибору найбільш оптимального страхового покриття та визначення умов страхування.

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

Страхувальники можуть вносити страхові платежі лише у національній валюті України, а у випадку, якщо страхувальник є нерезидентом — в

іноземній валюті, що вільно конвертується або у грошовій одиниці України у таких випадках, що передбачені чинним законодавством України, з урахуванням положень частини четвертої ст. 19 Закону України «Про страхування» при укладанні договорів страхування життя, де зазначається, що грошові зобов'язання сторін по договорах страхування життя, за їх згодою, можуть бути визначені як у національній валюті України, так і у іноземній валюті або розрахункових величинах, що визначають фактичний розмір зобов'язань страховика на дату виникнення або виконання цих зобов'язань.

Щодо форми договору страхування, то він укладається у письмовій формі. Відповідно до ст. 981 Цивільного кодексу України, у разі недодержання письмової форми договору страхування такий договір є недійсним.

Існують визначені законодавством реквізити, що повинні бути зазначені у договорі страхування [15]:

- найменування документа;
- назва страховика та його адреса;
- прізвище, ім'я, по батькові або назва страхувальника та застрахованої особи, їх адреси та дати народження;
- прізвище, ім'я, по батькові, дата народження або назва вигодонабувача та його адреса;
- зазначення об'єкта страхування;
- розмір страхової суми за договором страхування (окрім договору страхування життя);
- розмір страхової суми та розміри страхових виплат за договором страхування життя;
- перелік страхових випадів;
- розміри страхових внесків (платежів, премій) та строки їх сплати;

- страховий тариф;
- строк дії договору;
- порядок зміни та 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;
- інші умови за згодою сторін;
- підписи сторін.

Як і у будь-якому договорі, сторони договору страхування, тобто страхувальник та страховик, наділені правами та обов'язками.

Отже, за договором страхування страховик зобов'язаний [7]:

- 1) донести до страхувальника умови та правила страхування;
- 2) протягом двох робочих днів, з моменту повідомлення про настання страхового випадку, вжити заходів, що стосується оформлення усіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати страхувальникові;
- 3) здійснити страхову виплату у строк, встановлений договором у разі настання страхового випадку.

За договором особистого страхування страхова виплата здійснюється незалежно від сум, які виплачуються за соціальним забезпеченням, державним соціальним страхуванням або ж від відшкодування завданої шкоди.

За договором майнового страхування і страхування відповідальності страхова виплата не повинна перевищувати розмір реальних збитків.

За договором майнового страхування страхова виплата здійснюється у тих межах страхової суми, що встановлена в межах вартості майна на момент укладання договору;

4) відшкодувати витрати, що понесені страхувальником у разі настання страхового випадку, маючи на меті запобігання або зменшення збитків, якщо таке встановлено договором;

5) переукласти договір страхування за заявою страхувальника, у разі здійснення страховиком заходів, що зменшили страховий ризик, або ж у випадку збільшення вартості майна;

6) не розголошувати будь-яких відомостей про страхувальника та його майнове становище, окрім випадків, що встановлені законом;

7) надавати відповідним підрозділам Національної поліції інформацію про укладення договорів обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів, що підлягають обов'язковому технічному контролю.

Що стосується обов'язків страхувальника, то ЗУ «Про страхування» містить наступні положення:

1) вчасно вносити страхові внески у тому розмірі, який встановлено договором;

2) надати страховикові всю необхідну інформацію про усі обставини, які мають істотне значення для оцінки страхового ризику, а також надавати інформацію про будь-які зміни страхового ризику;

3) повідомити страховика про будь-які інші договори страхування, що укладені щодо об'єкта страхування.

Новий договір страхування є нікчемним, якщо страхувальник не надав інформації страховику про те, що об'єкт уже застрахований;

4) сприяти запобіганню збитків, які завдані настанням страхового випадку, та їх зменшення;

5) повідомити про настання страхового випадку страховика у строк, який встановлений договором.

Умовами договору страхування також можуть бути передбачені й інші обов'язки як для страхувальника, так і для страховика.

Виплата страхового відшкодування здійснюється страховиком, підставою для цього слугує заява страхувальника та страховий акт, що складається страховиком у відповідній формі, що визначена договором.

У певних ситуаціях існує можливість відмови страхувальнику в страхових виплатах. Рішення страховика про відмову здійснення страхової виплати повинне бути повідомлене страхувальникові у письмовій формі та з обґрунтованими причинами для такої відмови.

Страховик наділений правом відмовитися від здійснення страхової виплати у наступних випадках:

1) навмисні дії страхувальника, які сприяли настанню страхового випадку, окрім дій, що пов'язані із виконанням громадянського або службового обов'язку, що були вчинені у стані необхідної оборони, проте без перевищення її меж, або таких, що стосуються захисту майна, честі, гідності, ділової репутації, здоров'я чи життя;

2) вчинення умисного злочину страхувальником, який призвів до настання страхового випадку;

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

4) повне відшкодування збитків, особою, що їх завдала страхувальнику, за договором майнового страхування;

5) несвоєчасне інформування без поважних причин про настання страхового випадку чи про створення певних перешкод для страховика у з'ясуванні характеру, обставин та розміру збитків;

б) виникненні інших підстав, що встановлені законом [7].

У випадку несплати страховиком страхувальникові страхової виплати, страховик зобов'язаний сплатити неустойку в розмірі, що встановлений договором або законом.

У разі настання смерті страхувальника, котрий попередньо уклав договір майнового страхування, права та обов'язки померлого переходять до тих осіб, яким відповідне майно перейшло у спадщину. За інших умов, права та обов'язки, якими був наділений страхувальник, можуть переходити до третіх осіб лише тоді, коли на це є згода страховика, якщо інше не встановлено договором.

У разі настання смерті страхувальника, що уклав відповідний договір страхування на користь третьої особи, права та обов'язки страхувальника можуть перейти до відповідної особи або ж до тих осіб, на яких покладено обов'язок щодо охорони законних прав та інтересів застрахованої особи.

В разі припинення юридичної особи страхувальника та встановлення її правонаступників, права та обов'язки відповідно переходять до них.

Щодо прав та обов'язків фізичної особи страхувальника, яка визнана судом обмежено дієздатною, то вона здійснює їх лише за згодою піклувальника, а обсяг прав та обов'язків страхувальника, що визнаний судом недієздатним, переходить до її опікуна.

2.2. Предмет договору

Відповідно до загальних правил укладення будь-яких договорів, предмет завжди є істотною умовою договору, адже предмет – це те, з приводу чого укладається договір, іншими словами, причина створення договору.

Науковці під предметом договору у теорії цивільного права розуміють дії сторін чи матеріальне благо, з приводу якого укладається договір, або ж дії та матеріальне благо разом, як одне ціле. Сьогодні найпоширенішою є така точка зору представників науки, яка стверджує, що предмет договору – це як дії, так і матеріальне благо одночасно.

Так, В. І. Гавзе наполягав на подвійності предмета договору. Він стверджував, що для усіх видів договорів істотною складовою є предмет договору, тобто, по-перше, така дія, яку відповідно до договору повинен здійснити боржник (роботи, які за договором підряду підлягають виконанню; послуги за договором доручення тощо), по-друге, об'єкт, на який спрямована така дія (річ, яку повинен передати продавець у власність покупця; квартира, котру наймодавець передає наймачу; будівля, яку має побудувати підрядник для замовника згідно з проектом) [16, с. 26].

Такої позиції дотримуються й багато інших науковців, які зазначають, що предметом договору може бути як дія, так і річ (як матеріальний об'єкт зовнішнього світу) [17, с. 103-105].

У окремих випадках предмет договору може бути багатоаспектним. Це означає, що такий предмет передбачає декілька варіантів, з яких сторони повинні обрати той чи інший предмет договору. Приклад такої множинності варіантів можемо побачити у ст. 980 Цивільного кодексу України, що предметом у договорі страхування можуть виступати майнові інтереси, які не суперечать закону та пов'язані:

- із здоров'ям, життям, працездатністю та пенсійним забезпеченням (особисте страхування);

- із володінням, користуванням та розпорядженням майном (майнове страхування);

- із відшкодуванням страхувальникам шкоди, що заподіяна особі чи її майну, а також такої шкоди, що заподіяна юридичній особі (страхування відповідальності) [18, с. 363].

Відтак, предмет договору може визначати вид договору. Відповідно, за ознаками предмета можна виокремити такі його різновиди, як особисте страхування, майнове страхування або ж страхування відповідальності, про які вже йшлося у роботі.

2.3. Інші умови договору

Вітчизняний законодавець поділяє умови договору на істотні та неістотні з метою виділення основних та другорядних аспектів. Істотні умови складають зміст самого договору. Для кожного виду договору істотні умови є різними, однак, ст. 638 Цивільного кодексу України зазначає, що договір є укладеним, якщо сторони в належній формі досягли згоди з усіх істотних умов договору.

Що стосується договору страхування, то істотними умовами для цього виду є:

- 1) предмет договору страхування;
- 2) страховий випадок;
- 3) розмір грошової суми, в межах якої існує обов'язок страховика провести виплату у разі настання страхового випадку (страхова сума);
- 4) розмір страхового платежу та строки сплати такого платежу;
- 5) строк дії договору;
- 6) інші умови, що визначені актами цивільного законодавства [7].

Отже, коротко розглянемо кожен істотну умову договору страхування.

Як вже зазначалось раніше, предметом у договорі страхування є ті майнові інтереси, які не суперечать закону держави. У сфері страхування предмет договору залежить від виду страхування.

Страховий випадок являє собою подію, яка передбачена законодавством або безпосередньо договором страхування, за настання якої у страховика виникає обов'язок сплатити страхувальнику, застрахованій або ж третій особі страхову суму.

Ще однією істотною умовою є страхова сума. Страховою сумою є певна грошова сума, в межах якої, відповідно до договору, страховиком повинна бути здійснена страхова виплата у разі настання страхового випадку.

Страховою виплатою вважається та грошова сума, яку страховик, відповідно до договору виплачує за умови настання страхового випадку. Щодо розміру страхової суми, то він визначається під час укладення договору за домовленістю сторін. Також слід зазначити, що страхова виплата може встановлюватись по договорі страхування в цілому, по групі страхових випадків або ж по окремому страховому випадку.

Страховим платежем є плата страхувальника за страхування, яку він, відповідно до договору страхування, зобов'язаний внести страховику. Розмір страхового платежу залежить від страхового тарифу, розмір якого математично обчислюється страховиком на основі відповідної статистики настання страхових випадків з урахуванням вимог чинного законодавства. Що стосується строків сплати страхових платежів, то Цивільним кодексом України не передбачено конкретних вимог, проте, відповідно до законодавства, страхувальник зобов'язаний своєчасно здійснювати внесення страхових внесків. Посилаючись на ст. 997 ЦК України зазначимо, що несплата страхувальником страхових внесків у встановлені договором строки, є підставою для припинення дії договору страхування.

Також до істотних умов договору страхування відносять строк дії договору. Він встановлюється за згодою сторін при укладанні договору

страхування. Договір страхування набирає чинності з моменту оплати страхувальником першого страхового внеску, якщо договором не передбачений інший момент набрання чинності. Підставою для припинення дії договору страхування є закінчення його строку або ж дострокове припинення договору.

Окрім істотних умов, що встановлені Цивільним кодексом, договором можуть бути передбачені й інші умови, які визначені актами цивільного законодавства.

У ЦК зазначено, що договір страхування є неукладеним, у разі недосягнення згоди щодо хоча б одної зазначеної істотної умови. Проте, відсутність у договорі однієї з істотних умов не є підставою для того, щоб договір було визнано недійсним, у тому випадку, якщо жодна зі сторін не має заперечень.

Висновки до розділу 2

Отже, порядок укладання договору страхування регулюється цивільним законодавством України та Законом України «Про страхування». Основними стадіями укладання договору страхування є оферта (пропозиція однієї сторони іншій вступити в договірні відносини) та акцепт (прийняття пропозиції іншою стороною).

Договір страхування укладається у письмовій формі, за юридичними ознаками договір є оплатним, взаємним, ризиковим (алеаторним), диспозитивно реальним правочином.

Основною істотною умовою договору страхування є предмет. Від предмету договору страхування залежить вид договору. Відтак, в залежності від предмету можна виділити: особисте страхування (пов'язане з життям, здоров'ям, працездатністю та пенсійним забезпеченням), майнове страхування (пов'язане з володінням, користуванням і розпорядженням майном) та страхування відповідальності (пов'язане з відшкодуванням страхувальникам

заподіяної ним шкоди особі або її майну, а також шкоди, заподіяної юридичній особі).

Також істотними умовами, щодо яких необхідно досягнути згоди, є наступні:

- 1) страховий випадок;
- 2) розмір грошової суми, в межах якої страховик зобов'язаний провести виплату у разі настання страхового випадку;
- 3) розмір страхового платежу і строки його сплати;
- 4) строк договору;
- 5) інші умови, визначені актами цивільного законодавства.

У випадку недосягнення згоди сторонами хоча б щодо однієї істотної умови – договір страхування вважається неукладеним.

РОЗДІЛ 3.

ПІДСТАВИ ТА ПРАВОВІ НАСЛІДКИ ВИЗНАННЯ ДОГОВОРУ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ НЕДІЙСНИМ ТА НЕУКЛАДЕНИМ

3.1. Виконання договору медичного страхування

Договір страхування втрачає чинність або припиняє свою дію за згодою сторін. Також це можливо за наступних умов:

- 1) закінчення строку дії договору;
- 2) повне виконання своїх зобов'язань перед страхувальником зі сторони страховика;
- 3) несплата страхових платежів страхувальником у строки, що встановлені договором. Договір вважається припиненим достроково у разі несплати страхувальником першого або чергового страхового платежу за письмовою вимогою страховика протягом десяти робочих днів з дня пред'явлення такої вимоги;
- 4) смерть страхувальника-фізичної особи або визнання її недієздатною чи ліквідація страхувальника-юридичної особи;
- 5) ліквідація страховика відповідно до порядку, що встановлений законодавством держави;
- 6) рішення суду про визнання договору страхування недійсним;
- 7) інші випадки, які передбачені чинним законодавством.

За вимогою страховика чи страхувальника, дію договору може бути припинено, якщо таке передбачено умовами договору. Винятком є договір особистого страхування, дія якого не може бути достроково припинена страховиком, якщо страхувальник не давав згоди на це і виконував усі умови договору, тільки якщо інше не передбачено договором чи законодавством.

У разі бажання будь-якої зі сторін припинити дію договору достроково, відповідний суб'єкт повинен повідомити про свій намір іншого не пізніше, ніж за 30 календарних днів до дати припинення дії договору страхування, якщо інші умови не передбачені у договорі.

При достроковому припиненні дії договору страхування (окрім договору страхування життя), на вимогу страхувальника, страховик зобов'язаний повернути страхові платежі за той період, який залишився до закінчення дії договору, але з вирахуванням на витрати по веденню справи, фактичних виплат страхового відшкодування та страхових сум. Якщо така вимога зі сторони страхувальника зумовлена порушенням умов договору страховиком, то страховик повинен повернути страхові платежі, що сплачені ним у повному обсязі [19, с. 380].

Якщо достроково припиняється договір страхування життя, то страховиком виплачується викупна сума, яка безпосередньо є майновим правом страхувальника.

Викупна сума являє собою грошову виплату, що сплачується страхувальнику при достроковому припиненні дії договору страхування життя і визначається шляхом математичного розрахунку на день припинення дії договору та залежно від періоду, протягом якого діяв відповідний договір страхування життя. Не допускається повернення коштів готівкою, якщо платежі здійснювались у безготівковій формі.

Договір страхування визнається недійсним або ж є нікчемним у випадках, що встановлені Цивільним кодексом.

Також окремо виділяють причину визнання судом договору страхування недійсним. Договір страхування вважається судом недійсним у разі його укладення після настання страхового випадку.

Виконання договору медичного страхування насамперед полягає у чіткому дотриманні сторонами своїх прав та обов'язків. Права та обов'язки

страховика і страхувальника прописані безпосередньо у договорі медичного страхування. Нижче наведемо повний перелік прав та обов'язків суб'єктів договору, взятий з договору добровільного медичного страхування, у якому страховиком є Державна компанія з експорту та імпорту продукції та послуг військового та спеціального призначення «Укрспецекспорт».

Страховальник (ЗО) має право:

- 1) перевіряти виконання Страховиком умов цього Договору, в тому числі отримувати у Страховика інформацію, що стосується його платоспроможності і не є комерційною таємницею;
- 2) вимагати від Страховика своєчасного проведення страхової виплати та організації надання медичних послуг в обсязі та на умовах, що передбачені цим Договором;
- 3) достроково припинити дію цього Договору в порядку та на умовах, передбачених цим Договором;
- 4) вимагати від Страховика на підставі письмової заяви письмового обґрунтування причин відмови у страховій виплаті;
- 5) на отримання дублікату Договору або частини Договору у разі втрати оригіналу, при цьому оригінал втрачає свою юридичну силу;
- 6) одержувати медичні послуги в обсязі, визначеному у Програмі страхування;
- 7) отримувати від Страховика інформацію щодо порядку та умов отримання медичної допомоги (послуг);
- 8) вносити зміни до списків ЗО;
- 9) збільшити або зменшити суму Корпоративного ліміту, попередивши Страховика у письмовій формі шляхом направлення відповідного листа;
- 10) у разі відсутності Договору Страховика з медичним закладом, зазначеним в Додатку №4 до цього Договору, ЗО має право одержувати в цьому медичному закладі всі медичні послуги,

та отримувати медикаменти, пов'язанні з діагностуванням та лікуванням хвороби в межах страхової суми, попередньо погодивши одержання таких послуг з ДМА;

11) у разі потреби одержувати медичні послуги у медичних закладах зі 100% покриттям, не передбачених Додатком №4 до Договору, в межах страхової суми, попередньо погодивши одержання таких послуг з ДМА;

12) достроково припиняти дію даного Договору в порядку, передбаченому цим Договором.

Страхувальник (ЗО) зобов'язаний:

1) уважно ознайомитись з умовами страхування, визначеними Додатком №2 до Договору та даним Договором;

2) надавати Страховику необхідні дані, пов'язані з дією Договору;

3) забезпечити за письмовою вимогою Страховика проходження ЗО попереднього медичного огляду у вказаному Страховиком медичному закладі (або у довіреного лікаря Страховика) та/або заповнення ЗО заяви;

4) повідомляти Страховика протягом строку дії Договору про зміни прізвищ, адрес та інших необхідних даних, що стосуються ЗО до 28 числа місяця, що передує місяцю, в якому будуть зміни;

5) повідомляти Страховика про зміну в списку Застрахованих осіб (включення або виключення зі списку застрахованих осіб) протягом 2 (двох) робочих днів з дати, коли Страхувальнику стало відомо про таку зміну (надання ЗО заяви на звільнення, прийняття рішення про звільнення або прийняття на роботу ЗО тощо);

6) повідомити ЗО про укладення цього Договору протягом 3 (трьох) робочих днів з дня набрання ним чинності;

7) видати всім ЗО Картки ЗО, отримані від Страховика;

8) своєчасно вносити Страхові платежі у розмірі, встановленому цим Договором;

9) надати Страховику інформацію про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки Страхового ризику, і надалі інформувати його про будь-яку зміну Страхового ризику, як то погіршення умов праці, зміна технологічного процесу, введення нових форм виробництва тощо;

10) повідомити Страховика про інші договори страхування, укладені щодо ЗО;

11) вживати ЗО заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку;

12) дотримуватися конфіденційності у взаємовідносинах зі Страховиком, не допускати передачі інформації, що є комерційною таємницею Страховика, іншим особам;

13) вживати заходів щодо попередження виникнення професійних захворювань у ЗО;

14) у разі потреби одержання медичних послуг у медичному закладі, не передбаченому Договором, узгодити одержання таких послуг із ДМА;

15) надати інформацію Страховикові про всі відомі йому обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику (встановлення групи інвалідності, наявність професійних захворювань тощо), і надалі інформувати його про будь-яку зміну ступеню страхового ризику протягом 5 (п'яти) календарних днів з дати, коли ЗО стало відомо про зміну ступеню ризику;

16) виконувати рекомендації, розпорядження, та медичні призначення лікарів медичних закладів та лікарів - координаторів ДМА Страховика. При невиконанні або недотриманні ЗО даних вимог, Страховик припиняє ведення даного страхового випадку;

17) у разі самостійного звернення в медичний заклад з причини гострого захворювання, протягом 1 (одного) робочого дня з моменту такого звернення, інформувати про це ДМА Страховика за телефонами, які указані у Картці ЗО. Якщо ЗО не мала можливості повідомити Страховика про Страховий випадок з об'єктивних причин (перебування у стані непритомності, амнезії тощо), то після припинення цих обставин вона зобов'язана повідомити ДМА Страховика протягом 1 (одного) робочого дня;

18) у випадку неможливості з'явитись на призначений прийом (огляд, консультацію, медичну маніпуляцію, візит до вузькопрофільного спеціаліста та інше), ЗО зобов'язана негайно, як тільки стане можливо, але не пізніше ніж за 4 години до призначеного прийому, попередити ДМА Страховика про скасування призначеного прийому (огляду, консультації, медичної маніпуляції, візиту до вузькопрофільного спеціаліста та інше). У випадку, якщо ЗО не попередила, без поважних причин, завчасно про відмову (неможливість) з'явитись на призначений прийом до медичного закладу, Страховик залишає за собою право відмовити у сплаті медичних послуг, наданих за наступним зверненням ЗО за такими послугами;

19) дотримуватися правил розпорядку й режиму роботи медичних закладів;

20) піклуватися про збереження Картки ЗО і не передавати її іншим особам з метою одержання ними медичних послуг;

21) повідомити Страховика про випадок, який може бути визнано страховим випадком, у порядку та строки, передбачені цим Договором;

22) при неправдивому виклику або у випадку відсутності на місці ЗО при виклику лікаря або Швидкої допомоги, ЗО сплачує самостійно дані послуги;

23) у випадку надання неправдивої інформації при організації медичних послуг, ЗО самостійно сплачує послуги.

Страховик має право:

1) перевіряти надану ЗО інформацію в заяві, при укладанні цього Договору, щодо стану його здоров'я;

2) у разі необхідності, робити запити щодо додаткових відомостей, пов'язаних зі страховим випадком, до правоохоронних органів, банків, медичних закладів та інших установ і організацій, що володіють інформацією про обставини страхового випадку;

3) відстрочити прийняття рішення щодо страхової виплати в разі порушення кримінального провадження за фактом подій, що призвели до страхового випадку із ЗО, до моменту прийняття рішення у такій справі компетентними державними органами, повідомивши про це ЗО протягом 5 (п'яти) робочих днів, але не більше ніж на строк 6 місяців;

4) перевіряти надану ЗО інформацію та вимагати від ЗО для уточнення діагнозу додаткові медичні документи, а також направити ЗО до довіреного лікаря Страховика з метою додаткового обстеження стану її здоров'я;

5) відмовити у страховій виплаті у випадках невиконання Страхувальником (ЗО) обов'язків, передбачених підпунктами 7.2.8 цього Договору та/або за наявності підстав, вказаних у п. 8.4 цього Договору;

6) відмовити у страховій виплаті, якщо ЗО указала відомості, які впливають на оцінку ризиків, щодо страхування здоров'я ЗО в заяві, що не відповідають дійсності;

7) достроково припинити дію Договору в порядку, передбаченому цим Договором.

Страховик зобов'язаний:

1) ознайомити ЗО з Програмою страхування;

2) протягом 7 (семи) робочих днів після набрання цим Договором чинності, видати Страхувальнику Картки ЗО;

3) протягом двох робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати;

4) здійснити страхову виплату в порядку, передбаченому цим Договором;

5) не розголошувати відомості про ЗО, щодо стану її здоров'я, за винятком випадків, передбачених законодавством України;

6) за заявою Страхувальника (ЗО), у разі здійснення ним заходів, що змінили ступінь страхового ризику, укласти Додаткову угоду з врахуванням зміни ступеню страхового ризику;

7) у випадку звернення Страхувальника з приводу втрати примірника Договору протягом строку його дії оформити та видати дублікат втраченого документу;

8) у випадках звернення ЗО з приводу втрати Картки ЗО оформити та видати дублікат Картки ЗО.

3.2. Відповідальність за договором (судова практика)

У разі невиконання або неналежного виконання сторонами умов договору та/або недотримання своїх обов'язків, вони несуть цивільно-правову відповідальність, що встановлена договором та актами цивільного законодавства. Відтак, наприклад, при несплаті страхової виплати страховиком, він зобов'язаний сплатити неустойку (пеню, штраф), у тому розмірі, який встановлено у договорі або ж на законодавчому рівні. Слід зауважити, що ні Законом, ні Цивільним кодексом не встановлений розмір штрафу у випадку вищезазначеного порушення.

Договором медичного страхування встановлено, що у разі виникнення непорозумінь або конфліктних ситуацій між сторонами, вони повинні досягти

згоди шляхом переговорів, проте, якщо такий спосіб є не дієвим, то спір вирішується через органи судової влади.

Здійснивши аналіз судової практики, можемо дійти до висновку, що найпоширенішою підставою звернення до суду у сфері медичного страхування є несвоєчасне повідомлення страхувальником про настання страхового випадку.

Відповідно до ст. 979 Цивільного кодексу України за договором страхування у разі настання страхового випадку, страховик зобов'язується виплатити страхувальнику страхову виплату, а страхувальник у свою чергу зобов'язується своєчасно сплачувати страхові внески. Ст. 16 Закону України «Про страхування» роз'яснює, що порушення страхувальником положень договору, яке перешкодило страховику переконатись у тому, що подія, яка відбулась є страховим випадком, може слугувати підставою для відмови у страховій виплаті з боку страховика. Тобто, такі обставини насправді є причиною для відмови у виплаті у тому випадку, коли буде доведено, що відсутність відомостей про відповідний страховий випадок у страховика могла вплинути на його обов'язок, що виражається у виплаті страхового відшкодування.

Як приклад нижче наведемо постанову Верховного Суду від 1 лютого 2018 року.

Верховний Суд визнав, у тому разі, коли страхова компанія володіє інформацією про госпіталізацію застрахованої особи, несвоєчасне повідомлення агента страхової компанії не має значення при вирішенні питання про зобов'язання щодо виплати страхового відшкодування.

1 лютого 2018 р. Верховний Суд України ухвалив постанову у справі № 522/1903/15-ц за касаційною скаргою на рішення суду першої інстанції та ухвалу апеляційного суду щодо стягнення суми страхового відшкодування.

Позивач отримав відмову у відшкодуванні понесених ним витрат через порушення умов договору страхування щодо звернення перед отриманням будь-якої медичної допомоги до асистансу чи страховика для отримання відповідної інформації щодо подальших дій. Підставою для такої відмови у виплаті страхового відшкодування вказано несвоєчасне повідомлення про настання страхового випадку страхувальником (застрахованою особою).

Під час розгляду справи було встановлено, що страхова компанія була проінформована про госпіталізацію позивача до лікарні та його перевезення до медичного закладу, а також проведення відповідної операції, а зважаючи на такі обставини висновок апеляційного суду про те, що позивач несвоєчасно повідомив асистанса або страховика про настання страхового випадку був помилковим.

Відповідно до пункту 4.3.1 договору страхування страховик не здійснює страхових виплат за ті витрати Застрахованої особи, котрі пов'язані з наданням таких медичних та інших послуг: 4.3.1.1. Медична допомога при загостренні захворювання, яке за попередні 6 місяців перед датою поїздки лікувалось або вимагало лікування. Винятком можуть бути випадки, коли загострення відповідної хвороби пов'язане із гострою смертельною небезпекою для життя застрахованої особи чи може призвести до стійкої втрати працездатності. При цьому обов'язковою умовою для такого відшкодування медичних витрат страховиком є підтвердження асистанською компанією критичного стану застрахованої особи.

Виходячи з цього, Верховний Суд на підставі ст.ст. 990, 991 ЦК України, ч. 2 ст. 8, ч. 1 ст. 25 Закону України «Про страхування», керуючись ст.ст. 400, 409, 413, 416 ЦПК України постановив стягнути з відповідача на користь Позивача повну суму страхового відшкодування, оскільки страховий випадок прямо передбачений умовами договору страхування [20].

Висновки до розділу 3

Отож, можемо зауважити, що припинення дії договору медичного страхування або визнання його недійсним може бути реалізовано за згодою сторін або завдяки ряду інших причин, таких як:

- 1) закінчення строку дії договору;
- 2) повне виконання своїх зобов'язань перед страхувальником зі сторони страховика;
- 3) несплата страхових платежів страхувальником у строки, що встановлені договором;
- 4) смерть страхувальника-фізичної особи або визнання її недієздатною чи ліквідація страхувальника-юридичної особи;
- 5) ліквідація страховика відповідно до порядку, що встановлений законодавством держави;
- 6) рішення суду про визнання договору страхування недійсним;
- 7) інші випадки, які передбачені чинним законодавством.

Виконання договору медичного страхування здійснюється шляхом реалізації своїх прав та дотримання обов'язків сторонами, що уклали такий договір.

Невиконання чи неналежне виконання сторонами умов договору або ж недотримання обов'язків – тягне за собою відповідальність, яку несуть суб'єкти. Відповідно до умов договору медичного страхування, конфліктні

ситуації, що виникають між сторонами повинні вирішуватись шляхом переговорів, проте, у випадку, коли такий спосіб не відзначається позитивною динамікою, то конфлікт вирішується за участі органів судової влади.

Результат аналізу судової практики, що стосується сфери медичного страхування, дає змогу виокремити несвоєчасне повідомлення страхувальником про настання страхового випадку, як основну причину звернення до суду.

ВИСНОВКИ

Отже, завдяки проведеній роботі та реалізації поставлених завдань, можемо зробити наступні висновки:

1. Сьогодні в Україні, як і в інших країнах, традиційною системою забезпечення населення медичними послугами є національна охорона здоров'я, відповідно до якої послуги охорони здоров'я оплачуються державою. Інший можливий спосіб забезпечення громадян медичними послугами – система добровільного медичного страхування.

2. В умовах ринкових відносин медичне страхування є найважливішою складовою частиною системи охорони здоров'я, що покликана усувати або пом'якшувати вплив ряду непередбачених обставин, які виникають в житті людини і негативно відбиваються на її здоров'ї, шляхом повного або часткового відновлення працездатності.

3. Медичне страхування – це таке страхування, де об'єктом є страховий ризик, що пов'язаний із витратами на надання медичної допомоги суб'єкту у разі виникнення страхового випадку.

4. За формою проведення страхування поділяють на: 1) добровільне (страхування, що здійснюється на основі договору між страхувальником і страховиком); 2) обов'язкове (ґрунтується на засадах імперативності).

5. Добровільне страхування ділиться на: 1) страхування життя; 2) страхування від нещасних випадків; 3) безперервне страхування здоров'я; 4) страхування здоров'я на випадок хвороби.

6. Обов'язкове страхування поділяється на: 1) особове страхування медичних і фармацевтичних працівників, що працюють в установах і організаціях, які не фінансуються з державного бюджету; 2) страхування спортсменів вищої категорії; 3) особисте страхування від

нещасних випадків на транспорті; 4) страхування членів екіпажу і авіаційного персоналу.

7. Порядок укладання договору страхування регулюється цивільним законодавством України та Законом України «Про страхування».

8. Договір укладається у письмовій формі, за юридичними ознаками він є оплатним, взаємним, ризиковим (алеаторним), диспозитивно реальним правочином.

9. Основною істотною умовою договору страхування є предмет. Від предмету договору страхування залежить вид договору. Відтак, в залежності від предмету можна виділити: особисте страхування (пов'язане з життям, здоров'ям, працездатністю та пенсійним забезпеченням), майнове страхування (пов'язане з володінням, користуванням і розпорядженням майном) та страхування відповідальності (пов'язане з відшкодуванням страхувальникам заподіяної ним шкоди особі або її майну, а також шкоди, заподіяної юридичній особі).

10. Окрім предмету, істотними умовами, щодо яких необхідно досягнути згоди, є такі: 1) страховий випадок; 2) розмір грошової суми, в межах якої страховик зобов'язаний провести виплату у разі настання страхового випадку; 3) розмір страхового платежу і строки його сплати; 4) строк договору; 5) інші умови, визначені актами цивільного законодавства.

11. Припинення дії договору медичного страхування або визнання його недійсним може бути реалізовано таким чином: 1) за згодою сторін; 2) закінчення строку дії договору; 3) повне виконання своїх зобов'язань перед страхувальником зі сторони страховика; 4) несплата страхових платежів страхувальником у строки, що встановлені

договором; 5) смерть страхувальника-фізичної особи або визнання її недієздатною; 6) рішення суду про визнання договору страхування недійсним; 7) інші випадки, які передбачені чинним законодавством.

12. Виконання договору медичного страхування здійснюється шляхом реалізації своїх прав та дотримання обов'язків сторонами, що уклали такий договір.

13. Невиконання чи неналежне виконання сторонами умов договору або ж недотримання обов'язків – тягне за собою відповідальність, яку несуть суб'єкти. Конфліктні ситуації, що виникають між сторонами повинні вирішуватись шляхом переговорів, або у разі недосягнення згоди таким методом – за участі органів судової влади.

14. Медичне страхування в Україні сьогодні є малодоступним для населення, а отже не поширеним. Така ситуація обумовлена низьким рівнем фінансування системи охорони здоров'я, недовірою до страхових компаній, страхом населення неналежного обслуговування з боку медичних установ.

15. Можемо відзначити потребу у визначенні сутності медичного страхування для населення, та зазначення його подальшого розвитку, задля зростання попиту та розширення кола застрахованих осіб. Відновлення довірливих відносин між страхувальниками та страховиками, забезпечення балансу між інтересами відповідних суб'єктів. Для цього ми пропонуємо наступне:

- мотивування населення до здійснення контрольних заходів у сфері охорони здоров'я;
- встановлення взаємозв'язків між державою та страховими компаніями, для забезпечення доступності медичного страхування всім громадянам;

- встановлення доступних тарифів з урахуванням різних факторів, які можуть вплинути на ймовірність настання страхових випадків.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Харитонов Е.О. Основы римского частного права. Ростов-на-Дону: Феникс, 1999, 413 с.
2. Булеца С.Б. До питання про медичний кодекс в Україні. Актуальні проблеми медичного права: матер. I Всеукр. наук.-практич. конф. (м. Одеса, 29 берез. 2013 р.). Одеса: Фенікс, 2013, С. 24-27.
3. Поляков И.В., Максимов А.В. Об особенностях медицинского права. Проблемы социальной гигиены и организации здравоохранения. Саратов: СПб, 2015, С. 25-27.
4. Литовка А.Б. Медицинское право – комплексная отрасль национального права: Становление, перспективы развития. Москва, 2011, С. 80-83.
5. Істомін С.В., Кризіна Н.П. Медичне право як наука та предмет викладання. Державне управління: удосконалення та розвиток. 2017. №3. URL: <http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=57>
6. Фарбер Д.А. Физиология подростка. Москва: Педагогика, 2013, 167 с.
7. Про страхування: Закон України від 07.03.1996 р. № 85/96-ВР.
Дата оновлення: 21.10.2019. URL:
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/85/96-%D0%B2%D1%80>
8. Юрій С. І., Шаварина М. П., Шаманська Н. В. Соціальне страхування: навчальний посібник. Київ: Кондор, 2014, 462 с.
9. Сардинець І. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я. Тернопіль: Лілея, 2012, 152 с.

10. Бідний ВГ., Орлова Н. М. Медичне страхування. Київ: Задруга, 2012, 134 с.
11. Миронов А. А., Тарано А. М. Медичне страхування. Москва: Наука, 2003, 312 с.
12. Косова Т. Д., Басанцов І. В. Сутність і критерії ефективності системи соціального захисту. Фінанси України. 2011. № 8. С. 26—32.
13. Клебанова Т.С. Система обов'язального медичного страхування в Україні. Бизнес Информ. 2009. № 16. С. 54–58.
14. Цивільне право України. Договірні та недоговірні зобов'язання: підручник / за заг. ред. С.С. Бичкової. 3-тє вид., змін. і доп. Київ: Алерта, 2014, 496 с.
15. Цивільний Кодекс України : Закон України від 16.01.2003 р. № 435-IV. Відомості Верховної Ради України. 2003. № 40. Ст. 356.
16. Гавзе В. И. Обязательственное право (общие положения). Минск: БГУ, 2010, 126 с.
17. Хутыз М. Х. Римское частное право. Москва: Былина, 1999, 172 с.
18. Науково-практичний коментар до цивільного законодавства України: в 4-х т. / за ред. А. Г. Ярема, В. Я. Карабань, В. В. Кривенко, В. Г. Ротань; Акад. суддів України. Київ: А.С.К.; Севастополь: Ін-т юрид. дослідж. Т. 3: Договірні зобов'язання. Недоговірні зобов'язання. Спадкове право. 2016. С. 363 – 364.
19. Літвінова О. В. Відповідальність сторін за договором страхування. Форум права. 2012. № 3. С. 379-384. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/FP_index

20. Постанова Верховного Суду України № 72009691 від 01.02.2018, URL: <https://youcontrol.com.ua/catalog/court-document/72009691/>
21. Аномалії в цивільному праві України: навч.-практ. посіб. / Р.А. Майданик та ін. Київський нац. ун-т ім. Тараса Шевченка. юрид. фак. кафедра цив. права. Київ: Юстініан, 2017, 912 с.
22. Бабич О.І. Юридичні аспекти приватної медичної діяльності. 2006. №22. URL: <http://health-ua.com/articles/1472.html>
23. Болотіна Н. Медичне право у системі права України: навч. посіб. 2009. №7. С. 116-121.
24. Братель О.Г. Цивільно-правові наслідки надзвичайних ситуацій: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. юрид. наук: спец. 12.00.03 – цивільне право і цивільний процес; сімейне право; міжнародне приватне право. Харків, 2015, 20 с.
25. Булеца С.Б. Відмова від лікування як одне з цивільних прав пацієнта: зб. наук. праць / ред. С.В. Ківалов та ін. Одеса: Юридична література, 2012. Випуск 66. С. 504-512.
26. Булеца С.Б. Вік при наданні медичної допомоги: цивільно-правовий аналіз. №5. 2011, С. 212-217.
27. Булеца С.Б. Договір про надання медичних послуг: зб. наук. праць. Випуск 51 / за ред. С.В. Ківалов та ін. Одеса: Юридична література, 2016. С. 273-278.
28. Булеца С.Б. До питання про об'єкт при здійсненні медичної діяльності. Наук. вісник Ужгор. націон. ун-ту: Серія: ПРАВО. Випуск 19. Херсон: Видавничий дім «Гельветика», 2016, С. 20-23. 67.

29. Булеца С.Б. До питання про окрему галузь медичного права. *Наук. вісник Ужгор. націон. ун-ту: Серія: ПРАВО.* – Випуск 10. Ужгород: Ліра, 2010, С. 184-188.
30. Булеца С.Б. Місце медичного права в системі права. Вдосконалення правового захисту прав та основних свобод людини і особи: матеріали Всеукраїнської наук.–практ. конф. молодих вчених та аспірантів м. Івано-Франківськ, 23 квіт. 2010 р.). Івано-Франківськ: Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника, 2010, С. 47-49.
31. Булеца С.Б. Поняття договору про надання медичних послуг. *Наук. вісник Ужгор. націон. ун-ту: Серія: ПРАВО.* Випуск 12. Ч.1. Ужгород: Ліра, 2009, С. 220-225.
32. Булеца С.Б. Природа правовідносин з надання медичної допомоги в Україні. *Наук. вісник Ужгор. націон. ун-ту: Серія: ПРАВО.* Випуск 8. Ужгород: Ліра, 2007, С. 198-202.
33. Булеца С.Б. Цивільний інтерес у сфері надання медичної допомоги. Визначальні тенденції генезису державності і права: зб. наук. праць міжн. наук.-практ. конференції «Треті Прибузькі юридичні читання» / за ред. В.І.Терентьєва, О.В.Козаченка. Миколаїв: Іліон, 2015, С. 69-72.
34. Венедіктова І.В. Співвідношення публічно–правових і приватноправових засад у регулюванні медичних послуг. *Сучасне українське медичне право: монографія / за заг. ред. С.Г. Стеценка.* Київ: Атіка, 2013, С. 303-319.
35. Волинець Тетяна. Особливості прав та обов'язків пацієнта за договором про надання медичної допомоги: навч. посіб. 2014, №12 (144), С. 33-37.

36. Воробйова Наталія. Права пацієнтів. Юридичний журнал. 2013, №4, С. 24-26.
37. Герасимчук М.О. Проблемні питання договорів про надання послуг. Актуальні проблеми держави і права: зб. наук. праць. Одеса: Юридична література, 2011, Випуск 34, С. 278-281.
38. Герц А.А. Класифікація договорів про надання медичних послуг. Науковий вісник УжНУ. Серія: ПРАВО. Випуск 32. Том 2. С. 16-20. URL: http://www.visnyk-juris.uzhnu.uz.ua/file/No.32/part_2/5.pdf
39. Гладун З.С. Заклад охорони здоров'я: основи правового статусу: навч. посіб. 2013, №6, С. 100-105.
40. Гладун З.С. Проблеми формування галузі медичного права в Україні. Вісник Львів. нац. мед. ун-ту. 2015, №3, С. 63-79.
41. Горєв В.О. Свобода договору як загальна засада цивільного законодавства України: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. юрид. наук: спец. 12.00.03 – цивільне право і цивільний процес; сімейне право; міжнародне приватне право. Київ, 2015, 20 с.
42. Гурська Т. Право на здоров'я в системі особистих немайнових прав: навч. посіб. 2012, №6, С. 38–39.
43. Дешко Л. Про галузеву належність медичного права України: навч. посіб. 2016, №1, С. 120-124.
44. Договірне право України. Особлива частина: навч. посіб. / за ред. О.В. Дзера. Київ: Юрінком Інтер, 2016. – 1200 с.
45. Енциклопедія цивільного права України. Ін-т держави і права ім. В.М. Корецького НАН України / за ред. Я.М. Шевченко. Київ: Ін Юре, 2015, 952 с.

46. Жуковина Лідія. Право на безоплатну медичну допомогу: реалії сьогодення. Юридичний журнал. 2006, №4 / URL: <http://www.justinian.com.ua/article.php?id=2235>.
47. Жупанин А.В., Булеца С.Б. Правове забезпечення введення в Україні програми медичного страхування за віком: наук. вісн. УжНУ: Серія Право. Вип. 14. Ужгород: Ліра, 2010, С. 231-234
48. Істомін С.В., Кризина Н.П. Медичне право як наука та предмет викладання. Державне управління: удосконалення та розвиток. №3. 2017, URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=57>
49. Кодифікація цивільного законодавства на українських землях: у 2 т. / уклад.: Ю.В. Білоусов, І.Р. Калаур, С.Д. Гринько та ін.; за ред. Р.О. Стефанчука та М.О. Стефанчука. Київ: Правова єдність, 2009, Т. 1, 1168 с.
50. Конвенція про захист прав і гідності людини щодо застосування біології та медицини: Конвенція про права людини та біомедицину: Конвенція від 04.04.1997. URL: http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/994_334.
51. Конвенція про захист прав людини і основоположних свобод від 4 листопада 1950 року. Офіційний вісник України. 1998. №13. Ст. 270.
52. Кондратьєв Р.І., Стефанчук Р.О. Здоров'я фізичної особи як об'єкт її особистих немайнових прав. Юридичний вісник України. №23. 2014. С. 1-6.
53. Конституція України від 28.06.1996. №254к/96–ВР. Відомості Верховної Ради України. 1996. №30. С. 141.
54. Крилова О.В. Розвиток правовідносин з надання медичних послуг в цивільному праві України. Актуальні проблеми держави і права:

зб. наук. праць. Одеса: Юридична література, 2015. Випуск 17. С. 126-130.

55. Левченко Д.В. До визначення законного інтересу. Актуальні проблеми держави і права: зб. наук. праць. Одеса: Юридична література, 2017. Випуск 36. С. 176-181.

56. Лісніча Т.В. Захист особистих немайнових прав, що забезпечують природне існування фізичної особи (право на життя, здоров'я, свободу та особисту недоторканність): автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. юрид. наук: за спец. 12.00.03 – цивільне право і цивільний процес; сімейне право; міжнародне приватне право. Харків, 2017, 20 с.

57. Луць А.В. Свобода договору в цивільному праві України: навч. посіб. Київ: Школа, 2014, 160 с.

58. Майданик Р.А. Медичне право в системі права України. Київ: Алерта, 2016, 32 с.

59. Мірзоян А.А. Деякі питання систематизації договорів про надання послуг. Університетські наукові записки. 2007. №4 (24). С. 229-233.

60. Міхно О.І. Припинення договору за цивільним законодавством України: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. юрид. наук: за спец. 12.00.03 – цивільне право і цивільний процес; сімейне право; міжнародне приватне право. Київ, 2015. 23 с.

61. Національна стратегія побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2025. URL: http://healthsag.org.ua/wp-content/uploads/2014/11/Proekt-Strategiyi-reformi_OZ.pdf.

62. Прасов О.О. Право на медичну допомогу та його зміст. Сучасне українське право: монографія / за заг. ред. С.Г. Стеценка. Київ: Атіка, 2014, С. 70-93.
63. Про організацію клініко–експертної оцінки якості медичної допомоги: Наказ МОЗ України від 6.08.2013 №693. Офіційний вісник України. 2013. №80. С. 2986.
64. Стеценко В.Ю. Предмет, метод і система медичного права. Медичне право України: проблеми становлення та розвитку: матеріали І Всеукр. наук.-практ. конф. (м. Львів, 19-20 квіт. 2015 р.). Львів: Медицина і право, 2015, С. 297-301.
65. Стеценко С.Г. Медичне право України: підручник / за заг. ред. д.ю.н., проф. С.Г. Стеценка; С.Г. Стеценко, В.Ю. Стеценко, І.Я. Сенюта. Київ: Всеукраїнська асоціація видавців «Правова єдність», 2012, 507 с.
66. Страхування: підручник / керівник авт. колективу і наук. ред. С.С. Осадець. Видання 2–ге, перероб. і доп. Київ: КНЕУ, 2012, 599 с.
67. Харитонов Є.О. Цивільні правовідносини: монографія. Одеса: Фенікс, 2011, 456 с.
68. Цивільне право України. Особлива частина: підручник / за ред. В.Г. Фазикоша, С.Б. Булеци. Київ: Знання, 2016, 751 с.
69. Цивільне право України: курс лекцій: у 6-ти т. Т. 1. Кн. 2. Основні положення / за ред. Р.Б. Шишки та В.А Кройтора. Харків: Еспад, 2014, 392 с.