ТФОМС
КЕМЕРОВСКОЙ
ОБЛАСТИ – КУЗБАССА

ВЕСТНИК ОМС | 2025

№ 1

Сборник информационно-методических материалов
для участников системы ОМС Кемеровской области – Кузбасса

3 | С 9 сентября 2025 года действуют новые Правила обязательного медицинского страхования

8 | Минздрав России утвердил новую форму направления для оказания медицинской помощи

9 | Минздрав России расширил перечень показателей результативности деятельности медорганизаций

ТФОМС
КЕМЕРОВСКОЙ
ОБЛАСТИ — КУЗБАССА

СОДЕРЖАНИЕ

3

С 9 СЕНТЯБРЯ 2025 ГОДА ДЕЙСТВУЮТ НОВЫЕ ПРАВИЛА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

- Оформление полиса ОМС
- Реестр медицинских организаций
- Страховые медицинские организации
- Оплата медицинской помощи
- Структура тарифа
- Финансовые санкции

8

МИНЗДРАВ РОССИИ УТВЕРДИЛ НОВУЮ ФОРМУ НАПРАВЛЕНИЯ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

9

МИНЗДРАВ РОССИИ РАСШИРИЛ ПЕРЕЧЕНЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

С 9 СЕНТЯБРЯ 2025 ГОДА ДЕЙСТВУЮТ НОВЫЕ ПРАВИЛА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Приказ Минздрава РФ от 21.08.2025 № 496н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» пришел на смену аналогичному приказу от 28.02.2019 № 108н. В этом документе нашли отражение многочисленные изменения, внесенные в федеральные законы № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Приказ Минздрава РФ от 21.08.2025 № 496н

«Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования»

Оформление полиса ОМС

По новым Правилам обязательное медицинское страхование ребенка со дня его рождения и до дня государственной регистрации его рождения (т.е. до момента получения свидетельства о рождении) осуществляется той же страховой медицинской организацией, в которой застрахованы его мать или другой законный представитель.

Обязательное медицинское страхование ребенка со дня государственной регистрации рождения и до достижения им совершеннолетия либо до приобретения им дееспособности в полном объеме осуществляется страховой компанией, которую выбрал один из его родителей или других законных представителей.

В новой редакции Правил ОМС появилось несколько уточнений.

Первое касается ситуации, когда ни один из родителей (законных представителей) не выбрал для ребенка страховую медицинскую организацию. В этом случае обязательное медицинское страхование со дня государственной регистрации его рождения и до момента выбора СМО осуществляется страховой медицинской организацией, в которой застрахованы его мать или другой законный представитель.

Если мать и другие законные представители ребенка относятся к категориям лиц, которые по закону не подлежат обязательному медицинскому страхованию (например, призваны (поступили) на военную службу или приравненную к ней службу), обязательное медицинское страхование ребенка со дня государственной регистрации его рождения и до выбора страховой медицинской организации осуществляется той страховой компанией, которую определит ТФОМС.

Подача заявлений о включении в ЕРЗЛ и о выборе (замене) СМО

В новых Правилах ОМС изменен перечень сведений, содержащихся в заявлении о включении в Единый регистр застрахованных лиц и в заявлении о выборе (замене) страховой медицинской организации.

В большинстве случаев при оформлении, переоформлении полиса ОМС и выборе страховой компании СНИЛС становится обязательным документом (ранее – при наличии).

В Правила ОМС включен новый пункт, который касается эмансипации несовершеннолетних граждан. В таких случаях подача заявления о выборе (замене) СМО и заявления о включении в ЕРЗЛ осуществляется на бумажном носителе непосредственно в страховой медицинской организации при предоставлении документов, подтверждающих его дееспособность.

Из перечня контактных данных, обязательных для заполнения при согласии лица на проведение страховой компанией индивидуального информационного сопровождения на всех этапах оказания медицинской помощи, исключили личный кабинет на портале «Госуслуги».

При изменении контактных данных (номера телефона, почтового адреса и адреса электронной почты) застрахованный гражданин или его представитель (в том числе законный) информирует об этом свою страховую медицинскую организацию путем направления уведомления об изменении контактных данных (утвержденная форма размещена на официальном сайте Федерального фонда ОМС). Данное уведомление не может быть направлено в СМО посредством ЕПГУ.

В Правила ОМС добавлен новый пункт, который гласит, что запись в Едином регистре застрахованных лиц формируется при первоначальном включении сведений о застрахованном лице в Единый регистр застрахованных лиц Терфондом (в случае подачи заявления о включении в ЕРЗЛ), а также при получении в рамках межведомственного информационного взаимодействия сведений о составлении записи акта о рождении ребенка, приобретения лицом гражданства РФ.

Содержание >>

С 9 СЕНТЯБРЯ 2025 ГОДА ДЕЙСТВУЮТ НОВЫЕ ПРАВИЛА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Продолжение.
(Начало на **стр. 3**)

Полис ОМС для иностранных граждан

В новых Правилах ОМС установлены требования для временно пребывающих и осуществляющих трудовую деятельность на территории РФ иностранных граждан, лиц без гражданства (за исключением высококвалифицированных специалистов, а также граждан, осуществляющих в РФ трудовую деятельность в соответствии со ст. 13.5 ФЗ № 115-ФЗ) – они имеют право на получение полиса ОМС при условии уплаты за них страховых взносов на ОМС непрерывно в течение последних трех лет и подтверждения их статуса работающего.

Факт непрерывности подтверждается наличием данных о статусе работающего в сведениях Федеральной налоговой службы по каждому отчетному периоду (кварталу), представленных за три года, предшествующие дню обращения за полисом ОМС.

Если эти условия выполнены, то иностранные граждане лично обращаются в СМО и подают заявления о включении в ЕРЗЛ и о выборе (замене) СМО на бумажном носителе.

Все сведения, указанные в заявлениях, подтверждаются оригиналами или заверенными копиями следующих документов:

- паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором РФ в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина;
- СНИЛС;
- трудовой договор.

На основании этих документов СМО внесут сведения об иностранном гражданине в ЕРЗЛ и предоставят по запросу выписку о полисе ОМС. Срок действия полиса ОМС – до конца текущего календарного года. При утрате статуса работающего полис ОМС будет признан недействительным.

В новых Правилах ОМС конкретизированы случаи переоформления полиса ОМС и уточнен порядок его переоформления.

Исключена обязанность застрахованных лиц уведомлять СМО об изменениях персональных данных (Ф. И. О., реквизиты документа, удостоверяющего личность, место жительства) в течение одного месяца со дня, когда эти изменения произошли.

Заявление о переоформлении полиса ОМС подается при личном обращении гражданина (его представителя) в СМО (способ подачи заявления посредством ЕПГУ не предусмотрен).

Реестр медицинских организаций

Порядок включения медицинских организаций в реестр МО, осуществляющих деятельность в сфере ОМС по территориальной программе ОМС, в новом документе разделен на два блока:

- государственные или муниципальные медорганизации включаются в реестр на основании поданного **уведомления**,
- частные медицинские организации направляют в ТФОМС **заявление** на включение в реестр МО в порядке и по форме, установленным Правительством РФ.

Срок, до которого необходимо направлять уведомления и заявления на включение в реестр МО на следующий календарный год, не изменился – до 1 сентября года, предшествующего году, в котором МО намерена осуществлять деятельность в сфере ОМС на территории субъекта РФ.

При этом, в соответствии с ч. 2.1 ст. 15 Закона об ОМС, высшее должностное лицо субъекта РФ (руководитель высшего исполнительного органа государственной власти субъекта РФ) вправе установить срок направления уведомления о включении МО в реестр, отличный от предусмотренного ч.2 ст.15 Закона об ОМС.

В уведомлении на включение в реестр МО государственным медорганизациям теперь необходимо дополнительно указывать:

- сведения о субъекте РФ, на участие в реализации территориальной программы которого МО подает уведомление о включении в реестр МО;
- идентификационный номер МО в федеральном реестре медицинских и фармацевтических организаций (ФРМО);
- сведения об объемах медицинской помощи в разрезе профилей, оказанной медицинской организацией за счет всех источников финансового обеспечения (в разрезе источников финансового обеспечения) за год, предыдущий году подачи уведомления о включении в реестр медицинских организаций.

ТФОМС в течение трех рабочих дней со дня поступления уведомления от государственной или муниципальной МО осуществляет его проверку на соответствие правилам формирования и срокам подачи, установленным ст. 15 Закона об ОМС. При выявлении нарушений в МО направляется протокол о несоответствии уведомления правилам и срокам его подачи.

ТФОМС не вправе отказать МО государственной (муниципальной) системы здравоохранения во включении в реестр МО.

Содержание >>

С 9 СЕНТЯБРЯ 2025 ГОДА ДЕЙСТВУЮТ НОВЫЕ ПРАВИЛА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Продолжение.
(Начало на **стр. 3**)

Страховые медицинские организации

Страховая медицинская организация включается в реестр СМО на основании уведомления, направляемого ею в Терфонд в срок с 1 августа до 1 октября года, предшествующего году, в котором СМО намерена осуществлять деятельность в сфере ОМС, в электронном виде в ГИС ОМС (таким образом, исключена возможность направления уведомления на бумажных носителях и в электронном виде через официальный сайт ТФОМС).

В уведомлении на включение в реестр СМО теперь необходимо указывать количество страховых представителей, фактически осуществляющих деятельность по защите прав застрахованных лиц на дату подачи уведомления.

ТФОМС и СМО обязаны размещать на своих официальных сайтах информацию о/об:

- страховых представителях, которые фактически осуществляют информационное сопровождение застрахованных лиц (в том числе индивидуальное);
- порядке сопровождения застрахованных лиц на всей территории России;

- уровнях и полномочиях страховых представителей СМО;
- способах связи с представителями страховой медицинской организации (номер круглосуточного телефона и адрес электронной почты).

Актуализация информации, которая размещена на официальном сайте СМО, должна осуществляться не позднее трех рабочих дней с момента ее изменения.

Новый документ детально регламентирует работу страховых представителей и порядок сопровождения застрахованных граждан на всех этапах оказания медицинской помощи в системе ОМС.

Территориальные фонды ОМС и страховые медицинские организации занимаются защитой прав и законных интересов граждан, в том числе:

- осуществляют информационное сопровождение застрахованных лиц;
- оказывают содействие в восстановлении нарушенных прав на всех этапах оказания медицинской помощи, в том числе за пределами территории страхования и в федеральных медицинских организациях;
- проводят контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оказанной в рамках базовой и территориальной программ;
- занимаются рассмотрением обращений застрахованных граждан;
- оказывают консультативную помощь застрахованным лицам в предъявлении претензий к медицинским организациям в связи с отказом в оказании медпомощи или некачественным оказанием медпомощи и взиманием денежных средств за оказание медицинской помощи;
- проводят опросы застрахованных лиц на предмет удовлетворенности доступностью и качеством медицинской помощи в МО.

Новые Правила ОМС установили срок внесения в региональную информационную систему сведений о результатах информирования граждан – не позднее пятого рабочего дня месяца, следующего за месяцем информирования (*п.373 Правил ОМС*).

Расширены полномочия Федерального и территориальных фондов ОМС по контролю за страховыми медицинскими организациями и осуществлению мониторинга их деятельности. Территориальные фонды ОМС ежеквартально будут оценивать выполнение страховщиками ключевых показателей эффективности и передавать полученные сведения в ФОМС для формирования рейтингов. В свою очередь, Федеральный фонд ОМС будет проводить регулярный мониторинг деятельности страховых медицинских организаций на всей территории страны и публиковать его результаты на своем официальном сайте.

Содержание >>

С 9 СЕНТЯБРЯ 2025 ГОДА ДЕЙСТВУЮТ НОВЫЕ ПРАВИЛА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Продолжение.
(Начало на **стр. 3**)

Оплата медицинской помощи

В новой версии Правил ОМС срок, в течение которого страховая медицинская организация направляет в МО средства на авансирование и оплату медпомощи в соответствии с договорами на оказание и оплату медпомощи по ОМС, сократился с трех до двух рабочих дней со дня получения целевых средств от Территориального фонда ОМС.

Пункт про финансирование медицинских организаций в условиях ЧС и (или) при возникновении угрозы распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих *(п. 199 Правил ОМС)*, дополнен следующей информацией:

«Терфонд направляет в МО аванс в размере, предусмотренном порядком оплаты медицинской помощи по ОМС, установленным в соответствии с п.6 ч.1 ст.7 Закона об ОМС, не позднее пяти рабочих дней со дня получения от МО заявки на авансирование медпомощи путем перечисления средств ОМС на расчетный счет МО».

Уточнены позиции реестра счета МО

Теперь в реестре счета в дополнение к остальным сведениям нужно указывать наименование медицинской организации прикрепления застрахованного гражданина, а также реквизиты направления на оказание плановой специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, включая наименование и код медицинской организации и врача, выдавшего направление.

Порядок сверки расчетов

Конкретизирован порядок сверки расчетов между медицинскими организациями и страховыми медицинскими организациями: ежемесячно, на 1-е число месяца, следующего за отчетным, а также ежегодно по состоянию на конец финансового года.

В акте сверки расчетов между территориальным фондом ОМС и страховой медицинской организацией, помимо всех остальных сведений, теперь необходимо дополнительно указывать информацию о сумме пени, поступивших от медицинских организаций за несвоевременный возврат средств, подлежащих возврату в страховую компанию в связи с применением к медицинской организации мер по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, в случае невозможности удержания указанных средств при оплате медицинской помощи по территориальной программе *(ст. 41 Закона об ОМС).*

Межтерриториальные расчеты

По новым Правилам ОМС существенно увеличился предельный срок, в течение которого ТФОМС по месту страхования должен оплатить медицинскую помощь, оказанную его застрахованным гражданам в медицинских организациях другого региона, – с 5 до 25 рабочих дней после получения счета на оплату.

Предполагается, что это должно упростить взаиморасчеты между региональными ТФОМС, повысить доступность медпомощи за пределами региона и снизить количество судебных разбирательств.

При оплате медицинской помощи, оказанной инообластным пациентам, применяются тарифы на оплату медицинской помощи по ОМС, которые установлены для данной медицинской организации в Тарифном соглашении субъекта РФ по месту фактического оказания медицинской помощи *(п. 229 Правил ОМС).*

Структура тарифа

В обновленную структуру тарифа на оплату медицинской помощи теперь включены расходы не только на приобретение программного обеспечения, а также на его содержание, эксплуатацию и развитие *(пп.1 п.268 Правил ОМС).* Кроме того, в структуру тарифа включены затраты на содержание нематериальных активов – программных комплексов и информационных систем *(пп.3 п. 277 Правил ОМС).*

К затратам на коммунальные услуги, которые можно компенсировать за счет средств ОМС, отнесли в том числе плату за:

- негативное воздействие на работу централизованной системы водоотведения;
- нарушение нормативов по объему сточных вод и нормативов водоотведения по составу сточных вод *(пп. 1 п. 281 Правил ОМС).*

По новым Правилам ОМС арендную плату и лизинговые платежи за оборудование можно оплачивать за счет средств ОМС с ограничением в год за один объект.

Содержание >>

С 9 СЕНТЯБРЯ 2025 ГОДА ДЕЙСТВУЮТ НОВЫЕ ПРАВИЛА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Продолжение.
(Начало на **стр. 3**)

Специальный перечень медицинского оборудования, размер и условия его оплаты Правительство РФ будет утверждать ежегодно в программе госгарантий на очередной год *(пп. 6 п. 288 Правил ОМС).*

Ранее данные платежи были ограничены суммой в 1 млн рублей в год за один объект (при условии, что у медицинской организации нет просроченной в течение трех месяцев кредиторской задолженности).

При наличии у медицинской организации просроченной кредиторской задолженности в течение трех месяцев затраты на арендную плату и лизинг не должны превышать 400 тыс. рублей в год за один предмет аренды.

Финансовые санкции

При расчете размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи учитывается размер тарифа.

Если стоимость случая, подлежащего неоплате (неполной оплате), не является тарифом, утвержденным тарифным соглашением, или получена расчетным путем, в том числе с использованием доли оплаты прерванных случаев, то параметр «размер тарифа на оплату медицинской помощи, поданный за оплату МО и действующий на дату оказания медпомощи» определяется как сумма, выставленная к оплате по законченному случаю лечения.

Новые Правила ОМС содержат уточнения по порядку возмещения средств страховыми медицинскими организациями в медицинские организации по судебным решениям.

В случае, если судебным решением, принятым по итогам обжалования медицинской организацией результатов контроля качества, объемов, сроков и условий предоставления медицинской помощи, предусмотрен возврат страховой медицинской организацией средств, ранее удержанных с МО в связи с принятием мер в соответствии со ст. 41 Закона об ОМС, страховая медицинская организация возмещает указанные средства в следующих отчетных периодах *(п. 224 Правил ОМС).*

Возмещение средств страховой медицинской организацией осуществляется после получения средств от территориального фонда ОМС в размере ранее сформированных целевых средств и средств нормированного страхового запаса ТФОМС, ранее направленных страховой медицинской организацией в Терфонд на финансовое обеспечение мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования в соответствии со ст. 26 Закона об ОМС и за счет собственных средств страховой медицинской организации в размере ранее сформированных в соответствии со ст. 28 Закона об ОМС *(п. 225 Правил ОМС).*

Содержание >>

МИНЗДРАВ РОССИИ УТВЕРДИЛ НОВУЮ ФОРМУ НАПРАВЛЕНИЯ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Приказ Минздрава РФ от 02.09.2025 № 519н

«Об утверждении учетной формы «Направление для оказания медицинской помощи» и порядка ее ведения»

Своим приказом от 02.09.2025 № 519н Минздрав России утвердил новую учетную форму направления для оказания медицинской помощи и порядок ее ведения.

С 27 октября 2025 года при направлении пациентов для оказания медицинской помощи следует применять единую форму 057/у, которая распространяется на все виды медицинской помощи.

Содержание учетной формы

Регулятор расширил содержание учетной формы. Теперь лечащему врачу при формировании направления необходимо указывать:

- не только номер полиса ОМС, но и дату его выдачи, а также сведения о выбранной страховой медицинской организации;
- адрес регистрации по месту пребывания пациента (ранее – адрес постоянного места жительства) и тип местности (городская или сельская);
- занятость пациента («работает», «проходит военную службу или приравненную к ней службу», «пенсионер», «обучающийся», «не работает», «прочие»);
- цель направления (консультация, обследование, госпитализация и иное), а также сведения:

  - о виде медицинской помощи (первичная, в том числе специализированная медико-санитарная помощь, специализированная, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь, паллиативная и скорая специализированная помощь);
  - о форме медицинской помощи (экстренная, неотложная или плановая);
  - об условиях оказания медицинской помощи (амбулаторно, в дневном стационаре, стационарно).

Новым стало и требование более детально указывать основную причину для выдачи направления, с указанием числа назначаемых курсов (циклов) лечения.

Порядок ведения учетной формы

По новому приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации подпись заведующего отделением теперь не требуется. Направление оформляется лечащим врачом (участковым терапевтом/педиатром, врачом общей практики (семейным врачом), врачом-специалистом, фельдшером/акушером).

Направление может быть оформлено как на бумажном носителе, так и в виде электронного документа с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи лечащего врача.

При формировании направления в форме электронного документа предусмотрена возможность использования сведений из медицинских информационных систем (МИС) или государственных информационных систем (ГИС); допускается кодирование информации, добавление дополнительных структурных элементов (в том числе штриховые коды, включая QR-коды).

В направлении на бумажном носителе необходимые сведения о пациенте вносятся лечащим врачом, в том числе путем подчеркивания одного из предложенных вариантов ответов.

Направление оформляется на русском языке, однако для записи наименований лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения разрешено использование латинского алфавита.

Введение новой единой формы направления – это еще один шаг в сторону цифровизации и унификации документооборота в системе российского здравоохранения.

Ключевые изменения направлены на то, чтобы сделать процесс маршрутизации пациентов для получения медицинской помощи более оперативным, прозрачным и удобным как для медицинских работников, так и для застрахованных граждан.

Содержание >>

МИНЗДРАВ РОССИИ РАСШИРИЛ ПЕРЕЧЕНЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Анастасия Викторовна ВОРОНКОВА

Заместитель директора по модернизации системы ОМС

Минздрав РФ внес очередные корректировки в Требования к структуре и содержанию тарифного соглашения. Основные изменения качаются показателей результативности работы медицинских организаций, которые финансируются по подушевому нормативу.

Начиная с 2020 года, когда основным способом финансирования амбулаторной помощи стала оплата по подушевому нормативу на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинских организаций в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи, Минздрав России и Федеральный фонд ОМС практически ежегодно пересматривают и вносят изменения в правила стимулирования медицинских организаций первичного звена за качественную и эффективную работу по выявлению заболеваний в ходе профилактических мероприятий, проведению диспансерного наблюдения, вакцинации и снижению смертности.

Так, в 2022 году были установлены единые целевые показатели результативности деятельности медорганизаций, финансируемых по подушевому нормативу. Перечень обязательных показателей результативности и методика расчета стимулирующей части подушевого норматива были включены в Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС.

С 2023 года оценка деятельности медицинских организаций осуществлялась по 25-ти показателям, которые отражают эффективность проведения профилактических мероприятий, диспансерного наблюдения, охват граждан вакцинацией и скринингом развития плода беременных женщин (оценка смертности была выведена за систему балльной оценки).

В 2025 году подход к оценке результативности работы поликлиник существенно изменился. В частности, перечень показателей расширился до 33 критериев. Плюс, при расчете стимулирующих выплат будут учитываться результаты экспертизы качества медицинской помощи, которую проводят территориальные фонды ОМС и страховые компании.

Какие изменения были внесены регулятором?

Расширились требования для оценки эффективности проведения профилактических мероприятий и диспансерного наблюдения различных групп населения, к выявлению онкологических заболеваний.

Например, теперь оценивается охват профилактическими медицинскими осмотрами и диспансеризацией пациентов в возрасте от 18 до 65 лет, которые в течение последних двух лет не посещали поликлинику с профилактическими целями. При этом, отдельно анализируются две возрастные группы: с 18 до 39 лет и с 40 до 65 лет.

Для оценки эффективности выявления ЗНО при проведении профилактических медицинских осмотров или диспансеризации теперь оценивается доля пациентов с подозрением на злокачественное новообразование (ранее – с установленным диагнозом ЗНО) от общего числа пациентов с подозрением на злокачественное новообразование или впервые в жизни установленным диагнозом злокачественное новообразование за период. На особом контроле – пациенты с подозрением на ЗНО органов дыхания, шейки матки, молочных желез и предстательной железы.

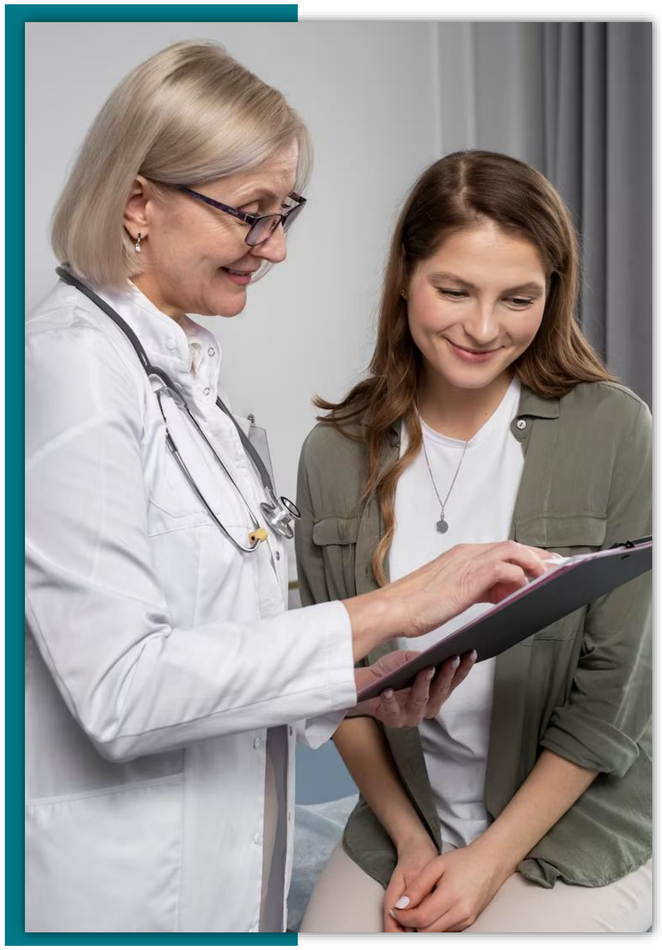
Пересмотрена система контроля за диспансерным наблюдением пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Если в предыдущей версии приказа оценивалась доля пациентов с болезнями системы кровообращения, имеющих высокий риск преждевременной смерти, то теперь – доля пациентов с БСК с высоким риском развития неблагоприятных сердечно-сосудистых событий. Дополнительно анализируется количество госпитализаций пациентов с БСК, состоящих на диспансерном наблюдении, в связи с обострениями или осложнениями (ранее – случаи оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной форме).

Содержание >>

МИНЗДРАВ РОССИИ РАСШИРИЛ ПЕРЕЧЕНЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Продолжение.
(Начало на **стр. 9**)



Новым приказом Минздрава России вводится отдельный показатель для оценки количества пациентов, которые после выписки из стационара с диагнозом, по которому предусмотрено установление диспансерного наблюдения, в течение трех рабочих дней получили консультацию врача-специалиста (фельдшера ФАП/ФП).

В новом приказе Минздрава РФ исключены все показатели, связанные с коронавирусной инфекцией COVID-19.

Впервые в перечне появились критерии, связанные непосредственно с контролем качества и объемов медицинской помощи в сфере ОМС. Медицинская организация будет получать дополнительные баллы, если в ней будет выявлено меньше нарушений качества медпомощи, которые привели к ухудшению состояния здоровья пациента, состоящего на диспансерном наблюдении, его инвалидизации или смерти. Также теперь анализируются случаи необоснованных отказов в оказании медицинской помощи по ОМС, которые привели к ухудшению состояния здоровья пациента или его летальному исходу.

Новый приказ Минздрава № 279н вступил в силу 21.07.2025. Он продолжает курс, направленный на повышение эффективности работы первичного звена, но его реализация потребует от всех участников системы ОМС оперативно адаптироваться к данным изменениям и наладить систему сбора сведений, необходимых для анализа.

Соответствующие изменения в Тарифное соглашение в системе ОМС Кемеровской области – Кузбасса на 2025 год внесены решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС от 23.07.2025.

Планировалось, что с августа 2025 года расчет стимулирующих выплат будет проводиться уже с учетом новой системы показателей результативности медицинских организаций, однако методика расчета регулятором до сих пор не утверждена. В связи с этим расчет симулирующих выплат за девять месяцев выполнен пока в соответствии со старым перечнем показателей.

Предварительный расчет стимулирующих выплат

За период с декабря 2024 года по август 2025 года для стимулирования амбулаторного звена зарезервировано 47,3 млн рублей.

В топе лидеров по количеству выполненных показателей следующие медицинские организации:

- ГБУЗ «Кузбасская детская клиническая больница имени профессора Ю.Е. Малаховского» (100%);
- ГБУЗ «Гурьевская районная больница» (84%);
- ГБУЗ «Киселевская детская больница» (83%);
- ГАУЗ «Кемеровская городская клиническая поликлиника № 5 имени Л.И. Темерхановой» (79%);
- ГБУЗ «Тисульская районная больница имени А.П. Петренко» (76%).

Не достигли необходимого минимума в 40% установленных показателей результативности семь медицинских организаций, в числе которых три государственные медицинские организации:

- ГБУЗ «Беловская городская многопрофильная больница» (36%);
- ГАУЗ «Новокузнецкая городская клиническая больница № 1 имени Г.П. Курбатова» (36%);
- ГАУЗ «Кемеровская городская детская клиническая больница №2» (17%).

В сравнительной таблице на стр. 10 отражены основные изменения целевых показателей результативности деятельности поликлиник.

Решение КРТП от 23.07.2025

Содержание >>

МИНЗДРАВ РОССИИ РАСШИРИЛ ПЕРЕЧЕНЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Продолжение.
(Начало на **стр. 9**)

ПОКАЗАТЕЛИ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ	
БЛОК 1. ВЗРОСЛОЕ НАСЕЛЕНИЕ (В ВОЗРАСТЕ 18 ЛЕТ И СТАРШЕ)	
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ	
Приказ Минздрава РФ от 10.02.2023 № 44н	**Приказ Минздрава РФ от 15.05.2025 № 279н**
Доля ***врачебных посещений с профилактической целью за период,*** от общего числа ***посещений за период (включая посещения на дому)***	Доля ***лиц в возрасте от 18 до 39 лет, не прошедших в течение последних двух лет профилактический медицинский осмотр или диспансеризацию,*** от общего числа ***прикрепленного населения этой возрастной группы***
	Доля лиц в возрасте от 40 до 65 лет, не прошедших в течение последних двух лет профилактический медицинский осмотр или диспансеризацию, от общего числа прикрепленного населения этой возрастной группы
Доля взрослых ***с установленным диагнозом*** ЗНО, выявленным впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественное новообразование за период	Доля взрослых ***с подозрением на*** злокачественное новообразование, выявленным впервые при профилактических медицинских осмотрах ***или*** диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с ***подозрением на злокачественное новообразование или*** впервые в жизни установленным диагнозом злокачественное новообразование за период
	Доля взрослых с подозрением на ЗНО органов дыхания, выявленным впервые при профилактическом медицинском осмотре или диспансеризации, от общего числа взрослых пациентов с подозрением на ЗНО или впервые в жизни установленным диагнозом ЗНО органов дыхания
Критерий отсутствует	***Доля мужчин с подозрением на злокачественное новообразование предстательной железы, выявленным впервые при профилактическом медицинском осмотре или диспансеризации, от общего числа мужчин с подозрением на злокачественное новообразование или впервые в жизни установленным злокачественным новообразованием предстательной железы***
Выполнение плана вакцинации взрослых граждан по эпидемиологическим показаниям за период (коронавирусная инфекция COVID-19)	***Критерий исключен из перечня***

Содержание >>

МИНЗДРАВ РОССИИ РАСШИРИЛ ПЕРЕЧЕНЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Продолжение.
(Начало на **стр. 9**)

ПОКАЗАТЕЛИ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ	
БЛОК 1. ВЗРОСЛОЕ НАСЕЛЕНИЕ (В ВОЗРАСТЕ 18 ЛЕТ И СТАРШЕ)	
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ	
Приказ Минздрава РФ от 10.02.2023 № 44н	**Приказ Минздрава РФ от 15.05.2025 № 279н**
Доля взрослых с болезнями системы кровообращения, ***имеющих высокий риск преждевременной смерти,*** состоящих под диспансерным наблюдением, от общего числа взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения, ***имеющих высокий риск преждевременной смерти, за период***	Доля взрослых с болезнями системы кровообращения ***с высоким риском развития неблагоприятных сердечно-сосудистых событий (которые перенесли острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, страдающих ишемической болезнью сердца в сочетании с фибрилляцией предсердий и хронической сердечной недостаточностью, а также которым выполнены аортокоронарное шунтирование, ангиопластика коронарных артерий со стентированием и катетерная абляция по поводу сердечно-сосудистых заболеваний),*** состоящих под диспансерным наблюдением, от общего числа взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения ***с высоким риском развития неблагоприятных сердечно-сосудистых событий (которые перенесли острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, страдающих ишемической болезнью сердца в сочетании с фибрилляцией предсердий и хронической сердечной недостаточностью, а также которым выполнены аортокоронарное шунтирование, ангиопластика коронарных артерий со стентированием и катетерная абляция по поводу сердечно-сосудистых заболеваний)***
Число взрослых с болезнями системы кровообращения, ***имеющих высокий риск преждевременной смерти, которым за период оказана медицинская помощь в экстренной и неотложной форме, от общего числа взрослых пациентов с болезнями*** системы кровообращения, ***имеющих высокий риск преждевременной смерти,*** за период	***Доля лиц 18 лет и старше, состоявших под диспансерным наблюдением по поводу болезней системы кровообращения, госпитализированных в связи с обострениями или осложнениями болезней*** системы кровообращения, ***по поводу которых пациент состоит на диспансерном наблюдении, от всех лиц соответствующего возраста, состоявших на диспансерном наблюдении по поводу болезней*** системы кровообращения за период
Критерий отсутствует	***Доля застрахованных лиц, которым оказывалась медицинская помощь в стационарных условиях, с впервые выявленным диагнозом, по которому предусмотрено установление диспансерного наблюдения и получивших в течение трех рабочих дней консультацию врача-специалиста (фельдшера фельдшерско-акушерского пункта, фельдшерского пункта при условии возложения на него функции лечащего врача), от застрахованных лиц, которым оказывалась медицинская помощь в стационарных условиях, с диагнозом, по которому предусмотрено установление диспансерного наблюдения (за исключением тех пациентов, которые направлены на лечение в стационарных условиях и в условиях дневного стационара)***

Содержание >>

МИНЗДРАВ РОССИИ РАСШИРИЛ ПЕРЕЧЕНЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Продолжение.
(Начало на **стр. 9**)

ПОКАЗАТЕЛИ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ	
БЛОК 3. ОКАЗАНИЕ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ	
Приказ Минздрава РФ от 10.02.2023 № 44н	**Приказ Минздрава РФ от 15.05.2025 № 279н**
Доля беременных женщин, вакцинированных от коронавирусной инфекции COVID-19, за период, от числа женщин, состоящих на учете по беременности и родам на начало периода	***Критерий исключен из перечня***
Доля женщин ***с установленным диагнозом*** злокачественное новообразование шейки матки, выявленным впервые при диспансеризации, от общего числа женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование шейки матки за период	Доля женщин ***с подозрением на*** злокачественное новообразование шейки матки, выявленным впервые ***при профилактическом медицинском осмотре или*** диспансеризации, от общего числа женщин ***с подозрением на злокачественное новообразование или впервые в жизни*** установленным диагнозом злокачественное новообразование шейки матки, за период
Доля женщин ***с установленным диагнозом*** злокачественное новообразование молочной железы, выявленным впервые при диспансеризации, от общего числа женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование молочной железы за период.	Доля женщин ***с подозрением на*** злокачественное новообразование молочной железы, выявленным впервые при ***профилактическом медицинском осмотре или*** диспансеризации, от общего числа женщин ***с подозрением на*** злокачественное новообразование или впервые в жизни установленным диагнозом злокачественное новообразование молочной железы, за период

Содержание >>

МИНЗДРАВ РОССИИ РАСШИРИЛ ПЕРЕЧЕНЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Продолжение.
(Начало на **стр. 9**)

Приказ Минздрава РФ от 15 мая 2025 г. № 279н

«О внесении изменений в требования к структуре и содержанию тарифного соглашения, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 февраля 2023 г. № 44н»

Содержание >>

ПОКАЗАТЕЛИ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ	
БЛОК 4. ОЦЕНКА КАЧЕСТВА И ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	
Приказ Минздрава РФ от 10.02.2023 № 44н	**Приказ Минздрава РФ от 15.05.2025 № 279н**
Критерий отсутствует	***Доля экспертиз качества медицинской помощи, оказанной в рамках диспансерного наблюдения, в которых выявлены нарушения, приведшие к ухудшению состояния здоровья, летальному исходу застрахованного лица, от всех проведенных экспертиз качества медицинской помощи***
Критерий отсутствует	***Доля экспертиз качества медицинской помощи, в которых выявлены нарушения, приведшие к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, от всех проведенных экспертиз качества медицинской помощи.***
Критерий отсутствует	***Доля экспертиз качества медицинской помощи, в которых выявлены нарушения, приведшие к инвалидизации застрахованного лица, от всех проведенных экспертиз качества медицинской помощи***
Критерий отсутствует	***Доля экспертиз качества медицинской помощи, в которых выявлены нарушения, приведшие к летальному исходу застрахованного лица, от всех проведенных экспертиз качества медицинской помощи***
Критерий отсутствует	***Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с программами обязательного медицинского страхования, с последующим ухудшением состояния здоровья***
Критерий отсутствует	***Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с программами обязательного медицинского страхования, приведший к летальному исходу***