

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://stuservis.ru/diplomnaya-rabota/37982>

Тип работы: Дипломная работа

Предмет: Право социального обеспечения

Введение 3

1. Общая характеристика обязательного медицинского страхования в Российской Федерации 5

1.1. Понятие обязательного медицинского страхования в Российской Федерации 5

1.2. Правовое регулирование обязательного медицинского страхования в Российской Федерации 17

2. Правила обязательного медицинского страхования Российской Федерации 27

2.1. Порядок выбора (замены) страховой медицинской организации застрахованным лицом 27

2.2. Полис обязательного медицинского страхования 34

3. Проблемы и перспективы развития обязательного медицинского страхования в Российской Федерации 47

Заключение 57

Список источников 59

Приложения 65

Введение

Актуальность тем работы обусловлена тем, что обязательное медицинское страхование (ОМС) - один из наиболее важных элементов системы социальной защиты населения в части охраны здоровья и получения необходимой медицинской помощи в случае заболевания

ОМС является государственным и всеобщим для населения, в лице своих законодательных и исполнительных органов устанавливает основные принципы организации ОМС, которое не входит в состав бюджетов, других фондов и изъятию не подлежит, тарифы взносов, круг страхователей и создает специальные государственные фонды для аккумуляции взносов на ОМС. Всеобщность ОМС заключается в обеспечении всем гражданам равных гарантированных возможностей получения медицинской, лекарственной и профилактической помощи независимо от пола, возраста, социального положения, уровня доходов и т.п., а равно получении определенного уровня медицинской помощи в размерах, устанавливаемых государственными программами ОМС.

Обязательное медицинское страхование имеет определенные организационные и финансовые отличия от других отраслей социального страхования.

Объектом данной работы являются общественные отношения возникающие в связи с обязательным медицинским страхованием в современной России.

Предметом исследования данной работы являются нормы действующего гражданского законодательства и иных нормативно-правовых актов, регулирующие обязательное медицинское страхование в Российской Федерации, практика их применения, а так же научная и учебная литература по теме исследования.

Целью работы ставится анализ обязательного медицинского страхования в Российской Федерации.

Задачами работы ставится:

- рассмотреть понятие обязательного медицинского страхования в Российской Федерации;
- исследовать правовое регулирование обязательного медицинского страхования в Российской Федерации;
- изучить порядок выбора (замены) страховой медицинской организации застрахованным лицом;
- рассмотреть полис обязательного медицинского страхования;
- выявить проблемы и определить перспективы развития обязательного медицинского страхования в Российской Федерации.

Теоретическую основу данной работы составили труды таких авторов как:

Азарова Е.Г., Архипов А., Гриб В.В. Захаров М.Л., Корнеева О.И., Кратенко М.В., Лушникова М.В., Лушников А.М., Пешкова Х.В., Бондарева Э.С., Лысенко Т.И., Митричев И.А., Худяков А.И., Фогельсон Ю.Б. и другие.

Эмпирическая основа исследования включает в себя виды источников, выделенных по критериям общности происхождения, содержания и назначения текста.

Нормативно-правовой основой работы являются: Конституция РФ; Гражданский кодекс РФ, Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и другие.

Методология исследования складывается из общенаучных и специально-научных методов, которые были

использованы при проведении исследования в рамках настоящей работы.

Работа состоит из введения, двух глав, заключения и библиографического списка.

1. Общая характеристика обязательного медицинского страхования в Российской Федерации

1.1. Понятие обязательного медицинского страхования в Российской Федерации

Обязательное медицинское страхование - вид обязательного социального страхования, представляющий собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на обеспечение при наступлении страхового случая гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи за счет средств ОМС в пределах территориальной программы ОМС и в установленных ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» случаях в пределах базовой программы ОМС (ст. 3 указанного Закона).

В соответствии с ч. 1 ст. 9 Закона об ОМС субъектами ОМС являются: - застрахованные лица; - страхователи; - ФФОМС.

На основании ч. 2 указанной статьи участниками обязательного медицинского страхования признаются: - ТФОМС; - страховые медицинские организации; - медицинские организации.

Пункт первый статьи 3 ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» содержит легальное определение обязательного медицинского страхования. Исходя из данного определения, можно выделить следующие признаки понятия ОМС.

Во-первых, ОМС понимается законодателем как вид обязательного социального страхования, представляющий собой систему определенных мер. Данный подход неоспорим. Страхование может пониматься как способ возмещения убытков, как форма организации страхового фонда, как метод создания централизованного страхового фонда, как регулятор, как совокупность мероприятий, как экономические отношения. В то же время вряд ли ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ» в этой части мог предложить иное определение ОМС - оно является частью социального страхования, а последнее в ФЗ «Об основах обязательного социального страхования» как раз и определяется через систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер.

Во-вторых, отнесение ОМС к обязательному социальному страхованию означает, что ОМС содержит те же признаки, что и любое обязательное социальное страхование:

- страхование является обязательным, то есть лица, отнесенные к страхователям, не могут освободиться от уплаты страховых взносов;
- страховщиком выступает специализированный фонд;
- применяется принцип социальной солидарности, который означает, что оплата застрахованным лицам при наступлении страхового случая формируется за счет взносов всех страхователей и не зависит от размера внесенных взносов и тяжести страхового случая;
- страховая защита возникает непосредственно из закона (отсутствует договор страхования). Данный признак социального страхования означает, что нет необходимости для страхователей и страховщика заключать договор страхования, чтобы возникли страховые отношения: сам факт отнесения законом лиц к страхователям или застрахованным лицам порождает у них права и обязанности, связанные с этим статусом.

В-третьих, ОМС понимается система создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер обеспечения гарантий бесплатного оказания медицинской помощи.

Медицинская помощь определяется на основании п. 3 ст. 2 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» как комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг. При этом медицинская помощь подразделяется по видам и формам.

В-четвертых, основанием для бесплатного оказания медицинской помощи является наступление страхового случая.

В-пятых, бесплатность медицинской помощи для застрахованных лиц достигается через применение средств ОМС. Таким образом, бесплатной медицинской помощью является лишь для застрахованных лиц, которые не несут расходов на оказание им медицинской помощи. Однако медицинским организациям каждый случай оказания ими медицинской помощи застрахованным должен быть оплачен за счет средств ОМС, то есть за счет тех средств, которые были аккумулированы в ФФОМС.

В-шестых, бесплатная медицинская помощь оказывается в пределах территориальной и базовой программ

ОМС. Данные программы ОМС применяются одновременно, а посредством ОМС обеспечивается для застрахованных лиц бесплатность всего объема видов и форм медицинской помощи, которые содержатся в указанных программах. В рамках базовой программы ОМС оказываются первичная медико-санитарная помощь, включая профилактическую помощь, скорая медицинская помощь (за исключением санитарно-авиационной эвакуации, осуществляемой воздушными судами), специализированная медицинская помощь, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь (Приложение 1).

Учитывая публичный характер отношений, складывающихся в процессе осуществления обязательного медицинского страхования, следует определить правовую природу названных договоров. Содержание ст. ст. 37 - 39 Закона об обязательном медицинском страховании позволяет прийти к выводу о введении в современную систему обязательного медицинского страхования договорных отношений, регулируемых на основе равенства, автономии воли и имущественной самостоятельности их участников (п. 1 ст. 2 Гражданского кодекса РФ). Вывод о гражданско-правовой природе указанных соглашений подтверждается судебной практикой. Так, в одном из дел Арбитражный суд Дальневосточного округа отметил, что «возникшие между сторонами на основании типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования правоотношения в первую очередь регулируются ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». Между тем, поскольку данные правоотношения по своей правовой природе являются гражданско-правовыми обязательствами, они также подлежат регулированию и нормами Гражданского кодекса РФ об отдельных видах договоров».

В ст. 38 Закона об обязательном медицинском страховании не закрепляется понятие договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, а указано лишь, что по данному договору страховая медицинская организация обязуется оплатить медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам в соответствии с условиями, установленными территориальной программой обязательного медицинского страхования, за счет целевых средств. Данный договор является типовым и в силу указанной нормы права должен содержать ряд положений, предусматривающих такие обязанности страховой медицинской организации, как заключение с медицинскими организациями, входящими в реестр медицинских организаций, договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию; осуществление страховой медицинской организацией контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в медицинских организациях, включенных в реестр медицинских организаций, и предоставление отчета о результатах этого контроля и т.д.

Анализируя условия договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, можно обнаружить общие признаки между ним и договором комиссии, что говорит о возможности применения к сложившимся правоотношениям по аналогии положений гл. 51 ГК РФ о договоре комиссии.

Согласно договору «территориальный фонд обязательного медицинского страхования (далее - ТФОМС) по заявке страховой медицинской организации предоставляет ей целевые денежные средства на оплату медицинской помощи, исходя из количества застрахованных в данной организации лиц. Объем выделяемых денежных средств определяется в соответствии с тарифом, который утверждается уполномоченным государственным органом субъекта Российской Федерации, ТФОМС, представителями страховых медицинских организаций и медицинских организаций (больниц, поликлиник), а также профсоюзов медицинских работников (ч. 2 ст. 30 Закона об обязательном медицинском страховании)».

В Законе также закреплен перечень обязанностей страховой медицинской организации и ТФОМС, которые должны устанавливаться в договоре о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования. Содержание большинства этих обязанностей конкретизировано в Правилах обязательного медицинского страхования, утвержденных Приказом Минздравсоцразвития РФ от 28 февраля 2011 г. N 158н (далее - Правила обязательного медицинского страхования). В Законе, кроме того, предусмотрены права страховой медицинской организации, заключающей договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования.

Заключить договор могут только профессиональные участники указанной деятельности - ТФОМС и страховая медицинская организация, у которой имеется список застрахованных лиц. Реестр страховых медицинских организаций, с которыми возможно заключить данный договор, формирует и ведет ТФОМС. Порядок ведения, форма и перечень сведений этого реестра определяются Правилами обязательного медицинского страхования. Установление в законодательстве обязательных требований к участникам правоотношений характерно для договоров об оказании услуг.

Таким образом, по своей природе договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования относится к договорам об оказании посреднических услуг. Тем не менее, поскольку положения

ГК РФ о договоре комиссии применимы к отношениям из договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования лишь в той мере, в какой это не противоречит специальному законодательству, следует причислить анализируемый договор к не поименованным в ГК РФ договорам об оказании посреднических услуг. К аналогичным договорам относится договор о финансовом обеспечении ТФОМС расходов, связанных с проведением дополнительной диспансеризации работающих граждан, типовая форма которого утверждена Постановлением Правительства РФ от 31 декабря 2010 г. N 1228. Однако в системе обязательного медицинского страхования введен специальный запрет на осуществление посреднической деятельности (п. 3 ст. 6 Федерального закона от 16 июля 1999 г. N 165-ФЗ «Об основах обязательного социального страхования»). В связи с этим полагаем, что следует устранить противоречия в законодательстве путем указания на возможность посреднической деятельности в сфере обязательного социального страхования в случаях, указанных в Законе, либо предоставить ТФОМС полномочия напрямую осуществлять финансирование медицинских организаций.

Наличие двух субъектов, осуществляющих финансирование обязательного медицинского страхования, приводит к тому, что за ненадлежащее исполнение договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию медицинская организация несет ответственность не только перед страховой медицинской организацией, с которой заключен договор, но и перед ТФОМС.

Общее количество негосударственных (немуниципальных) организаций составляет довольно приличную долю, однако доля в затратах на медицинскую помощь (то есть объем выделяемого финансирования за счет средств ОМС) не достигает уровня Стандарта. Причина в том числе и непонимание частными медицинскими организациями механизма работы системы обязательного медицинского страхования. Одним из самых главных вопросов сегодня остается проблема взаимодействия частных и государственных медицинских организаций при направлении пациентов на плановую госпитализацию в медицинские организации, участвующие в реализации Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Правилами обязательного медицинского страхования регламентирован порядок информационного взаимодействия медицинских организаций, работающих в системе обязательного медицинского страхования, страховых медицинских организаций, Территориального фонда обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации (далее - ТФОМС) при направлении пациентов на плановую госпитализацию. В связи с этим страховые медицинские организации и ТФОМС не могут взаимодействовать с частными медицинскими организациями, не работающими в системе обязательного медицинского страхования.

В случае если частная медицинская организация не участвует в оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, то она не относится к медицинским организациям, к которым могут прикрепляться граждане для оказания первичной медико-санитарной помощи.

Таким образом, медицинские организации частной формы собственности, не входящие в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, и не участвующие в реализации Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, не обладают правом направления пациентов на плановую консультацию и госпитализацию в медицинские организации, которые участвуют в реализации данной программы.

При наличии показаний для плановой госпитализации, определенных врачом частной медицинской организации, не работающей в системе ОМС, для получения талона-направления установленной формы на плановую госпитализацию пациенту необходимо обращаться в медицинскую организацию, которую выбрал гражданин в соответствии с Порядком выбора медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утвержденным Приказом Минздравсоцразвития РФ от 26.04.2012 N 406н. Иного порядка плановой госпитализации в медицинские организации, участвующие в реализации Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, действующим законодательством не предусмотрено.

Для участия в реализации Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи необходимо быть включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования. Вторым и не менее важным вопросом, который зачастую возникает у частных медицинских организаций, является вопрос о правомерности оплаты за счет средств ОМС всех случаев оказания первичной специализированной помощи. Таким образом, получить первичную специализированную помощь гражданин может либо путем получения

направления от участкового врача той медицинской организации, к которой он прикреплен, либо путем открепления от своей медицинской организации и прикрепления к другой медицинской организации, непосредственно оказывающей требуемую первичную специализированную помощь, но такое прикрепление возможно не чаще одного раза в год.

Страховая медицинская организация, участвующая в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, должна иметь лицензию, выданную Центральным банком РФ. Предметом договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию является оказание медицинской организацией услуги по предоставлению медицинской помощи застрахованному лицу в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, страховая медицинская организация при этом обязуется оплатить эти услуги. Таким образом, рассматриваемый договор может быть определен как взаимный (синаллагматический), возмездный, консенсуальный договор в пользу третьего лица (застрахованного гражданина). Кроме того, любая медицинская организация, выбранная застрахованным лицом и включенная в реестр медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, имеет право на заключение договора на оказание и оплату медицинской помощи со страховой медицинской организацией, которая не вправе отказаться от его заключения в соответствии с законом. В Законе об обязательном медицинском страховании как для страховой медицинской организации, так и для медицинской организации предусмотрены меры ответственности за неисполнение либо ненадлежащее исполнение условий договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Конечно, в условиях рынка указанная мера ответственности ничтожна. Страховая медицинская организация входит в число участников финансового рынка, в отношении которых установлены гарантии обеспечения финансовой устойчивости и платежеспособности. На страховщиков распространяются требования об обеспечении экономически обоснованных страховых тарифов, формировании страховых резервов, наличии достаточных средств страховых резервов. Для

Список нормативно-правовых актов:

1. Конституция РФ (принята всенародным голосованием 12.12.1993) (с учетом поправок, внесенных Законами РФ о поправках к Конституции РФ от 30.12.2008 N 6-ФКЗ, от 30.12.2008 N 7-ФКЗ, от 05.02.2014 N 2-ФКЗ).
2. Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая) от 30.11.1994 N 51-ФЗ (ред. от 29.12.2017) // Собрание законодательства РФ, 05.12.1994, N 32, ст. 3301.
3. Бюджетный кодекс Российской Федерации от 31.07.1998 N 145-ФЗ (ред. от 28.12.2017) // Собрание законодательства РФ, 03.08.1998, N 31, ст. 3823.
4. Федеральный закон от 16.07.1999 N 165-ФЗ «Об основах обязательного социального страхования» (ред. от 03.07.2016) // Собрание законодательства РФ, 19.07.1999, N 29, ст. 3686.
5. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ред. от 07.03.2018) // Собрание законодательства РФ, 28.11.2011, N 48, ст. 6724.
6. Федеральный закон от 29.11.2010 N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (ред. от 28.12.2016) // Собрание законодательства РФ, 06.12.2010, N 49, ст. 6422.
7. Федеральный закон от 27.07.2010 N 210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг» (ред. от 19.02.2018) // Собрание законодательства РФ, 02.08.2010, N 31, ст. 4179.
8. Федеральный закон от 29.12.1994 N 77-ФЗ «Об обязательном экземпляре документов» (ред. от 03.07.2016) // Собрание законодательства РФ, 02.01.1995, N 1, ст. 1.
9. Закон РФ от 27.11.1992 N 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации» (ред. от 31.12.2017) // Российская газета, N 6, 12.01.1993.
10. Постановление Правительства РФ от 31.12.2010 N 1228 «О порядке предоставления из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования субсидий бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан» (ред. от 04.09.2012) // Собрание законодательства РФ, 17.01.2011, N 3, ст. 552.
11. Постановление Правительства РФ от 29.07.1998 N 857 «Об утверждении устава Федерального фонда обязательного медицинского страхования» (ред. от 13.01.2018) // Собрание законодательства РФ, 10.08.1998, N 32, ст. 3902.
12. Постановление Правительства РФ от 31.12.2010 N 1226 «Об издании разъяснений по единообразному применению Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»

(ред. от 04.09.2012) // Собрание законодательства РФ, 10.01.2011, N 2, ст. 389.

13. Приказ Минздравсоцразвития России от 26.04.2012 N 406н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи» // Российская газета. 2012. 30 мая. N 121.

14. Приказ Минздрава России от 21.12.2012 N 1342н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации (за исключением случаев оказания скорой медицинской помощи) за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором проживает гражданин, при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи» // Российская газета. 2013. 20 марта. N 59 (далее - Порядок N 1342н).

15. Приказ Минздравсоцразвития России от 26.04.2012 N 407н «Об утверждении Порядка содействия руководителем медицинской организации (ее подразделения) выбору пациентом врача в случае требования пациента о замене лечащего врача» // Российская газета. 2012. 6 июля. N 127.

16. Приказ Минздравсоцразвития России от 21.01.2011 N 15н «Об утверждении Типового положения о территориальном фонде обязательного медицинского страхования» // Российская газета, N 29, 11.02.2011.

17. Приказ Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 N 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» // Российская газета, N 47, 05.03.2011.

18. Приказ Ростехрегулирования от 12.03.2007 N 28-ст «Об утверждении национального стандарта» // Вестник Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии, N 7, 2007.

19. Письмо Минздрава России от 17.11.2016 N 17-8/3102029-49381 «Об отказе от полиса обязательного медицинского страхования» // Солидарность, N 4, 25.01 - 01.02.2017.

20. Письмо Минздрава России от 18.10.2016 N 11-8/4408 «О целевом использовании средств обязательного медицинского страхования» // СПС «КонсультантПлюс».

Материалы судебной практики:

1. Определение Конституционного Суда РФ от 19.04.2001 N 99-О // СПС «КонсультантПлюс».

2. Апелляционное определение Ставропольского краевого суда от 14.04.2015 по делу N 33-2305/15 // СПС «КонсультантПлюс».

3. Апелляционное определение Самарского областного суда от 26.01.2016 по делу N 33-1002/2016 // СПС «КонсультантПлюс».

4. Апелляционное определение Иркутского областного суда от 28.04.2015 по делу N 33-3413/2015 // СПС «КонсультантПлюс».

5. Апелляционное определение Московского городского суда от 18.09.2015 по делу N 33-33836/2015 // СПС «КонсультантПлюс».

6. Апелляционное определение Архангельского областного суда от 02.04.2015 по делу N 33-1492/2015 // «КонсультантПлюс».

7. Постановление Арбитражного суда Дальневосточного округа от 10 марта 2016 г. N Ф03-370/2016 по делу N А51-12574/2015 // СПС «КонсультантПлюс».

8. Постановление Арбитражного суда Дальневосточного округа от 16.02.2016 N Ф03-333/2016 по делу N А51-5293/2013 // СПС «КонсультантПлюс».

9. Постановление ФАС Московского округа от 14 июля 2014 г. N Ф05-6607/2014 по делу N А40-118857/13.

10. Постановление Арбитражного суда Восточно-Сибирского округа от 5 апреля 2017 г. N Ф02-514/2017 по делу N А78-6381/2016 // СПС «КонсультантПлюс».

11. Постановление Арбитражного суда Уральского округа от 29 ноября 2016 г. N Ф09-10405/16 по делу N А60-63256/2015 // СПС «КонсультантПлюс».

12. Постановление Десятого арбитражного апелляционного суда от 18 сентября 2015 г. N 10АП-8948/2015 по делу N А41-29567/15 // СПС «КонсультантПлюс».

Научная и учебная литература:

1. Азарова Е.Г. Конституционные гарантии социального обеспечения детей // Журнал российского права. 2015. N 2. С. 65 - 81.

2. Архипов А. Страхование дело (для СПО). Учебник. М.: КноРус, 2017.

3. Бит-Шабо И.В. Реформирование законодательства в области функционирования государственных социальных внебюджетных фондов Российской Федерации: проблемы и пути их решения // Социальное и пенсионное право. 2015. N 3. С. 13 - 17.

4. Галаганов В.П., Пашкова Г.Г., Бондарева Э.С., Новикова Н.А., Назаров Е.Г., Слесарев С.А. Комментарий к Федеральному закону от 16 июля 1999 г. N 165-ФЗ «Об основах обязательного социального страхования» (постатейный) // СПС КонсультантПлюс. 2015.
5. Гриб В.В. Внебюджетные фонды как объекты общественного контроля: Пенсионный фонд РФ, негосударственные пенсионные фонды, Фонд обязательного медицинского страхования, Фонд социального страхования // Социальное и пенсионное право. 2016. N 4. С. 20 - 26.
6. Закружная Е.А. Правовые проблемы негосударственных (немуниципальных) медицинских организаций при работе в системе обязательного медицинского страхования // Медицинское право. 2017. N 5. С. 46
7. Захаров М.Л. Социальное страхование в России: прошлое, настоящее и перспективы развития: Монография. М.: Проспект, 2013;
8. Касьянова Г. Страховые взносы в ПФР, ФОМС и ФСС Российской Федерации. М.: Норма, 2016.
9. Киселев А. Добровольное медицинское страхование и личное страхование: решенные и нерешенные проблемы // СПС КонсультантПлюс. 2016.
10. Корнеева О.И. Персонифицированный учет в Федеральных законах «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»: аналитический обзор // Медицинское право. 2016. N 2. С. 50 - 55.
11. Кратенко М.В. Страхование как способ обеспечения обязательств заемщика по договору потребительского кредита: некоторые вопросы теории и практики // Законы России: опыт, анализ, практика. 2015. - № 9. - С. 71. - 74
12. Лермонтов Ю.М. Постатейный комментарий к Федеральному закону от 24.07.2009 N 212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования» // СПС КонсультантПлюс. 2016.
13. Лушникова М.В., Лушников А.М. Курс права социального обеспечения. 2-е изд., доп. М., 2009. С. 244.
14. Пешкова Х.В., Бондарева Э.С., Лысенко Т.И., Митричев И.А. Комментарий к Федеральному закону от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (постатейный) // СПС КонсультантПлюс. 2017.
15. Роик В.Д. Экономика, финансы и право социального обеспечения. Институты и страховые механизмы. М., 2014. С. 13.
16. Романова И.Н. Значение страховой защиты субъектов предпринимательской деятельности в современных условиях // Право и экономика. 2017. - № 1. - С. 27 - 29.
17. Сидоров С.В., Чернусь Н.Ю. Правовая природа договоров в сфере обязательного медицинского страхования // Российский юридический журнал. 2017. N 3. С. 164.
18. Тресков В.И. ОМС - ваша гарантия на медицинскую помощь. М.: Редакция «Российской газеты», 2017.
19. Худяков А.И. Теория страхования. М.: Статут, 2010. С. 83.
20. Фогельсон Ю.Б. Страхование: теоретические основы и практика применения: монография. М.: Норма, Инфра-М, 2012.
21. Шевнина Л.Е. Кризис в социально-экономической системе в Российской Федерации как необходимость изменения накопительной части пенсии // Социальное и пенсионное право. 2013. N 3.

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://stuservis.ru/diplomnaya-rabota/37982>