

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Тольяттинский государственный университет»  
Институт права  
(наименование института полностью)

Департамент частного права  
(наименование)

40.03.01 Юриспруденция  
(код и наименование направления подготовки / специальности)

Гражданско-правовой  
(направленность (профиль) / специализация)

## ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА (БАКАЛАВРСКАЯ РАБОТА)

на тему Гражданско-правовое регулирование договора добровольного медицинского страхования

Обучающийся

Д.П. Василевский

(Инициалы Фамилия)

(личная подпись)

Руководитель

Д.С. Кузьмин

(ученая степень (при наличии), ученое звание (при наличии), Инициалы Фамилия)

Тольятти 2025

## Аннотация

Актуальность темы исследования обусловлена возрастающей ролью добровольного медицинского страхования (ДМС) в системе здравоохранения Российской Федерации. Договор добровольного медицинского страхования, являясь разновидностью договора личного страхования, имеет ряд специфических особенностей, связанных с его предметом, субъектным составом и содержанием. Эти особенности требуют детального изучения с позиций гражданского права для выявления проблем правоприменительной практики и поиска путей их решения.

Цель исследования заключается в комплексном анализе гражданско-правового регулирования договора добровольного медицинского страхования и выработке предложений по совершенствованию законодательства в данной сфере.

Объектом исследования являются общественные отношения, возникающие в процессе заключения, исполнения и прекращения договора добровольного медицинского страхования.

Предметом исследования выступают нормы права, регулирующие договор добровольного медицинского страхования.

Практическая значимость работы состоит в возможности использования ее результатов для совершенствования законодательства в сфере добровольного медицинского страхования, а также в практической деятельности страховых организаций и защите прав страхователей и застрахованных лиц.

Структура работы обусловлена целью и задачами исследования и включает введение, три главы, объединяющие семь параграфов, заключение и список используемой литературы и используемых источников.

## Оглавление

Введение .....	4
Глава 1 Общие положения о договоре добровольного медицинского страхования .....	6
1.1 Понятие и виды договоров добровольного медицинского страхования.....	6
1.2 Характеристика сторон договора добровольного медицинского страхования: страхователь, страховщик, застрахованный.....	13
Глава 2 Содержание договора добровольного медицинского страхования ...	22
2.1 Условия договора: права и обязанности сторон .....	22
2.2 Определение страхового случая и порядок его наступления в контексте добровольного медицинского страхования .....	29
Глава 3 Исполнение и прекращение договора добровольного медицинского страхования .....	34
3.1 Порядок исполнения договора и осуществления страховых выплат .....	34
3.2 Прекращение договора: основания и последствия для сторон .....	42
Заключение .....	47
Список используемой литературы и используемых источников .....	51

## Введение

Актуальность темы исследования обусловлена возрастающей ролью добровольного медицинского страхования (ДМС) в системе здравоохранения Российской Федерации. В условиях реформирования системы здравоохранения и повышения значимости частной медицины, договор добровольного медицинского страхования становится важным инструментом обеспечения граждан качественной медицинской помощью, дополняющим систему обязательного медицинского страхования. Современное состояние рынка медицинского страхования характеризуется динамичным развитием и появлением новых страховых продуктов, что требует совершенствования нормативно-правовой базы в данной сфере. Несмотря на значительный потенциал добровольного медицинского страхования, его распространение в России сдерживается рядом факторов, среди которых недостаточная разработанность правового регулирования отношений между страховщиками, страхователями и медицинскими организациями.

Договор добровольного медицинского страхования, являясь разновидностью договора личного страхования, имеет ряд специфических особенностей, связанных с его предметом, субъектным составом и содержанием. Эти особенности требуют детального изучения с позиций гражданского права для выявления проблем правоприменительной практики и поиска путей их решения.

Цель исследования заключается в комплексном анализе гражданско-правового регулирования договора добровольного медицинского страхования и выработке предложений по совершенствованию законодательства в данной сфере.

Для достижения указанной цели поставлены следующие задачи:

- исследовать понятие и виды договоров добровольного медицинского страхования;

- проанализировать правовое положение сторон договора добровольного медицинского страхования;
- изучить содержание договора и особенности прав и обязанностей его сторон;
- рассмотреть особенности определения страхового случая в контексте добровольного медицинского страхования;
- исследовать порядок исполнения договора и осуществления страховых выплат;
- проанализировать основания и последствия прекращения договора добровольного медицинского страхования.

Объектом исследования являются общественные отношения, возникающие в процессе заключения, исполнения и прекращения договора добровольного медицинского страхования.

Предметом исследования выступают нормы права, регулирующие договор добровольного медицинского страхования.

Методологическую основу исследования составляют общенаучные методы (анализ, синтез, системный подход) и специально-юридические методы (формально-юридический, сравнительно-правовой). Основой исследования послужили труды отечественных ученых в области гражданского и страхового права, а также материалы судебной практики по спорам, связанным с договорами добровольного медицинского страхования, а также данные о деятельности страховых организаций.

Практическая значимость работы состоит в возможности использования ее результатов для совершенствования законодательства в сфере добровольного медицинского страхования, а также в практической деятельности страховых организаций и защите прав страхователей и застрахованных лиц.

Структура работы обусловлена целью и задачами исследования и включает введение, три главы, объединяющие семь параграфов, заключение и список используемой литературы и используемых источников.

## **Глава 1 Общие положения о договоре добровольного медицинского страхования**

### **1.1 Понятие и виды договоров добровольного медицинского страхования**

Договор добровольного медицинского страхования (ДМС) представляет собой важнейший правовой институт современной системы здравоохранения, позволяющий гражданам получить доступ к расширенному спектру качественных медицинских услуг. В условиях развития рыночной экономики и трансформации системы здравоохранения особую актуальность приобретает исследование правовой природы, видов и особенностей договоров ДМС, а также анализ перспектив развития данного института в российской правовой системе.

Согласно Федеральному закону от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», система медицинского страхования в России включает два основных направления: обязательное и добровольное медицинское страхование. При этом добровольное медицинское страхование выступает как дополнительный механизм, позволяющий гражданам получить медицинские услуги сверх программы обязательного медицинского страхования, что создает правовую основу для развития комплексной системы охраны здоровья граждан [20].

Договор добровольного медицинского страхования является разновидностью договора личного страхования, правовое регулирование которого осуществляется главой 48 Гражданского кодекса Российской Федерации. В соответствии с п. 1 ст. 934 ГК РФ, «по договору личного страхования страховщик обязуется за обусловленную договором плату (страховую премию) выплатить единовременно или выплачивать периодически обусловленную договором сумму (страховую сумму) в случае причинения вреда жизни или здоровью застрахованного лица, достижения им

определенного возраста или наступления в его жизни иного предусмотренного договором события (страхового случая)» [6]. В контексте добровольного медицинского страхования страховым случаем является обращение застрахованного лица за медицинской помощью, при этом страховщик обязуется организовать и финансировать предоставление застрахованному лицу медицинской помощи определенного объема и качества или иных услуг по программам добровольного медицинского страхования.

От общего законодательного определения договора личного страхования логично перейти к научному осмыслению сущности ДМС.

В своем научном исследовании П.В. Ивлиев развивает концепцию добровольного медицинского страхования как важнейшего элемента современной системы здравоохранения. Автор подчеркивает фундаментальное определение страхования как системы отношений по защите интересов различных субъектов права. По его мнению, «под страхованием можно понимать отношения по защите интересов физических и юридических лиц, Российской Федерации, субъектов Российской Федерации и муниципальных образований при наступлении определенных страховых случаев за счет денежных фондов, формируемых страховщиками из уплаченных страховых премий (страховых взносов), а также за счет иных средств страховщиков» [10, с. 219].

С точки зрения П.В. Ивлиева, рыночная экономика создает благоприятные условия для развития частной системы здравоохранения, находящей свое выражение именно в добровольном медицинском страховании. Особенно важным представляется его наблюдение о том, что частное страхование стало распространенным инструментом защиты от различных рисков как для физических, так и для юридических лиц.

Исследователь П.В. Ивлиев выделяет семь ключевых предпосылок возникновения добровольного медицинского страхования, среди которых особенно значимым является тезис о том, что «система добровольного медицинского страхования, будучи лишенной сложных бюрократических

процедур характерных для государственной системы здравоохранения призвана в сжатые сроки, а также качественно и оперативно отреагировать на проблемы страхователей» [10, с. 220].

Существенное внимание П.В. Ивлиев уделяет правовому регулированию добровольного медицинского страхования. Автор отмечает пробел в законодательстве, указывая на отсутствие специального нормативно-правового акта в данной сфере после отмены соответствующих норм в связи с принятием ФЗ от 29.11.2011 г. № 326 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

В развитие своей концепции П.В. Ивлиев подчеркивает, что «отношения по добровольному медицинскому страхованию будут объективно развиваться. Граждан желающих застраховать свои риски через исследуемый нами инструментарий со временем будет становиться все больше и больше» [10, с. 221]. Особую ценность представляет вывод автора о том, что развитие системы добровольного медицинского страхования способно привести к значительному экономическому росту через увеличение промышленного производства медицинского оборудования и созданию новых рабочих мест в сфере здравоохранения.

П.В. Ивлиев заключает, что «добровольное медицинское страхование - это перспективная сфера, позволяющая радикально улучшить качество медицинского обслуживания в нашей стране» [10, с. 221].

По нашему мнению, позиция П.В. Ивлиева представляется обоснованной и актуальной, особенно в части необходимости принятия специального нормативно-правового акта, регулирующего сферу добровольного медицинского страхования. Однако следует отметить, что автор недостаточно подробно рассматривает вопросы взаимодействия систем обязательного и добровольного медицинского страхования, что требует дальнейшего научного осмысления.

Рассмотрев теоретические основы ДМС, целесообразно обратиться к анализу его практических аспектов и особенностей функционирования.

По мнению О.И. Рябичевой, добровольное медицинское страхование (ДМС) представляет собой важнейший инструмент защиты интересов граждан, обеспечивающий социально-экономическую стабильность в обществе. Автор подчеркивает, что «целью ДМС является создание экономической заинтересованности государства и работодателей в укреплении здоровья населения» [17, с. 996].

С точки зрения О.И. Рябичевой, принципиальное отличие ДМС от обязательного медицинского страхования заключается в том, что «договор добровольного медицинского страхования является исключительно гражданско-правовой сделкой и регулируется непосредственно ГК РФ» [17, с. 997]. Особенно важным автор считает коммерческий, а не социальный характер данного вида страхования.

Исследователь акцентирует внимание на том, что в современных условиях «финансовые риски и управление ими в ДМС непосредственно связано с убытками по договорам страхования ДМС, они, как правило, развиваются в течение непродолжительного периода времени – одного-двух кварталов и имеют относительно стабильный характер» [17, с. 997].

О.И. Рябичева отмечает специфику корпоративного ДМС, указывая, что «сегодня основная часть рынка добровольного медицинского страхования приходится на корпоративных клиентов (примерно 80% продаж на рынке ДМС)» [17, с. 998]. Автор объясняет это значительно более низкой стоимостью полиса при корпоративном страховании в перерасчете на одно застрахованное лицо.

Заслуживает внимания позиция О.И. Рябичевой относительно того, что «договоры по ДМС исключают обслуживание пациентов с хроническими заболеваниями, требующими динамического (диспансерного) наблюдения» [17, с. 998]. При этом автор подчеркивает преимущество профилактических осмотров в рамках ДМС для страховщиков.

С особым вниманием О.И. Рябичева рассматривает проблему взаимодействия систем ОМС и ДМС, отмечая, что «ДМС должно дополнять

систему ОМС, но в последнее время мы видим, что ОМС не работает в достаточной мере и ДМС довольно часто перекрывает систему ОМС» [17, с. 997].

Исследователь приходит к выводу о необходимости пересмотра системы ОМС и более активного развития ДМС, особенно в условиях финансового кризиса, когда важно «оперативно и качественно оказать медицинскую помощь работникам, тем самым снизить трудовые потери, а значит, и потери прибыли для предприятия в целом» [17, с. 998].

По нашему мнению, позиция О.И. Рябичевой относительно необходимости развития системы ДМС как дополнительного механизма к ОМС является обоснованной. Однако стоит отметить, что автор недостаточно внимания уделяет вопросам доступности ДМС для различных социальных групп населения и возможным путям решения данной проблемы.

Одной из ключевых проблем в области добровольного медицинского страхования является недостаточное законодательное регулирование, что отмечают А.С. Абросимова и Е.В. Надина. В своей работе они подчеркивают, что отсутствие федерального закона о добровольном медицинском страховании ведет к правовой неопределенности и социальной несправедливости [1, с. 59].

А.С. Абубакиров и А.Б. Зудин, в свою очередь, проводя сравнительный анализ систем обязательного и добровольного медицинского страхования в России и других странах указывают, что в условиях ограниченности ресурсов и неэффективности обязательного медицинского страхования, добровольное медицинское страхование становится важным инструментом для улучшения качества медицинских услуг. Авторы подчеркивают, что развитие ДМС зависит от улучшения качества обязательного медицинского страхования, а также от внедрения зарубежного опыта в области медицинского страхования [2, с. 314].

В научном исследовании М.Р. Ахмедова обращается к актуальной проблематике договоров добровольного медицинского страхования,

рассматривая их через призму сравнительного анализа с обязательным медицинским страхованием в России и за рубежом.

С точки зрения М.Р. Ахмедовой, добровольное медицинское страхование в России активно развивается, поскольку предоставляет застрахованным лицам расширенные возможности получения качественной медицинской помощи. Автор подчеркивает: «возникает возможность получения медицинской помощи в большем объеме и в лучшем качестве» [3, с. 17].

Примечательно, что М.Р. Ахмедова акцентирует внимание на дифференциации услуг ДМС в зависимости от страховых организаций. По мнению исследователя, ключевым преимуществом ДМС является доступ к расширенному пакету медицинских услуг: «застрахованному лицу предоставляют доступ к дорогостоящему обследованию, лечению, значительному выбору физиотерапевтических процедур, консультациям у лучших специалистов» [3, с. 17].

Особое внимание М.Р. Ахмедова уделяет сравнительному анализу систем медицинского страхования России, Франции и Германии. В частности, автор отмечает интеграцию государственных и частных медицинских учреждений во французской системе здравоохранения, что обеспечивает более эффективное функционирование страховой медицины.

М.Р. Ахмедова подчеркивает значимость контроля качества медицинских услуг в системе добровольного страхования. Автор указывает на необходимость внедрения регулярной отчетности и проверок медицинских учреждений по примеру французской системы здравоохранения.

Исследователь акцентирует внимание на проблеме доступности услуг частных медицинских учреждений в России: «недоступность услуг частных медицинских учреждений значительной части населения» [3, с. 20], что существенно ограничивает развитие системы добровольного медицинского страхования.

Автор приходит к выводу о необходимости совершенствования российской системы добровольного медицинского страхования с учетом положительного опыта европейских стран, в частности, Франции и Германии, где «качество услуг выше, они рентабельны (во многом благодаря платежеспособности самого населения), и система управления этим всем намного эффективнее» [3, с. 20].

В современной практике страхования выделяются две основные формы договоров добровольного медицинского страхования: индивидуальное (частное, персональное) и коллективное (корпоративное) страхование [4]. Индивидуальный договор ДМС может быть заключен физическим лицом как для себя лично, так и для членов семьи, включая возможность оформления семейного полиса ДМС [4]. Особенностью индивидуального страхования является его дифференциация на дополнительное и самостоятельное добровольное медицинское страхование, где первое частично покрывает расходы на медицинские услуги по программе ОМС, а второе обеспечивает полное покрытие лечения застрахованного лица [4].

При заключении договора семейного добровольного медицинского страхования страхователю предоставляется возможность выбора конкретного специалиста-терапевта и медицинского учреждения, что обеспечивает комплексное медицинское обслуживание всех членов семьи, включая наблюдение в периоды обострения хронических заболеваний, амбулаторное лечение и диагностику на дому [4]. Отдельного внимания заслуживает стоматологическое страхование, предусматривающее право на диагностику и амбулаторное лечение в поликлинике, включая консультации специалистов, рентгенологические исследования и иные процедуры [4].

Корпоративный договор ДМС, заключаемый работодателем как юридическим лицом, может предусматривать как комплексное страхование всего персонала, так и выборочное страхование отдельных категорий сотрудников, например, наиболее ценных специалистов или работников, часто находящихся в командировках [4]. Существенным преимуществом договоров

добровольного медицинского страхования является возможность их заключения иностранными гражданами, имеющими временную регистрацию в Российской Федерации, при этом законодательством предусмотрены определенные ограничения для недееспособных граждан и лиц, страдающих заболеваниями, лечение которых осуществляется за счет средств государственного бюджета [4].

Проведенный анализ договоров добровольного медицинского страхования позволяет сделать вывод о том, что данный институт является динамично развивающимся элементом российской системы здравоохранения, обеспечивающим защиту интересов граждан в сфере получения качественной медицинской помощи. При этом существующая система ДМС характеризуется как значительным потенциалом развития, так и рядом проблемных аспектов, требующих законодательного урегулирования.

Перспективы развития договоров ДМС в России связаны с необходимостью принятия специального нормативно-правового акта, регулирующего данную сферу, совершенствованием механизмов взаимодействия систем ОМС и ДМС, а также повышением доступности услуг ДМС для различных категорий населения. Особое значение приобретает изучение и адаптация положительного зарубежного опыта, в частности, опыта европейских стран в сфере интеграции государственных и частных медицинских учреждений и обеспечения эффективного контроля качества медицинских услуг.

## **1.2 Характеристика сторон договора добровольного медицинского страхования: страхователь, страховщик, застрахованный**

Договор добровольного медицинского страхования представляет собой сложный правовой институт, включающий систему взаимосвязанных прав и обязанностей его участников. Особую значимость при изучении данного договора имеет детальный анализ правового статуса каждой из сторон:

страховщика, страхователя и застрахованного лица, поскольку именно от четкого понимания их роли и функций зависит эффективность реализации страховых отношений в сфере здравоохранения.

Характеристика сторон договора добровольного медицинского страхования представляет собой комплексный анализ правового статуса участников данных правоотношений. В соответствии со статьей 927 ГК РФ, страхование осуществляется на основании договоров имущественного или личного страхования, заключаемых гражданином или юридическим лицом (страхователем) со страховой организацией (страховщиком) [6].

Страховщик, являясь одной из ключевых сторон договора добровольного медицинского страхования, должен обязательно иметь лицензию на осуществление данного вида страховой деятельности. Согласно статье 938 ГК РФ, в качестве страховщиков договоры страхования могут заключать юридические лица, имеющие соответствующие лицензии [6].

Особое внимание следует уделить организационно-правовой форме страховщика. В соответствии с действующим законодательством, страховщик может существовать в форме акционерного общества, общества с ограниченной ответственностью или общества взаимного страхования. При этом важно отметить, что общества взаимного страхования осуществляют страхование имущества и иных имущественных интересов своих членов и являются некоммерческими организациями.

Страхователь, как вторая сторона договора, может выступать в качестве физического или юридического лица. При этом статья 930 ГК РФ устанавливает, что страхователь должен иметь основанный на законе, ином правовом акте или договоре интерес в сохранении страхуемого имущества [6].

В случае, когда страхователем выступает юридическое лицо, оно может заключать договоры добровольного медицинского страхования в пользу своих работников, что является распространенной практикой в рамках социального пакета. Такая возможность прямо предусмотрена статьей 934 ГК РФ, согласно которой по договору личного страхования одна сторона обязуется за

обусловленную плату осуществить страхование жизни и здоровья другого лица [6].

Важной особенностью правового положения страхователя является его право назначить выгодоприобретателя, то есть лицо, в пользу которого заключается договор страхования. Однако в договорах добровольного медицинского страхования выгодоприобретателем, как правило, является сам застрахованный.

Застрахованное лицо занимает особое положение в структуре договора добровольного медицинского страхования. Несмотря на то, что оно не является стороной договора в классическом понимании, именно в отношении его имущественных интересов, связанных с жизнью и здоровьем, заключается договор.

Необходимо отметить, что согласно статье 955 ГК РФ, при заключении договора личного страхования в пользу застрахованного лица требуется письменное согласие самого застрахованного лица [6]. Это положение направлено на защиту прав и законных интересов застрахованных лиц.

В случае, когда страхователь и застрахованное лицо не совпадают в одном лице, застрахованный наделяется определенными правами по договору, в частности, правом на получение страхового возмещения и медицинских услуг в рамках программы страхования.

Правовой статус застрахованного лица характеризуется тем, что оно является потребителем медицинских услуг, предоставляемых в рамках договора добровольного медицинского страхования. При этом застрахованное лицо вправе выбирать медицинское учреждение из перечня, предусмотренного договором страхования.

Особенностью правового положения застрахованного лица является то, что оно может быть заменено страхователем другим лицом лишь с согласия самого застрахованного лица и страховщика, что прямо предусмотрено статьей 955 ГК РФ [6].

Важно подчеркнуть, что в договоре добровольного медицинского страхования может быть застраховано несколько лиц. Это особенно актуально при коллективном страховании работников организации или членов семьи страхователя.

При характеристике правового статуса застрахованного лица следует учитывать, что оно обязано предоставить страховщику достоверную информацию о состоянии своего здоровья при заключении договора. Соккрытие или искажение такой информации может послужить основанием для признания договора недействительным.

В научной литературе отмечается, что трехсторонний характер отношений в договоре добровольного медицинского страхования создает определенные сложности в правоприменительной практике. В частности, возникают вопросы относительно объема прав застрахованного лица по отношению к страховщику, особенно в случаях, когда страхователем выступает юридическое лицо. Эта проблематика требует дополнительного законодательного регулирования для обеспечения баланса интересов всех участников страховых правоотношений.

Существенным аспектом взаимоотношений между сторонами договора является то, что страховщик не вправе разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о страхователе, застрахованном лице и их имущественном положении, что закреплено в статье 946 ГК РФ [6].

В заключение необходимо отметить, что четкое определение правового статуса каждой из сторон договора добровольного медицинского страхования имеет существенное значение для эффективной реализации прав и исполнения обязанностей участников данных правоотношений.

Рассмотрев общую характеристику правового статуса участников договора добровольного медицинского страхования, целесообразно обратиться к научному анализу природы данного договора и его существенных особенностей.

По мнению Л.В. Герасименко, договор добровольного медицинского страхования (ДМС) является важным элементом гражданско-правовых обязательств, обладающим определенными особенностями. В частности, автор подчеркивает, что договор ДМС представляет собой двусторонне обязывающее соглашение, в котором действия сторон непосредственно зависят друг от друга. «Договор страхования является взаимным (двусторонне обязывающим). Он характеризуется наличием согласованных действий участников, выражающих их взаимное волеизъявление.» [5, с. 81]. Это положение позволяет выделить ключевые особенности договора, где страхователь обязуется уплатить страховую премию, а страховщик в ответ предоставляет медицинские услуги или компенсацию в случае наступления страхового случая. Таким образом, права одной стороны непосредственно корреспондируют с обязанностями другой, что является основой для эффективных правовых отношений между ними.

С точки зрения автора, важным принципом, который отличает ДМС от других видов страхования, является принцип возмездности. В этом контексте автор акцентирует внимание на том, что страхование осуществляется за определенную плату, и это составляет основу отношений между страхователем и страховщиком. «Принцип возмездности является экономической основой страховых отношений.» [5, с. 82]. Это подтверждает, что договор ДМС предполагает обоюдные обязательства сторон, где возмездность выступает не только как финансовая основа, но и как залог успешной реализации страхового договора. Возмездность является одним из основных отличий добровольного медицинского страхования от обязательного, так как в последнем случае уплата взносов не всегда напрямую связана с получением услуг, а определяется государственной политикой.

Автор выделяет еще одну важную характеристику договора ДМС – его целевое назначение. «Обеспечение возможной потребности – цель данной сделки.» [5, с. 83]. Это подчеркивает, что цель договора заключается в покрытии дополнительных медицинских нужд, которые не охватываются

обязательным медицинским страхованием. Этот аспект является важным для понимания роли договора ДМС в системе здравоохранения, где добровольные страховые программы помогают компенсировать недостатки обязательного медицинского страхования.

С точки зрения Л.В. Герасименко, договор добровольного медицинского страхования также представляет собой правоотношение, в котором строго регулируются не только действия сторон, но и их ответственность в случае наступления страхового события. Это обоснование важно для понимания природы страхования, как специфического института гражданского права, который требует четкого юридического оформления всех условий, начиная от взаимных обязательств сторон и заканчивая понятием рисков и компенсации.

По нашему мнению, подход, представленный автором, является обоснованным и логичным. Согласившись с основными тезисами Герасименко, можно подчеркнуть важность возмездности, случайности, а также условия о сроках и рисках, как ключевых характеристик договора добровольного медицинского страхования. Важно, что автор подчеркнул и условную природу договора, что также служит основой для различения ДМС от других гражданских обязательств. На наш взгляд, договор добровольного медицинского страхования действительно требует отдельного юридического внимания и подчеркивания его уникальных характеристик, что позволяет лучше разобраться в правовых отношениях между страхователем, страховщиком и застрахованным.

После теоретического осмысления правовой природы договора ДМС важно обратиться к практическим аспектам взаимодействия его участников и функциональным особенностям каждой из сторон.

С точки зрения А.Г. Кочумовой и соавторов, добровольное медицинское страхование представляет собой сложную систему взаимоотношений между участниками страхового процесса. При этом авторы подчеркивают особую роль страховой медицинской организации как ключевого субъекта в системе медицинского страхования.

Анализируя позицию страховщика, А.Г. Кочумова отмечает, что «страховая медицинская организация в механизме пакетного медицинского страхования выполняет следующие функции: координирующую, финансовую, мониторинговую, организаторско-диспетчерскую, экспертную и аналитическую» [12, с. 544]. Примечательно, что автор выделяет именно комплексный характер функционала страховщика.

В исследовании особое внимание уделяется роли страхователя в системе добровольного медицинского страхования. По мнению А.Г. Кочумовой, «добровольное медицинское страхование по форме реализации может быть коллективным и индивидуальным» [12, с. 543], что подчеркивает вариативность участия страхователей в договорных отношениях.

Значимым аспектом работы является рассмотрение правового положения застрахованного лица. А.Г. Кочумова подчеркивает, что «посредством добровольного медицинского страхования гражданам предоставляется гарантия получения медицинской помощи путем страхового финансирования» [12, с. 543].

Исследователь акцентирует внимание на том, что страховщик в лице страховой медицинской организации осуществляет контроль за медицинским обслуживанием застрахованных лиц. В частности, «страховая медицинская организация в рамках формирования средств и оптимизации расходов отслеживает обращаемость каждого работающего за медицинской помощью и восстановительным лечением» [12, с. 544].

А.Г. Кочумова отмечает, что основной задачей взаимодействия сторон договора является «создание саморегулирующейся, жизнеспособной и эффективной системы социальной защиты населения страны» [12, с. 542].

Особенностью авторского подхода является рассмотрение взаимодействия сторон договора через призму рыночных отношений. А.Г. Кочумова указывает на необходимость «усиления заинтересованности и ответственности населения и государства, предприятий, учреждений, организаций в охране здоровья граждан в рыночных условиях» [12, с. 543].

В работе подчеркивается значимость экспертной функции страховщика, которая направлена на повышение качества медицинской помощи и подготовку предложений по совершенствованию законодательного обеспечения медицинского страхования.

По нашему мнению, соглашаясь с позицией А.Г. Кочумовой, следует отметить комплексный подход автора к характеристике правового положения сторон договора добровольного медицинского страхования. Вместе с тем, представляется, что исследование могло бы быть дополнено более детальным анализом прав и обязанностей застрахованных лиц в системе добровольного медицинского страхования.

Проведенное исследование правового статуса сторон договора добровольного медицинского страхования позволяет сделать вывод о комплексном характере данных правоотношений. Особенности правового положения страховщика, страхователя и застрахованного лица определяются не только нормами гражданского законодательства, но и специфическими характеристиками самого договора ДМС как возмездного, двустороннего и условного соглашения.

Существенное значение имеет многофункциональность страховщика, выступающего координатором и гарантом качества медицинских услуг, вариативность правового статуса страхователя, который может быть как физическим, так и юридическим лицом, а также особое положение застрахованного лица как конечного получателя медицинских услуг. Четкое определение прав и обязанностей каждой из сторон договора, а также понимание механизмов их взаимодействия создает необходимую правовую основу для эффективного функционирования системы добровольного медицинского страхования в целом.

Представим выводы по первой главе исследования. На основе проведенного исследования можно заключить, что договор добровольного медицинского страхования является динамично развивающимся правовым институтом, обеспечивающим расширенный доступ граждан к качественной

медицинской помощи. В ходе анализа установлено, что ДМС представлен двумя основными формами - индивидуальной и корпоративной, при этом около 80% рынка приходится именно на корпоративное страхование.

Существенной особенностью современного состояния ДМС является его тесная взаимосвязь с системой обязательного медицинского страхования, хотя исследователи отмечают определенные проблемы в их взаимодействии, в частности, случаи, когда ДМС вынужденно перекрывает функции ОМС.

Исследование правового статуса участников договора ДМС выявило сложную систему взаимоотношений между страховщиком, страхователем и застрахованным лицом, где страховщик выполняет комплекс функций от координирующей до экспертной, а страхователь может выступать как в качестве физического, так и юридического лица. При этом особое положение занимает застрахованное лицо, которое, не являясь стороной договора в классическом понимании, обладает существенными правами, включая выбор медицинского учреждения из предусмотренного договором перечня. Важной характеристикой договора ДМС является его возмездный, двусторонне обязывающий характер, что отличает его от других видов страхования и создает основу для эффективных правовых отношений между участниками.

## **Глава 2 Содержание договора добровольного медицинского страхования**

### **2.1 Условия договора: права и обязанности сторон**

Договор добровольного медицинского страхования (ДМС) представляет собой сложную правовую конструкцию, в рамках которой взаимодействуют несколько субъектов: страховщик, страхователь, застрахованное лицо и медицинская организация. Правовое регулирование данных отношений имеет многоуровневый характер, включающий как нормы гражданского законодательства, так и специальные правила страхования, разрабатываемые страховыми компаниями. При этом особую актуальность приобретает вопрос о содержании договора ДМС, в частности, о правах и обязанностях сторон, поскольку именно это определяет эффективность защиты интересов всех участников правоотношений. Рассмотрим ключевые аспекты условий договора ДМС и проанализируем научные подходы к их регулированию.

Предмет договора добровольного медицинского страхования составляет имущественный интерес страхователя, связанный с расходами на получение медицинской помощи при причинении вреда жизни или здоровью застрахованного лица. Данный предмет отличается от предмета других видов личного страхования тем, что направлен не на компенсацию утраты трудоспособности или смерти, а на возмещение конкретных затрат, связанных с медицинским обслуживанием. Объектом страхования выступают имущественные интересы застрахованного лица, связанные с его жизнью и здоровьем, что предполагает страхование риска возникновения расходов на медицинскую помощь различного вида и объема.

Существенными условиями договора добровольного медицинского страхования являются условия о страховом случае, размере страховой суммы, сроке действия договора и размере страховой премии. Помимо существенных условий, договор ДМС содержит обычные условия, к которым относятся

положения о территории страхования, порядке изменения степени риска, правах и обязанностях сторон при наступлении страхового случая. Случайными условиями договора могут быть условия о франшизе, особом порядке разрешения споров, дополнительных услугах, предоставляемых в рамках страхового покрытия.

Территория страхования определяет географические границы, в пределах которых действует страховое покрытие. Как правило, в договорах ДМС территория страхования ограничивается территорией Российской Федерации, однако может быть расширена на другие страны при условии соответствующего увеличения страховой премии. Срок действия договора ДМС обычно составляет один год с возможностью пролонгации на новый срок по соглашению сторон. При этом важно различать срок действия договора и период страхования, поскольку страховое покрытие может начинаться не с момента заключения договора, а с даты уплаты первого страхового взноса.

Правовые основы договора ДМС определяются прежде всего положениями Гражданского кодекса РФ, который устанавливает обязательное письменное оформление соглашения, что является важной гарантией защиты прав участников. В рамках договора фиксируются существенные условия, без которых он не может считаться заключенным.

Договор добровольного медицинского страхования (ДМС) представляет собой соглашение между страхователем и страховщиком, в рамках которого страховщик обязуется предоставить застрахованному лицу медицинские услуги, предусмотренные договором, а страхователь обязуется уплатить страховую премию. Заключение такого договора требует соблюдения ряда юридических норм, что подтверждается обязательным письменным оформлением соглашения (в том числе в электронной форме) в соответствии с нормами Гражданского кодекса Российской Федерации (ст. 160, ст. 940 ГК РФ).

Сначала необходимо обозначить срок действия договора, который, в случае его отсутствия, считается недействительным. Как правило, договор

вступает в силу с момента подписания, но может быть установлено, что его действие начинается с момента уплаты первого страхового взноса (ст. 957 ГК РФ). Это означает, что страхователи могут оговаривать момент начала действия договора в зависимости от конкретных условий, а также уточнять, будет ли оплачиваться медицинская помощь, оказанная до подписания соглашения. Например, возможен вариант, когда медицинские услуги начинают оплачиваться с 1 января следующего года, несмотря на дату заключения договора.

Следующим важным условием является указание в договоре ДМС численности и имен застрахованных лиц. Договор может быть как индивидуальным, так и коллективным, в зависимости от того, кто является страхователем – физическое лицо или организация. В случае коллективного страхования работодателем является страхователь, а работниками – застрахованные лица. При этом для заключения договора на работника составляется заявление, которое в случае семейного страхования может включать также членов семьи страхователя [11].

Важнейшими элементами договора являются виды страховых случаев и исключения, на которые не распространяется страховое покрытие. Страховой случай по договору ДМС, как правило, связан с обращением застрахованного лица за медицинской помощью, которая предоставляется в рамках программы ДМС в медицинских учреждениях, указанных в договоре. Исключения могут касаться, например, случаев получения травм в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.

Обязательным условием договора является установление размера, сроков и порядка внесения страховой премии. Размер премии определяется в соответствии с тарифами страховщика, а порядок внесения может предусматривать рассрочку платежей. Также важно учесть последствия неуплаты премии в установленные сроки, что может привести к утрате действия страхования. В случае отказа страхователя от договора в течение

определённого срока, страховая премия может быть возвращена в полном объёме, если до этого момента не произошёл страховой случай [11].

Размер страховой суммы также должен быть указан в договоре. Этот показатель определяет максимальную сумму, которую страховщик обязуется выплатить застрахованному лицу в случае наступления страхового события. В ряде случаев возможна корректировка этой суммы в процессе действия договора, если объем предоставляемых медицинских услуг превышает изначально установленную сумму. В таких случаях страхователь может быть обязан внести дополнительные страховые взносы.

Права и обязанности сторон договора ДМС определяются на основании законодательства и условий соглашения. Страховщик обязан организовывать оказание медицинских услуг, обеспечивать их оплату в установленные сроки, а также сохранять конфиденциальность информации о застрахованных лицах, если это не противоречит закону. В свою очередь, страхователь обязан своевременно оплачивать страховую премию и предоставлять полную информацию о всех обстоятельствах, влияющих на оценку страхового риска. Также он вправе требовать от страховщика предоставления медицинских услуг, если они необходимы согласно условиям договора.

Особое внимание следует уделить социальным льготам, связанным с договорами ДМС. Например, налоговый кодекс РФ предусматривает возможность получения социального вычета на уплату страховых взносов по договорам ДМС, заключённым в интересах самого страхователя, его супругов, детей и подопечных до 18 лет, а в некоторых случаях – до 24 лет [11].

Переходя к анализу научных позиций по данному вопросу, следует отметить вклад А.А. Сычевой в исследование прав и обязанностей участников договора ДМС. Исследователь выделяет трехстороннюю структуру отношений и подчеркивает дисбаланс в положении сторон.

С точки зрения А.А. Сычевой, основными обязанностями сторон договора добровольного медицинского страхования являются: для страхователя - внесение страховой премии, для страховой организации -

обеспечение медицинских услуг застрахованному лицу в установленном объеме, для медицинского учреждения - предоставление качественной медицинской помощи согласно программе страхования.

А.А. Сычева подчеркивает особую роль страховой организации в оценке страхового риска при заключении договора. «При заключении договора с целью оценки страхового риска страховая организация имеет право произвести медицинское обследование страхуемого лица для анализа его фактического состояния здоровья» [19, с. 356].

Значимым аспектом, по мнению А.А. Сычевой, является проблема предоставления заведомо ложной информации страхователем. Автор анализирует судебную практику и приходит к выводу, что «сообщение заведомо ложных сведений - это не просто неправильная информация, в данном случае относительно состояния здоровья, а действия, совершенные с целью обмана страховщика» [19, с. 357].

А.А. Сычева критически оценивает закрепление в правилах страхования права страховщика заключать договоры с медицинскими организациями. По её мнению, это является не правом, а обязанностью страховщика, поскольку без медицинского учреждения реализация договора невозможна.

Исследователь обращает внимание на проблему компенсации расходов при необоснованном вызове скорой помощи. «Ввиду отсутствия детализированных критериев определения факта необоснованности при вызове скорой медицинской помощи, подобное право страховщика может повлечь ограничение права застрахованного лица на получение установленного договором объема медицинской помощи» [19, с. 357].

А.А. Сычева предлагает закрепить дополнительные обязанности страховщика: разъяснение порядка действий при наступлении страхового случая, контроль качества медицинских услуг, защита прав застрахованного лица в случае некачественного оказания услуг.

С позиции А.А. Сычевой, существенным недостатком является отсутствие в правилах страхования положений о правах и обязанностях

медицинских учреждений, что создает «слепую зону» в регулировании отношений между медицинским учреждением и застрахованным лицом.

Автор отмечает, что: «договор добровольного медицинского страхования, являясь договором присоединения, в котором все условия прописываются непосредственно страховщиком, предопределяет заведомо лучшее положение для страховой организации» [19, с. 358]. Автор приходит к выводу о необходимости детального урегулирования прав и обязанностей сторон путем принятия федерального закона.

По нашему мнению, позиция А.А. Сычевой относительно необходимости законодательного закрепления прав и обязанностей всех участников договора добровольного медицинского страхования заслуживает поддержки. Действительно, текущее регулирование, основанное преимущественно на правилах страхования, создает дисбаланс в правоотношениях и требует системного законодательного решения.

С точки зрения Д.А. Ивановой, работа медицинских организаций по договорам ОМС и ДМС также требует внимания к правовому регулированию. Она отмечает, что медицинские организации должны обеспечить доступность услуг, но на практике, особенно в сфере добровольного медицинского страхования, наблюдаются проблемы с качеством и доступностью медицинских услуг для разных слоев населения. Автор акцентирует внимание на необходимости улучшения правовых норм для эффективного функционирования рынка ДМС, а также на важности контроля качества медицинской помощи [9, с. 339].

Страховая сумма в договоре ДМС представляет собой денежную сумму, в пределах которой страховщик обязуется возместить расходы на медицинскую помощь или выплатить страховое возмещение. В отличие от других видов личного страхования, где страховая сумма устанавливается произвольно, в ДМС ее размер должен соответствовать реальной стоимости медицинских услуг, предусмотренных программой страхования. Страховая премия определяется исходя из страховой суммы, степени страхового риска,

срока действия договора и других факторов, влияющих на вероятность наступления страхового случая.

Форма договора добровольного медицинского страхования должна соответствовать требованиям статьи 940 Гражданского кодекса РФ о письменном оформлении договора страхования. В современных условиях допускается заключение договора в электронной форме с использованием электронной подписи, что существенно упрощает процедуру оформления страхования и повышает доступность данного вида услуг для потребителей.

Анализ условий договора добровольного медицинского страхования и научных позиций по данному вопросу позволяет сделать вывод о наличии существенных проблем в правовом регулировании прав и обязанностей сторон. Текущее регулирование, основанное преимущественно на правилах страхования, разрабатываемых страховщиками, создает значительный дисбаланс в правовом положении участников. Особую обеспокоенность вызывает отсутствие детального регулирования прав и обязанностей медицинских учреждений, что создает «слепую зону» в защите интересов застрахованных лиц. Кроме того, недостаточно урегулированы вопросы контроля качества медицинских услуг и защиты прав застрахованных в случае некачественного оказания медицинской помощи.

Для решения выявленных проблем представляется обоснованным предложение о необходимости принятия специального федерального закона, который бы детально регламентировал права и обязанности всех участников договора ДМС. Такой законодательный акт должен содержать нормы, направленные на обеспечение баланса интересов сторон, в частности, усиление позиций застрахованного лица как наиболее уязвимого участника правоотношений. Законодательное закрепление обязанностей страховщика по разъяснению условий договора, контролю качества медицинских услуг и защите прав застрахованных лиц позволит создать эффективную систему правовых гарантий в сфере добровольного медицинского страхования. Совершенствование правового регулирования в данной области

способствовало бы не только защите прав участников конкретных правоотношений, но и развитию института добровольного медицинского страхования в целом.

## **2.2 Определение страхового случая и порядок его наступления в контексте добровольного медицинского страхования**

В контексте развития современного российского страхового права особое значение приобретает институт добровольного медицинского страхования (ДМС) и связанные с ним правовые механизмы определения страхового случая. Базовое определение страхового случая в ДМС закреплено в нормативных документах: «Страховым случаем по добровольному медицинскому страхованию является обращение застрахованного лица в период действия договора в медицинскую или иную организацию, предусмотренную выбранной программой ДМС или согласованную со страховщиком, в связи с состоянием здоровья, требующим оказания медицинской помощи, предусмотренной программой ДМС» [8]. При этом законодательство устанавливает, что «добровольное медицинское страхование может осуществляться: гражданином индивидуально, в пользу одного лица (личное страхование); в пользу группы граждан (коллективное страхование)» [8]. Следует отметить, что определение страхового случая в ДМС имеет свои особенности по сравнению с другими видами страхования. В отличие от имущественного страхования, где страховой случай обычно представляет собой единичное событие, в ДМС он может иметь длящийся характер и включать целый комплекс медицинских услуг, направленных на восстановление здоровья застрахованного лица.

Важным аспектом понимания природы страхового случая является момент его урегулирования. Согласно нормативным положениям, «страховой случай считается урегулированным, когда по медицинским показаниям

исчезает необходимость дальнейшего лечения. Число страховых случаев по правилам ДМС может быть неограниченным» [8].

При этом важно подчеркнуть, что современная практика ДМС демонстрирует тенденцию к расширению перечня страховых случаев и включению в программы страхования новых видов медицинских услуг, что обусловлено развитием медицинских технологий и появлением новых методов лечения. Данная тенденция требует постоянной актуализации договорных условий и уточнения критериев определения страховых случаев.

Особого внимания заслуживает вопрос документального подтверждения страхового случая в системе ДМС. Страховщики разрабатывают все более детализированные формы медицинской документации, необходимой для признания случая страховым, что направлено на предотвращение страхового мошенничества и необоснованных выплат.

Законодательство и правоприменительная практика установили четкие критерии случаев, которые не могут быть признаны страховыми. К таковым относятся медицинские услуги, оказанные застрахованному пациенту по поводу социально значимых заболеваний, включая ВИЧ-инфекцию, сахарный диабет, онкологические заболевания, психиатрические расстройства, а также заболевания, связанные с аномалиями развития, системные заболевания соединительной ткани, наркологические заболевания и орфанные (редкие) болезни. Существенное значение для правильного понимания механизма наступления страхового случая имеет судебная практика. Показательным является правовая позиция Верховного Суда РФ, согласно которой добровольная выплата страховщиком части возмещения свидетельствует о признании им факта наступления страхового случая, что в свою очередь порождает обязанность страховщика произвести доплату возмещения в соответствии с п. 3 ст. 10 Закона об организации страхового дела.

К стандартным исключениям из страхового случая относятся ситуации, когда страхователю оказаны услуги, не предусмотренные действующим договором страхования, или когда медицинская помощь получена в

учреждениях, не предусмотренных договором ДМС. В правоприменительной практике отдельно рассматриваются случаи обращения за медицинской помощью в связи с получением повреждений и травм в результате нахождения в состоянии различных видов опьянения, а также ситуации, связанные с получением расстройства здоровья после совершения противоправных действий или попытки самоубийства.

При рассмотрении механизма определения страхового случая необходимо отметить, что «проблемы изменения выплат и цен ложатся в равной степени как на страховую, так и на медицинскую организацию, а финансовые риски минимизируются» [8]. В практике реализации договоров ДМС «при этом необходимо сформулировать взаимные обязательства субъектов ДМС таким образом, чтобы достичь приемлемой формы разделения риска между ними, и чтобы при этом не была утрачена заинтересованность медицинской организации в предоставлении качественных услуг» [8].

Особое внимание следует уделить тому факту, что «высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи в рамках ДМС ведет к необходимости внедрения и использования наиболее эффективных методов ее финансирования и оплаты» [8]. В современной системе здравоохранения «цены по договору ДМС на медуслуги и цены на платные медуслуги для других больных могут отличаться, что объясняется следующими положениями гражданского законодательства: в соответствии со ст. 426 ГК РФ договор о предоставлении платных медуслуг является публичным договором» [8].

Значимым элементом системы определения страхового случая является то, что «под договором добровольного медицинского страхования понимается соглашение между физическим или юридическим лицом (страхователем) и страховой компанией (страховщиком) в соответствии с которым страховщик обязуется финансировать предоставление застрахованным лицам определенного объема медицинской помощи, предусмотренного договором»

[8]. При этом «страховщик заключает с медицинской организацией договор на оплату оказанной застрахованным лицам медицинской помощи» [8].

В контексте практической реализации механизма определения страхового случая следует учитывать, что «если страховщик без достаточных к тому оснований не обеспечил получение застрахованным лицом медицинской помощи в соответствии с условиями договора ДМС, он обязан возместить понесенные в связи с этим застрахованным лицом расходы» [8]. Данное положение подтверждается обширной судебной практикой и направлено на защиту прав застрахованных лиц.

В современных условиях развития телемедицины актуальным становится вопрос определения страхового случая при оказании дистанционных медицинских консультаций. Данный аспект требует дополнительного правового регулирования и выработки четких критериев признания таких консультаций страховыми случаями в рамках программ ДМС. В завершение рассмотрения вопроса определения страхового случая необходимо подчеркнуть, что «не существует идеального метода оплаты медицинской помощи, но существует лучший метод в данных условиях и для конкретных целей» [8]. Это положение отражает комплексный характер правоотношений в сфере добровольного медицинского страхования и необходимость индивидуального подхода к определению страхового случая в каждой конкретной ситуации.

Представим выводы по второй главе исследования. На основе проведенного исследования становится очевидным, что договор добровольного медицинского страхования представляет собой сложную правовую конструкцию, в рамках которой взаимодействуют несколько субъектов: страховщик, страхователь, застрахованное лицо и медицинская организация. Критический анализ позиций исследователей указывает на необходимость принятия специального федерального закона, который бы детально регламентировал права и обязанности всех участников договора ДМС, включая медицинские учреждения.

Определение страхового случая в ДМС имеет свои особенности по сравнению с другими видами страхования, поскольку может иметь длящийся характер и включать комплекс медицинских услуг. Современная практика ДМС демонстрирует тенденцию к расширению перечня страховых случаев и включению новых видов медицинских услуг, что требует постоянной актуализации договорных условий. При этом важным аспектом является документальное подтверждение страхового случая и четкое определение исключений, к которым относятся социально значимые заболевания, услуги, не предусмотренные договором страхования, а также случаи получения медицинской помощи в неавторизованных учреждениях. Особую актуальность приобретает вопрос определения страхового случая при оказании дистанционных медицинских консультаций в условиях развития телемедицины.

## **Глава 3 Исполнение и прекращение договора добровольного медицинского страхования**

### **3.1 Порядок исполнения договора и осуществления страховых выплат**

Исполнение договора добровольного медицинского страхования представляет собой сложный многоаспектный процесс, затрагивающий интересы всех участников страховых правоотношений - страховщиков, медицинских организаций и застрахованных лиц. В современных условиях развития страхового рынка особую актуальность приобретают вопросы надлежащего документального оформления оказанных медицинских услуг, порядка осуществления страховых выплат и защиты прав застрахованных лиц. При этом правоприменительная практика последних лет демонстрирует тенденцию к установлению более четких критериев определения страховых случаев и порядка их урегулирования.

В современных условиях развития страхового рынка исполнение договора добровольного медицинского страхования (ДМС) сталкивается с рядом правовых ограничений и особенностей. Согласно действующему законодательству, страховые выплаты по договорам ДМС могут осуществляться исключительно по факту наступившего события - заболевания или состояния, что существенно ограничивает возможности страховщиков в области профилактической медицины и предотвращения заболеваний. «Для страховщика в ДМС почти невозможно заниматься предотвращением заболеваний, т.к. законодательство требует осуществлять выплаты только по факту наступившего события - заболевания или состояния» [7]. Важным аспектом исполнения договора ДМС является взаимодействие между медицинскими и страховыми организациями, которое в настоящее время активно стандартизируется на государственном уровне при участии Банка России и ФНС России в части электронного документооборота. При этом

правоспособность страховщиков в рамках ДМС существенно ограничена в создании экосистем с участием исполнителей медицинских услуг и аптечных организаций, что затрудняет формирование комплексных предложений для страхователей. «Страховщик в ДМС с трудом может создавать экосистемы с участием других лиц, таких как исполнители медицинских услуг, аптечные организации и др. Ведь даже оповещение о спецпредложениях участников экосистемы может быть расценено как реклама, а распространением рекламы страховщик заниматься не может» [7]. В условиях дефицита квалифицированных кадров и роста цен в лечебно-профилактических учреждениях, основным драйвером развития системы исполнения договоров ДМС остается корпоративный сегмент, где работодатели используют данный вид страхования как инструмент привлечения и удержания сотрудников, что приводит к необходимости постоянной актуализации тарифов и условий страхования.

Практика исполнения договоров ДМС показывает, что ключевым аспектом успешного взаимодействия между страховщиками и медицинскими организациями является корректное документальное оформление оказанных услуг. Рассмотрим конкретные примеры из судебной практики, иллюстрирующие важность этого аспекта.

В судебной практике важное значение имеет вопрос надлежащего оформления документации при исполнении договора добровольного медицинского страхования и порядка осуществления страховых выплат. Показательным примером является спор между ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр медицинской радиологии и онкологии Федерального медико-биологического агентства» и АО «МОСКОВСКАЯ АКЦИОНЕРНАЯ СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ» о взыскании задолженности по договору ДМС [14].

В рассматриваемом деле медицинское учреждение оказывало услуги застрахованным лицам по договору ДМС и требовало оплаты оказанных услуг на сумму 1.852.052 рублей. Согласно условиям договора, исполнитель обязан

был ежемесячно предоставлять страховщику оригиналы платежно-расчетных документов, включая счет, акт выполненных работ с приложением отчета о выполненных услугах, а также первичную медицинскую документацию. Страховщик, в свою очередь, имел право проводить медико-экономическую экспертизу представленных документов перед осуществлением оплаты.

Суды трех инстанций пришли к выводу об отказе в удовлетворении требований медицинского учреждения, поскольку истцом не были представлены первичные медицинские документы, подтверждающие факт и объем оказанных услуг, а также не были представлены обоснованные возражения на результаты проведенной страховщиком медико-экономической экспертизы. Данная позиция была поддержана Верховным Судом РФ в Определении от 17.05.2023 № 305-ЭС23-2296.

Анализ данного судебного акта позволяет сделать важный вывод для правоприменительной практики: при исполнении договора ДМС медицинская организация несет бремя доказывания факта оказания медицинских услуг путем представления первичной медицинской документации. Отсутствие надлежащим образом оформленной первичной документации является существенным препятствием для взыскания задолженности по договору ДМС, даже при наличии иных платежно-расчетных документов. Кроме того, медицинская организация должна быть готова представить обоснованные возражения на результаты медико-экономической экспертизы, проведенной страховщиком, если не согласна с ее результатами. Данные выводы имеют существенное значение для формирования единообразной практики по спорам, связанным с исполнением договоров добровольного медицинского страхования.

Важным аспектом правоприменительной практики в сфере добровольного медицинского страхования является вопрос надлежащего документального подтверждения оказанных медицинских услуг. Показательным примером служит спор между ФГБУ Здравоохранения «Мурманский многопрофильный центр имени Н.И. Пирогова» и АО

«МОСКОВСКАЯ АКЦИОНЕРНАЯ СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ» о взыскании задолженности по договору ДМС [15].

В рассматриваемом деле медицинское учреждение требовало взыскать с страховой компании задолженность в размере 1,6 млн рублей за оказанные медицинские услуги по договору ДМС, а также неустойку. Истец предоставил комплект закрывающих документов, включающий счета, реестры к счетам и акты выполненных работ. Однако, несмотря на наличие данных документов, суды трех инстанций отказали в удовлетворении требований медицинского учреждения, поскольку истцом не была предоставлена первичная медицинская документация в ответ на запрос страховой компании.

Суд подчеркнул, что в соответствии с условиями договора и законодательством о медицинском страховании, страховщик имеет право проводить медико-экономический контроль и медико-экономическую экспертизу оказанных услуг. При этом медицинская организация обязана предоставлять по запросу страховщика первичную медицинскую документацию для проведения такого контроля. Непредставление данной документации является законным основанием для отказа в оплате заявленной медицинской услуги, что подтверждается правовой позицией Верховного суда РФ, выраженной в Определении от 31.01.2022 № 310-ЭС21-27265.

Данное судебное решение формирует важный прецедент для правоприменительной практики в сфере ДМС, устанавливая, что само по себе наличие счетов, реестров и актов выполненных работ не является достаточным основанием для взыскания задолженности по договору ДМС. Медицинская организация должна быть готова подтвердить факт оказания услуг первичной медицинской документацией, и отказ в её предоставлении или непредставление без объективных причин может служить законным основанием для отказа в оплате медицинских услуг страховщиком. Это требование направлено на обеспечение надлежащего контроля качества медицинской помощи и защиту интересов застрахованных лиц.

Кроме того, рассмотренное дело демонстрирует значимость четкого соблюдения процедуры документооборота при исполнении договора ДМС. Медицинским организациям следует уделять особое внимание не только оформлению закрывающих финансовых документов, но и обеспечению сохранности и доступности первичной медицинской документации, подтверждающей факт и объем оказанных услуг, поскольку именно эти документы являются ключевым доказательством при возникновении споров о взыскании задолженности по договорам ДМС.

Помимо вопросов документального оформления и подтверждения оказанных услуг, существенное значение имеет также защита прав застрахованных лиц при получении медицинской помощи. В этом контексте особый интерес представляет правовая позиция Конституционного Суда РФ.

Особый интерес в контексте исследования порядка исполнения договора ДМС и страховых выплат представляет позиция Конституционного Суда РФ относительно права пациента на возмещение расходов при выборе платного лечения при наличии возможности получения бесплатной медицинской помощи. Показательным является дело по жалобе гражданина Ромаданова Р.В., которому при оказании платных стоматологических услуг был причинен вред здоровью в виде перелома нижней челюсти, потребовавший дополнительного лечения [16].

При рассмотрении данного дела суды нижестоящих инстанций отказали в возмещении расходов на платное лечение (металлоостеосинтез титановыми пластинами) на сумму 25 600 рублей, мотивируя это тем, что пациент имел возможность получить медицинскую помощь бесплатно в рамках программы ОМС. Такой подход основывался на буквальном толковании пункта 1 статьи 1085 ГК РФ, согласно которому возмещению подлежат расходы на лечение только в случае, если потерпевший не имеет права на их бесплатное получение.

Конституционный Суд РФ сформулировал принципиально важную правовую позицию, указав, что само по себе наличие возможности получения

бесплатной медицинской помощи не может служить основанием для отказа в возмещении разумных и обоснованных расходов на платное лечение, если оно соответствует клиническим рекомендациям и его выбор обусловлен стремлением избежать неблагоприятных последствий для здоровья. К таким случаям относятся ситуации, когда ожидание бесплатного лечения может существенно ухудшить прогноз состояния здоровья, непропорционально увеличить время восстановления, когда пациент испытывает физические страдания, которые могут быть минимизированы только определенным видом медицинской помощи, либо когда платный метод лечения более эффективен по индивидуальным медицинским показаниям.

Данное постановление имеет фундаментальное значение для развития института возмещения вреда при оказании медицинских услуг, поскольку устанавливает баланс между конституционным правом на бесплатную медицинскую помощь и правом выбора пациентом наиболее эффективного способа лечения. Суд подчеркнул, что стремление потерпевшего восстановить здоровье любыми доступными способами, в том числе не покрываемыми за счет средств ОМС, не может рассматриваться как предосудительное, особенно когда вред причинен при оказании платной медицинской услуги организацией, несущей профессиональный и предпринимательский риски.

Выводы Конституционного Суда существенно изменяют сложившуюся правоприменительную практику и формируют новый подход к толкованию положений статьи 1085 ГК РФ. Теперь при решении вопроса о возмещении расходов на лечение суды должны оценивать не только формальное наличие права на бесплатную медицинскую помощь, но и фактическую возможность своевременного получения эффективного лечения в рамках программы ОМС, а также обоснованность выбора пациентом платных медицинских услуг с учетом индивидуальных особенностей его здоровья и конкретных обстоятельств дела.

Анализ практики применения законодательства о ДМС демонстрирует необходимость дальнейшего совершенствования механизмов защиты прав всех участников страховых правоотношений.

Анализируя современную практику исполнения договоров ДМС, важно отметить существенные ограничения в деятельности страховщиков. Как отмечают эксперты страхового рынка: «Для страховщика в ДМС почти невозможно заниматься предотвращением заболеваний, т.к. законодательство требует осуществлять выплаты только по факту наступившего события - заболевания или состояния» [8]. Кроме того, «Страховщик в ДМС с трудом может создавать экосистемы с участием других лиц, таких как исполнители медицинских услуг, аптечные организации и др. Ведь даже оповещение о спецпредложениях участников экосистемы может быть расценено как реклама, а распространением рекламы страховщик заниматься не может» [8].

В соответствии с действующими правовыми нормами и деловыми обычаями, правила страхования обычно предусматривают исключения из страхового случая, то есть определенные обстоятельства, при которых обращение за медицинской помощью не признается страховым случаем и, соответственно, не влечет обязанности страховщика произвести страховую выплату.

При этом порядок исполнения договора ДМС предусматривает две основные формы страховых выплат.

Прямая оплата страховщиком медицинской помощи непосредственно медицинской организации, оказавшей соответствующие услуги. Это наиболее распространенная форма, при которой застрахованное лицо получает медицинскую помощь без необходимости предварительной оплаты.

Возмещение застрахованному лицу самостоятельно понесенных им расходов в связи с получением медицинской помощи в согласованных со страховщиком медицинских организациях. В этом случае срок возмещения таких расходов определяется правилами страхования.

Условиями страхования может быть установлена франшиза – невозмещаемая страховщиком часть расходов застрахованного лица. При этом важно отметить, что если страховщик без достаточных оснований не обеспечил получение застрахованным лицом медицинской помощи в соответствии с условиями договора ДМС, он обязан возместить понесенные застрахованным лицом расходы.

В российской практике ДМС применяется принцип оплаты фактических объемов оказанной стационарной помощи. Согласно этому принципу, медицинская организация самостоятельно определяет объемы оказываемой медицинской помощи, а страховщик оплачивает счета за фактически оказанные услуги, не устанавливая плановых объемов в договоре.

Некоторые медицинские организации предпочитают использовать схему взаиморасчетов через авансирование: сначала производится предварительная оплата планируемых услуг, а затем страховщику направляется реестр фактически оказанных услуг с актом приема-сдачи. Такой подход обусловлен участившимися случаями нарушения страховщиками сроков оплаты медицинских услуг. Если ранее законодательство устанавливало предельный месячный срок для оплаты счетов медучреждений, то сейчас подобные ограничения отсутствуют, что создает определенные сложности во взаимоотношениях между участниками системы ДМС и может негативно влиять на качество обслуживания застрахованных лиц.

Анализ практики исполнения договоров добровольного медицинского страхования показывает, что существующая система взаимоотношений между страховщиками и медицинскими организациями требует дальнейшего совершенствования. Основными направлениями такого совершенствования должны стать: установление четких законодательных сроков оплаты медицинских услуг страховщиками, стандартизация требований к оформлению первичной медицинской документации, разработка единых критериев проведения медико-экономической экспертизы.

Представляется необходимым также расширение возможностей страховщиков в области профилактической медицины и создания комплексных медицинских экосистем, что позволило бы повысить эффективность системы ДМС в целом. При этом важно соблюдать баланс интересов всех участников системы: страховщиков, медицинских организаций и застрахованных лиц. Только такой подход может обеспечить устойчивое развитие системы добровольного медицинского страхования в современных условиях.

### **3.2 Прекращение договора: основания и последствия для сторон**

Прекращение договора добровольного медицинского страхования представляет собой сложный юридический процесс, затрагивающий интересы всех участников страховых правоотношений: страховщика, страхователя и застрахованных лиц. Особую актуальность данный вопрос приобретает в условиях современной экономической нестабильности, когда возрастает число случаев досрочного прекращения договоров ДМС по инициативе как страхователей, так и страховщиков. Комплексный анализ оснований и последствий прекращения договора ДМС требует рассмотрения как теоретических аспектов, так и актуальной судебной практики.

В своем научном исследовании С. Слесарев подробно анализирует особенности прекращения договора добровольного медицинского страхования и его последствия для участников правоотношений. С точки зрения С. Слесарева, особое внимание следует уделять формальной стороне расторжения договора ДМС, поскольку несоблюдение установленного порядка может привести к неблагоприятным последствиям для сторон.

Автор подчеркивает важность надлежащего оформления прекращения договорных отношений, отмечая, что «при досрочном расторжении (прекращении) договора ДМС страховая премия уплачивается по общему правилу только за период фактического действия договора» [18, с. 15]. При

этом исследователь акцентирует внимание на необходимости соблюдения письменной формы уведомления о прекращении договора.

Принципиальным моментом, по мнению С. Слесарева, является то, что нарушение страхователем обязанности по уплате страховых взносов автоматически не означает прекращение договора. Как отмечает автор, «нарушение страхователем обязанности по уплате страховых взносов не может рассматриваться как отказ от договора страхования, влекущий его прекращение» [18, с. 15].

С. Слесарев обращает особое внимание на необходимость четкого выражения воли сторон при расторжении договора. В частности, автор подчеркивает, что «размытость формулировок в переписке - беда и страхователей, и страховых организаций» [18, с. 15]. Данный тезис подкрепляется анализом судебной практики.

В своем исследовании С. Слесарев указывает на важность своевременного уведомления всех заинтересованных сторон о прекращении договора ДМС. Автор отмечает, что страхователь «при разумной степени добросовестности и при наличии решения на досрочное прекращение договора обязан был уведомить и истца, и своих работников» [18, с. 15].

Значимым аспектом исследования является анализ последствий прекращения договора ДМС для работников организации-страхователя. С. Слесарев подчеркивает необходимость учета интересов застрахованных лиц при расторжении договора, поскольку они продолжают пользоваться медицинскими услугами.

С точки зрения автора, особое внимание при заключении договора ДМС следует уделять условиям его расторжения. В частности, С. Слесарев рекомендует четко определять «порядок приостановления услуг по договору и расторжения договора сторонами в одностороннем порядке и основания такого прекращения договора» [18, с. 15].

По нашему мнению, позиция С. Слесарева относительно необходимости четкой регламентации процедуры прекращения договора ДМС является

обоснованной и заслуживает поддержки. Вместе с тем представляется, что автор недостаточно внимания уделил вопросам защиты прав застрахованных лиц при досрочном прекращении договора ДМС, что требует дальнейшего научного осмысления.

Теоретические положения, сформулированные С. Слесаревым, находят свое практическое подтверждение в актуальной судебной практике, которая демонстрирует важность надлежащего документального оформления всех аспектов прекращения договора ДМС.

При рассмотрении вопроса о прекращении договора добровольного медицинского страхования особое внимание следует уделить основаниям расторжения и правовым последствиям для участников договорных отношений. Существенным основанием для прекращения договорных отношений является неисполнение страхователем обязанности по уплате страховой премии, что предоставляет страховщику право требовать досрочного расторжения договора и взыскания недоплаченной страховой премии. Важно отметить, что для успешного расторжения договора и взыскания задолженности страховщику необходимо документально подтвердить наличие договора страхования, факт существенного нарушения его условий, наступление срока уплаты страховой премии, точный размер задолженности, а также соблюдение досудебного порядка урегулирования спора [13]. Судебная практика демонстрирует, что суды поддерживают требования страховщиков при надлежащем документальном подтверждении всех обстоятельств, что подтверждается, в частности, Определением Восьмого кассационного суда общей юрисдикции от 17.11.2020 № 88-17162/2020 [13]. При этом существуют случаи частичного удовлетворения требований страховщика, когда не доказан размер задолженности в полном объеме, например, при неверном расчете периода взыскания, что отражено в Апелляционном определении Челябинского областного суда от 27.04.2018 по делу № 11-5185/2018 [13]. Особое значение имеет факт прекращения договора на момент рассмотрения спора – если страхователь докажет, что договор уже

прекращен и обязанность по уплате страховой премии отсутствует, суд может полностью отказать в удовлетворении требований страховщика, что подтверждается актуальной судебной практикой, в частности, Определением Восьмого кассационного суда общей юрисдикции от 08.09.2023 № 88-17007/2023 [13].

Анализ теоретических положений и судебной практики позволяет заключить, что прекращение договора ДМС представляет собой многоаспектный процесс, требующий тщательного соблюдения установленной процедуры и документального оформления. Ключевыми факторами успешного разрешения споров, связанных с прекращением договора, являются надлежащее подтверждение оснований расторжения, точный расчет задолженности по страховой премии и соблюдение досудебного порядка урегулирования разногласий.

Особое значение при прекращении договора ДМС имеет защита прав застрахованных лиц, которые могут пострадать от преждевременного прекращения оказания медицинских услуг. В связи с этим представляется целесообразным законодательное закрепление минимального срока уведомления о предстоящем прекращении договора ДМС, а также механизма обеспечения непрерывности медицинского обслуживания застрахованных лиц при смене страховщика.

Представим выводы по третьей главе исследования. На основе проведенного анализа исполнения и прекращения договора добровольного медицинского страхования установлено, что ключевым аспектом успешного взаимодействия между страховщиками и медицинскими организациями является корректное документальное оформление оказанных услуг, включая обязательное предоставление первичной медицинской документации. Судебная практика демонстрирует, что отсутствие надлежащим образом оформленной первичной документации становится существенным препятствием для взыскания задолженности по договору ДМС, даже при наличии иных платежно-расчетных документов. При этом существенным

ограничением для страховщиков является невозможность осуществления профилактических мероприятий, поскольку страховые выплаты могут производиться исключительно по факту наступившего события - заболевания или состояния.

Анализ практики прекращения договоров ДМС показывает, что нарушение страхователем обязанности по уплате страховых взносов автоматически не означает прекращение договора и требует четкого документального подтверждения всех обстоятельств для успешного расторжения и взыскания задолженности. Важным фактором является соблюдение письменной формы уведомления о прекращении договора и четкое выражение воли сторон при его расторжении. Правоприменительная практика подтверждает необходимость защиты прав застрахованных лиц при досрочном прекращении договора ДМС, что требует законодательного закрепления минимального срока уведомления о предстоящем прекращении договора и механизма обеспечения непрерывности медицинского обслуживания при смене страховщика.

## Заключение

На основе проведенного исследования можно заключить, что договор добровольного медицинского страхования является динамично развивающимся правовым институтом, обеспечивающим расширенный доступ граждан к качественной медицинской помощи. В ходе анализа установлено, что ДМС представлен двумя основными формами - индивидуальной и корпоративной, при этом около 80% рынка приходится именно на корпоративное страхование. Существенной особенностью современного состояния ДМС является его тесная взаимосвязь с системой обязательного медицинского страхования, хотя исследователи отмечают определенные проблемы в их взаимодействии, в частности, случаи, когда ДМС вынужденно перекрывает функции ОМС.

Исследование правового статуса участников договора ДМС выявило сложную систему взаимоотношений между страховщиком, страхователем и застрахованным лицом, где страховщик выполняет комплекс функций от координирующей до экспертной, а страхователь может выступать как в качестве физического, так и юридического лица. При этом особое положение занимает застрахованное лицо, которое, не являясь стороной договора в классическом понимании, обладает существенными правами, включая выбор медицинского учреждения из предусмотренного договором перечня. Важной характеристикой договора ДМС является его возмездный, двусторонне обязывающий характер, что отличает его от других видов страхования и создает основу для эффективных правовых отношений между участниками.

На основе проведенного исследования становится очевидным, что договор добровольного медицинского страхования представляет собой сложную правовую конструкцию, в рамках которой взаимодействуют несколько субъектов: страховщик, страхователь, застрахованное лицо и медицинская организация. Текущее правовое регулирование, основанное преимущественно на правилах страхования, создает существенный дисбаланс

в правовом положении участников, особенно в части защиты интересов застрахованных лиц. Критический анализ позиций исследователей указывает на необходимость принятия специального федерального закона, который бы детально регламентировал права и обязанности всех участников договора ДМС, включая медицинские учреждения.

Определение страхового случая в ДМС имеет свои особенности по сравнению с другими видами страхования, поскольку может иметь длящийся характер и включать комплекс медицинских услуг. Современная практика ДМС демонстрирует тенденцию к расширению перечня страховых случаев и включению новых видов медицинских услуг, что требует постоянной актуализации договорных условий. При этом важным аспектом является документальное подтверждение страхового случая и четкое определение исключений, к которым относятся социально значимые заболевания, услуги, не предусмотренные договором страхования, а также случаи получения медицинской помощи в неавторизованных учреждениях. Особую актуальность приобретает вопрос определения страхового случая при оказании дистанционных медицинских консультаций в условиях развития телемедицины.

На основе проведенного анализа исполнения и прекращения договора добровольного медицинского страхования установлено, что ключевым аспектом успешного взаимодействия между страховщиками и медицинскими организациями является корректное документальное оформление оказанных услуг, включая обязательное предоставление первичной медицинской документации. Судебная практика демонстрирует, что отсутствие надлежащим образом оформленной первичной документации становится существенным препятствием для взыскания задолженности по договору ДМС, даже при наличии иных платежно-расчетных документов. При этом существенным ограничением для страховщиков является невозможность осуществления профилактических мероприятий, поскольку страховые

выплаты могут производиться исключительно по факту наступившего события - заболевания или состояния.

Анализ практики прекращения договоров ДМС показывает, что нарушение страхователем обязанности по уплате страховых взносов автоматически не означает прекращение договора и требует четкого документального подтверждения всех обстоятельств для успешного расторжения и взыскания задолженности. Важным фактором является соблюдение письменной формы уведомления о прекращении договора и четкое выражение воли сторон при его расторжении. Правоприменительная практика подтверждает необходимость защиты прав застрахованных лиц при досрочном прекращении договора ДМС, что требует законодательного закрепления минимального срока уведомления о предстоящем прекращении договора и механизма обеспечения непрерывности медицинского обслуживания при смене страховщика.

Для решения выявленных в ходе исследования проблем предлагается комплекс конкретных мер по совершенствованию правового регулирования добровольного медицинского страхования. В нормотворческой сфере необходимо принятие федерального закона "О добровольном медицинском страховании в Российской Федерации", который должен содержать следующие ключевые положения: детальное определение прав и обязанностей всех участников договора ДМС с включением медицинских организаций как полноправных субъектов правоотношений; установление единых требований к оформлению первичной медицинской документации и стандартизация процедур медико-экономической экспертизы; закрепление механизма обязательного уведомления застрахованных лиц о предстоящем прекращении договора не менее чем за 30 календарных дней; введение института омбудсмена по защите прав участников ДМС при региональных органах здравоохранения.

В области расширения правоспособности страховщиков предлагается внесение изменений в Закон "Об организации страхового дела в Российской Федерации".

Федерации", предусматривающих право страховых организаций осуществлять финансирование профилактических медицинских мероприятий в рамках договоров ДМС, создавать интегрированные медицинские экосистемы с участием лечебно-профилактических учреждений и фармацевтических организаций, а также предоставлять застрахованным лицам информационно-консультационные услуги по вопросам здоровья.

Для совершенствования процедурных аспектов исполнения договоров ДМС необходимо утверждение постановлением Правительства РФ типовых форм первичной медицинской документации для целей ДМС, установление предельных сроков оплаты медицинских услуг страховщиками (не более 30 рабочих дней с момента получения документов), создание единой информационной системы ДМС, интегрированной с федеральным регистром получателей государственных социальных услуг, а также введение обязательной процедуры досудебного урегулирования споров с участием независимых медицинских экспертов.

В сфере защиты прав застрахованных лиц предлагается законодательное закрепление права застрахованного лица на получение полной информации о программе ДМС и изменениях в условиях договора, установление ответственности страховщика за необоснованный отказ в предоставлении медицинских услуг в виде штрафа в размере 50% от стоимости невыполненных обязательств, создание резервного фонда для обеспечения непрерывности медицинского обслуживания при смене страховщика или его банкротстве, а также введение обязательного страхования профессиональной ответственности медицинских организаций, работающих в системе ДМС.

Реализация предложенных мер позволит создать эффективную правовую основу для развития добровольного медицинского страхования, обеспечить баланс интересов всех участников страховых правоотношений и повысить качество медицинского обслуживания граждан в рамках системы ДМС.

## Список используемой литературы и используемых источников

1. Абросимова А.С., Надина Е.В. Проблемные аспекты договора медицинского страхования // Достижения науки и образования. 2022. №3 (83). С. 56-60.
2. Абубакиров А. С., Зудин А. Б. Сравнительный анализ программ обязательного медицинского страхования и добровольного медицинского страхования в российской и международной практике // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021. №2. С. 313 - 328.
3. Ахмедова М.Р. Сравнительная характеристика систем обязательного и добровольного медицинского страхования // Индустриальная экономика. 2021. №4. С. 17-21.
4. Виды и категории ДМС. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [https://www.vbr.ru/strahovanie/help/dobrovolnoe/vidy-i-kategorii/?ysclid=m7j01ap5u4722601979&utm\\_referrer=https%3A%2F%2Fya.ru%2F](https://www.vbr.ru/strahovanie/help/dobrovolnoe/vidy-i-kategorii/?ysclid=m7j01ap5u4722601979&utm_referrer=https%3A%2F%2Fya.ru%2F), свободный. – Дата обращения: 24.02.2025.
5. Герасименко Л.В. Понятие и особенности договора добровольного медицинского страхования // Общество и право. 2010. №2 (29). С. 81-84.
6. Гражданский кодекс Российской Федерации (часть вторая) от 26.01.1996 № 14-ФЗ (ред. от 13.12.2024) // СПС «Консультант Плюс».
7. ДМС - вектор развития [7 с Е. Уфимцевым] // Современные страховые технологии. 2024. № 5. С. 24 - 25.
8. Договор ДМС. Часть 2: страховой случай и особенности исполнения договора [Электронный ресурс] // BARRIST.RU: [4]. - URL: <https://barrist.ru/dogovor-dms-chast-2-strahovoj-sluchaj-i-osobennosti-ispolneniya-dogovora/> (дата обращения: 24.02.2025).
9. Иванова Д. А. Особенности работы медицинских организаций по договорам ОМС, ДМС // Вестник науки. 2023. №12 (69). С. 339-340.

10. Ивлиев П.В., Завьялов С.О. Правовое регулирование и перспективы развития добровольного медицинского страхования // Аграрное и земельное право. 2023. №11 (227). С. 219 -221.
11. Как заключить договор ДМС?. 2025/ Азбука права: электрон. журн. // СПС «Консультант Плюс».
12. Кочумова А. Г., Ходжаев Ю., Бабаев Д. Теоретические и организационные основы добровольного (медицинского) страхования // Вестник науки. 2024. №3 (72). С .542 - 545.
13. Перспективы и риски спора в суде общей юрисдикции: Добровольное личное страхование (страхование жизни, здоровья, в т.ч. ДМС и при потребительском кредитовании): Страховщик хочет в связи с неуплатой Страхователем страховой премии расторгнуть договор и взыскать со Страхователя задолженность в размере не уплаченной по договору страхования страховой премии // СПС «Консультант Плюс».
14. Постановление Арбитражного суда Московского округа от 31.07.2023 № Ф05-16714/2023 по делу № А40-149686/2022 // СПС «Консультант Плюс».
15. Постановление Девятого арбитражного апелляционного суда от 06.09.2022 № 09АП-49969/2022 по делу № А40-70462/2022 // СПС «Консультант Плюс».
16. Постановление Конституционного Суда РФ от 31.01.2025 № 4-П «По делу о проверке конституционности статьи 1085 Гражданского кодекса Российской Федерации в связи с жалобой гражданина Р.В. Ромаданова» // СПС «Консультант Плюс».
17. Рябичева О.И. Добровольное медицинское страхование в россии: проблемы и перспективы развития // Журнал прикладных исследований. 2021. №6. С .996-1004.
18. Слесарев С. Споры компаний по ДМС // Трудовое право. 2019. № 6. С. 13 - 22.

19. Сычева А. А. Осуществление прав и исполнение обязанностей сторонами договора добровольного медицинского страхования // Молодой ученый. - 2021. - № 48 (390). - С. 356-359.

20. Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ (ред. от 29.10.2024) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» // СПС «Консультант Плюс».