

Новое в правилах ОМС на 2026 год: на каких основаниях частники смогут войти в программу

Предлагаем разъяснения, как ограничат доступ частных клиник к работе в системе ОМС*. Читайте, какой порядок установят взамен прежнего — уведомительного. Как соблюсти новые условия и кого точно отсеют на этапе отбора, объяснила юрист питерского ТФОМС.

В первой части статьи рассказали, какие правила и критерии должны соблюдать частные медорганизации, чтобы их включили в реестр ОМС. Во второй - разъяснили, как и в какие сроки клиникам необходимо сообщать в территориальный фонд ОМС (ТФОМС) о намерении оказывать медпомощь в рамках ОМС, а также в каком порядке эксперты будут оценивать документы. Чек-лист, чтобы подготовиться к включению в программу ОМС по новым требованиям Минздрава, смотрите в приложении.



Виктория ЧЕРНИКОВА,
главный юрист
Территориального фонда
ОМС Санкт-Петербурга

Что потребуется, чтобы частную клинику включили в реестр ОМС

С 1 сентября 2025 года внесли изменения в Закон об обязательном медстраховании - для частных клиник разработали отдельный порядок допуска к участию в программе ОМС (ст. 15 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ). Частные структуры должны проходить многоступенчатую проверку по критериям, которые предложило Правительство в новом проекте. Ранее для клиник

всех форм собственности применяли единый порядок включения. Достаточно было направить уведомление в территориальный фонд до 1 сентября года, предшествующего году оказания медпомощи по программе. Теперь так делать могут только государственные и муниципальные медучреждения – фонд не вправе отказать им во включении.

Лицензии на виды работ и услуг, которые намерены проводить и оказывать по территориальной программе ОМС, с учетом порядков оказания медпомощи. В процессе проверки терфонд сравнит сведения из выписки, которую необходимо приложить к заявлению, с информацией из реестра лицензий на официальном сайте Росздравнадзора. Клинике могут отказать во включении в реестр из-за любых расхождений, даже технических.

Собственный сайт в сети «Интернет»: необходимо проконтролировать, что опубликовали на нем короткую информационную справку о работе клиники. То есть разместили сведения о деятельности, режиме приема пациентов, видах и условиях оказания медпомощи по статье 32 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ, об опыте работы. Это можно сделать в произвольной форме, как показали в примере, – четких требований со стороны законодателя на этот счет нет.



К СВЕДЕНИЮ

Для ряда клиник установили нормативы, чтобы подтвердить факт оказания медпомощи – 150 случаев за год или 300 за три года. В их число входят медорганизации, которые оказывают специализированную медпомощь, включая высокотехнологичную, в стационаре и дневном стационаре,

а также те, кто предоставляет отдельные диагностические услуги. Источник финансирования может быть любой: платные услуги, ДМС, финансирование из федерального, регионального, муниципального бюджета или бюджета собственника клиники или, благотворительные средства

** Проект постановления Правительства <Об утверждении формы заявления о включении медицинской организации частной системы здравоохранения в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования по территориальной программе обязательного медицинского страхования...>, ID 159578 (далее – проект)*

ПРОВЕРКИ И ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С КОНТРОЛЕРАМИ

Пример. В разделе «Информация об опыте работы» можно привести справку о том, как давно медорганизация выполняет медицинскую деятельность, каких успешных результатов добилась. В разделе «Виды и условия предоставления медпомощи» – помимо информации о видах и условиях согласно ст. 32 Закона № 323-ФЗ подробно указать профили, по которым клиника оказывает медпомощь, а также перечислить виды конкретных оказываемых услуг: к примеру, лабораторных, диагностических.

Трехлетний опыт оказания медпомощи до начала работы в системе ОМС. Чтобы подтвердить это требование, необходимо заполнить специальную форму – приложение к заявлению. Указать сведения об объемах медпомощи в разрезе профилей, которую медорганизация оказывает за счет всех источников финансирования.

В проекте предусмотрели исключение, когда трехлетний опыт требовать не будут: если мощность других медорганизаций региона не позволяет обеспечить достаточную доступность отдельных видов медпомощи. Как определить, что доступность отдельных видов медпомощи в регионе недостаточная, пока не конкретизировали.

Наличие потребности региона в предлагаемых услугах. Региональный минздрав будет определять, насколько востребованы те виды помощи по ОМС, которые предлагает частная клиника. Обратите внимание: ТФОМС



СОВЕТ

Обратите внимание на дефицитные профили в вашем регионе – гораздо проще будет попасть в терпрограмму ОМС тем клиникам, которые оказывают специфичные медуслуги по «редким» профилям или на дорогостоящем оборудовании, например,

на таком, которого нет в государственных медорганизациях.

Однако и предоставление распространенных услуг могут посчитать преимуществом, если мощности госклиник в вашем регионе ограничены.