

ПРИЛОЖЕНИЕ № 3
к Программе государственных гарантий
бесплатного оказания гражданам
медицинской помощи на 2026 год
и на плановый период 2027 и 2028 годов

П О Л О Ж Е Н И Е

**об установлении тарифов на оплату специализированной,
в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи,
оказываемой медицинскими организациями, функции и полномочия
учредителей в отношении которых осуществляют Правительство
Российской Федерации или федеральные органы исполнительной
власти, в соответствии с едиными требованиями базовой программы
обязательного медицинского страхования**

1. Настоящее Положение определяет порядок установления тарифов на оплату специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти, в соответствии с едиными требованиями базовой программы обязательного медицинского страхования (далее соответственно - федеральная медицинская организация, тариф на оплату медицинской помощи).

2. Тарифы на оплату медицинской помощи устанавливаются по видам медицинской помощи соответствующего профиля медицинской помощи, оказываемой федеральной медицинской организацией при заболеваниях, состояниях (группах заболеваний, состояний), перечни которых предусмотрены приложениями № 1 и 4 к Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 29 декабря 2025 г. № 2188 "О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов" (далее - Программа).

3. Тариф на оплату j-й медицинской помощи (за исключением медицинской помощи, оплачиваемой по отдельным группам заболеваний, состояний, доли заработной платы и прочих расходов в составе норматива финансовых затрат которых предусмотрены приложением № 4 к Программе, и высокотехнологичной медицинской помощи), оказываемой i-й федеральной медицинской организацией в z-х условиях (стационарных условиях или условиях дневного стационара) (T_{ijz}), определяется по формуле:

$$T_{ijz} = НФЗ_z \times КБС_z \times КД_i (КЗ_{jz} \times КС_{ij} + КСЛП),$$

где:

$НФЗ_z$ - средний норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в z-х условиях, оказываемой федеральными медицинскими организациями, предусмотренный приложением № 2 к Программе;

$КБС_z$ - коэффициент приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в z-х условиях к базовой ставке, исключаяющей влияние применяемых коэффициентов относительной затратно-емкости и специфики оказания медицинской помощи, коэффициента дифференциации и коэффициента сложности лечения пациентов, принимающий значения 0,272 - для стационара и 0,323 - для дневного стационара;

$КД_i$ - коэффициент дифференциации, устанавливаемый:

для субъекта Российской Федерации, на территории которого расположена i-я федеральная медицинская организация, используемый при распределении субвенций, предоставляемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования, в соответствии с методикой распределения субвенций, предоставляемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденной постановлением

Правительства Российской Федерации от 5 мая 2012 г. № 462 "О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования";

для территории оказания медицинской помощи (если коэффициент дифференциации не является единым для всей территории субъекта Российской Федерации);

KZ_{jz} - коэффициент относительной затратоемкости оказания j-й медицинской помощи в z-х условиях (далее - коэффициент относительной затратоемкости), значение которого принимается в соответствии с приложением № 4 к Программе;

KC_{ij} - коэффициент специфики оказания j-й медицинской помощи i-й федеральной медицинской организацией, значение которого принимается в соответствии с пунктом 5 настоящего Положения;

КСЛП - коэффициент сложности лечения пациента, значение которого принимается в соответствии с пунктом 6 настоящего Положения. При определении тарифа на оплату случая лечения с применением коэффициента сложности лечения пациента, предусмотренного подпунктом "з" пункта 6 настоящего Положения, значение коэффициента сложности лечения пациента принимается равным $\frac{КСЛП}{КД_i}$.

Оплата за случай госпитализации (законченный случай лечения) с проведением противоопухолевой лекарственной терапии проводится с учетом особенностей, определенных разделом IV Программы.

4. Тариф на оплату j_{LT} -й медицинской помощи, оказываемой i-й федеральной медицинской организацией в z-х условиях по отдельным группам заболеваний, состояний, доли заработной платы и прочих расходов в составе норматива финансовых затрат которых установлены приложением № 4 к Программе (T_{ijLTz}), определяется по формуле:

$$T_{ijLTz} = НФЗ_z \times КБС_z \times KZ_{jLTz} \times ((1 - Д_{3П_{jLTz}}) + Д_{3П_{jLTz}} \times КД_i \times KC_{ijLT}) + \\ + НФЗ_z \times КБС_z \times КД_i \times КСЛП,$$

где:

$KZ_{j_{LT}z}$ - коэффициент относительной затратоемкости оказания j_{LT} -й медицинской помощи в z -х условиях, значение которого принимается в соответствии с приложением № 4 к Программе;

$D_{3П_{j_{LT}z}}$ - доля заработной платы и прочих расходов в составе норматива финансовых затрат на оказание j_{LT} -й медицинской помощи в z -х условиях по отдельным группам заболеваний, состояний, доли заработной платы и прочих расходов в составе норматива финансовых затрат которых предусмотрены приложением № 4 к Программе, значение которой принимается в соответствии с приложением № 4 к Программе;

$КС_{ij_{LT}}$ - коэффициент специфики оказания j_{LT} -й медицинской помощи i -й федеральной медицинской организацией, значение которого принимается в соответствии с пунктом 5 настоящего Положения.

5. Коэффициент специфики оказания медицинской помощи федеральными медицинскими организациями в зависимости от значения коэффициента относительной затратоемкости, территориального расположения и основного вида деятельности федеральной медицинской организации принимает следующие значения:

а) 1,3 - при оплате по группам заболеваний, состояний, включенным в профиль групп заболеваний, состояний "акушерство и гинекология", при значении коэффициента относительной затратоемкости, равном 2 и более для медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, равном 3 и более для медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, а для образовательных организаций высшего образования, осуществляющих оказание медицинской помощи, и медицинских организаций, подведомственных Управлению делами Президента Российской Федерации, - при оплате по группам заболеваний, состояний, включенным в профиль групп заболеваний, состояний "акушерство и гинекология", при значении коэффициента относительной затратоемкости, равном 1,7 и более для медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, равном 2,7 и более для медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара;

б) 1,2 - при оплате по группам заболеваний, состояний, не включенным в профиль групп заболеваний, состояний "акушерство и гинекология", при значении коэффициента относительной затратоемкости, равном 2 и более для медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, равном 3 и более для медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, а для образовательных

организаций высшего образования, осуществляющих оказание медицинской помощи, и медицинских организаций, подведомственных Управлению делами Президента Российской Федерации, - при оплате по группам заболеваний, состояний, не включенным в профиль групп заболеваний, состояний "акушерство и гинекология", при значении коэффициента относительной затратоемкости, равном 1,7 и более для медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, равном 2,7 и более для медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара;

в) 1,1 - при значении коэффициента относительной затратоемкости менее 2 для медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, и менее 3 для медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, в случае расположения федеральной медицинской организации на территории закрытого административно-территориального образования или при отсутствии на территории муниципального района, городского округа иных медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь;

г) 1:

при проведении медицинской реабилитации - при значении коэффициента относительной затратоемкости менее 2 для медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, и менее 3 для медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, а для образовательных организаций высшего образования, осуществляющих оказание медицинской помощи, и медицинских организаций, подведомственных Управлению делами Президента Российской Федерации, - при значении коэффициента относительной затратоемкости менее 1,7 для медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, и менее 2,7 для медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара;

при значении коэффициента относительной затратоемкости менее 1,7 для медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, и менее 2,7 для медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара для медицинских организаций, подведомственных Управлению делами Президента Российской Федерации;

при определении тарифа на оплату медицинской помощи в стационарных условиях по следующим заболеваниям, состояниям (группам заболеваний, состояний):

группа st02.006 - послеродовой сепсис;

группа st09.004 - операции на мужских половых органах, дети (уровень 4);

группа st09.008 - операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 4);

группа st09.009 - операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 5);

группа st09.010 - операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 6);

группа st15.009 - неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2);

группа st16.010 - операции на периферической нервной системе (уровень 2);

группа st16.011 - операции на периферической нервной системе (уровень 3);

группа st19.122 - посттрансплантационный период после пересадки костного мозга;

группа st20.010 - замена речевого процессора;

группа st21.006 - операции на органе зрения (уровень 6);

группа st21.009 - операции на органе зрения (факоэмульсификация с имплантацией интраокулярной линзы);

группа st29.012 - операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 4);

группа st29.013 - операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 5);

группа st30.008 - операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 3);

группа st30.009 - операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 4);

группа st30.015 - операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 6);

группа st31.010 - операции на эндокринных железах, кроме гипофиза (уровень 2);

группа st32.004 - операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 4);

группа st32.010 - операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 3);

группа st36.001 - комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина;

группа st36.007 - установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов;

группа st36.009 - реинфузия аутокрови;

группа st36.010 - баллонная внутриаортальная контрпульсация;

группа st36.011 - экстракорпоральная мембранная оксигенация;

группа st36.024 - радиойодтерапия;

группа st36.027 - лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов и ингибиторов янус-киназ (инициация);

группа st36.028 - лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов и ингибиторов янус-киназ (уровень 1);

группа st36.029 - лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов и ингибиторов янус-киназ (уровень 2);

группа st36.030 - лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов и ингибиторов янус-киназ (уровень 3);

группа st36.031 - лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов и ингибиторов янус-киназ (уровень 4);

группа st36.032 - лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов и ингибиторов янус-киназ (уровень 5);

группа st36.033 - лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов и ингибиторов янус-киназ (уровень 6);

группа st36.034 - лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов и ингибиторов янус-киназ (уровень 7);

группа st36.035 - лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов и ингибиторов янус-киназ (уровень 8);

группа st36.036 - лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов и ингибиторов янус-киназ (уровень 9);

группа st36.037 - лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов и ингибиторов янус-киназ (уровень 10);

группа st36.038 - лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов и ингибиторов янус-киназ (уровень 11);

группа st36.039 - лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов и ингибиторов янус-киназ (уровень 12);

группа st36.040 - лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов и ингибиторов янус-киназ (уровень 13);

группа st36.041 - лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов и ингибиторов янус-киназ (уровень 14);

группа st36.042 - лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов и ингибиторов янус-киназ (уровень 15);

группа st36.043 - лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов и ингибиторов янус-киназ (уровень 16);

группа st36.044 - лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов и ингибиторов янус-киназ (уровень 17);

группа st36.045 - лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов и ингибиторов янус-киназ (уровень 18);

группа st36.046 - лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов и ингибиторов янус-киназ (уровень 19);

группа st36.047 - лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов и ингибиторов янус-киназ (уровень 20);

группа st36.048 - досуточная госпитализация в диагностических целях;

группа st37.004 - медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями центральной нервной системы (6 баллов по шкале реабилитационной маршрутизации);

группа st37.024 - продолжительная медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями центральной нервной системы;

группа st37.025 - продолжительная медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы;

группа st37.026 - продолжительная медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями центральной нервной системы и с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы (сестринский уход);

при определении тарифа на оплату медицинской помощи в условиях дневного стационара по следующим заболеваниям, состояниям (группам заболеваний, состояний):

группа ds12.020 - вирусный гепатит В хронический без дельтаагента, лекарственная терапия;

группа ds12.021 - вирусный гепатит В хронический с дельта-агентом, лекарственная терапия;

группа ds12.022 - лечение хронического вирусного гепатита С (уровень 1);

группа ds12.023 - лечение хронического вирусного гепатита С (уровень 2);

группа ds12.024 - лечение хронического вирусного гепатита С (уровень 3);

группа ds12.025 - лечение хронического вирусного гепатита С (уровень 4);

группа ds12.026 - лечение хронического вирусного гепатита С (уровень 5);

группа ds12.027 - лечение хронического вирусного гепатита С (уровень 6);

группа ds12.028 - лечение хронического вирусного гепатита С (уровень 7);

группа ds19.029 - госпитализация в диагностических целях с постановкой (подтверждением) диагноза злокачественного новообразования с использованием позитронно-эмиссионной томографии с рентгеновской компьютерной томографией (только для федеральных медицинских организаций);

группа ds21.007 - операции на органе зрения (факоэмульсификация с имплантацией интраокулярной линзы);

д) 0,7 - для случаев, не указанных в подпунктах "а" - "г" настоящего пункта.

6. Коэффициент сложности лечения пациента в зависимости от особенностей оказания медицинской помощи принимает следующие значения:

а) при предоставлении спального места и питания законному представителю несовершеннолетних (детей до 4 лет, детей старше 4 лет при наличии медицинских показаний, детей-инвалидов, которые в соответствии с индивидуальной программой реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выданной по результатам проведения медико-социальной экспертизы, имеют ограничения основных категорий жизнедеятельности человека второй и (или) третьей степеней выраженности (ограничения способности к самообслуживанию, и (или) самостоятельному передвижению, и (или) ориентации, и (или) общению, и (или) обучению, и (или) контролю своего поведения) - независимо от возраста ребенка-инвалида) и ближайшему родственнику, законному представителю или иному лицу (привлекаемому родственниками или законными представителями) пациентов, являющихся инвалидами I группы, за исключением случая, указанного в подпункте "б" настоящего пункта, - 0,2;

б) при предоставлении спального места и питания законному представителю несовершеннолетних (детей до 4 лет, детей старше 4 лет при наличии медицинских показаний, детей-инвалидов, которые в соответствии с индивидуальной программой реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выданной по результатам проведения медико-социальной экспертизы, имеют ограничения основных категорий жизнедеятельности человека второй и (или) третьей степеней выраженности (ограничения способности к самообслуживанию, и (или) самостоятельному передвижению, и (или) ориентации, и (или) общению, и (или) обучению, и (или) контролю своего поведения) - независимо от возраста ребенка-инвалида) и ближайшему родственнику, законному представителю или иному лицу (привлекаемому родственниками или законными представителями) пациентов, являющихся инвалидами I группы, получающих медицинскую помощь по профилям "детская онкология" и (или) "гематология", - 0,6;

в) при оказании медицинской помощи пациенту в возрасте старше 75 лет в случае проведения консультации врача-гериатра, за исключением случаев госпитализации на геронтологические профильные койки, - 0,2;

г) при развертывании индивидуального поста - 0,2;

д) при наличии у пациента тяжелой сопутствующей патологии, требующей оказания медицинской помощи в период госпитализации, - 0,6;

е) при проведении сочетанных хирургических вмешательств или проведении однотипных операций на парных органах в зависимости от сложности вмешательств или операций:

уровень 1 - 0,05;

уровень 2 - 0,47;

уровень 3 - 1,16;

уровень 4 - 2,07;

уровень 5 - 3,49;

ж) при проведении реабилитационных мероприятий при нахождении пациента на реанимационной койке и (или) койке интенсивной терапии, начавшихся не позднее 48 часов от поступления в отделение реанимации или на койку интенсивной терапии с общей длительностью реабилитационных мероприятий не менее 5 суток, включая период после перевода на профильные койки по окончании реанимационных мероприятий, при обязательной продолжительности реабилитационных мероприятий не менее одного часа в сутки (при условии организации отделения ранней медицинской реабилитации на не менее чем 12 коек, оказывающего медицинскую помощь по профилю "анестезиология и реаниматология", и его укомплектования в соответствии с порядком оказания медицинской помощи по медицинской реабилитации) - 0,18;

з) при проведении сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями:

в стационарных условиях:

уровень 1 - 0,14;

уровень 2 - 0,34;

уровень 3 - 1,28;

в условиях дневного стационара:

уровень 1 - 0,26;

уровень 2 - 1,07;

уровень 3 - 2,3;

и) при осуществлении силами федеральной медицинской организации медицинской эвакуации для проведения лечения - 0,05;

к) при проведении тестирования на выявление респираторных вирусных заболеваний (гриппа, новой коронавирусной инфекции COVID-19) в период госпитализации - 0,05;

л) для случаев, не указанных в подпунктах "а" - "к" настоящего пункта, - 0.

7. Тарифы на оплату медицинской помощи, определенные в соответствии с пунктами 3 и 4 настоящего Положения, при прерывании случая оказания медицинской помощи уменьшаются:

- а) на 70 процентов - при длительности лечения до 3 дней;
- б) на 50 процентов - при длительности лечения от 3 до 5 дней включительно;
- в) на 20 процентов - при длительности лечения более 5 дней;
- г) на 24 процента - при длительности лечения от 12 до 20 дней включительно при оплате случаев медицинской реабилитации детей по группам st37.027 - st37.029 и ds37.017 - ds37.019.

8. Медицинская помощь, оказываемая пациентам одновременно по 2 и более группам заболеваний, состояний, оплачивается по соответствующим тарифам на оплату медицинской помощи (с проведением Федеральным фондом обязательного медицинского страхования последующей экспертизы качества медицинской помощи) в следующих случаях:

а) возникновение (наличие) нового заболевания или состояния (заболеваний или состояний), входящего в другой класс Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (10-го пересмотра), и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания;

б) дородовая госпитализация пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 и более дней с последующим родоразрешением;

в) проведение медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же медицинской организации по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение;

г) оказание медицинской помощи, связанной с установкой или заменой порт-системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований с последующим проведением лекарственной терапии или после хирургического лечения в рамках одной госпитализации;

д) этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающих выписку пациента из стационара;

е) проведение реинфузии аутокрови, или баллонной внутриаортальной контрпульсации, или экстракорпоральной мембранной оксигенации на фоне лечения основного заболевания;

ж) наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии, требующей в ходе оказания медицинской помощи в период госпитализации имплантации в организм пациента медицинского изделия;

з) проведение диализа;

и) проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции в период госпитализации по поводу лечения нарушений, возникающих в перинатальном периоде, являющихся показанием к иммунизации;

к) проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами;

л) в случае длительности госпитализации при лекарственной терапии пациентов со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной тканей более 30 дней;

м) определение необходимости госпитализации по результатам госпитализации маломобильных граждан в целях прохождения диспансеризации.

9. Тариф на оплату j -й высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой i -й федеральной медицинской организацией ($T_{ВМП_{ij}}$), определяется по формуле:

$$T_{ВМП_{ij}} = НФЗ_{ВМП_j} \times ((1 - Д_{зп_j}) + Д_{зп_j} \times КД_i),$$

где:

$НФЗ_{ВМП_j}$ - норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления j -й высокотехнологичной медицинской помощи, значения которого принимаются в соответствии с разделом I приложения № 1 к Программе;

$Д_{зп_j}$ - доля заработной платы в составе норматива финансовых затрат на оказание j -й высокотехнологичной медицинской помощи, значение которой принимается в соответствии с приложением № 1 к Программе.
