

## В фокусе правовых изменений: трансформация организационно-правовых основ организации первичной медико-санитарной помощи (IV квартал 2025 г.)

**Цель.** Комплексное изучение и оценка нормативных изменений за период с августа по октябрь 2025 г., влияющих на организацию и оказание первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) в Российской Федерации (РФ).

**Материал и методы.** Проведен контент-анализ нормативных правовых актов РФ за период с августа по октябрь 2025 г., включая новые Правила обязательного медицинского страхования (ОМС), изменения в Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 г и на плановый период 2026-2027 гг. и др. В ходе анализа идентифицированы системные трансформации в организационно-финансовых и правовых основах системы ПМСП.

**Результаты.** Проведенное исследование свидетельствует о том, что внесенные законодательные изменения формируют институциональные предпосылки для оптимизации функционирования системы ПМСП в РФ, создавая условия для укрепления общественного здравоохранения и повышения эффективности оказания медицинской помощи. Ключевые новации включают цифровизацию административных процессов, детализацию финансовых механизмов ОМС, расширение прав застрахованных лиц и формирование многоуровневой системы их сопровождения. Реализация данных нормативных нововведений способствует повышению эффективности управления ресурсами здравоохранения, уровня защищенности пациентов и доступности медицинской помощи.

**Заключение.** Анализ законодательных изменений за период с августа по октябрь 2025 г. демонстрирует их существенное влияние на трансформацию системы ПМСП в РФ. Ключевые организационно-правовые новации ориентированы на обеспечение доступности и бесперебойности медицинской помощи, внедрение цифровых технологий в документооборот и информирование граждан, а также на повышение прозрачности и управляемости финансовых потоков в системе ОМС. Реализация указанных мер создает институциональные предпосылки для модернизации медицинских организаций, повышения стандартов оказания помощи и роста удовлетворенности пациентов, формируя основу для постепенного развития отечественного здравоохранения.

**Ключевые слова:** первичная медико-санитарная помощь, обязательное медицинское страхование, законодательные изменения, правила обязательного медицинского страхования, тарифы на медицинскую помощь, страховые медицинские организации, защита прав застрахованных, цифровизация здравоохранения.

**Отношения и деятельность:** нет.

**Для цитирования:** Савченко Д. О., Сон И. М., Неверова Е. Б. В фокусе правовых изменений: трансформация организационно-правовых основ организации первичной медико-санитарной помощи (IV квартал 2025 г.). *Первичная медико-санитарная помощь*. 2025;2(4):95-104. doi: 10.15829/3034-4123-2025-99. EDN: CTICZP

Савченко Д. О.<sup>1\*</sup>,  
Сон И. М.<sup>2,3</sup>,  
Неверова Е. Б.<sup>4</sup>

<sup>1</sup>ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России, Москва, Российская Федерация

<sup>2</sup>ФГБОУ ДПО "Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования" Минздрава России, Москва, Российская Федерация

<sup>3</sup>Пензенский институт усовершенствования врачей — филиал ФГБОУ ДПО "Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования" Минздрава России, Пенза, Российская Федерация

<sup>4</sup>ФГБОУ ВО "Тверской государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации, Тверь, Российская Федерация

\*Corresponding author  
(Автор, ответственный за переписку):  
savchenkodo@mail.ru

Поступила: 12.11.2025  
Рецензия получена: 03.12.2025  
Принята: 10.12.2025



## Focus of legal changes: transformation of the organizational and legal framework for primary health care (Q4 2025)

**Aim.** To assess regulatory changes affecting primary health care (PHC) management in the Russian Federation from August to October 2025 was conducted.

**Material and methods.** A content analysis of Russian regulatory legal acts was conducted for the period from August to October 2025, including the new Compulsory Health Insurance (CHI) rules, amendments to the State Guarantee Program for Free Medical Care for 2025 and 2026-2027, and others. The analysis identified systemic transformations in the organizational, financial, and legal frameworks of the PHC system.

**Results.** The study shows that the legislative changes create institutional preconditions for PHC system optimization, creating conditions for strengthening public health and improving the healthcare. Key innovations include the digitalization of administrative processes, more detailed financial mechanisms for the CHI system, expanded rights for insured persons, and the development of a multi-tiered support system. The implementation of these regulatory changes will contribute to improved efficiency in healthcare resource management, patient protection, and accessibility of care.

**Conclusion.** An analysis of legislative changes from August to October 2025 demonstrates their significant impact on the transformation of the primary health care system in the Russian Federation. Key organizational and legal innovations are aimed at ensuring accessibility and continuity of care, introducing digital technologies into document flow and information sharing, and increasing the transparency and manageability of financial flows in CHI system. The implementation of these measures will create the institutional preconditions for the modernization of health facilities, improving standards of care, and increasing patient satisfaction. This will be the basis for the progressive development of Russian healthcare.

**Keywords:** primary health care, compulsory health insurance, legislative changes, compulsory health insurance rules, healthcare charges, health insurance organizations, protection of rights, healthcare digitalization.

**Relationships and Activities:** none.

**For citation:** Savchenko D. O., Son I. M., Neverova E. B. Focus of legal changes: transformation of the organizational and legal framework for primary health care (Q4 2025). *Primary Health Care (Russian Federation)*. 2025;2(4):95-104. doi: 10.15829/3034-4123-2025-99. EDN: CTICZP

Savchenko D. O.<sup>1\*</sup>,  
Son I. M.<sup>2,3</sup>,  
Neverova E. B.<sup>4</sup>

<sup>1</sup>National Medical Research Center  
for Therapy and Preventive Medicine,  
Moscow, Russian Federation

<sup>2</sup>Russian Medical Academy  
of Continuous Professional Education,  
Moscow, Russian Federation

<sup>3</sup>Penza Institute for Advanced  
Medical Training — Branch  
of the Russian Medical Academy  
of Continuous Professional Education,  
Penza, Russian Federation

<sup>4</sup>Tver State Medical University,  
Tver, Russian Federation

\*Corresponding author:  
savchenkodo@mail.ru

Received: 12.11.2025  
Revision received: 03.12.2025  
Accepted: 10.12.2025



МО — медицинская организация, ОМС — обязательное медицинское страхование, ПМСП — первичная медико-санитарная помощь, РФ — Российская Федерация.

## Ключевые моменты

### Как изменения в законодательстве 2025 г. влияют на организацию первичной медико-санитарной помощи в России?

- Изменения направлены на комплексную цифровизацию системы обязательного медицинского страхования, повышение доступности медицинской помощи для различных категорий граждан и оптимизацию финансовых механизмов. Ключевые нововведения включают замену бумажных полисов электронными документами, создание многоуровневой системы сопровождения пациентов, упрощение процедур страхования для новорожденных и иностранных граждан, а также детализацию тарифообразования и межрегиональных расчетов. Реализация этих мер позволит повысить эффективность работы медицинских организаций, защиту прав застрахованных лиц и качество оказываемой помощи.

## Key messages

### How will legislative changes in 2025 impact the management of primary health care in Russia?

- The changes are aimed at digitalizing the compulsory health insurance system, increasing access to care for various categories of people, and streamlining financial mechanisms. Key innovations include replacing paper policies with electronic documents, creating a multi-tiered patient support system, simplifying insurance procedures for newborns and foreign nationals, and detailing tariffs and interregional settlements. Implementation of these measures will improve the efficiency of health facilities, protect the rights of insured persons, and improve the quality of care provided.

## Введение

Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП), выступая фундаментальным звеном системы охраны здоровья населения, определяет ее доступность и эффективность. В Российской Федерации (РФ) организационно-правовые основы ПМСП находятся в состоянии динамичного развития, обусловленного необходимостью адаптации к современным вызовам, среди которых — цифровая трансформация, оптимизация финансовых механизмов и усиление защиты прав застрахованных лиц.

Особую актуальность приобретает комплексный анализ нормативных новелл, формирующих новую архитектуру оказания ПМСП. В период с августа по октябрь 2025 г. был принят ряд ключевых нормативных правовых актов, инициирующих системную трансформацию в данной сфере. Центральное место среди них занимает приказ Минздрава России от 21 августа 2025 г. № 496н, утвердивший новые Правила обязательного медицинского страхования (ОМС), который выступает своего рода кодифицирующим актом, вносящим масштабные изменения в порядок взаимодействия всех субъектов системы ОМС.

Целью исследования является комплексная юридическая оценка и структурированный анализ законодательных изменений, вступивших в силу в период с августа по октябрь 2025 г., и определение их влияния на организационно-правовые основы оказания ПМСП.

В фокусе внимания находятся такие аспекты, как цифровизация административных процедур (заме-

на бумажных полисов электронными документами), детализация финансовых механизмов, включая тарифообразование и межтерриториальные расчеты, расширение правового статуса застрахованных лиц и формирование многоуровневой системы их сопровождения.

## Материал и методы

Проведен контент-анализ нормативных правовых актов РФ за период с августа по октябрь 2025 г., включая новые Правила ОМС, изменения в Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 г. и на плановый период 2026-2027 гг. и др. В ходе анализа идентифицированы системные трансформации в организационно-финансовых и правовых основах системы ПМСП.

## Результаты и обсуждение

Проведенный анализ позволяет утверждать, что рассматриваемые нормативные инициативы формируют новые институциональные предпосылки для оптимизации функционирования ПМСП, повышения управляемости финансовых потоков и, как следствие, роста качества и доступности медицинской помощи для населения.

**Приказом Минздрава России от 21 августа 2025 г. № 496н<sup>1</sup>** утверждены Правила ОМС (да-

<sup>1</sup> Приказ Минздрава России от 21.08.2025 № 496н "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования". <https://base.garant.ru/412614889/>.

лее — приказ № 496н). Параллельно с этим признается утратившим силу приказ Минздрава России от 28 февраля 2019 г. № 108н<sup>2</sup>, которым были утверждены аналогичные Правила, с внесенными в него изменениями.

Значительная часть нововведений направлена на упорядочение взаимодействия застрахованных лиц со страховыми медицинскими организациями (МО). В частности, уточнена формулировка, определяющая круг субъектов, уполномоченных осуществлять выбор или замену страховой МО для несовершеннолетних или недееспособных граждан. Вместо указания на "одного из его родителей или других законных представителей" установлено, что данное действие осуществляется одним из его родителей или другим законным представителем. Дополнен порядок страхования новорожденных: в случае, если законные представители ребенка относятся к лицам, призванным на военную службу, ОМС ребенка до выбора страховой МО осуществляется страховой МО, определенной территориальным фондом ОМС.

Существенно расширен и детализирован перечень сведений, которые должны содержать заявления о включении в единый регистр застрахованных лиц и о выборе (замене) страховой МО. В качестве обязательного элемента введены реквизиты документа, удостоверяющего личность, а для детей — реквизиты свидетельства о рождении. Введены новые положения, обязывающие застрахованное лицо выбирать предпочтительные виды связи для информирования, а также уведомлять страховую МО об изменении контактных данных через специальное уведомление. Регламентирована одновременная подача заявления о включении в единый регистр застрахованных лиц и заявления о выборе (замене) страховой МО.

Важным новшеством является законодательное закрепление дополнительных способов подачи заявлений. Наряду с существовавшими вариантами теперь предусмотрена подача заявлений посредством Единого портала государственных и муниципальных услуг (функций), за исключением подачи уведомления об изменении контактных данных. Для несовершеннолетних установлен специальный порядок, требующий подачи заявлений на бумажном носителе при предоставлении подтверждающих его дееспособность документов.

Кроме того, пересмотрен и дополнен перечень документов, необходимых для подтверждения сведений при регистрации в качестве застрахованного лица для различных категорий граждан. В частности, для постоянно проживающих в РФ лиц без гражданства в качестве документа, удо-

ствоверяющего личность, может быть представлен документ, выданный иностранным государством и признаваемый в соответствии с международным договором РФ в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства и/или вид на жительство.

Введены новые нормы, закрепляющие право на включение в единый регистр застрахованных лиц для временно пребывающих и осуществляющих трудовую деятельность на территории РФ иностранных граждан и лиц без гражданства. Это право обусловлено уплатой за них страхователями страховых взносов на ОМС непрерывно в течение последних трех лет при подтверждении статуса работающего. Детально прописан механизм подтверждения данного 3-летнего периода, основанный на данных Федеральной налоговой службы.

В приказе № 496н также уточнены и процедурные аспекты, связанные со сменой страховой МО. В частности, добавлено положение о том, что в случае изменения места жительства и отсутствия на новой территории прежней страховой МО, лицо, не подавшее заявление о замене, считается застрахованным в организации, определенной территориальным фондом ОМС. Изменен подход к ситуации прекращения действия договора о финансовом обеспечении: установлено, что на период до выбора застрахованными лицами другой страховой МО территориальный фонд ОМС направляет сведения об указанных застрахованных лицах в страховые МО субъекта РФ, при этом право выбора у застрахованного лица сохраняется.

Одним из ключевых нововведений приказа № 496н является порядок документального подтверждения права на медицинскую помощь. Установлено, что при переоформлении или утрате полиса на бланке замена самого бланка не производится. Вместо этого введены новые формы подтверждения статуса застрахованного лица. По запросу гражданина может быть выдана выписка из единого регистра застрахованных лиц о полисе на материальном носителе. Параллельно введена возможность использования штрихового кода, сформированного посредством Единого портала государственных и муниципальных услуг (функций). Состав реквизитов, указываемых как в выписке, так и в штриховом коде, строго регламентирован и включает как персональные данные застрахованного лица, так и информацию о страховой МО.

Важным аспектом нововведений является установление дифференцированного порядка идентификации застрахованных лиц при обращении за медицинской помощью, за исключением случаев оказания экстренной помощи. В течение переходного периода допускается предъявление полиса на бланке или выписки о полисе, а при наличии

<sup>2</sup> Приказ Минздрава России от 28.02.2019 № 108н "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования". <https://base.garant.ru/72243038/>.

технической возможности — документа, удостоверяющего личность. По окончании переходного периода застрахованное лицо вправе по своему выбору предъявить для идентификации один из указанных документов.

Детализированы также процедуры обращения с полисами на бланках в новых условиях. Установлен 3-летний срок хранения в страховой МО испорченных, недействительных и невостребованных бланков. При этом невостребованные бланки, заказанные по старому порядку, сохраняют свой потенциал и могут быть выданы застрахованным лицам. Полисы на бланках лиц, застрахованных в иных страховых МО, подлежат передаче в территориальный фонд ОМС. Процедура списания и уничтожения бланков по истечении срока хранения осуществляется по решению специальной комиссии с участием представителей территориального фонда ОМС и страховой МО с обязательным оформлением соответствующего акта.

Анализ новой редакции раздела, посвященного выдаче, переоформлению и приостановлению действия полиса ОМС, демонстрирует существенную систематизацию и детализацию соответствующих процедур. Прежде всего, обращает на себя внимание изменение структуры раздела, который получил новое наименование, акцентирующее внимание на ключевых операциях с полисом. Из текста исключены положения, дублирующие нормы других разделов, что способствует устраниению правовой избыточности.

Значительным нововведением является уточнение сроков действия полисов ОМС для различных категорий застрахованных лиц. Для постоянно проживающих на территории РФ иностранных граждан и лиц без гражданства срок действия полиса ОМС устанавливается до конца текущего календарного года, но не более срока действия вида на жительство. Аналогичным образом конкретизированы сроки для иных категорий иностранных граждан, что создает единый подход к определению периода действия документа в зависимости от правового статуса застрахованного лица. Введено специальное правило для лиц, обращающихся за оформлением полиса в период с 1 ноября до 31 декабря, которым полис выдается со сроком действия до конца следующего календарного года.

Существенно переработан и дополнен перечень оснований для переоформления полиса. В него включены такие случаи, как изменение фамилии, имени, отчества, изменение даты рождения и пола застрахованного лица, установление неточности или ошибочности сведений, а также необходимость продления действия полиса ОМС при сохранении права на ОМС. Особо оговорена необходимость переоформления при продлении действия

документа, удостоверяющего личность гражданина РФ за пределами ее территории. Установлено, что заявление о переоформлении полиса подается застрахованным лицом лично или через своего представителя непосредственно в страховую МО, при этом исключена возможность его подачи посредством Единого портала государственных и муниципальных услуг (функций).

В части процедурных вопросов закреплено, что при наличии у застрахованного лица полиса ОМС на бланке страховая МО вносит в него сведения о выбранной страховой МО. При этом уточнено, что сведения в полис единого образца в виде пластиковой карты с электронным носителем информации вносятся при наличии у застрахованного лица пароля доступа держателя пластиковой карты. В случае утраты полиса на бланке выдача дубликата не производится, а застрахованное лицо может получить выписку о полисе.

Оптимизированы сроки и порядок информационного взаимодействия между страховыми МО и территориальными фондами ОМС. Установлено, что страховая МО направляет информацию в территориальный фонд ОМС в день подачи соответствующих заявлений. Детализированы процедуры проверки сведений в едином регистре застрахованных лиц и уведомления застрахованных лиц о результатах рассмотрения заявлений.

Введены новые нормы, направленные на повышение доступности услуг для лиц с ограниченными возможностями. В частности, установлено, что страховые МО могут организовать прием заявлений в месте непосредственного нахождения застрахованного лица. Это положение дополняет существующие требования по оборудованию помещений для беспрепятственного передвижения инвалидов.

Важным нововведением приказа № 496н выступает детализация и структурирование реестрового учета. В новой редакции существенно расширен перечень сведений, включаемых в реестр страховых МО. Вместо общих формулировок вводится исчерпывающий перечень из ≥20 позиций, охватывающих как основные регистрационные данные (коды по общероссийским классификаторам, ИНН, ОГРН), так и специфическую информацию, связанную непосредственно с деятельностью в сфере ОМС. К такой информации относятся сведения о лицензии, численности застрахованных лиц, количестве представителей по защите прав застрахованных, а также данные о заключенных и расторгнутых договорах о финансовом обеспечении.

Существенной модернизации подвергся процедурный аспект ведения реестров. Так, четко регламентированы процедуры включения и исключения страховых МО включая сроки осуществления

данных действий территориальными фондами. Установлен конкретный временной интервал для подачи уведомления о включении в реестр — с 1 августа до 1 октября года, предшествующего году осуществления деятельности. Процедура проверки представленных сведений и последующего включения организации в реестр с присвоением реестрового номера стала более формализованной и привязанной к срокам в рабочих днях. Исключение организации из реестра теперь осуществляется в строго определенных случаях, таких как приостановление или прекращение действия лицензии, ликвидация, а также по уведомлению о досрочном расторжении договора о финансово-вом обеспечении или в случае непредоставления документов в установленный законом срок.

Кроме того, произошло четкое нормативное разделение и описание двух крупных информационных массивов: единого реестра МО и реестра МО осуществляющих деятельность в сфере ОМС. Для каждого из них установлен свой порядок ведения, ответственный субъект (федеральный или территориальный фонд ОМС) и детализированный состав включаемых сведений. Ведение реестров переведено в электронный формат с использованием государственной информационной системы ОМС, что подчеркивает курс на цифровизацию административных процессов в системе ОМС. Также введены новые процедуры, такие как уведомление об изменении сведений и протоколирование различных этапов взаимодействия между медицинскими и страховыми организациями и фондами, что повышает уровень формализации и документирования таких процессов.

Анализ новой редакции раздела, регламентирующего оплату медицинской помощи по ОМС, позволяет выявить значительную структурную и содержательную переработку процедур финансового взаимодействия между участниками системы ОМС. Прежде всего, произошла детализация и конкретизация процесса формирования и представления заявок страховыми МО. В частности, уточнен перечень сведений, включаемых в заявку на получение средств на оплату счетов, который был расширен и систематизирован. Введены новые позиции, такие как объем средств по случаям, оплачиваемым Фондом пенсионного и социального страхования, а также объемы средств, подлежащих списанию или возврату, что способствует более точному учету финансовых потоков.

Существенные изменения касаются регламентации авансовых платежей. Четко установлены предельные размеры авансирования: не  $>50\%$  с января по ноябрь и не  $>95\%$  в декабре от объема финансового обеспечения страховой МО. При этом введено исключение для периодов чрезвы-

чайной ситуации, когда сумма авансирования может достигать 100%. Детализирован порядок взаимодействия при недостатке целевых средств, включая процедуру обращения страховой МО за средствами из нормированного страхового запаса территориального фонда ОМС, а также основания для отказа в таком предоставлении.

Кроме того, пересмотрены и унифицированы формулы расчета размера неоплаты или неполной оплаты медицинской помощи, а также штрафных санкций за неоказание или ненадлежащее оказание медицинской помощи. Вместо ранее действовавших положений введены новые расчетные методики, учитывающие различные коды нарушений. Также уточнен порядок оплаты медицинской помощи, оказываемой за пределами территории субъекта РФ, где выдан полис ОМС. Установлено, что в таких случаях применяются тарифы, установленные для МО тарифным соглашением по месту фактического оказания медицинской помощи, что способствует унификации подходов к оплате в условиях мобильности застрахованных лиц.

По результатам анализа раздела приказа № 496н, регламентирующего межтерриториальные расчеты, можно сделать вывод о существенной детализации и формализации процедур взаимодействия между территориальными фондами ОМС. Четко разграничены обязанности и сроки осуществления расчетов между территориальным фондом ОМС по месту оказания медицинской помощи и территориальным фондом ОМС по месту страхования. Кроме того, установлено, что фонд ОМС по месту оказания медицинской помощи осуществляет расчеты с МО не позднее 25 дней с даты представления счетов, в то время как фонд ОМС по месту страхования обязан возместить эти средства фонду по месту оказания помощи также в течение 25 дней с даты получения соответствующего счета по межтерриториальным расчетам.

Значительным нововведением является введение подробного регламента проведения контрольных мероприятий в рамках межтерриториальных расчетов. Детально прописана процедура медико-экономического контроля, проводимого территориальным фондом ОМС по месту оказания медицинской помощи, включая сроки и порядок действий при выявлении дефектов, требующих проведения медико-экономической экспертизы или экспертизы качества медицинской помощи. Закреплен механизм возврата средств, применяемый по результатам контроля, который может осуществляться как путем уменьшения сумм в последующих счетах, так и путем прямого перечисления средств.

Кроме того, в обновленных Правилах ОМС произошла формализация документооборота. Уста-

новлен исчерпывающий перечень сведений, которые должен содержать счет по межтерриториальным расчетам, а также состав прилагаемого к нему реестра документов. Введена обязанность ежеквартального проведения сверки расчетов между территориальными фондами с оформлением соответствующего акта, содержащего строго определенные показатели, что направлено на повышение прозрачности и управляемости финансовых потоков. Также отдельно регламентирован порядок действий в условиях чрезвычайной ситуации, предусматривающий возможность авансирования МО за оказание помощи застрахованным лицам не по месту их страхования.

В приказе № 496н произошло существенное изменение порядка утверждения дифференцированных подушевого нормативов для страховых МО. Ключевым нововведением является уточнение цели дифференцированных нормативов, которые теперь предназначены для определения объема финансовых средств, направляемых страховым МО в расчете на одно застрахованное лицо, с учетом различий в затратах на оказание медицинской помощи в зависимости от пола и возраста.

Существенной модификации подвергся подход к формированию половозрастных групп застрахованных лиц. Кроме того, закреплена возможность при расчете дифференцированного подушевого норматива в субъекте РФ использовать не только распределение численности на установленные половозрастные группы, но и формирование более детализированных подгрупп. Это допускается с учетом дифференциации в оказании медицинской помощи, а также отдельно для детского и взрослого населения, что повышает гибкость и точность расчетов.

Процедура расчета дифференцированных подушевых нормативов также претерпела ряд уточнений. В методике расчета коэффициентов дифференциации (КДи) скорректированы формулы. Помимо этого, в блоке расчета среднедушевого норматива финансирования уточнены состав и назначение учитываемых финансовых средств, включая средства на пополнение нормированного страхового запаса и осуществление управлеченческих функций территориального фонда. Заключительная формула для определения дифференцированного подушевого норматива представлена в более явном и лаконичном виде, что способствует однозначности ее применения.

Изменилась также методика расчета тарифов на оплату медицинской помощи по ОМС. Так, уточнена основа для расчета тарифов: теперь он осуществляется на единицу объема медицинской помощи, за вызов скорой медицинской помощи, за законченный случай лечения заболевания,

а также на основе подушевого норматива финансирования. При этом прямое указание на "медицинскую услугу" как объект расчета в ряде формулировок было заменено на более общее понятие "медицинской помощи", что может свидетельствовать о расширении подхода к тарификации.

Существенной модификации подверглось понятие законченного случая лечения заболевания. В новой редакции приказа № 496н клинико-статистические группы определяются не просто как группы заболеваний, а как группы, относящиеся к одному профилю помощи, сходные по методам диагностики и лечения, а также по средней ресурсоемкости. При расчете тарифа на основе подушевого норматива финансирования МО в явном виде предусмотрена возможность установления отдельных нормативов для детского и взрослого населения, что усиливает дифференциацию подхода. Кроме того, в состав расходов на оплату программного обеспечения добавлены затраты на его содержание, эксплуатацию, развитие и приобретение, что отражает расширение перечня учитываемых ресурсов.

Значительные уточнения внесены в классификацию и методы расчета затрат. Более четко разделины затраты, непосредственно связанные с оказанием медицинской помощи, и затраты, необходимые для обеспечения деятельности МО в целом. В составе последних, в частности, детализированы затраты на содержание объектов движимого имущества, с включением в их состав нематериальных активов, таких как программные комплексы и информационные системы. Уточнена процедура распределения общеорганизационных затрат: добавлен новый способ распределения пропорционально объему оказываемых медицинских услуг при условии их приведения к сопоставимому виду, а также конкретизирован способ отнесения всех затрат на один основной вид медицинской помощи.

Анализ изменений, внесенных в порядок оказания медицинской помощи застрахованным лицам за пределами территории РФ, позволяет выделить ряд системных нововведений.

Существенной модификации подвергся процесс документооборота и расчетов. МО, находящаяся за пределами РФ, обязана направлять счет и реестр в территориальный фонд ОМС по месту страхования застрахованного лица в установленные сроки. В реестре, помимо ранее предусмотренных сведений, теперь требуется указывать диагноз в соответствии с классификатором, а также коды, характеризующие вид, профиль оказанной помощи, должность медицинского работника и результат обращения. Уточнен механизм расчета стоимости медицинской помощи: она определяется на основании тарифов, утвержденных для

такой МО в субъекте РФ, первым принявшем уведомление о включении в реестр, с конвертацией в рубли по курсу Центрального банка на дату выставления счета.

Процедуры контроля со стороны территориального фонда ОМС также детализированы. Четко регламентированы сроки проведения медико-экономического контроля — в течение 10 рабочих дней с даты получения электронного счета. Установлено, что при наличии оснований для дополнительного рассмотрения организуется медико-экономическая экспертиза и/или экспертиза качества медицинской помощи. Оплата оказанной помощи осуществляется в течение 25 рабочих дней с даты получения счета с учетом результатов контроля, а уведомление об оплате должно содержать развернутую информацию о непринятых или частично оплаченных позициях реестра.

Введен регламентированный порядок сверки расчетов, который проводится ежегодно за определенный отчетный период с оформлением соответствующего акта. Четко прописаны сроки и обязанности сторон по составлению, направлению и возврату акта сверки. Кроме того, закреплен приоритет электронного документооборота при осуществлении расчетов, однако предусмотрена возможность использования бумажных носителей при технической невозможности соблюдения требований к усиленной квалифицированной электронной подписи. МО обязана представлять отчетность о своей деятельности в сфере ОМС в территориальный фонд ОМС, в реестр которого она включена.

В новой редакции требований к размещению страховыми МО информации существенно конкретизирована сама структура информации, которая должна быть доступна застрахованным лицам. Вместо ранее существовавших общих формулировок введен развернутый и структурированный перечень, включающий, в частности, сведения о финансовых результатах деятельности, опыте работы, количестве застрахованных лиц, а также подробную информацию о выявленных нарушениях в МО, в т.ч. в части качества помощи, лекарственного обеспечения и необоснованного взимания платы.

Важным нововведением является нормативное закрепление обязанности размещать на официальном сайте не только информацию, но и конкретные формы документов, с которыми сталкиваются застрахованные лица. К ним относятся формы заявлений о включении в единый регистр, о выборе или замене страховой МО, а также формы запросов о предоставлении выписки. Помимо этого, установлена обязанность раскрывать порядок сопровождения застрахованных лиц на всей территории РФ и порядок оказания им помощи

в предъявлении претензий к МО, что направлено на систематизацию защиты их прав.

Уточняются и унифицируются технические требования к форматам размещения информации. Закрепляется использование инфографики, мультимедиа, гипертекстовой формы, электронных документов и форм открытых данных. При этом особо оговаривается необходимость обеспечения функциональности, такой как возможность поиска, копирования фрагментов текста и сохранения документов на технических средствах пользователей. Требование о предоставлении информации в машиночитаемых форматах (CSV, XML, RDF) для целей автоматизированной обработки подчеркивает ориентацию на развитие цифровых сервисов в сфере ОМС.

Регламентация периодичности публикаций в средствах массовой информации также претерпела изменения: установлено, что опубликование материалов по одной или нескольким темам из установленного перечня осуществляется по выбору страховой МО не реже 1 раза/год, при этом экземпляры или электронные версии таких публикаций подлежат хранению не <3 лет. Все размещаемые сведения подлежат актуализации в строго установленный срок — не позднее 3 рабочих дней с момента их изменения, что призвано обеспечить актуальность и достоверность информации для потребителей.

Существенные изменения претерпел раздел, касающийся сопровождения страховыми МО застрахованных лиц на всей территории РФ. Так, разделом регламентируется переход от понятия "информационное сопровождение" к более широкому термину "сопровождение на всей территории РФ".

Структура деятельности по сопровождению детализирована через введение четкого разграничения уровней представителей страховой МО. Впервые на нормативном уровне закреплены три уровня представителей, каждый из которых наделен специфическим кругом обязанностей. Представители первого уровня, являясь специалистами контакт-центра, осуществляют первичное информирование, опросы и переадресацию обращений. Представители второго уровня организуют работу с обращениями, информирование и сопровождение при оказании медицинской помощи, включая профилактические мероприятия. Представители третьего уровня, специалисты-эксперты, занимаются рассмотрением жалоб, организацией экспертиз качества медицинской помощи и индивидуальным сопровождением пациентов с хроническими заболеваниями.

Значительным нововведением является создание комплексной системы учета и мониторинга на основе информационного ресурса. Установлена

обязанность формирования индивидуальной истории страховых случаев для застрахованных лиц с онкологическими заболеваниями, а также индивидуальной истории информирования о прохождении профилактических мероприятий и диспансерного наблюдения. Регламентирован ежедневный обмен данными между медицинскими и страховыми МО о свободных койко-местах, плановой и экстренной госпитализации, что направлено на повышение эффективности управления ресурсами здравоохранения и соблюдение сроков ожидания медицинской помощи.

Процедура информирования граждан о профилактических мероприятиях формализована и переведена в плоскость автоматизированного взаимодействия. Территориальные фонды ОМС обязаны формировать и размещать в информационном ресурсе списки лиц, подлежащих диспансеризации и диспансерному наблюдению, с последующей передачей их страховому МО для проведения индивидуального информирования. Четко прописаны сроки, периодичность и способы такого информирования, а также обязанность страховых организаций отчитываться о его результатах. Кроме того, закреплен механизм контроля за выполнением МО рекомендаций, полученных в ходе телемедицинских консилиумов с национальными медицинскими исследовательскими центрами.

**Приказом Минздрава России от 29 августа 2025 г. № 515н<sup>3</sup>** внесены изменения в приказы Минздрава России от 2 мая 2023 г. № 206н и приказ Минздрава России от 19 февраля 2024 г. № 72н. В соответствии с указанными изменениями срок действия Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием продлен до 1 сентября 2026 г.

**Постановлением Правительства РФ от 23 августа 2025 г. № 1267<sup>4</sup>** до 31 декабря 2026 г. продлены особенности привлечения к осуществлению медицинской деятельности на должностях врачей-анестезиологов-реаниматологов, врачей-травматологов-ортопедов, врачей-хирургов при условии прохождения аккредитации специалиста по соответствующей специальности лиц, имеющих диплом специалиста по специальностям "Лечебное дело" или "Педиатрия".

**Постановлением Правительства РФ от 4 сентября 2025 г. № 1365<sup>5</sup>** внесены изменения в Про-

грамму государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 г. и на плановый период 2026-2027 гг.

В рамках базовой программы ОМС предусмотрена возможность госпитализации маломобильных граждан, имеющих стойкие расстройства функций организма, для прохождения диспансеризации. Соответствующие изменения внесены в раздел IV Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (на период 2025-2027 гг.). Указанными дополнениями детализируются условия госпитализации, а также механизмы финансирования, порядок предоставления специализированной, в т.ч. высокотехнологичной, медицинской помощи в случае выявления соответствующих патологий в ходе обследования.

Параллельно с этим в указанном постановлении закреплен порядок предоставления результатов проведения профилактического осмотра или первого этапа диспансеризации, предусматривающий, в частности, их размещение в личном кабинете на Едином портале государственных и муниципальных услуг.

Кроме того, актуализирован перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, не входящих в базовую программу ОМС, финансирование которых осуществляется за счет субсидий из бюджета Федерального фонда ОМС, что отражено в разделе 2 приложения № 1 к Программе. Также утверждена новая редакция раздела 2 приложения № 2 данного документа, содержащего средние нормативы объема оказания и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи.

**Приказом Минздрава России от 30 июля 2025 г. № 457н<sup>6</sup>** внесены изменения в приказ Минздрава России от 18 февраля 2022 г. № 90н<sup>7</sup>, согласно которым отложен переход на электронные личные медицинские книжки до 1 сентября 2026 г.

**Приказом Минздрава России от 6 августа 2025 г. № 468н<sup>8</sup>** утвержден порядок предоставления уполномоченными лицами страховой МО консультаций застрахованным лицам в предъявлении

<sup>3</sup> Приказ Минздрава России от 29.08.2025 № 515н "О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 мая 2023 г. № 206н и приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.02.2024 № 72н". <https://www.garant.ru/hotlaw/federal/1857260/>.

<sup>4</sup> Постановление Правительства РФ от 23.08.2025 № 1267 "О внесении изменения в постановление Правительства Российской Федерации от 12.03.2022 № 353". <https://base.garant.ru/412614249/>.

<sup>5</sup> Постановление Правительства РФ от 04.09.2025 № 1365 "О внесении изменений в Программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов". <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/412537551/>.

претензий к МО в связи с отказом в оказании медицинской помощи или некачественным оказанием медицинской помощи и взиманием денежных средств за оказание медицинской помощи (далее — Порядок).

Порядком устанавливается процедура консультирования граждан на основании письменного обращения застрахованного лица и его законного представителя, поданного в страховую МО, в которой застрахован гражданин. Рассмотрение такого заявления осуществляется в соответствии с Федеральным законом от 2 мая 2006 г. № 59-ФЗ "О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации"<sup>9</sup>.

Обращение подается застрахованным лицом или его представителем (в т.ч. законным представителем) непосредственно в страховую МО в письменной форме или в форме электронного документа с использованием федеральной государственной информационной системы "Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)".

Результатом рассмотрения обращения является консультация застрахованного лица или его представителя (в т.ч. законного представителя) по вопросам и обстоятельствам, изложенными в обращении, в т.ч. о возможном предъявлении претензии к МО, помочь в предъявлении претензий к МО в связи с отказом в оказании медицинской помощи или некачественным оказанием медицинской помощи и взиманием денежных средств за оказание медицинской помощи.

Введение в действие анализируемого Порядка представляет собой значительный шаг в развитии системы защиты прав пациентов в РФ.

<sup>9</sup> Федеральный закон от 02.05.2006 № 59-ФЗ "О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации". <https://base.garant.ru/12146661/>.

**Савченко Дарья Олеговна** (Darya O. Savchenko) — м.н.с. отдела научно-стратегического развития первичной медико-санитарной помощи, ORCID: 0009-0001-8047-7903;

**Сон Ирина Михайловна** (Irina M. Son) — д.м.н., профессор, зав. кафедрой организации здравоохранения и общественного здоровья с курсом управления сестринской деятельностью; советник ректора, ORCID: 0000-0001-9309-2853;

**Неверова Елена Борисовна** (Elena B. Neverova) — к.б.н. ассистент кафедры фармакологии, ORCID: 0009-0009-7270-8087.

**Адреса организаций авторов:** ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России, Петроверигский пер., д. 10, стр. 3, Москва, 101990, Россия; ФГБОУ ДПО "Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования" Минздрава России, ул. Баррикадная, д. 2/1, стр. 1, Москва, 125993, Россия; Пензенский институт управления сестринской деятельностью — филиал ФГБОУ ДПО "Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования" Минздрава России, ул. Стасова, д. 8А, Пенза, 440060, Россия; ФГБОУ ВО "Тверской государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации, ул. Советская, д. 4, Тверь, 170100, Россия.

**Addresses of the authors' institutions:** National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine of the Ministry of Health of the Russian Federation, Petroverigsky Lane, 10, bld. 3, Moscow, 101990, Russia; Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, Barrikadnaya str., 2/1, bld. 1, Moscow, 125993, Russia; Penza Institute for Advanced Medical Training — Branch of the Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, Stasov str., 8A, Penza, 440060, Russia; Tver State Medical University, Sovetskaya str., 4, Tver, 170100, Russia.

## Заключение

Таким образом, проведенный анализ нормативных правовых актов свидетельствует о переходе к новому этапу институционального развития системы ПМСП в РФ. Совокупность выявленных изменений отражает стремление законодателя к формированию более структурированной, ориентированной на цифровизацию и управляемой модели ПМСП, основанной на детальной регламентации процедур, прозрачности финансовых потоков и усилении роли страховых МО в сопровождении пациентов.

Системная детализация правил ОМС, включая механизмы идентификации застрахованных лиц, ведение реестров, тарифообразование и межтерриториальные расчеты, создает нормативные условия для повышения предсказуемости и устойчивости функционирования МО. Одновременно расширение прав застрахованных лиц и формализация многоуровневой системы их сопровождения свидетельствуют о смещении акцента в сторону пациент-ориентированной модели оказания медицинской помощи.

В целом, рассматриваемые законодательные новации формируют целостную правовую архитектуру, направленную на повышение доступности, непрерывности и качества ПМСП. Их практическая реализация способна обеспечить не только оптимизацию управлеченческих и финансовых процессов, но и устойчивое повышение эффективности системы здравоохранения, что в перспективе будет способствовать улучшению показателей общественного здоровья и росту доверия граждан к институтам ОМС.

**Отношения и деятельность:** все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.