



Министерство финансов  
Российской Федерации  
**ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА  
СТРАХОВОГО НАДЗОРА**

Миусская пл., д. 3, стр. 1, Москва, 125993  
ОГРН 1047796354165 ИНН 7710542716 КПП 771001001

09.06.2009 № 4573/02-03

На № 1205/09-1 от 13.05.2009

Межрегиональный Союз  
Медицинских Страховщиков

123995 г.Москва,  
Новинский бульвар, д.13 стр.4

Уважаемый Дмитрий Юрьевич !

Благодарим Вас за направленные в адрес Федеральной службы страхового надзора предложения.

В ответ на Ваш запрос от 13 мая 2009 года №1205/09-1 сообщаем следующее.

1. В соответствии с пунктом 2 Статьи 430 Гражданского Кодекса Российской Федерации, если иное не предусмотрено законом, иными правовыми актами или договором, с момента выражения третьим лицом должнику намерения воспользоваться своим правом по договору стороны не могут расторгать или изменять заключенный ими договор без согласия третьего лица.

Статья 955 Гражданского Кодекса Российской Федерации не предусматривает замену застрахованного лица в договорах личного страхования в уведомительном порядке, устанавливая возможность замены застрахованного лица только при согласии на такую замену всех участников страхового правоотношения, в том числе и застрахованного.

2. По нашему мнению, включение в договор добровольного медицинского страхования условия о возможности осуществления страховой выплаты путем выплаты денежных средств выгодоприобретателю не вступает в противоречие с действующим законодательством.

Программы добровольного медицинского страхования в Российской Федерации нормативно не установлены. В соответствии со статьей 20 Закона Российской Федерации "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации" от 28 июня 1991 г. N 1499-1 медицинские учреждения реализуют программы добровольного медицинского страхования без ущерба для программ обязательного медицинского страхования.

При обращении за медицинской помощью в рамках программы **обязательного** медицинского страхования гражданин имеет статус выгодоприобретателя по договору обязательного медицинского страхования,

заключенному между страховой организацией (страховщиком) и работодателем гражданина (страхователем). Данный вывод следует из содержания норм ст. 4 и 6 Закона "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации" от 28 июня 1991 г. № 1499-1, в соответствии с которыми гражданин назван застрахованным лицом. При обращении в медицинскую организацию застрахованное лицо вправе требовать от нее предоставления медицинских услуг, соответствующих по объему и качеству условиям страхового договора, то есть имеет статус выгодоприобретателя.

При обращении за медицинской помощью в рамках программы **добровольного** медицинского страхования гражданин имеет статус страхователя либо застрахованного лица по данному договору и, следовательно, вправе потребовать оказания медицинских услуг (оплаты оказанных медицинских услуг) в соответствии с условиями этого договора и программой страхования.

С точки зрения гражданского права кредитор (медицинская организация, оказавшая услуги) обязан согласно пункту 1 статьи 313 Гражданского Кодекса Российской Федерации принять исполнение обязательства по оплате услуг как от страховой организации, являющейся должником в соответствии с условиями договора с медицинским учреждением, так и от пациента.

Если программой добровольного медицинского страхования не установлен закрытый перечень медицинских организаций, то условия договора страхования могут предусматривать как оплату услуг по договору с медицинской организацией, так и возмещение расходов застрахованного лица на лечение в соответствии с предоставленными им документами. Вместе с тем страховщик должен иметь возможность проверять обоснованность назначения тех или иных лекарственных препаратов и проведения лечебных процедур.

3. В соответствии с положениями статьи 4 Правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 13 января 1996 г. №27, государственные и муниципальные медицинские учреждения оказывают платные медицинские услуги населению по специальному разрешению соответствующего органа управления здравоохранением. При этом законодательство не содержит требования по наличию специального разрешения соответствующего органа управления здравоохранением для медицинских учреждений иных форм собственности.

Страховое законодательство не содержит определения понятия «платная медицинская услуга» и аспектов осуществления хозяйственной деятельности медицинскими учреждениями, поэтому полагаем, что данный вопрос не относится к компетенции Федеральной службы страхового надзора.

4. В соответствии с положениями статьи 9 Закона об организации страхового дела в Российской Федерации от 27 ноября 1992 года №4015-1, страховым риском является предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование. Событие, рассматриваемое в качестве

страхового риска, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления. Страховым случаем является совершившееся событие, предусмотренное договором страхования или законом, с наступлением которого возникает обязанность страховщика произвести страховую выплату страхователю, застрахованному лицу, выгодоприобретателю или иным третьим лицам.

Услуги, носящие профилактический характер, не обладают признаками вероятности и случайности их наступления и не находятся в причинно-следственной связи с событием, на случай наступления которого заключен договор добровольного медицинского страхования, а представляют собой мероприятия по предупреждению наступления страховых случаев. Следовательно, в соответствии с положениями пункта 6 статьи 26 Закона об организации страхового дела в Российской Федерации от 27 ноября 1992 года №4015-1, финансирование таких мероприятий производится за счет фонда предупредительных мероприятий страховщика.

Например, обращение в медицинское учреждение за получением консультативной, профилактической и иной помощи в связи с профессиональными заболеваниями, а также общими заболеваниями, препятствующими работе с вредными, опасными веществами и производственными факторами, в общем случае не может быть событием, удовлетворяющим требованиям, установленным пунктом 1 статьи 9 Закона - то есть удовлетворяющим признакам вероятности и случайности. При этом в качестве событий, обладающих признаками вероятности и случайности, можно назвать, в частности, нижеследующие:

- обращение в медицинское учреждение за получением консультативной и иной помощи, требующей оказания медицинских услуг, обусловлено профессиональным или общим заболеванием, возникшим впервые и обнаруженным или диагностируемым в период действия договора страхования;

- обращение в медицинское учреждение за получением профилактической помощи (вакцинацией) обусловлено эпидемией, возникшей в период действия договора страхования.

5. При внесении изменений в редакции действующих или принятии новых Территориальных Правил обязательного медицинского страхования граждан и Программ, явившихся основанием для получения лицензии обязательного медицинского страхования, требуется письменное уведомление органа страхового надзора, поскольку иное не предусмотрено действующим законодательством.

Руководитель



А.П.Коваль