



Обзор литературы
УДК 614.2
<http://dx.doi.org/10.35177/1994-5191-2023-4-24>

ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ «СВЕРХОБЪЕМА» В РАМКАХ ОМС: ШТРАФНЫЕ САНКЦИИ ИЛИ УГОЛОВНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

Азис Владимировна Ахохова^{1✉}, Ирина Корнеевна Тхабисимова², Зарина Мухамедовна Пиакартова²,
Анжела Борисовна Тхабисимова, Диана Айдыновна Шукурова²

^{1✉}Кабардино-Балкарский государственный университет имени Х.М. Бербекова; Фирма «СЭМ», Нальчик, Россия, Aza_stih@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-2370-9701>

²Кабардино-Балкарский государственный университет имени Х.М. Бербекова, Нальчик, Россия, tkhabisim@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-4065-989X>

Аннотация. Вопрос оказания или неокказания медицинской помощи пациентам в рамках предъявляемых требований законодательства, регулирующего правоотношения в сфере обязательного медицинского страхования остаётся по-прежнему актуальным. Превышения установленных лимитов оказания медицинских услуг организациями, осуществляющими деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, не всегда ведет к ее оплате, что разделяет сторонников на два противоположных лагеря, вызывая не прекращающуюся полемику.

Одни из них по-прежнему придерживаются прежней позиции Верховного суда Российской Федерации и удовлетворяют иски медицинских организаций, путем взыскания со страховых компаний фактической стоимости оказанной медицинской помощи, сверх установленного объема. Вторые, напротив, встают на сторону страховых компаний, отказывая медицинской организации в иске.

Целью настоящей статьи является поиск и анализ причин разногласий при решении вопросов взыскания средств с медицинских организаций за оказанные сверхлимитированные медицинские услуги с учетом сложившейся неоднозначной судебной практики.

Как свидетельствуют разнообразные и многочисленные научные обзоры и труды в данной сфере, законодательные нормы по оценке и возмещению сверх распределённых объемов предоставления медицинской помощи не имеют единых подходов в решение проблемы со стороны законодателя и судебных инстанций.

Материалами изучения исследования стали работы российских ученых, связанных с анализом правового подхода судов по вопросу неоплаты медицинской помощи сверх выделенного медицинской организацией объема. Поиск публикаций для анализа, посвященных изучаемой проблеме, проводился в базах данных (Medline, Cochrane Controlled Trials Register и других). Отбор научно-исследовательских работ и статей осуществлялся из электронных баз данных Научная электронная библиотека eLIBRARY.RU, информационно-коммуникационной сети «Интернет» и справочно-правовой системы по законодательству Российской Федерации ООО НПП «Гарант-Сервис-Университет» за период времени с 2014 по настоящее время.

Методами исследования явились: системный анализ, сравнение, системный и комплексный подходы, а также метод проблемного моделирования.

В заключение авторами предпринята попытка резюмировать проведенный обзор в рамках изучения исследовательского вопроса и сформулировать позиции медицинской организации во избежание коллизий в правовом поле, создающих предпосылки для неизбежного наказания медицинской организации.

Ключевые слова: сверхлимитированные медицинские услуги, позиция медицинской организации, судебная практика, Верховный суд, коллизия, правовое поле

Для цитирования: Оказание медицинской помощи «сверхобъема» в рамках ОМС: штрафные санкции или уголовная ответственность / А.В. Ахохова, И.К. Тхабисимова, З.М. Пиакартова // Дальневосточный медицинский журнал. – 2023. – № 4. – С. 159-167. <http://dx.doi.org/10.35177/1994-5191-2023-4-24>.



PROVIDING «OVER-VOLUME» MEDICAL CARE WITHIN THE FRAMEWORK OF COMPULSORY MEDICAL INSURANCE: PENALTIES OR CRIMINAL LIABILITY

Azis V. Akhokhova^{1✉}, Irina K. Thabisimova², Zarina M. Piyakartova², Angela B. Tkhabisimova,
Diana A. Shukurova²

^{1✉}Kabardino-Balkarian State University named after H.M. Berbekova, Nalchik, Russia, Aza_stih@mail.ru,
<https://orcid.org/0000-0003-2370-9701>

²Kabardino-Balkarian State University named after H.M. Berbekova, Nalchik, Russia, tkhabisim@mail.ru,
<https://orcid.org/0000-0003-4065-989X>

Abstract. The issue of providing or not providing medical care to patients within the framework of the requirements of the legislation regulating legal relations in the field of compulsory health insurance remains relevant. Exceeding the approved limits for the provision of medical services by organizations operating in the field of compulsory health insurance does not always lead to payment for it. It divides supporters into two opposing groups, causing ongoing controversy.

Some of them still adhere to the previous position of the Supreme Court of the Russian Federation and satisfy the claims of medical organizations by collecting from insurance companies the actual cost of medical care provided, in excess of the approved volume. The latter, on the contrary, support the insurance companies, denying the medical organization's claim.

The goal of this article is to search and analyze the causes of disagreements in resolving issues of collecting funds from medical organizations for the provision of over-limited medical services, taking into account the current controversial judicial practice.

As various and numerous scientific reviews and works in this area demonstrate, legislative norms for the assessment and compensation in excess of the allocated volumes of medical care do not have uniform approaches to solving the problem on the part of the legislator and the courts.

The materials for the study were the works of Russian scientists related to the analysis of the legal approach of the courts on the issue of non-payment of medical care in excess of the volume allocated by the medical organization. The search for publications for analysis on the problem under study was carried out in databases (Medline, Cochrane Controlled Trials Register and others). The selection of research works and articles was carried out from electronic databases Scientific electronic library eLIBRARY.RU, information and communication network «Internet» and the reference and legal system for the legislation of the Russian Federation LLC NPP «Garant-Service-University» for the period from 2014 to present time.

The research methods were: system analysis, comparison, systemic and integrated approaches, as well as the problem modeling method, based on assessing trends in the modeled problem situation.

In conclusion, the authors made an attempt to summarize the review conducted as the part of the study of the research question and formulate the positions of the medical organization to avoid conflicts in the legal field that create the preconditions for the inevitable punishment of the medical organization.

Keywords: super-limited medical services, position of a medical organization, judicial practice, Supreme Court, conflict, legal field

For citation: Providing «over-volume» medical care within the framework of compulsory medical insurance: penalties or criminal liability / A.V. Akhokhova, I.K. Thabisimova, Z.M. Piyakartova // Far Eastern medical journal. – 2023. – № 4. – P. 159-167. <http://dx.doi.org/10.35177/1994-5191-2023-4-24>.

Защита интересов пациентов реализуется через призму оказания медицинской помощи лицам, нуждающимся в ее предоставлении [1]. Фактически, обязательное медицинское страхование было призвано стать формой социальной защиты граждан и выступать в качестве инструмента её реализации, имеющего обязательный характер, и направленный на оказание необходимой медицинской помощи застрахованному лицу на бесплатной основе, при наличии медицинского страхового полиса.

Однако, бюджетное обеспечение данного вида социальных гарантий осуществляется посредством функциональной составляющей организаций, работа которых ограничена положениями территориальной программы государственных гарантий обязательного медицинского страхования (ТПГГ ОМС).

Исследователи обращают внимание, на то, что модель государственного здравоохранения претерпевает интеграцию с бизнес-структурами, вместе с тем, движущей силой планируемого развития отрасли



медицины должны были стать страховые медицинские организации [2, 3].

Закон о медицинском страховании граждан в Российской Федерации [4], был призван пересмотреть в первую очередь качественную составляющую медицинских услуг, параллельно увеличив его значимость и многоплановость за счет вовлеченности иных источников финансирования для совершенствования бюджетных расходов на здравоохранение. Пересмотр источников бюджетирования государственного здравоохранения и обретение прочих путей устойчивой финансовой деятельности явились приоритетными причинами, определившими действия и выбор страховой системы в Российской Федерации. То есть, принцип «деньги следуют за пациентом», в прямом смысле стал главенствующим при создании современной парадигмы страхования в сфере здравоохранения.

Вместе с тем, как свидетельствуют разнообразные и многочисленные научные обзоры и труды в данной сфере, законодательные нормы по оценке и возмещению сверх распределённых объемов предоставления медицинской помощи не имеют единых подходов в решение проблемы со стороны законода-

теля и судов [Шелякин, 2019; Семенова, 2019, Трунов, 2020, и др.].

Соответственно, проблема оплаты «сверхлимитированного» объема остается неразрешенной и упирается в платежеспособность системы ОМС, которая зависит с одной стороны от доходной части ОМС, с другой, от эффективности и сообразного использования целевых средств исполнителями в лице медицинских организаций [5, 6, 7, 8].

Итогом, становятся судебные разбирательства, имеющие противоречивый характер, учитывая неясность и неопределенность действующих норм законодательства в данной сфере. Доказательствами служат решения арбитражных судов, которые разрешают споры между медицинскими организациями, включенными в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, страховыми медицинскими организациями и Территориальными фондами ОМС.

Анализ разного толкования положений нормативных актов, определяющих данный порядок и попытки найти причины разногласий при решении вопросов взыскания средств за оказанные сверхлимитированные медицинские услуги, является целью настоящей статьи.

Материалы и методы

Материалами исследования явились работы российских ученых, связанных с анализом правового подхода судов по вопросу неоплаты медицинской помощи сверх выделенного медицинской организацией объема. Поиск публикаций для анализа, посвященных изучаемой проблеме, проводился в базах данных (Medline, Cochrane Controlled Trials Register и других). Отбор научно-исследовательских работ и статей осуществлялся из электронных баз данных Научная электронная библиотека eLIBRARY.RU, информационно-коммуникационной сети «Интернет» и справочно-правовой системы по законодательству Российской Федерации ООО НПП «Гарант-Сервис-

Университет» за период времени с 2018 по настоящее время.

В целях изучения исследовательского вопроса проанализированы 28 источников литературы, напрямую или косвенно затрагивающие вопросы оплаты, а точнее неоплаты медицинской помощи сверх выделенного медицинской организации объема, в том числе на опыте региона.

Использовались методы системного анализа, сравнения, системный и комплексный подходы, а также метод проблемного моделирования, основанный на оценке тенденций изменения смоделированной проблемной ситуации.

Результаты и их обсуждение

Комиссия по разработке территориальной Программы обязательного медицинского страхования (далее – Комиссия ТПГТ) на уровне каждого региона является уполномоченным органом, в обязанности которого входит, в том числе распределение объемов медицинской помощи и финансовых ресурсов на ее оказание. Кроме того, функциями Комиссии ТПГТ является формирование подходов к оплате медицинской помощи в системе ОМС [9].

Одновременно с этим Комиссией ТПГТ в соответствии с Правилами ОМС [10] осуществляется распределение объемов медицинской помощи между страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями.

Комиссия ТПГТ обладает полномочиями по регулированию объемов, согласованно отслеживая выполнение, в том числе путем перераспределения между

медицинскими организациями, входящими в реестр ОМС. Изменение объемов медицинской помощи осуществляется в рамках текущей, систематической работы Комиссии ТПГТ.

Главным элементом деятельности Комиссии ТПГТ является распределение объемов медицинской помощи в объемах, не превышающих утвержденные Протоколом заседания Комиссии ежемесячно, при условии предварительной оценки объемов медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации [9].

Правилами ОМС [10] устанавливаются критерии распределения объемов медицинской помощи между медицинскими организациями, среди которых: показатели объемов предоставления медицинской помощи на одно застрахованное лицо в год, с учетом профилей отделений (коек), врачебных специальностей,



видов медицинской помощи и условий ее предоставления медицинскими организациями, не имеющими прикрепленных застрахованных лиц; количество диагностических и (или) консультативных услуг для обеспечения потребности медицинских организаций по выполнению порядков оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи по заболеваниям и состояниям в полном объеме при отсутствии или недостаточности у медицинских организаций данных диагностических и (или) консультативных услуг; наличие ресурсного, в том числе кадрового, обеспечения планируемых объемов предоставления медицинской помощи и другие [11, 10].

Решение Комиссии ТППГ по неоплате оказанной медицинской организацией медицинской помощи в случае предъявления к оплате медицинских услуг сверх распределенного объема является одним из дефектов оказания медицинской помощи, установленных Порядком проведения контроля и Правилами и ОМС [10, 12].

Ретроспективный анализ решения спорных вопросов в судебных инстанциях установил, что Верховный суд Российской Федерации отказал в удовлетворении требования о признании недействующим пункта 5.3.2 Приложения 8 к «Порядку организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию», утвержденных приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 28 февраля 2019 г. № 36 [13, 14, 15, 16].

Предъявление к оплате медицинских услуг, оказанных сверх распределенного Комиссией по разработке Территориальной программы ОМС объема, было отнесено к нарушениям в оформлении и предъявлении на оплату счетов и реестров счетов, которые в свою очередь являются основанием для отказа в оплате медицинской помощи [14].

При этом содержание спорной нормы не допускает не оказания, несвоевременного оказания или оказания медпомощи ненадлежащего качества медицинской организацией. Вместе с тем, административные истцы, которые были не согласны с отказом в оплате сверхлимитной медицинской помощи, были вынуждены обращаться в арбитражные суды за защитой своих прав. Верховный Суд Российской Федерации еще в 2018 году [17, 18] сформулировал, как будто однозначный правовой подход к разрешению таких споров: стоимость оказанной сверх лимитированной медицинской помощи взыскивается со страховых медицинских организаций.

По результатам рассмотрения этого дела [18] ВС РФ определил ряд принципиально важных правовых позиций, вошедших в Обзор судебной практики № 4 (п. 28) [19]. Во-первых, возможность оказания бесплатной медпомощи в рамках ОМС не должна

зависеть от запланированного договором объема и финансового обеспечения таких услуг в случае их превышения.

Во-вторых, медицинская организация не должна отвечать за недостатки планирования территориальной программы ОМС, а также за несвоевременность корректировки объемов медпомощи, выделенных Комиссией по разработке Территориальной программой ОМС и соответственно установленных в договорах со страховыми медицинскими организациями.

Страховая медицинская организация не может быть освобождена от оплаты медицинской помощи по установленным тарифам ОМС, фактически оказанной пациенту, если она входит в базовую программу ОМС и перечень Территориальной программы, несмотря на превышение медицинских услуг. При этом в рамках судебной практики доказательств того, что оказанные услуги не покрываются страховым обеспечением по обязательному медицинскому страхованию, ответчиками не представлялись, и на наличие таких доказательств страховые компании также не ссылались.

Соответственно, если истец, в лице медицинской организации, доказал, что предоставленные сверхлимитированные услуги входят в Территориальную программу, то страховщик обязан их полностью оплатить [19].

Суды первой, апелляционной и кассационной инстанций встали на сторону страховой медицинской организации, и лишь Верховный суд Российской Федерации (определение Судебной коллегии по экономическим спорам ВС РФ от 18.10.2018 № 308-ЭС18-8218 по делу № А15-6379/2016) удовлетворил исковые требования организации в полном объеме, отменив все предыдущие решения [18].

Однозначность признания выводов Верховного суда РФ на протяжении ряда лет была изменена. В настоящее время решения судов разделились на две полярные стороны. Одни по-прежнему придерживаются позиции ВС РФ и удовлетворяют иски медицинских организаций, взыскивая со страховых компаний стоимость медпомощи, оказанной сверх выделенного объема. Другие, напротив, наперекор подходу Верховного суда РФ встают на сторону страховых компаний, отказывая истцам в иске [20].

В настоящее время доводы судов мотивирующие отказы в выделении дополнительных объемов медицинской помощи в рамках ОМС строятся на следующем [7]. Согласно п. 6, ст. 39 326-ФЗ [21] оплата медицинской помощи пациенту осуществляется на основании предоставленных медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи в рамках объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии ТППГ. Соответственно страховым медицинским организациям определена обязанность оплачивать медицинскую помощь, оказанную пациенту, только в пределах тех объемов



предоставления медицинской помощи, которые установлены решением Комиссии ТПГТ.

Данная норма регламентирована ст. 41 326-ФЗ [21] и договором, согласно которому, при выявлении нарушений обязательств, установленных настоящим договором, страховая медицинская организация вправе не оплачивать или не полностью оплачивать затраты организации на оказание медицинской помощи.

Исходя из позиции, что решения Комиссии ТПГТ являются безусловными для всех участников ОМС, страховая медицинская организация не может оплачивать медицинскую помощь, оказанную сверх объемов, до принятия такого решения Комиссией. Средства, предназначенные для оплаты медицинской помощи и поступающие в страховую медицинскую организацию, являются средствами целевого финансирования в силу п. 6 ст. 14 326-ФЗ [21], соответственно выделение объемов медицинской помощи не входит в полномочия страховой медицинской организации, следовательно последние не влияют на данный процесс.

Кроме того, одним из критериев распределения объемов медицинской помощи Комиссией ТПГТ между страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями является персонализированный учет сведений о медицинской помощи, оказанной пациентам, численности прикрепленного населения к медицинским организациям, оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных условиях [7].

Соответственно согласно определению суда [7] без учета данных критериев и фактической ситуации оказания услуг другими участниками территориальной программы ОМС, решение не может носить ретроспективный характер, так как объемы медицинской помощи (как и средства бюджета ФОМС, предназначенные для их оплаты) имеют конечный характер. Другая позиция суда означала бы ограничение прав и законных интересов медицинских организаций, участвующих в реализации ОМС, во благо одной, которая бесконтрольно превышает установленные объемы медицинской помощи и финансового обеспечения [7].

Стратегия взаимодействия со страховыми медицинскими организациями, Комиссией ТПГТ и практический опыт ведения дел в судебных инстанциях позволяют сформулировать ряд конкретных выводов для медицинских организаций, превысивших объемы медицинской помощи.

Приоритет финансово-бюрократических взаимоотношений между страховыми медицинскими организациями и Территориальными фондами ОМС перед потребностями пациентов в оказании медпомощи очевиден. Но *согласно п. 4, ст. 4 326-ФЗ государство гарантирует соблюдение прав застрахованных лиц на исполнение обязательств по обязательному*

медицинскому страхованию в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования независимо от финансового положения страховщика [21, 27].

Несмотря на недопустимость перекладывания ответственности за недостатки планирования программы ОМС на медицинскую организацию, суды фактически перекладывают эту ответственность на страховщика, указывая, что он вправе возместить возникающие убытки в судебном порядке. Однако суды не учитывают, что страховая организация не влияет на формирование и планирование территориальной программы ОМС, в том числе в части установления объемов оказания помощи медицинским организациям. Установление и корректировка объемов оказания медицинской помощи является исключительной прерогативой Комиссии ТПГТ [22, 23, 24, 25]. Если реальная потребность пациентов в медицинской помощи больше утвержденных объемов, то их превышение нельзя относить к финансовым результатам ее деятельности.

Федеральное законодательство не ставит в зависимость возможность оказания медицинской организацией гражданину бесплатной медицинской помощи в рамках программы ОМС от запланированного общего объема таких услуг и гарантирует оказание бесплатной медицинской помощи гражданам, застрахованным в системе ОМС. Оказанные медицинской организацией медицинские услуги сверх установленного объема являются также страховыми случаями и подлежат оплате в заявленном размере [24, 26, 17].

Определением от 10 марта 2022 г. № 307-ЭС21-25419 по делу № А13-15420/2020 [28]. Верховный Суд РФ уточнил позицию, указав, что медицинская организация согласилась с выделенным объемом предоставления медицинской помощи и не обжаловала решение комиссии по разработке территориальной программы ОМС и не воспользовалась своим правом на пересмотр выделенных комиссией объемов с учетом фактической потребности медицинской организации. Следовательно, страховщик в рамках своих обязательств по заключенному договору имеет право оплачивать медицинские услуги в пределах установленных договором объемов, а у медицинской организации отсутствует право на истребование у страховщика спорной суммы.

Соответственно следует, что действующее законодательство не возлагает на медицинскую организацию обязанности обосновывать необходимость корректировки объемов, поскольку страховщик обладает исчерпывающей информацией о фактически оказанных медицинских услугах. Соответственно бездействие страховщика можно трактовать недобросовестным. Участник гражданского оборота, в лице страховой организации, должен учитывать права и интересы медицинской организации и содействовать ей.



Территориальный фонд ОМС – участник Комиссии ТППГ, соответственно владеет всей информацией о потребности пациентов в медицинской помощи и должен влиять на распределение (перераспределение, выделение) ее объемов для защиты прав пациентов в сфере ОМС.

Таким образом, ни федеральное законодательство, регулирующее права граждан в сфере здравоохранения, ни базовая, ни территориальные программы ОМС не относят «превышение распределенного объема ее предоставления» к основаниям для отказа пациенту в оказании медицинской помощи.

Фактически, сложившаяся судебная практика в отношении медицинских организаций вынуждает последних заниматься не оказанием медицинской помощи, а постановкой пациентов в «лист ожидания» до выделения дополнительных объемов или начала нового отчетного периода, информированием пациентов о возможности получения медицинских услуг в другой организации, маршрутизацией и т.д.

Несмотря на то, что медицинские услуги входят в программу ОМС и медицинская помощь оказана без нарушений, входит в базовую программу ОМС судебная коллегия, Территориальный фонд ОМС не могут отказать в оплате фактически оказанной медицинской помощи, ссылаясь только на формальное превышение ее объемов.

По-видимому, вынужденное обращение медицинской организации в Верховный суд РФ, даже при прогнозируемом решении не в пользу последней, позволит четко определить и следовать определенному алгоритму действий в аналогичных ситуациях.

Данная мера, возможно, позволит избежать коллизии в правовом поле, создающие ситуацию, при которой наказание медицинской организации неминуемо, от штрафных санкций в случае превышения объемов оказания медицинских услуг, до уголовной ответственности в случае отказа в оказании медицинской помощи.

Список источников

1. Ахохова А.В., Эштрекова С.Г., Эштрекова А.М., Тхабисимова И.К., Хадзугов А.Б., Бозиева А.Ю., Чудопал С.М., Бжихатлова М.Р., Мирзантова А.А. Оказание медицинской помощи сверх установленного объема: выполнение обязательств по договору обязательного медицинского страхования или с пациентом // Социальные аспекты здоровья населения. – 2023. – № 69 (3). С. 15. Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1492/30/lang,ru/>. DOI: 10.21045/2071-5021-2023-69-3-15.
2. Закон РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» // Ведомости Съезда народных депутатов РСФСР и Верховного Совета РСФСР. 1991. № 27. ст. 920. (утратил силу).
3. Кадыров Ф.Н., Куфтова Ю.В. Обзор судебной практики по вопросам оплаты сверхплановых объемов медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования // Менеджер здравоохранения. – 2019. – № 4. – С. 71-76.
4. Кораблев В.Н. Экономические проблемы медицинского страхования в РФ. Здравоохранение Дальнего Востока. – 2020. – № 4 (86). – С. 22-28.
5. Крестинский Ю.А. Роль государства в здравоохранении, 2013 [Электронный ресурс] / Институт развития общественного здравоохранения. — Режим доступа: <http://www.apteka.ua/wp-content/uploads/2013/09/5-krestinskiy.pdf>.
6. Обзор судебной практики Верховного Суда РФ № 4 (2018) (утв. Президиумом Верховного Суда РФ 26 декабря 2018 г.).
7. Обзор судебной практики Верховного Суда РФ № 1 (2022) (утв. Президиумом Верховного Суда РФ 1 июня 2022 г.).
8. Обухова О.В. Вопросы, связанные с порядком выделения объемов медицинской помощи региональным медицинским организациям // Менеджер здравоохранения. – 2020. – № 10. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/voprosy-svyazannye-s-poryadkom-vydeleniya-obyomov-meditsinskoy-pomoschi-regionalnym-meditsinskim-organizatsiyam> (дата обращения: 08.09.2023).
9. Определение Верховного суда Российской Федерации от 17 ноября 2022 г. по делу № А23-6915/2020. Режим доступа: https://kad.arbitr.ru/Document/Pdf/f07b3dde-3a07-4d9d-82de-014c2c8c6a9f/e8c657e3-1a62-42e6-9141-370d3a843e67/A23-6915-2020_20221117_Opredelenie.pdf?isAddStamp=True.
10. Определение Верховного Суда РФ от 10 марта 2022 г. № 307-ЭС21-25419 по делу № А13-15420/2020 О передаче жалобы в Судебную коллегия Верховного Суда Российской Федерации.
11. Определение Верховного Суда РФ от 17.06.2015 № 307-ЭС15-6069.
12. Определение Верховного Суда РФ от 2 февраля 2022 г. № 303-ЭС21-27430 по делу № А41-51160/2020 Об отказе в передаче жалобы в Судебную коллегия Верховного Суда Российской Федерации.
13. Определение Верховного Суда РФ от 23 марта 2021 г. № 303-ЭС20-20898 по делу № А73-13378/2019 Об отказе в передаче жалобы в Судебную коллегия Верховного Суда Российской Федерации.



14. Определение Верховного Суда РФ от 24 апреля 2023 г. № 305-ЭС23-4301 по делу № А40-82344/2021 Об отказе в передаче жалобы в Судебную коллегия Верховного Суда Российской Федерации.
15. Определение Верховного Суда РФ от 28 января 2021 г. № 310-ЭС20-22096 по делу № А23-2310/2019 Об отказе в передаче жалобы в Судебную коллегия Верховного Суда Российской Федерации.
16. Определение Верховного Суда РФ от 26.11.2021 № 305-ЭС21-22045 по делу № А41-51160/2020;
17. Определение СК по экономическим спорам Верховного Суда РФ от 18 октября 2018 г. № 308-ЭС18-8218 по делу N A15-6379/2016.
18. Определение СК по экономическим спорам Верховного Суда РФ от 4 апреля 2022 г. № 301-ЭС21-24224 по делу N A29-7771/2020.
19. Определение Судебной коллегии по экономическим спорам ВС РФ от 11.11.2021 № 308-ЭС21-5947 по делу №А32-20379/2020. Режим доступа: https://kad.arbitr.ru/Document/Pdf/0359aab0-94ba-4afb-ac50-8fa2ef731e7d/ba2365b7-df61-4c4b-b30c-08a1d91e0456/A32-20379-2020_20211111_Opredelenie.pdf?isAddStamp=True.
20. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 19 марта 2021 г. № 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения».
21. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 28 февраля 2019 г. № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования».
22. Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 28 февраля 2019 г. № 36 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».
23. Решение Арбитражного суда Кабардино-Балкарской Республики от 4 августа 2022 г. по делу N A20-496/2022.
24. Решение Верховного суда РФ от 11.03.2019 № АКПИ19-49 «Об отказе в удовлетворении заявления о признании частично недействующими пунктов 110, 123 правил обязательного медицинского страхования, утв. приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 № 158н и пункта 8 приложения № 1 к правилам». Режим доступа: <https://rulings.ru/acts/Reshenie-Verhovnogo-Suda-RF-ot-11.03.2019-N-AKPI19-49/>.
25. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
26. Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».
27. Шарипова Л.И. Личное страхование: необходимость и особенности. Структура личного страхования // Colloquiumjournal. – 2020. – № 32-1 (84). – С. 18-20.
28. Шишкин С.В. Реформа финансирования российского здравоохранения // Научные труды Фонда «Институт экономической политики им. Е.Т. Гайдара». – 2000. – № 25. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/reforma-finansirovaniya-rossiyskogo-zdravoohraneniya> (дата обращения: 08.09.2023).

References

1. Akhokhova A.V., Eshtrekova S.G., Eshtrekova A.M., Tkhabisimova I.K., Khadzugov A.B., Bozieva A.Yu., Chudopal S.M., Bzhikhatlova M.R., Mirzantova A.A. Health care delivery in excess of the established volumes: fulfilling obligations under a compulsory health insurance or private contract // Social Aspects of Public Health. – 2023. – № 69 (3). – P. 15. Mode of Access: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1492/30/lang,ru/>. DOI: 10.21045/2071-5021-2023-69-3-15.
2. Law of the Russian Federation «On medical insurance of citizens in the Russian Federation» // News of the Congress of People's Deputies of the RSFSR and the Supreme Council of the RSFSR. 1991. N 27. Art. 920 (repealed).
3. Decision of the Arbitration Court of the Kabardino-Balkarian Republic dated August 4, 2022 in case № A20-496/2022.
4. Decision of the Supreme Court of the Russian Federation dated March 11, 2019 № АКПИ19-49 «On the refusal to satisfy the application for recognition as partially invalid clauses 110, 123 of the rules of compulsory health insurance, approved. by order of the Ministry of Health and Social Development of Russia dated February 28, 2011 No. 158n and paragraph 8 of Appendix № 1 to the rules» Mode of Access: <https://rulings.ru/acts/Reshenie-Verhovnogo-Suda-RF-ot-11.03.2019-N-AKPI19-49/>.
5. Determination of the Investigative Committee on economic disputes of the Supreme Court of the Russian Federation dated October 18, 2018 № 308-ES18-8218 in case № А15-6379/2016.
6. Determination of the Investigative Committee on economic disputes of the Supreme Court of the Russian Federation dated April 4, 2022 № 301-ES21-24224 in case No. A29-7771/2020.



7. Determination of the Judicial Collegium for Economic Disputes of the Supreme Court of the Russian Federation dated November 11, 2021 № 308-ES21-5947 in case № A32-20379/2020. Mode of Access: https://kad.arbitr.ru/Document/Pdf/0359aab0-94ba-4afb-ac50-8fa2ef731e7d/ba2365b7-df61-4c4b-b30c-08a1d91e0456/A32-20379-2020_20211111_Opredelenie.pdf?isAddStamp=True.
8. Kadyrov F.N., Kuftova Yu.V. Review of judicial practice on issues of payment for excess volumes of medical care in the compulsory health insurance system // Healthcare Manager. – 2019. – № 4. – P. 71-76.
9. Korablev V.N. Economic problems of health insurance in the Russian Federation // Healthcare of the Far East. – 2020. – № 4 (86). – P. 22-28.
10. Krestinsky Yu.A. The role of the state in healthcare, 2013 [Electronic resource] / Institute for Public Health Development. – Mode of Access: <http://www.apteka.ua/wp-content/uploads/2013/09/5-krestinskiy.pdf>.
11. Obukhova O.V. Issues related to the procedure of allocation of the volumes of medical care to regional medical organizations // Healthcare Manager. – 2020. – № 10. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/voprosy-svyazannye-s-poryadkom-vydeleniya-obyomov-meditsinskoy-pomoschi-regionalnym-meditsinskim-organizatsiyam> (Date of Access: 09/08/2023).
12. Review of judicial practice of the Supreme Court of the Russian Federation № 1 (2022) (Approved by the Presidium of the Supreme Court of the Russian Federation on June 1, 2022).
13. Review of judicial practice of the Supreme Court of the Russian Federation № 4 (2018) (Approved by the Presidium of the Supreme Court of the Russian Federation on December 26, 2018).
14. Ruling of the Supreme Court of the Russian Federation dated November 17, 2022 in case № A23-6915/2020. Mode of Access: https://kad.arbitr.ru/Document/Pdf/f07b3dde-3a07-4d9d-82de-014c2c8c6a9f/e8c657e3-1a62-42e6-9141-370d3a843e67/A23-6915-2020_20221117_Opredelenie.pdf?isAddStamp=True.
15. Ruling of the Supreme Court of the Russian Federation dated June 17, 2015 № 307-ES15-6069.
16. Ruling of the Supreme Court of the Russian Federation dated February 2, 2022 № 303-ES21-27430 in case No. A41-51160/2020 On the refusal to transfer a complaint to the Judicial Collegium of the Supreme Court of the Russian Federation.
17. Ruling of the Supreme Court of the Russian Federation dated March 23, 2021 № 303-ES20-20898 in case N A73-13378/2019 On refusal to transfer a complaint to the Judicial Collegium of the Supreme Court of the Russian Federation.
18. Ruling of the Supreme Court of the Russian Federation dated April 24, 2023 № 305-ES23-4301 in case No. A40-82344/2021 On the refusal to transfer a complaint to the Judicial Collegium of the Supreme Court of the Russian Federation.
19. Ruling of the Supreme Court of the Russian Federation of January 28, 2021 № 310-ES20-22096 in case № A23-2310/2019 On the refusal to transfer a complaint to the Judicial Collegium of the Supreme Court of the Russian Federation.
20. Ruling of the Supreme Court of the Russian Federation dated November 26, 2021 № 305-ES21-22045 in case N A41-51160/2020.
21. Order of the Ministry of Health of the Russian Federation dated March 19, 2021 N 231n «On approval of the Procedure for monitoring the volume, timing, quality and conditions of providing medical care under compulsory health insurance to insured persons, as well as its financial support».
22. Order of the Ministry of Health of the Russian Federation dated February 28, 2019 № 108n «On approval of the Rules of compulsory health insurance».
23. Order of the Federal Compulsory Health Insurance Fund dated February 28, 2019 № 36 «On approval of the Procedure for organizing and monitoring the volume, timing, quality and conditions of providing medical care under compulsory health insurance».
24. Federal Law of November 29, 2010 № 326-FZ «On compulsory health insurance in the Russian Federation».
25. Federal Law of November 21, 2011 № 323-FZ «On the fundamentals of protecting the health of citizens in the Russian Federation».
26. Ruling of the Supreme Court of the Russian Federation of March 10, 2022 № 307-ES21-25419 in case No. A13-15420/2020 On the transfer of a complaint to the Judicial Collegium of the Supreme Court of the Russian Federation.
27. Sharipova L.I. Personal insurance: necessity and features. Structure of personal insurance // Colloquium journal. – 2020. – № 32-1 (84). – P. 18-20.
28. Shishkin S.V. Reform of Russian healthcare financing // Scientific works of the Foundation «Institute of Economic Policy named after. E.T. Gaidar». – 2000. – № 25. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/reforma-finansirovaniya-rossiyskogo-zdravoohraneniya> (Date of Access: 09/08/2023).



Вклад авторов:

Ахохова А.В., Тхабисимова А.Б. – концепция и дизайн исследования, обзор литературы, подготовка проекта рукописи;

Тхабисимова И.К., Пиакартова З.М., Шукурова Д.А. – сбор данных, анализ и интерпретация результатов.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Contribution of the authors:

Akhokhova A.V., Tkhabisimova A.B. – concept and design of the study, literature review, preparation of the draft manuscript;

Tkhabisimova I.K., Piyakartova Z.M., Shukurova D.A. – data collection, analysis and interpretation of results.

The authors declare no conflicts of interests.

Статья принята к публикации 11.10.2023.

The article was accepted for publication 11.10.2023.

