

Научная статья

УДК 347.73

DOI: 10.25683/VOLBI.2025.71.1327

Anastasia Andreevna Malysheva

Candidate of Law,

Associate Professor of the Department of Financial, Banking
and Customs Law

named after Professor Nina Ivanovna Khimicheva,

Saratov State Law Academy

Saratov, Russian Federation

asyamalysheva@mail.ru

Анастасия Андреевна Малышева

канд. юрид. наук,

доцент кафедры финансового, банковского
и таможенного права

имени профессора Нины Ивановны Химичевой,

Саратовская государственная юридическая академия

Саратов, Российская Федерация

asyamalysheva@mail.ru

ФИНАНСОВО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КОМИССИЙ ПО РАЗРАБОТКЕ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ПРОГРАММ ОМС: ПРОБЛЕМЫ ПЕРЕРАСПРЕДЕЛЕНИЯ ОБЪЕМОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И СУДЕБНАЯ ПРАКТИКА

5.1.2 — Публично-правовые (государственно-правовые) науки

Аннотация. Одним из субъектов финансовых правоотношений по распределению и использованию средств обязательного медицинского страхования (ОМС) является комиссия по разработке территориальной программы ОМС. В статье исследуются финансово-правовые аспекты ее деятельности и проблемы при перераспределении объемов медицинской помощи и финансового обеспечения по ОМС между медицинскими организациями в течение года. В настоящее время комиссия обладает большим количеством полномочий в вопросах распределения и перераспределения объемов предоставления и финансирования оказываемой медицинской помощи. Ее решения напрямую влияют на финансовое обеспечение деятельности медицинских организаций, что нередко приводит к конфликтным ситуациям, особенно в случаях оказания сверхплановой медицинской помощи.

Анализ судебной практики показывает, что большинство споров между комиссией и медицинскими организациями решается в пользу комиссии. Верховный суд РФ указывает, что медицинские организации должны своевременно обжаловать решения комиссии при несогласии с распределенным или перераспределенным объемом медицинской

помощи, однако отсутствие четких сроков рассмотрения таких обращений создает правовую неопределенность. Исследование региональных практик (Саратовская, Свердловская, Тюменская области и др.) позволило выявить значительные различия в процедурах и сроках рассмотрения заявок на перераспределение объемов предоставляемой медицинской помощи, что усугубляет конфликтность.

Автор приходит к выводу о необходимости нормативного закрепления 30-дневного срока рассмотрения обращений медицинских организаций, что позволит унифицировать процедуру и сократить количество судебных споров. Предлагается дополнить п. 12 Положения о деятельности комиссии, регламентированного приказом Минздрава России от 28 февраля 2019 г. № 108н, соответствующей нормой, реализация которой обеспечит прозрачность деятельности комиссии и защиту прав участников системы ОМС.

Ключевые слова: комиссия по разработке территориальной программы ОМС, медицинская помощь, финансовые правоотношения, здравоохранение, судебная практика, перераспределение, субъекты, обязательное медицинское страхование / ОМС, правовое регулирование, медицинские организации

Для цитирования: Малышева А. А. Финансово-правовые аспекты деятельности комиссий по разработке территориальных программ ОМС: проблемы перераспределения объемов медицинской помощи и судебная практика // Бизнес. Образование. Право. 2025. № 2(71). С. 268—273. DOI: 10.25683/VOLBI.2025.71.1327.

Original article

FINANCIAL AND LEGAL ASPECTS OF THE ACTIVITY OF COMMISSIONS FOR THE DEVELOPMENT OF TERRITORIAL HEALTH INSURANCE PROGRAMS: PROBLEMS OF REALLOCATING MEDICAL CARE VOLUMES AND JUDICIAL PRACTICE

5.1.2 — Public law (state-legal) sciences

Abstract. One of the subjects of financial legal relations in the allocation and use of compulsory health insurance funds is the commission for the development of the territorial compulsory health insurance program. The article examines the financial and legal aspects of its activities, as well as the problems associated with the reallocation of medical care volumes and financial support under the compulsory health insurance system among healthcare organizations during the year. Currently, the commission has extensive authority in the allocation and reallocation of medical care volumes and funding. Its decisions

directly affect the financial support of healthcare organizations, often leading to conflicts, particularly in cases of providing medical care beyond the planned volumes.

An analysis of judicial practice reveals that most disputes between the commission and healthcare organizations are resolved in favor of the commission. The Supreme Court of the Russian Federation emphasizes that healthcare organizations must promptly appeal the commission's decisions if they disagree with the allocated or reallocated volumes of medical care. However, the lack of clear deadlines for reviewing such

appeals creates legal uncertainty. A study of regional practices (e.g., Saratov, Sverdlovsk and Tyumen regions) identified significant variations in the procedures and timelines for reviewing applications for the reallocation of medical care volumes, exacerbating conflicts.

The author concludes that it is necessary to legally establish a 30-day deadline for reviewing appeals from healthcare organizations, which would standardize the procedure and reduce the number of legal disputes. It is proposed to amend para-

graph 12 of the Regulations on the Commission's Activities, approved by Order No. 108n of the Russian Ministry of Health dated February 28, 2019, with a provision ensuring transparency in the commission's work and protecting the rights of compulsory health insurance system participants.

Keywords: *commission for the development of the territorial CHI program, medical care, financial legal relations, healthcare, judicial practice, reallocation, entities, compulsory health insurance / CHI, legal regulation, healthcare organizations*

For citation: Malysheva A. A. Financial and legal aspects of the activity of commissions for the development of territorial health insurance programs: problems of reallocating medical care volumes and judicial practice. *Biznes. Obrazovanie. Pravo = Business. Education. Law.* 2025;2(71):268—273. DOI: 10.25683/VOLBI.2025.71.1327.

Введение

Актуальность. Функционирование системы обязательного медицинского страхования (далее — ОМС) в России обеспечивается деятельностью различных субъектов. Одним из ключевых является комиссия по разработке территориальной программы ОМС (далее — Комиссия), формируемая в каждом субъекте Российской Федерации на основе принципов коллегиальности и паритетности. Деятельность Комиссии направлена на обеспечение доступности и повышение качества предоставляемой населению бесплатной медицинской помощи.

Несмотря на наличие у Комиссии полномочий финансово-правового характера (в частности, разработка проекта территориальной программы, в т. ч. нормативов финансовых затрат, распределение и перераспределение между медицинскими организациями в течение отчетного года объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи, установление тарифов на оказание медицинской помощи), до настоящего времени финансово-правовые и организационные аспекты ее функционирования остаются недостаточно изученными и регламентированными. Это создает сложности в правоприменительной деятельности и приводит к возникновению спорных ситуаций.

Особую значимость приобретает вопрос распределения и перераспределения объемов медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями в рамках ОМС, т. к. от решений Комиссии зависит не только эффективность использования бюджетных средств, но и степень реализации конституционного права граждан на охрану здоровья и получение медицинской помощи.

Отсутствие четко регламентированного порядка и сроков рассмотрения обращений медицинских организаций, а также перераспределения объемов медицинской помощи приводит к спорным ситуациям между Комиссией и медицинскими организациями, которые считают, что их права нарушены. Такие споры касаются необоснованного сокращения объемов медицинской помощи, несоответствия финансового обеспечения реальным потребностям населения в оказании медицинской помощи, нарушения процедуры перераспределения, бездействия Комиссии в отношении поступившего от медицинской организации обращения о перераспределении объемов медицинской помощи.

Изученность проблемы. В настоящее время отсутствуют комплексные исследования, которые посвящены анализу финансово-правовых аспектов деятельности Комиссии.

В рамках рассматриваемой тематики современные научные изыскания сосредоточены на определении тенденций судебной практики. В частности, Ф. Н. Кадыров и А. М. Чилилов, осуществляя анализ опубликованного

Верховным судом РФ обзора практики по делам, связанным с применением законодательства об ОМС, рассматривают основные решения, связанные с отказами оплачивать медицинским организациям оказанную сверхплановую медицинскую помощь [1]. Нами ранее были определены особенности реализации принципов ОМС в контексте финансового обеспечения предоставления бесплатной медицинской помощи на примере конкретных судебных споров [2]. Э. А. Гордеев анализирует актуальные вопросы арбитражной практики на опыте Санкт-Петербурга [3]. Кроме того, предметом исследовательского интереса становятся механизмы распределения объемов медицинской помощи в системе ОМС (И. М. Степанов [4]).

Вопросы деятельности Комиссии упоминаются также в более комплексных исследованиях экономистов, посвященных перспективам развития и направлениям совершенствования системы ОМС в России, организации и финансированию здравоохранения в России в целом (С. В. Шишкин [5; 6]) и взаимодействию участников системы ОМС (М. А. Филина, С. А. Оруджева [7]).

В современных исследованиях ученых-правоведов рассматриваются различные аспекты цифровизации здравоохранения, которые могут влиять на деятельность Комиссии и оказание качественной медицинской помощи в целом. Так, О. В. и Г. Б. Романовские обозначают правовые проблемы, возникающие при внедрении некоторых цифровых устройств в медицинскую практику [8]. Е. А. Отставнова определяет конституционно-правовые основы цифровизации здравоохранения в России [9], а Л. В. Ладочкина анализирует особенности правового регулирования технологий искусственного интеллекта, используемых в медицинской деятельности [10].

Целесообразность разработки темы. Вопросы, которые затронуты автором в настоящей статье, способствуют выявлению проблем правового регулирования процесса перераспределения объемов оказываемой медицинскими организациями по ОМС медицинской помощи, ее финансового обеспечения и разработке возможных путей их решения, которые будут способствовать совершенствованию механизма взаимодействия Комиссии и медицинских организаций, а также своевременности и повышению качества оказания бесплатной медицинской помощи в России.

В условиях ограниченности бюджетных средств и наличия потребности в качественных медицинских услугах особую значимость приобретает прозрачность и обоснованность распределения и перераспределения объемов медицинской помощи, оказываемой в рамках системы ОМС. Недостаточная регламентация деятельности Комиссии и отсутствие четких критериев перераспределения

объемов медицинской помощи и их финансового обеспечения нередко приводит к дисбалансу между реальными потребностями пациентов, возможностями медицинских организаций и решениями Комиссии, что негативно сказывается на доступности плановой медицинской помощи.

Подтверждением целесообразности разработки указанной тематики является большое количество судебных споров между Комиссией и медицинскими организациями, которые обращаются в суд с требованиями о признании незаконными и недействительными ее решений, в т. ч. по вопросам бездействия Комиссии, которое выражено в нерассмотрении обращений медицинской организации (например, постановления Арбитражного суда Западно-Сибирского округа от 12 июля 2023 г. № Ф04-2002/2023 по делу № А27-5223/2022, Арбитражного суда Волго-Вятского округа от 8 декабря 2023 г. № Ф01-6872/2023 по делу № А82-5699/2022 и от 13 марта 2024 г. № Ф01-299/2024 по делу № А31-2893/2023, Арбитражного суда Северо-Западного округа от 30 сентября 2024 г. № Ф07-11362/2024 по делу № А05-4371/2023, Арбитражного суда Центрального округа от 12 февраля 2025 г. № Ф10-6053/2024 по делу № А54-1375/2022). Наличие большого количества судебных споров по данной тематике свидетельствует о пробелах в законодательстве и необходимости его совершенствования для минимизации конфликтов, а также обеспечения стабильности функционирования системы ОМС.

Научная новизна. В статье предлагается решение проблемы отсутствия в положении о деятельности Комиссии, регламентирующем порядок ее функционирования, нормы о сроке рассмотрения обращений медицинской организации о перераспределении объемов предоставления и финансового обеспечения оказываемой в рамках ОМС медицинской помощи. Автором обозначается возможный вариант решения выявленной проблемы посредством установления для Комиссии 30-дневного срока рассмотрения обращения медицинской организации. Предлагается его нормативное закрепление посредством внесения изменений в действующий нормативный правовой акт.

Целью исследования является комплексный анализ финансово-правовой основы деятельности комиссий по разработке территориальных программ ОМС, выявление системных проблем в перераспределении объемов медицинской помощи в течение года и разработка предложений по совершенствованию механизма правового регулирования выявленных проблем с учетом сложившейся судебной практики.

Задачами исследования являются определение роли Комиссии в финансовых правоотношениях по распределению и использованию средств ОМС, состава нормативных правовых актов, регламентирующих деятельность Комиссии, ее полномочий и порядка взаимодействия с медицинскими организациями; анализ судебной практики по спорам между медицинскими организациями и Комиссией; выявление пробелов в механизме правового регулирования ее деятельности при перераспределении объемов предоставляемой в рамках ОМС медицинской помощи; разработка рекомендаций по внесению изменений в порядок взаимодействия Комиссии и медицинских организаций при решении вопроса о перераспределении объемов медицинской помощи, направленных на обеспечение обоснованности и справедливости при рассмотрении обращений медицинских организаций, а также на минимизацию судебных споров.

Теоретическая значимость работы. Результаты исследования призваны способствовать повышению прозрачности и эффективности распределения финансовых средств в системе ОМС, а также минимизации правовых рисков при реализации территориальных программ. Они могут использоваться исследователями для дальнейших научных разработок в сфере финансового права и механизма правового регулирования медицинской деятельности.

Практическая значимость работы. Рекомендации и практические предложения по решению обозначенных проблем могут быть использованы субъектами нормотворчества в целях совершенствования механизма финансово-правового регулирования деятельности Комиссии, а также применены при формировании государственной политики в данной сфере и в деятельности медицинских организаций.

Методы исследования. Исследование состава нормативных правовых актов, регламентирующих деятельность Комиссии, ее полномочий и порядка взаимодействия с медицинскими организациями, а также тенденций судебной практики в обозначенной сфере осуществлялось посредством анализа. Для толкования норм законодательства, регулирующего деятельность Комиссии и порядок перераспределения объемов медицинской помощи, использовался формально-юридический метод. Разработка предложений по совершенствованию механизма правового регулирования на основе выявленных проблем происходила посредством моделирования.

Основная часть

В российской системе ОМС участвует несколько категорий лиц. Законодателем в ст. 9 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее — Закон об ОМС) выделяются «субъекты ОМС» и «участники ОМС», однако ни в одной из них не указывается комиссия по разработке территориальной программы ОМС, от решений которой в настоящее время зависит предоставление денежных средств в рамках оплаты оказываемой медицинской помощи.

Создание и функционирование Комиссии предусмотрено ч. 9 ст. 36 Закона об ОМС и положением о деятельности Комиссии, регламентированным приказом Минздрава России от 28 февраля 2019 г. № 108н.

Указанные нормативные правовые акты устанавливают цель создания и функционирования Комиссии, а также ее полномочия и порядок деятельности. Большинство закрепленных за ней прав и обязанностей связаны с разработкой, установлением, распределением показателей и объема предоставляемой в рамках ОМС медицинской помощи и ее финансового обеспечения. В процессе осуществления деятельности Комиссия постоянно вступает в общественные отношения, в рамках которых реализует содержащиеся в нормах предписания по распределению и использованию средств ОМС. Это позволяет утверждать, что Комиссия является одним из участников финансовых правоотношений в сфере ОМС. В этих отношениях ее полномочия достаточно часто сталкиваются с законными интересами медицинских организаций.

Действующий механизм правового регулирования порядка взаимодействия медицинских организаций и Комиссии как субъектов финансовых правоотношений не является совершенным, что приводит к возникновению большого количества спорных ситуаций. Одним из основных направлений в данной сфере являются вопросы оплаты сверхплановой оказанной

медицинской помощи в рамках ОМС [11—15]. Сложившаяся за последние несколько лет судебная практика свидетельствует о том, что медицинским организациям в большинстве случаев отказывают в оплате, если они не применили правовые инструменты для взаимодействия участников программы ОМС и корректировки объема распределенной медицинской помощи (например, определение Верховного суда РФ от 24 мая 2023 г. № 307-ЭС23-7224 по делу № А56-28564/2022). Ключевая роль в этих отношениях отведена именно Комиссии. Позиция Верховного суда РФ по данной ситуации состоит в том, что поскольку решение по распределению объемов предоставления медицинской помощи и финансовых средств принадлежит Комиссии, то медицинская организация имеет право обжаловать ее решения по недостаточному выделению объемов распределенной медицинской помощи и финансового обеспечения на ее оказание. В случае, если медицинская организация этого не сделала, то она не воспользовалась правовым инструментом для корректировки и не имеет права на получение выплаты за оказанный сверхплановый объем медицинской помощи в рамках ОМС (определение Верховного суда РФ от 13 января 2023 г. № 310-ЭС22-12150 по делу № А23-6915/2020).

Получается, что Комиссия в конечном итоге определяет, в каком объеме получит финансирование медицинская организация, не только на плановый период, но и за уже оказанную медицинскую помощь.

Стоит отметить, что в спорах между Комиссией и медицинскими организациями суды, в большинстве случаев, встают на сторону Комиссии, отказывая медицинским организациям в удовлетворении исковых требований о признании незаконными действий или бездействия Комиссии (постановления Второго арбитражного апелляционного суда от 23 января 2025 г. № 02АП-8309/2024 по делу № А28-9560/2024, Арбитражного суда Северо-Кавказского округа от 21 июня 2024 г. № Ф08-2046/2024 по делу № А63-7741/2023 и от 21 октября 2024 г. № Ф08-8341/2024 по делу № А22-478/2023, Арбитражного суда Волго-Вятского округа от 21 ноября 2024 г. № Ф01-5094/2024 по делу № А29-14554/2023, Арбитражного суда Северо-Кавказского округа от 2 декабря 2024 г. № Ф08-8826/2024 по делу № А20-4014/2022).

Большое количество споров с участием Комиссии подтверждается также и выделением в обзоре судебной практики Верховного суда РФ по делам, которые связаны с применением законодательства об ОМС (утв. Президиумом Верховного суда РФ 27 ноября 2024 г.), отдельного раздела по спорам, возникающим между медицинскими организациями и Комиссией.

Так, возникает проблема возможного бездействия со стороны Комиссии при направлении медицинской организацией заявления о необходимости перераспределения объемов медицинской помощи. Такие случаи встречаются в судебной практике (например, постановление Арбитражного суда Центрального округа от 12 февраля 2025 г. № Ф10-6053/2024 по делу № А54-1375/2022).

Верховный суд РФ признал, что непринятие Комиссией итогового решения по такому заявлению является незаконным. В данном случае нарушается право медицинской организации на результативное обращение к Комиссии за корректировкой объема медицинской помощи. Стоит отметить, что такое обращение является единственным возможным способом изменения предоставленного Комиссией объема оказываемой медицинской помощи по ОМС и полу-

чения финансирования для приема пациентов сверх первоначальной установленной квоты.

В положении о деятельности Комиссии не установлены сроки и порядок рассмотрения обращений медицинских организаций о перераспределении предоставленного объема медицинской помощи и финансового обеспечения, что приводит к разнице механизмов осуществления данной деятельности в зависимости от конкретного субъекта Российской Федерации. По итогам анализа решений Комиссий различных субъектов Российской Федерации, которые представлены в протоколах, размещенных в открытом доступе на официальных сайтах территориальных фондов ОМС, установлено, что в практике Комиссий различных регионов сроки рассмотрения таких заявок разнятся. Так, например, в протоколах заседания Комиссии в Тюменской области сроки рассмотрения заявок медицинских организаций колеблются в пределах 30 дней (например, заявка ГАУЗ ТО «Областной кожно-венерологический диспансер» от 27 февраля 2025 г. рассмотрена протоколом Комиссии от 25 марта 2025 г., а заявка ГАУЗ ТО «МКДЦ» от 28 марта 2025 г. рассмотрена протоколом Комиссии от 24 апреля 2025 г.). В Саратовской области есть практика переноса рассмотрения заявок медицинских организаций о перераспределении объемов медицинской помощи на более поздний период. Например, в протоколе Комиссии от 28 апреля 2025 г. определено, что заявка ГУЗ «СГП № 20» от 12 февраля 2025 года будет рассмотрена по итогам работы медицинской организации за I полугодие 2025 г. В некоторых субъектах Российской Федерации в протоколах Комиссии не указывается какого числа медицинской организацией была подана заявка о перераспределении объемов (например, Республика Удмуртия, Хабаровский край, Рязанская область, Свердловская область), что не позволяет определить время ожидания медицинской организацией решения Комиссии о перераспределении объемов оказываемой медицинской помощи и ее финансового обеспечения. В отдельных субъектах Российской Федерации в свободном доступе отсутствуют решения Комиссии (например, Волгоградская область), вследствие чего не представляется возможным проанализировать степень соблюдения прав медицинских организаций, работающих в системе ОМС этих регионов, при распределении им объемов медицинской помощи и ее финансового обеспечения.

Закключение

Таким образом, отсутствие нормативно урегулированного механизма рассмотрения Комиссией заявок медицинских организаций о перераспределении объемов предоставления ими медицинской помощи в рамках ОМС и ее финансового обеспечения приводит к наличию в субъектах Российской Федерации разного порядка и сроков рассмотрения заявок, а также возникновению большого количества судебных споров между Комиссиями и медицинскими организациями, которые не могут добиться решения по направленной заявке или не согласны с ним.

Выводы, полученные в ходе анализа протоколов Комиссии Тюменской области и опыт рассмотрения ею заявок медицинских организаций о перераспределении объемов медицинской помощи, свидетельствуют о том, что такие заявки могут быть рассмотрены в течение месяца. Учитывая, что в п. 18 положения о деятельности Комиссии закреплена норма, в соответствии с которой ее заседания должны проводиться не реже одного

паза в месяц, представляется целесообразным закрепить 30-дневный срок рассмотрения Комиссией обращений медицинских организаций о перераспределении объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи. Внесение указанных изменений позволит нормативно обозначить временные рамки на рассмотрение Комиссией обращения медицинской организации, устранить неопределенность в разрешении этого вопроса и сократить количество судебных споров между медицинскими организациями и Комиссией.

Нормативное закрепление указанного предложения представляется возможным посредством внесения изменений в п. 12 Положения о деятельности комиссии по разработке территориальной программы ОМС, утвержденного приказом Минздрава России от 28 февраля 2019 г. № 108н, который предлагается дополнить следующим абзацем: «Обращения медицинских организаций о перераспределении объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи рассматриваются Комиссией в течение 30 дней со дня их поступления».

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Кадыров Ф. Н., Чилилов А. М. Уроки обзора судебной практики в системе обязательного медицинского страхования. Часть 1. Вопросы превышения выделенных объемов специализированной, в т. ч. высокотехнологичной медицинской помощи // Менеджер здравоохранения. 2025. № 1. С. 4—15. DOI: 10.21045/1811-0185-2025-1-4-15.
2. Малышева А. А. Реализация принципов обязательного медицинского страхования в контексте финансового обеспечения предоставления бесплатной медицинской помощи: тенденции судебной практики // Безопасность бизнеса. 2024. № 2. С. 27—32. DOI: 10.18572/2072-3644-2024-2-27-32.
3. Гордеев Э. А. Актуальные вопросы арбитражной практики в системе ОМС (опыт Санкт-Петербурга) // Менеджер здравоохранения. 2018. № 3. С. 43—49.
4. Степанов И. М. Распределение объемов медицинской помощи в системе ОМС: регулирование и реальные практики // Вопросы государственного и муниципального управления. 2023. № 2. С. 74—102. DOI: 10.17323/1999-5431-2023-0-2-74-102.
5. Шишкин С. В. Эволюция и перспективы системы обязательного медицинского страхования в России // Экономическая политика. 2023. Т. 18. № 1. С. 8—33. DOI: 10.18288/1994-5124-2023-1-8-33.
6. Организация и финансирование здравоохранения в России и в мире: тенденции и перспективы / под ред. С. В. Шишкина, И. М. Шеймана. М. : Издат. дом Высш. шк. экономики, 2025. 520 с.
7. Филина М. А., Оруджева С. А. Взаимодействие участников системы обязательного медицинского страхования и повышение эффективности их функционирования на современном этапе // Инновационная экономика: информация, аналитика, прогнозы. 2024. № 5. С. 39—46.
8. Романовская О. В., Романовский Г. Б. Право и цифровизация современного здравоохранения // Вестник РУДН. Серия: Юридические науки. 2024. Т. 28. № 3. С. 565—583.
9. Отставнова Е. А. Конституционно-правовые основы цифровизации здравоохранения в Российской Федерации // Вестник Саратовской государственной юридической академии. 2023. № 3(152). С. 64—72.
10. Ладочкина Л. В. Правовое регулирование искусственного интеллекта, используемого в медицине и здравоохранении // Вестник Саратовской государственной юридической академии. 2024. № 3(158). С. 128—131. DOI: 10.24412/2227-7315-2024-3-128-131.
11. Малышева А. А. Качественное предоставление бесплатной медицинской помощи: финансово-правовые аспекты // Бизнес. Образование. Право. 2022. № 4(61). С. 263—266. DOI: 10.25683/VOLBI.2022.61.477.
12. Малышева А. А. Финансово-правовое регулирование деятельности субъектов обязательного медицинского страхования. Саратов : Сарат. гос. юрид. акад., 2024. 208 с.
13. Кадыров Ф. Н., Куфтова Ю. А. Обзор судебной практики по вопросам оплаты сверхплановых объемов медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования // Менеджер здравоохранения. 2019. № 4. С. 71—76.
14. Оказание медицинской помощи «сверхобъема» в рамках ОМС: штрафные санкции или уголовная ответственность / А. В. Ахохова, И. К. Тхабисимова, З. М. Пиакартова и др. // Дальневосточный медицинский журнал. 2023. № 4. С. 159—167.
15. Манухина Е. В., Юрина С. В., Нагибин О. А. Современные подходы к оплате медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования в 2023 году // Общественное здоровье и здравоохранение. 2023. № 3(78). С. 25—29.

REFERENCES

1. Kadyrov F. N., Chililov A. M. Lessons from the review of judicial practice in the compulsory health insurance system. Part 1: Issues of exceeding allocated volumes of specialized, including high-tech medical care. *Manager zdravoohranenia*. 2025;1:4—15. (In Russ.) DOI: 10.21045/1811-0185-2025-1-4-15.
2. Malysheva A. A. Implementation of principles of obligatory medical insurance within the framework of the financial support of free medical assistance: tendencies of the judicial practice. *Bezopasnost' biznesa = Business Security*. 2024;2:27—32. (In Russ.) DOI: 10.18572/2072-3644-2024-2-27-32.
3. Gordeev E. A. Topical issues of arbitration practice in the CHI system (the experience of Saint Petersburg). *Manager zdravoohranenia*. 2018;3:43—49. (In Russ.)
4. Stepanov I. M. Allocation of medical care volumes in the system of compulsory health insurance: regulation and real practice. *Voprosy gosudarstvennogo i munitsipal'nogo upravleniya = Public Administration Issues*. 2023;2:74—102. (In Russ.) DOI: 10.17323/1999-5431-2023-0-2-74-102.
5. Shishkin S. V. Evolution and Prospects of Compulsory Health Insurance in Russia. *Economicheskaya politika = Economic Policy*. 2023;18(1):8—33. (In Russ.) DOI: 10.18288/1994-5124-2023-1-8-33.

6. Organization and financing of healthcare in Russia and the world: trends and prospects. S. V. Shishkin, I. M. Sheiman (eds.). Moscow, HSE University publ., 2025. 520 p. (In Russ.)
7. Filina M. A., Orudjeva S. A. Interaction of participants in the compulsory health insurance system and improving the efficiency of their functioning at the present stage. *Innovatsionnaya ekonomika: informatsiya, analitika, prognozy = Innovative economy: information, analytics, forecasts*. 2024;5:39—46. (In Russ.)
8. Romanovskaya O. V., Romanovskiy G. B. Law and digitalization of modern healthcare. *Vestnik RUDN. Seriya: Yuridicheskie nauki = RUDN Journal of Law*. 2024;28(3):565—583. (In Russ.)
9. Otstavnova E. A. Constitutional and legal framework for the healthcare digitalization in the Russian Federation. *Vestnik Saratovskoi gosudarstvennoi yuridicheskoi akademii = Saratov State Law Academy*. 2023;3(152):64—72. (In Russ.)
10. Ladochkina L. V. Legal regulation of artificial intelligence used in medicine and healthcare. *Vestnik Saratovskoi gosudarstvennoi yuridicheskoi akademii = Saratov State Law Academy*. 2024;3(158):128—131. (In Russ.) DOI: 10.24412/2227-7315-2024-3-128-131.
11. Malysheva A. A. Qualitative provision of free medical care: financial and legal aspects. *Biznes. Obrazovanie. Pravo = Business. Education. Law*. 2022;4(61):263—267. (In Russ.) DOI: 10.25683/VOLBI.2022.61.477.
12. Malysheva A. A. Financial and legal regulation of compulsory health insurance entities. Saratov, Saratov State Law Academy publ., 2024. 208 p. (In Russ.)
13. Kadyrov F. N., Kuftova Yu. A. The review of judicial practice on the payment of over-planned volumes of medical care in the system of compulsory health insurance. *Manager zdavoookhranenia*. 2019;4:71—76. (In Russ.)
14. Akhokhova A. V., Thabisimova I. K., Piyakartova Z. M. et al. Providing «over-volume» medical care within the framework of compulsory medical insurance: penalties or criminal liability. *Dal'nevostochnyi meditsinskii zhurnal = Far Eastern medical journal*. 2023;4:159—167. (In Russ.)
15. Manukhina E. V., Yurina S. V., Nagibin O. A. Modern approaches to paying for medical care provided under the territorial program of compulsory medical insurance in 2023. *Obshchestvennoe zdorov'e i zdavoookhranenie = Public health and health care*. 2023;3(78):25—29. (In Russ.)

Статья поступила в редакцию 29.04.2025; одобрена после рецензирования 24.05.2025; принята к публикации 26.05.2025.
The article was submitted 29.04.2025; approved after reviewing 24.05.2025; accepted for publication 26.05.2025.