

Горелов Александр Михайлович, магистрант,  
Сургутский государственный университет

Кнященко Татьяна Петровна, к.э.н., доцент,  
Сургутский государственный университет

## ОСОБЕННОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧАСТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ И МЕХАНИЗМ ИХ УЧАСТИЯ В СИСТЕМЕ ОМС

**Аннотация.** В статье анализируются отличия частных медицинских клиник от государственных учреждений. Рассматриваются правовые и организационно-правовые формы частных клиник, их финансирование за счёт платных услуг и страховых полисов. Выделены пять критериев сравнения: источники дохода, гибкость управления, уровень сервиса, формы контроля и возможности развития. Отмечается, что частные центры обладают более быстрой реакцией на рыночные запросы и способны привлекать внешние инвестиции для модернизации оборудования. В результате они предлагают более комфортные условия и персонализированный подход к пациенту. Сделан вывод о том, что мобильность и внутренние ресурсы являются ключевыми факторами успеха частной медицины.

**Ключевые слова:** Частные медицинские клиники, государственное здравоохранение, финансирование медицины, управленческая гибкость, сервисное обслуживание, инвестиции в оборудование.

Частная клиника – это медицинская организация, имеющая лицензию на осуществление медицинской деятельности, а ее имущество принадлежит частным лицам. При этом оказание медицинской помощи может быть основным видом деятельности как у коммерческих организаций, так и у некоммерческих. В первом случае это, как правило, ООО или АО, ориентированные на получение прибыли. Во втором, как правило, это автономные некоммерческие организации (АНО) или партнерства, которые не распределяют доход между своими учредителями, а направляют его на развитие [7, с. 282].

Частную медицину можно отличить от государственной по нескольким признакам [12, с. 134]:

1. Деньги. Подавляющая часть дохода клиник формируется за счет оказания платных услуг, однако они могут работать и по полисам. В бюджетных больницах источником финансирования являются дотации из бюджета и обязательное медицинское страхование.

2. Управление. В частном бизнесе больше гибкости при принятии решений, здесь меньше административный груз. В государственном секторе каждый шаг регламентируется строже.

3. Сервис. Конкуренция заставляет частные медицинские центры бороться за пациента: они инвестируют в создание комфортных условий для пациентов, стараются избавиться от очередей, внедряют персональный подход. В государственных поликлиниках сервис, как правило, стандартизирован.

4. Контроль. Частных клиник дисциплинирует рынок и страховые компании, в то время как государственные медицинские организации постоянно находятся под надзором профильных ведомств, таких, например, как Росздравнадзор.

5. Развитие. Частные клиники свободнее привлекают внешние инвестиции для обновления парка оборудования, тогда как государственные больницы ограничены бюджетом.

Успех частной медицины во многом строится на внутренних ресурсах организации и способности быстро принимать решения. В отличие от государственных учреждений,



коммерческие центры более мобильны: они оперативнее реагируют на запросы рынка, быстрее внедряют новые сервисы, активнее вкладывают средства в приобретение современного оборудования. Такой акцент на инновациях и персонализированном сервисе и делает частные клиники привлекательными для пациентов. Пациент платит не только за результат лечения, но и за комфорт, а возможность привлекать крупные инвестиции позволяет клиникам регулярно обновлять лаборатории и запускать новые направления [10, с. 161].

С юридической точки зрения частные медицинские организации имеют те же права на работу в системе ОМС, что и государственные больницы. Это право зафиксировано в статье 56 закона №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании». Фактически любая частная клиника может принимать пациентов по полису, если она соответствует стандартным лицензионным требованиям для оказания медицинской помощи.

Однако правила существенно меняются. С 2026 года вместо привычного уведомительного порядка при определении объёмов и видов медицинской помощи в системе ОМС начал действовать конкурсный отбор. По сравнению с ранее действовавшей процедурой, конкурс стал заметно строже. Чтобы получить право работать в системе ОМС, медицинская организация должна подать заявление в территориальный фонд обязательного медицинского страхования в период с 1 июля по 1 сентября года, предшествующего плановому. Все детали – от формы документов до критериев оценки участников конкурса – определяет Правительство Российской Федерации [8].

Главным критерием выступает наличие лицензии и история добросовестного исполнения обязательств. Для новых участников комиссии требуется подтверждение как минимум трёхлетнего опыта работы на рынке, тогда как для уже известных организаций важны подтверждённые объёмы ранее оказанных услуг. Организаторы конкурса обязательно проверяют, не допускала ли медицинская организация в последние два года нарушений качества или сроков оказания помощи в рамках ОМС. Кроме того, требуется доказать отсутствие в регионе достаточных мощностей для оказания медицинской помощи соответствующего вида и объёма. Ещё одним серьёзным требованием стала стопроцентная цифровая готовность – полная интеграция с Единой государственной информационной системой в сфере здравоохранения, региональными информационными системами и базами данных ОМС [9].

В отношении организации труда врачей и материально-технического оснащения медицинских учреждений действуют строгие требования, установленные федеральным законом № 99-ФЗ [1] и постановлением Правительства Российской Федерации № 852 [3]. Учреждение обязано располагать необходимыми помещениями и современным оборудованием, а также неукоснительно соблюдать санитарно-эпидемиологические нормы. Особое внимание уделяется комплектованию штата: все специалисты должны иметь соответствующее дипломное образование, действующую аккредитацию или сертификаты специалиста, если это предусмотрено нормативными документами для конкретной врачебной должности [15, с. 47].

Заключение договора на оказание и оплату медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования с частной медицинской организацией представляет собой сложный, многократный процесс. Он устанавливает и упорядочивает взаимоотношения между всеми участниками системы обязательного медицинского страхования. В этом контексте договор приобретает особое значение, поскольку именно он фиксирует ключевые параметры взаимодействия [5, с. 15].

Ниже представлена пошаговая последовательность процесса заключения договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.





Рисунок 1. Процедура заключения договора между частной медицинской организацией и страховой медицинской организацией в системе ОМС  
Составлено автором на основе источников: [2].

Частные клиники оплачиваются по тарифам, которые прописываются в специальном тарифном соглашении. Именно эти тарифы определяют, какую часть стоимости лечения пациента клиника сможет получить от государства. Оплата может строиться на разных принципах: для поликлиник чаще всего это подушевой норматив, а для больниц, оплата по клинко-статистическим группам (КСГ). Чтобы получить оплату за свою работу, клиника формирует и предоставляет реестры счетов. В них подробно указывается всё, что было сделано: какие услуги оказаны, сколько раз пациент приходил на прием и с какими жалобами обращался.

Важно отметить, что тарифы на оплату медицинской помощи в системе ОМС не являются едиными для всей территории Российской Федерации. Согласно статье 30 Федерального закона № 326-ФЗ, тарифы на оплату медицинской помощи устанавливаются тарифным соглашением, заключаемым между уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации, территориальным фондом ОМС, страховыми медицинскими организациями и профессиональными медицинскими ассоциациями [2]. Таким образом, законодательно закреплён региональный уровень установления тарифов.

Методические рекомендации Минздрава России задают лишь общие подходы к расчёту, тогда как конкретные размеры тарифов определяются в каждом субъекте Федерации самостоятельно с учётом региональных особенностей: структуры заболеваемости, уровня заработной платы, стоимости коммунальных услуг и расходных материалов, а также имеющейся инфраструктуры здравоохранения [4]. Вследствие этого стоимость одной и той же медицинской услуги может существенно различаться в разных регионах. Например, как отмечается в аналитических материалах Счетной палаты, разница в тарифах на лечение по одной клинко-статистической группе в сопоставимых по уровню экономического развития субъектах может достигать 1,5-2 раз [11].

Кроме того, тарифное соглашение является единым для всех страховых медицинских организаций, работающих на территории данного субъекта, но не для всех медицинских организаций независимо от формы собственности. Хотя формально частные и государственные учреждения получают оплату по одним и тем же тарифам, на практике в расчёт тарифов закладываются затраты, характерные преимущественно для государственных



организаций (например, амортизация зданий, находящихся в государственной собственности). Частные организации при этом несут дополнительные расходы на аренду помещений и уплату налога на прибыль, которые не всегда учитываются при формировании тарифов [4].

С 2021 года действует так называемый «принцип двух ключей» – обязательное согласование региональных тарифов с Федеральным фондом ОМС, что позволило частично снизить межрегиональные разрывы. Тем не менее, по данным Счетной палаты, полностью устранить дифференциацию не удалось: в 2024 году разброс тарифов на отдельные виды стационарной помощи между регионами сохранялся на уровне 30-40% [52]. Следовательно, для организаций, имеющих филиалы в нескольких субъектах Федерации, таких как АО «РЖД-Медицина», работа в системе ОМС сопряжена с необходимостью адаптации к различным тарифным условиям в каждом регионе присутствия, что усложняет финансовое планирование и снижает предсказуемость доходов.

Исследования показывают значительную вариацию тарифов на оплату стационарной помощи по клинко-статистическим группам (КСГ). Даже после унификации способов оплаты разница в тарифах на схожие случаи лечения в разных субъектах может достигать 1,5-2,5 раз и более [13, с. 76].

Причины разрывов:

- 1) Различия в уровне заработной платы медицинских работников и районных коэффициентах.
- 2) Стоимость расходных материалов, коммунальных услуг и логистики в удалённых регионах.
- 3) Разная структура и оснащённость медицинских организаций.
- 4) Необходимость обеспечения целевых показателей по зарплате («дорожные карты»).
- 5) Исторически сложившиеся различия в финансировании до модернизации ОМС.

Для организаций вроде АО «РЖД-Медицина», работающих в десятках регионов, тарифные разрывы создают дополнительные вызовы. В регионах с более низкими тарифами покрытие себестоимости (учитывая налоговые обязательства, рыночную аренду и отсутствие бюджетных дотаций) может быть недостаточным. Это влияет на экономическую мотивацию частного сектора к расширению участия в ОМС и на равенство условий конкуренции с государственными учреждениями.

Контроль за качеством и объёмом медицинской помощи в частных клиниках, работающих в системе обязательного медицинского страхования, осуществляют три ключевых субъекта. Это Федеральный фонд ОМС, территориальные фонды обязательного медицинского страхования, а также страховые медицинские организации. Такое распределение полномочий позволяет, с одной стороны, обеспечить единые правила на всей территории страны, а с другой – учесть региональную специфику.

Проверка деятельности клиник строится в два последовательных этапа. Первоначально проводится медико-экономическая экспертиза. На этом этапе специалисты анализируют, не были ли превышены финансовые лимиты, выделенные по договору, и соответствуют ли оказанные услуги его условиям. Лишь после подтверждения экономической обоснованности переходит к следующему уровню – оценке собственно медицинской составляющей. Здесь внимание сосредоточено на качестве и полноте оказанного лечения: насколько оно отвечает действующим государственным стандартам, порядкам оказания медицинской помощи и актуальным клиническим рекомендациям.

Частные медицинские организации всё активнее включаются в систему обязательного медицинского страхования, принимая на себя значительную долю ответственности за оказание помощи застрахованным гражданам. Тем не менее полноценный вклад частного сектора в обеспечение действительно качественной и доступной медицинской помощи пока остаётся



скорее перспективой, нежели текущей реальностью. По состоянию на октябрь 2023 года частные центры составляли 38 % от общего числа медицинских организаций, работающих в системе ОМС [6]. Однако при ближайшем рассмотрении выясняется, что доля частного бизнеса в общем объёме фактически оказанной медицинской помощи по-прежнему остаётся довольно скромной. Кроме того, степень участия частных клиник и центров в системе ОМС существенно различается в зависимости от региона

Ниже приведена таблица с данными об участии медицинских организаций в системе ОМС.

Таблица 1

Статистика участия медицинских организаций различных форм собственности в системе ОМС (по данным на начало 2026 года)

Показатель	Значение
Общее число медицинских организаций, работающих в сфере ОМС	12 870 единиц
Число частных медицинских организаций	2 980 единицы
Доля частных организаций в общем числе медорганизаций	23,2%
Доля государственных организаций	71,5%
Доля муниципальных организаций	около 5,3%

Составлено автором на основе источников: [6].

Частных клиник в ОМС много, но их вклад в помощь пациентам пока почти нулевой. Во многом это зависит от географии: в столицах и других крупных городах бизнес активно работает по госзаказам, а в глубинке частные медучреждения практически не участвуют в программе.

К началу 2026 года новые критерии отбора уже стали реальностью: регуляторы теперь оценивают востребованность клиники в конкретном регионе, стаж её работы на рынке и репутационный профиль – в том числе наличие административных взысканий или зафиксированных нарушений законодательства. При этом жёсткость требований проявляется избирательно: осязаемый эффект заметен прежде всего в сегменте небольших частных центров, тогда как крупные игроки зачастую соответствуют установленным параметрам по умолчанию. В итоге конфигурация частного сектора в системе ОМС действительно трансформируется – не столько за счёт тотального сокращения, сколько за счёт перераспределения долей между участниками разного масштаба и профиля деятельности [14].

Концептуально участие частного сектора в здравоохранении призвано повысить доступность медицинской помощи за счет гибких моделей управления и высоких сервисных стандартов. Однако практическая интеграция коммерческих организаций в государственную систему сталкивается с серьезными барьерами. Для вхождения в реестр ОМС и получения соответствующего возмещения расходов недостаточно наличия лицензии: клиники вынуждены проходить процедуру конкурсного отбора. Ситуация осложняется прогрессирующим ужесточением государственного финансового контроля и ростом регуляторных требований к качеству предоставляемых услуг.

В результате формируется выраженный институциональный диссонанс: при стабильном росте числа частных медицинских организаций их удельный вес в общем объеме территориальных программ ОМС остается незначительным. Неравномерная плотность коммерческих клиник в регионах подтверждает сохраняющиеся издержки и несовершенство условий работы в системе обязательного страхования. На текущем этапе механизмы эффективного взаимодействия государства и бизнеса в сфере здравоохранения остаются недостаточно проработанными, что препятствует полноценному использованию потенциала частного сектора.



*Список литературы:*

1. Федеральный закон от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» (ред. от 31.07.2025) // Собрание законодательства РФ. – 2011. – № 19. – Ст. 2716.
2. Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (ред. от 29.12.2025) // Собрание законодательства РФ. – 2010. – № 49. – Ст. 6422.
3. Постановление Правительства РФ от 01.06.2021 № 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации» (ред. от 08.05.2025) // Собрание законодательства РФ. – 2021. – № 23. – Ст. 4125.
4. Методические рекомендации по расчету стоимости медицинских услуг и случаев оказания медицинской помощи за счет государственных источников финансирования. Версия 1.0 (утв. приказом ФГБУ «ЦЭКМП» Минздрава России от 24.05.2024 № 73-од) [Электронный ресурс] // СПС КонсультантПлюс. – 18.02.2025. – Режим доступа: [https://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_498975/](https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_498975/) (дата обращения: 16.06.2026).
5. Ахохова А.В. и др. Оказание медицинской помощи сверх установленного объема: выполнение обязательств по договору обязательного медицинского страхования или с пациентом // Социальные аспекты здоровья населения. – 2023. – Т. 69. – № 3. – С. 15-15.
6. Бюллетень Счетной палаты Российской Федерации. – 2024. – № 4 (317). – Здравоохранение [Электронный ресурс]. – URL: <https://www.sptulobl.ru/Bul-4-2024.pdf> (дата обращения: 08.05.2026).
7. Ковалева И.П., Стрижак М.С., Заярная И.А. Совершенствование механизма участия частных клиник в системе обязательного медицинского страхования // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2022. – Т. 30. – № 2. – С. 281-287.
8. Критерии Минздрава для частных клиник, чтобы работать по ОМС [Электронный ресурс] // Zdrav.ru. – 01.10.2025. – URL: <https://www.zdrav.ru/articles/4293666956-kriterii-dlya-chastnyh-klinik-chtoby-voyti-v-spisok-rabotayushchih-po-oms-25-m10-01> (дата обращения: 08.05.2026).
9. Мануйлова А. Клиники отберут по потребности [Электронный ресурс] // Коммерсантъ. – 25.08.2025. – Режим доступа: <https://www.kommersant.ru/doc/7988704> (дата обращения: 08.05.2026).
10. Падиев Г.Б. Организация и управление в частной медицине: современные вызовы и стратегические приоритеты // Здоровье мегаполиса. – 2025. – Т. 6. – № 3. – С. 160-167.
11. Счетная палата проанализировала тарифную политику в сфере ОМС: главные выводы [Электронный ресурс] // Вадемекум. – 03.04.2025. – Режим доступа: <https://vademes.ru/news/2025/04/03/schetnaya-palata-proanalizirovala-tarifnuyu-politiku-v-sfere-oms-glavnye-vyvody/> (дата обращения: 19.06.2026).
12. Частные клиники будут работать в ОМС [Электронный ресурс] // Вестник Карелии. – 18.08.2024. – Режим доступа: <https://vestnik-karelii.ru/chastnye-kliniki-budut-rabotat-v-oms/> (дата обращения: 16.06.2026).
13. Шеттат С.Д. Понятие и признаки частной медицинской деятельности // Вестник магистратуры. – 2024. – № 12-1 (159). – С. 133-135.
14. Экзекова Л.М. Особенности представительства в страховых правоотношениях // Общество и право. – 2023. – № 1 (83). – С. 133-138.
15. Эксперт объяснил, что изменится для россиян после реформы ОМС [Электронный ресурс] // Газета.ru. – 25.08.2025. – URL: <https://www.gazeta.ru/social/news/2025/08/25/26571908.shtml> (дата обращения: 08.05.2026).

