

(О нарушениях действующего страхового законодательства страховыми организациями и лечебными учреждениями, заключившими с ними договоры на предоставление медицинских услуг, при осуществлении добровольного медицинского страхования)

Статья 3. Закона Российской Федерации "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации" от 28.06.91 N 1499-I, в редакции Закона Российской Федерации "О внесении изменений и дополнений в Закон РСФСР "О медицинском страховании граждан в РСФСР" от 02.04.93, устанавливает, что ОБЪЕКТОМ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИ

Требования, которым должно отвечать событие, рассматриваемое в качестве СТРАХОВОГО, изложены в статье 9 Закона Российской Федерации "Об организации страхового дела в Российской Федерации", в редакции Федерального закона Российской Федерации "О внесении изменений и дополнений в Закон Российской Федерации "О страховании" от 31.12.97 N 157-ФЗ:

- страховым риском является ПРЕДПОЛАГАЕМОЕ событие, НА СЛУЧАЙ НАСТУПЛЕНИЯ которого проводится СТРАХОВАНИЕ;
- событие, рассматриваемое в качестве СТРАХОВОГО риска, ДОЛЖНО обладать признаками ВЕРОЯТНОСТИ И СЛУЧАЙНОСТИ.

На основании изложенного, по добровольному медицинскому страхованию СТРАХОВЫМ СЛУЧАЕМ может быть обращение застрахованного в медицинское учреждение за получением медицинской помощи, требующей оказания медицинских услуг В ПРЕДЕЛАХ ИХ ПЕРЕЧНЯ, предусмотренного ДОГОВОРом СТРАХОВАНИЯ, связанное с ВНЕЗАПНЫМ, СЛУЧАЙНЫМ ухудшением состояния здоровья застрахованного лица в результате заболевания, травмы, отравления или других несчастных случаев, ПРОИЗОШЕДШИХ В ТЕЧЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.

В случае же оказания услуг посредством использования "МОНОПОЛИСОВ" допускаются следующие нарушения:

- событие, в силу наступления которого производится выплата страховщиком лечебному учреждению суммы денег, не является страховым, так как не обладает признаками вероятности и случайности: полис выписывается непосредственно при обращении лица в лечебное учреждение;
- сумма взноса, уплачиваемого лицом, обратившегося в лечебное учреждение, совпадает по времени и величине с суммой произведенной выплаты, в связи с чем страховщик не имеет возможности накопить необходимые средства для гарантирования гражданам при возникновении страхового случая получения медицинской помощи;
- выдаваемые гражданам полисы не соответствуют, в части оформления, требованиям действующего законодательства: не содержат, в большинстве случаев, сведений о застрахованном лице; не достигается соглашение о размере страховой суммы; не содержат программу добровольного медицинского страхования, перечень лечебных учреждений;
- нарушается порядок оформления квитанции о получении страхового взноса (форма А-7, являющейся бланком строгой отчетности и: отмечены случаи наличия на квитанции штампа лечебного учреждения, используемого для оформления больничного листа;
- отдельные медицинские услуги, оказываемые гражданам под предлогом оформления договора добровольного медицинского страхования, предусмотрены программой обязательного медицинского страхования, что дает основание предполагать двойную оплату одной и той же услуги.

На основании изложенного, указанная деятельность не является страховой, а полученные по таким договорам денежные суммы соответственно не являются страховыми взносами и страховыми выплатами.

Заместитель Министра

