



МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО

ИНФОРМАЦИОННО—ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПЛАТФОРМА

«МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО»

# ДАЙДЖЕСТ ПУБЛИКАЦИЙ

ОКТАБРЬ 2025 ГОДА

МАТЕРИАЛЫ ПОДГОТОВЛЕНЫ  
ЭКСПЕРТАМИ ГАРАНТ

**ИНФОРМАЦИОННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПЛАТФОРМА  
«МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО»**

**ДАЙДЖЕСТ ПУБЛИКАЦИЙ**

**Октябрь 2025 года. Выпуск №10 (62)**

**Ежемесячная подборка тематических статей и комментариев специалистов по правовым, организационным и экономическим вопросам.**

**Оглавление**

- 1. Опубликован проект Программы госгарантий оказания бесплатной медпомощи-2026.....2**
- 2. Обязательное и добровольное медицинское страхование: взгляд в будущее медучреждений .....3**
- 3. Экономический ущерб от простоя коек в стационаре больницы определять не требуется.....4**

**Материалы подготовлены с использованием справочно-правовой системы «ГАРАНТ»**

# 1. Опубликован проект Программы госгарантий оказания бесплатной медпомощи-2026

## Проект Постановления Правительства РФ (подготовлен Минздравом 15.10.2025)

На Федеральном портале проектов нормативных правовых актов размещен проект Программы госгарантий оказания бесплатной медпомощи на следующий год. Программа устанавливает основные параметры системы оказания медпомощи населению, в том числе перечни видов помощи, оказываемых за счет различных видов финансирования, правила расчетов нормативов объемов медпомощи и нормативов финансовых затрат на единицу медпомощи.

### Планируется, кроме того, следующие новации:

- если в регионе не выполняются установленные в Территориальной ПГГ нормативы объема медпомощи по проведению населению профосмотров и диспансеризации, в том числе "репродуктивной", диспансерного наблюдения, ЭКО, медпомощи пациентам с вирусным гепатитом С, медпомощи по стентированию коронарных артерий, имплантации частотно-адаптированного кардиостимулятора взрослым, эндоваскулярной деструкции дополнительных проводящих путей и аритмогенных зон сердца, оперативным вмешательствам на брахиоцефальных артериях (стентирование или эндартерэктомия), медреабилитации, то такой регион **вправе** в срок до 1 октября 2026 года направить на согласование корректировку объемов и финансовых затрат на единицу объема медпомощи по перечисленным направлениям, в том числе при перераспределении средств, на оплату подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц;

- предложено расширить гарантии членам семей участников СВО, в том числе предоставление медпомощи участникам СВО, их супругам, а также супругам пропавших без вести участников СВО, если эти супруги нуждаются в медико-психологической, психотерапевтической, психиатрической и (или) наркологической медицинской помощи, в том числе на базе профильной федеральной медорганизации;

- предложено предоставлять круглосуточный доступ ближайших родственников, законных представителей пациента или иных лиц (привлекаемых родственниками или законными представителями) для осуществления ухода за пациентами - на безвозмездной основе с учетом соблюдения санитарно-эпидемиологического режима;

- федеральным и региональным ОУЗ предложено проводить совместные закупки (конкурсы, аукционы) препаратов для проведения противоопухолевой лекарственной терапии в рамках БП ОМС;

- расходы на использование беспилотных авиационных систем (транспортных средств) для транспортировки биоматериалов, лекарственных препаратов и иных медицинских грузов предложено включать в структуру тарифа на оплату медпомощи по ОМС в составе расходов на оплату транспортных услуг.

Кроме того, проектом ПГГ-2026 предусмотрено, что в федеральных медорганизациях, работающих в рамках БП ОМС, доля выплат по окладам в структуре ФОТ медработников должна быть не ниже 50 % без учета компенсационных выплат, при сохранении уровня зарплаты медиков не ниже уровня зарплаты предшествующего года с учетом ее индексации. Аналогичное положение рекомендуется для исполнения региональным ОУЗ в отношении

подведомственных медорганизаций. Оценка доли оклада осуществляется учредителями медорганизаций ежеквартально, а также по итогам за календарный год.

## 2. Обязательное и добровольное медицинское страхование: взгляд в будущее медучреждений

30 сентября 2025 года в Общественной палате РФ состоялось экспертное заседание Комиссии по здравоохранению на тему "Обязательное и добровольное медицинское страхование в России: преимущества, пробелы, новые подходы". Мероприятие было организовано при участии Национальной ассоциации управленцев сферы здравоохранения и стало ключевой площадкой для диалога между страховщиками, медицинскими организаторами, юристами и практиками здравоохранения.

К участию в обсуждении была приглашена руководитель отраслевой практики "Медицинские организации: экономика, финансы и учет" компании "Гарант" Андреева Наталья Петровна.

На заседании поднимались вопросы, связанные с перспективами развития медицинского сектора в России, необходимости формирования единой клиентоориентированной модели, построенной на взаимодействии двух систем страхования: ОМС и ДМС. С программными докладами выступили ведущие эксперты отрасли.

Было отмечено, что страхование - это система финансовой защиты от возможных рисков. Целью медицинского страхования является возможность обеспечить защиту гражданина от финансовых рисков в случае неожиданных заболеваний или травм, при возникновении которых гарантировано получение медицинской помощи в определенном объеме и качестве.

В современной системе медицинского страхования России различают два вида страхования:

- ОМС, когда инициатором страхования выступает государство;
- ДМС, когда инициатором выступает гражданин или иное юридическое лицо, представляющее интересы гражданина, например, его работодатель.

Страхование ОМС гарантировано всем гражданам России и определено единой на всей территории страны Базовой программой ОМС, которая содержит единый набор услуг. А вот роль ДМС на сегодняшний день недостаточно оценена. А ведь именно за счет этого направления можно привлечь дополнительные средства граждан и юридических лиц для решения таких важных вопросов, как проведение профилактики и реабилитации, связанных с заболеваниями.

Подтверждением эффективности такого подхода, как объединение возможностей оказания медицинских услуг в сферах ОМС и ДМС, можно считать уникальный опыт ЧУЗ "РЖД-Медицина". Пример этой большой сети клиник, охватывающей более 250 городов в 71 регионе страны, показывает, что сочетание двух видов страхования крайне перспективно.

Отмечалось, что инициатива объединения заключается не в интеграции денежных средств "в одном котле", а в системном **разделении оказываемых услуг по каждому виду страхования, исключении дублирования, создании возможности ведения единой истории болезни пациента**. Таким образом гарантированная часть медицинской помощи (система

ОМС) может быть расширена за счет дополнительных или более оперативных услуг, предоставляемых коммерческой медициной.

В связи с этим был озвучен ряд инициатив, исходивших от руководителей крупных частных медицинских компаний. К примеру, это проработка совместно со страховыми компаниями (как стороны, представляющей интересы застрахованных по ДМС) вопроса по созданию Регламента включения медицинских организаций в реестр ДМС в целях повышения качества предлагаемых на рынке ДМС медицинских услуг.

Реализация поступивших предложений может затронуть и государственные медицинские учреждения, которые наряду с деятельности по ОМС участвуют и в предоставлении платной медицинской помощи, в т.ч. по ДМС.

Следует отметить, что госсектор в медицинском страховании по ДМС может участвовать:

- и как Исполнитель, т.е. сторона, оказывающая услуги по ДМС;
- и как Заказчик, т.е. работодатель, застраховавший своих сотрудников.

В обоих случаях это деятельность, доходы и расходы по которой отражаются по КФО 2.

Мы будем следить за изменениями подходов в области ДМС, чтобы иметь возможность вовремя проинформировать о грядущих переменах.

А пока хотим напомнить, что оказание платной медицинской помощи медицинскими организациями (в т.ч. ДМС) регламентируется постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 N 736. Условия использования материально-технической базы и привлечения медицинских работников для оказания платных медицинских услуг, а также порядок определения цен (тарифов) для государственных учреждений определяет учредитель.

### **3. Экономический ущерб от простоя коек в стационаре больницы определять не требуется**

#### **Письмо Минздрава России от 22 сентября 2025 г. N 31-2/И/2-19014**

Минздрав России скорректировал установленный на 2025 год подход к оценке показателя использования коечного фонда.

Как и в прошлые годы, эффективность работы стационара - круглосуточного или дневного - анализируется только путем сопоставления коэффициента экономической эффективности использования коечного фонда ( $K_{\text{э}}$ ) и коэффициента финансовых затрат ( $K_{\text{с}}$ ). Экономический ущерб ( $У$ ) от простоя коек больше не определяется.

***Зачем анализируют годовой оборот стационарной койки и ее среднегодовую занятость?***

Стационар (а в особенности стационар круглосуточного пребывания) является наиболее дорогостоящим учреждением здравоохранения, т.к. кроме затрат непосредственно на оказание медицинской помощи необходимо обеспечить комфортные условия пребывания пациента в течение всего времени лечения (предоставления койки, питания, мягкого инвентаря, организация медицинских постов, круглосуточная неотложная помощь и т.п.). Принято считать, что затраты на пустующую койку составляют 2/3 содержания занятой койки. Следовательно, чтобы не расходовать денежные средства больницы "вхолостую", следует оптимизировать оборот больничной койки, чтобы она была занята постоянно, с допустимым простоем на ремонт и на санацию койки после выписки и приема больного (см. Методику расчета среднегодовой занятости койки, определенной в письме Минздрава

России от 11.02.2025 N 31-2/И/2-2286). Рекомендованное число дней работы койки в году Минздрав России доводит ежегодно по профилю больничной койки и по возрастным группам (расчет для 2025 года - здесь).

Коэффициент эффективности использования коечного фонда показывает, как фактическая занятость койки в году соотносится с рекомендованным (плановым) количеством дней ее работы. В идеале коэффициент должен быть равен единице. Но на практике достичь такого результата практически невозможно. И связано это, в первую очередь, с объективными факторами, такими как неточный характер планирования "обычных" случаев госпитализации; необходимость увеличения планирования госпитализации при экстренных случаях, связанных с возможными эпидемиями или чрезвычайными ситуациями. Но в то же время резервирование коек не должно приводить к избыточному планированию затрат на их содержание при простоях. Как стимулировать региональное здравоохранение к оптимизации планирования? И Минздрав России, и ФФОМС ищут различные методики, в том числе через показатели эффективности работы.

#### ***Что революционного было предложено в 2025 году?***

В письме от 11.02.2025 N 31-2/И/2-2286 о формировании и экономическом обосновании территориальных ППГ на 2025 - 2027 гг. Минздрав России впервые предпринял попытку перенести расходы на содержание простаиваемой койки (в т.ч. и вынужденный по объективным причинам, например, снижение в текущем году случаев госпитализации по какому-нибудь профилю койки) на региональные бюджеты, исключив возможность расходования средств ОМС. Для этого был введен показатель экономического ущерба (У), который характеризовал сумму расходов простоя. По-видимому, предполагалось, что такое перераспределение средств с ОМС на региональный бюджет станет еще одной мерой, направленной на оптимизацию загрузки койки и выполнения плана койко-дней по стационару.

Относительно недавно ФФОМС письмом от 23.05.2025 N 00-10-26-06/7587 довел до Территориальных фондов подробный алгоритм расчета показателя экономического ущерба. В обязанности ТФОМС было вменено по итогам квартала направлять в региональные органы власти в сфере здравоохранения (Минздравы, Департаменты, Комитеты) информацию об объеме неэффективных расходов (сумму экономического ущерба), возникших из-за простоя коек, для последующего возмещения организациям, в отношении которых соответствующий орган субъекта РФ в сфере охраны здоровья является учредителем.

#### ***А что теперь?***

Показатель "экономический ущерб от простоя койки" в 2025 году определять не надо.

Соответствующие корректировки Минздрав внёс в своё письмо от 11.02.2025 N 31-2/И/2-2286 и направил для руководства в работе взамен письма ФФОМС от 23.05.2025 N 00-10-26-06/7587.