



Стаття 14 Закону не дає однозначної відповіді, що відшкодуванню підлягають витрати, зроблені кредитором, втрата або пошкодження його майна, а також не одержані доходи, які б він одержав, якби боржник виконав зобов'язання.

З метою усунення можливих сумнівів щодо можливості відшкодування збитків при застосуванні правил підпунктів "а", "б", "в", "г" п.1 ст. 14 Закону "Про захист прав споживачів" у ній має бути закріплено застереження про право покупця (споживача) вимагати в усіх цих випадках стягнення збитків, завданих йому придбанням товару неналежної якості. Така пропозиція узгоджується із сформованою в Україні судовою практикою, узагальненою в Постанові Пленуму Верховного Суду України "Про практику розгляду цивільних справ за позовами про захист прав споживачів" від 12 квітня 1996 року, в якій зазначено, що "при вирішенні питання про відповідальність та про наявність і розмір збитків, заподіяних споживачеві у зв'язку з недоліками товару (робіт, послуг), суду належить виходити як із загальних, так і з спеціальних норм законодавства (статей 263, 271, 326, 337, 341, 347, 403, 410, 412, 419, 420 та 422 ЦК України), а також з умов укладеного сторонами договору".

У ст.738 проекту ЦК України закладено принципово іншу концепцію відновлення прав покупця у разі продажу йому через систему роздрібно торгівлі товару неналежної якості. У зазначеній статті взагалі не передбачається можливість відшкодування збитків при пред'явленні покупцем перелічених вимог. Можна було б припустити, що у цих випадках можуть застосовуватися загальні правила статті 708 проекту ЦК. Однак такий висновок щодо співвідношення змісту статей 708 і 738 проекту ЦК є лише припущенням, правомірність якого в судовій практиці може викликати сумнів. Тому для позитивного вирішення даної проблеми у ст. 738 проекту ЦК необхідно було б зробити спеціальні застереження про допустимість відшкодування збитків, заподіяних покупцеві, в усіх зазначених у ній випадках.

У ст.14 Закону "Про захист прав споживачів" законодавець окремо наголошує, що стосовно непродовольчих товарів, що були у використанні та реалізовані через роздрібні комісійні торговельні підприємства, вимоги споживача, зазначені у п.2 ст.14, задовольняються за згодою продавця. Цю норму було внесено в Закон у 1993 році. Таку норму аж ніяк не можна визнати вдалою. Вона не лише суперечить основоположним принципам законодавства, а й статті 234 ЦК, яка не ставить у залежність реалізацію прав покупця у разі придбання товару неналежної якості від факту перебування товару до продажу у користуванні.

Важко пояснити відсутність у Законі посилання на можливість звернення покупця з вимогою відшкодувати заподіяні йому збитки. Цю прогалину може заповнити ст.17 Закону "Про захист прав споживачів", згідно з якою шкода, заподіяна життю, здоров'ю або майну споживача товарами, що містять конструктивні, виробничі, рецептурні або інші недоліки, підлягає відшкодуванню у повному обсязі, якщо інше не передбачено законодавством.

Можна в даному випадку застосувати й загальні положення цивільного законодавства про відповідальність за неналежне виконання боржником зобов'язання. Однак у будь-якому разі проблема відшкодування споживачам збитків, завданих продовольчими товарами неналежної якості, ще потребує подальшого законодавчого вирішення.

Не можна погодитись з категоричністю правила встановлення для продавців і виробників в імперативній формі обов'язку щодо створення обмінного фонду товарів, яке не передбачає ніяких винятків, не враховує особливостей перехідної економіки та ступеня готовності до його впровадження торговельними підприємствами.

Законодавець також надає право споживачеві пред'явити виробнику вимогу про безплатне усунення недоліків товару і після закінчення гарантійного терміну, але в межах встановленого терміну служби (коли ж такий не був встановлений – протягом 10 років) і якщо в товарі були виявлені істотні недоліки, допущені з вини виробника [п. 8 ст. 14 Закону]. Зазначена пільгова норма може бути прийнята для легкових автомобілів, мотоциклів, іншої техніки довготривалого використання. Водночас існують такі промислові товари, які повністю зношуються протягом 10-річного терміну. Не враховує Закон також і умов та інтенсивності використання товару (наприклад, в автомобілів – обсягу кілометражного пробігу). Отже, дана проблема потребує економіко-технічного обґрунтування, а відповідно і подальшого правового врегулювання.

Таким чином, слід зазначити, що недоброякісні товари можуть становити загрозу життю та здоров'ю споживачів, їх майну та навколишньому середовищу. В цій доповіді, я намагалась розглянути загальні аспекти, що характеризують правові способи та порядок відновлення в Україні прав споживачів у разі придбання товару неналежної якості. Безумовно, що при вивченні цієї проблеми необхідно всесторонньо дослідити комплекс нормативних та правових актів, які діють в державі, в тому числі і норм, що торкаються захисту інших прав споживачів, гарантованих державою. Крім того, необхідно звернути належну увагу на проблеми, що виникають при практичному застосуванні норм законодавства про захист прав споживачів.

Є. Палій,

*студентка III курсу юридичного факультету
Львівського національного університету
імені Івана Франка*

ПРАВОВІ АСПЕКТИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ

Право на охорону здоров'я є базовим в системі соціальних прав. Здоров'я населення в цілому і кожної людини зокрема як члена суспільства має визначальне значення для існування і розвитку держави, що визнано Резолюцією Генеральної Асамблеї ООН 1979 і Програмою ВООЗ.

Розбудова Української держави почалась пошуком шляхів для подолання кризи в успадкованій економіці. Загальна економічна криза в нашій країні болуче позначилася на стані здоров'я населення. Протягом останніх років динаміка медико-демографічних показників стає вкрай негативна. Це підтверджує як показник очікуваної тривалості життя при народженні, який повільно зменшується, а також збільшення коефіцієнтів смертності. Реалістична оцінка наявного стану в охороні здоров'я не дозволяє зволікати з її реформуванням. Вважаємо, що створення інфраструктури соціально-страхового забезпечення є єдиним способом виходу з кризової ситуації.

Однак на сьогоднішній день закону, який би врегулював відносини у сфері загальнообов'язкового державного медичного страхування, немає.

Що вкладається в поняття "страхова медицина" і "медичне страхування"?

Страхова медицина охоплює фінансування наукових досліджень, підготовку медичних кадрів, витрати на розвиток матеріально-технічної бази лікувальних закладів, надання медичної допомоги населенню.

Медичне страхування — це система організаційних та фінансових заходів щодо забезпечення діяльності страхової медицини.

Медичне страхування передбачає страхування на випадок втрати здоров'я з будь-якої причини. Воно має певні переваги перед державними і приватними системами, а також відомчою медициною, забезпечує більшу доступність, якість і повноту



щодо задоволення різноманітних потреб населення в наданні медичних послуг, є ефективнішим порівняно з державним фінансуванням системи охорони здоров'я. [2, стор. 202]

Об'єктом медичного страхування є життя і здоров'я громадян. Мета проведення медичного страхування — забезпечення громадянам у разі виникнення страхового випадку одержання медичної допомоги за рахунок накопичених коштів і фінансування профілактичних заходів.

За характером фінансування В.Рудень [4, стор.83-84] вважає, що система медичного страхування визначається в першу чергу принципом її організації: **державною, соціального страхування, платною**.

1) **Державна** (бюджетна) система охорони здоров'я фінансується за рахунок податкових надходжень до державного бюджету і забезпечує належний рівень медичної допомоги всім категоріям населення (Англія, Італія, Данія, Ірландія, країни колишнього Союзу). Управління та планування в державних системах охорони здоров'я здійснюються центральними і місцевими органами влади.

2) Системи охорони здоров'я, що організовуються за принципом **соціального страхування**, також управляються державними органами, але на відміну від бюджетних систем, фінансуються на трьохсторонній основі: за рахунок бюджетних надходжень, внесків роботодавців і самих працівників. При цьому особи з низькими прибутками і соціальне незахищені контингенти, як правило, страхові внески не сплачують (Франція, Бельгія, Австрія, Японія, Німеччина, Нідерланди та інші). Характерним для системи охорони здоров'я, що базується на принципі соціального страхування, є участь населення у витратах (певні види і обсяг медичної допомоги оплачуються населенням самостійно, окрім коштів страхування) і соціальна солідарність (здоровий платить за хворого, молодий — за старого, багатий — за бідного).

Соціальна система фінансування охорони здоров'я заснована на цільових внесках підприємств, працівників, на державних субсидіях. Причому внески підприємців є переважаним джерелом надходжень. Незважаючи на те, що внески сплачують одержувачі доходів, існують винятки, які стосуються пенсіонерів та осіб з низьким рівнем доходів.

3) До третього виду систем охорони здоров'я відносяться **переважно платні**, які фінансуються за рахунок особистих коштів населення. Єдиною капіталістичною країною, де відсутня єдина система державного страхування і медична допомога здійснюється на платній основі, є США - їм належить провідне місце в капіталістичному світі за масштабами нагромаджених ресурсів в охороні здоров'я. [4, стор.83]

Суб'єктами медичного страхування виступають **страховики, страхувальники, застраховані та медичні заклади** (останні, до речі, чомусь не передбачені в Проекті). [1, стор. 92]

Страховальники — фізичні особи мають право укласти договори страхування на свою користь або на користь третіх осіб, ними визнаються юридичні особи та працездатні громадяни, які уклали зі страховиками угоди страхування або є ними у відповідності з законодавчими актами країни (їх ще називають застрахованими). Страховальником непрацюючого населення можуть бути місцеві органи влади в особі органів управління охороною здоров'я, а працюючого населення — підприємства та роботодавців. Особи, які займаються індивідуальною трудовою діяльністю, платять внески з обов'язкового медичного страхування самостійно. Працівники некомерційних організацій забезпечуються коштами на обов'язкове медичне страхування із фінансових ресурсів бюджету або засновників даних організацій.

Застрахований — це особа, яка бере участь в особистому страхуванні, чие життя, здоров'я та працездатність виступають об'єктом страхового захисту.

Важливою **особливістю** медичного страхування, за якою воно відрізняється від інших видів страхування, є те, що медичне страхування — єдиний вид страхування, коли відшкодування збитків застрахованому при виникненні страхового випадку здійснюється не грошима, а медичними послугами.

Відповідно до цього ж Проекту закону про загальнообов'язкове медичне страхування населення, яке підлягатиметься **обов'язковому** медичному страхуванню, держава надаватиме рівне право на гарантований обсяг медичної допомоги, незалежно від величини фактично виплачених сум страхового внеску. Отримати таку медичну допомогу застрахований за програмою обов'язкового медичного страхування може на всій території держави, в тому числі і за межами постійного місця проживання, з подальшими взаєморозрахунками між страховими організаціями згідно з тарифами, затвердженими для взаєморозрахунків. Страхові платежі, сплачувані фізичними та юридичними особами, мають форму податку. Обов'язкове медичне страхування перебуває під жорстким контролем держави і характеризується безприбутковістю. Ця форма організації страхового фонду дає змогу планувати медичну допомогу завдяки тому, що надходження коштів до страхового фонду характеризуються стабільністю. [2, стор. 203]

Обов'язкове медичне страхування охоплює практично все населення і задовільняє основні першочергові потреби, але воно не може охопити весь обсяг ризиків. Тому незадоволений страховий інтерес реалізується організацією добровільного медичного страхування. Добровільне медичне страхування є доповненням до обов'язкового.

В Україні згідно з Декретом Кабінету Міністрів "Про страхування" від 10 травня 1993 року та Законом України "Про страхування" від 7 березня 1996 року запроваджено добровільне медичне страхування. [4, стор.90]

Добровільна форма медичного страхування передбачає застосування видів страхування, в яких відповідальність страховика виникає за фактом захворювання або лікування. Виплату за цими видами страхова компанія здійснює у вигляді фіксованої страхової суми або добогих.

На мою думку, введення системи добровільного медичного страхування в Україні було б недоцільним, зважаючи навіть на той фактор, що ця система застосовується у фінансово забезпечених державах, і в тих країнах, де поширені приватні страхові програми..., чого в нас, на жаль, ще немає.

Страховати — це означає уберегти від чогось небажаного, неприємного, захистити, гарантувати безпеку. А сам процес страхування — це спосіб захисту майнових інтересів в умовах ринкової економіки. Кожна людина має знати, як вона може зменшити свій ризик і скільки їй це коштуватиме.

Література

1. *Базилевич В.А., Базилевич К.С. Страхова справа. — К.: Знання.-1997.*
2. *Осадець С.С. Страхування: підручник - К.: Кнеу, 98.*
3. *Поляченко Ю., Залетов О., Павленко Ю. Медичне страхування на тлі українських реалій // Аптека. - № 31 (302). - 2001.*
4. *Рудень В. Страхова медицина і медичне страхування. - Л.: Обл. книжкова друкарня, 1999.*