

Порядок оплаты медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях

1. Настоящий Порядок оплаты медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями Ростовской области (далее – Порядок), разработан в соответствии с Федеральным Законом от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (в ред. от 28.12.2016), приказом Минздравсоцразвития РФ от 28.02.2011 №158н (в ред. от 11.01.2017) «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования», «Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования», направленными письмом Министерства здравоохранения РФ № 11-7/10/2-7543и Федерального Фонда обязательного медицинского страхования № 14525/26-1/и от 21.11.2018 «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования». Порядок устанавливает единые для всех медицинских организаций (МО) и страховых медицинских организаций (СМО) способы оплаты медицинских услуг, оказываемых МО, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее – ОМС).

2. За медицинскую помощь, оказываемую в амбулаторно-поликлинических условиях, применяется оплата за принятую единицу объема медицинской помощи в сочетании с оплатой на основе подушевого норматива финансирования МО на прикрепленных к медицинской организации застрахованных лиц.

3. Оплата по тарифам на принятые единицы объема медицинской помощи, определяемым на основе ставки затрат на одно врачебное посещение в разрезе специальностей, по стоматологической помощи и отдельным врачебным манипуляциям – на основе ставки затрат на одну условную единицу трудоемкости (УЕТ) предусматривается:

- на одно посещение с профилактической целью (разовые посещения по заболеванию, профилактические осмотры, диспансерное наблюдение, в частности при длительных случаях наблюдения за онкологическими, травматологическими, постинфарктными, постинсультными и др. больными, комплексное обследование в центрах здоровья, обследование и лечение в

офтальмологических клиниках и детских кабинетах аппаратного лечения нарушений зрения);

- на одно посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме. При оказании медицинской помощи в неотложной форме допускается выставление нескольких посещений в один день;

- на одно обращение по поводу заболевания в амбулаторных условиях, включающее не менее двух посещений по поводу одного заболевания (по основной врачебной специальности), а также выполненные при этих посещениях лабораторно-диагностические услуги и лечебных манипуляции.

В рамках одного обращения не допускается выставление отдельных (или частичных) счетов за каждое посещение. Не рассматривается в качестве обращения совокупность профилактических посещений лиц, состоящих на диспансерном учете, и при наблюдении за нормально протекающей беременностью.

В зависимости от набора и совокупности медицинских услуг (консультаций) в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, по основному (и /или сопутствующему) заболеванию, предоставленных пациенту в медицинской организации в регламентируемые сроки в виде диагностической, лечебной, реабилитационной и консультативной медицинской помощи определены следующие виды обращений для некоторых медицинских организаций 2 и 3 уровня.

- обращение по поводу обследования (лечения) к врачу любой специальности для взрослых и для детей,

- обращение по поводу комплексного обследования(лечения)для взрослых и для детей,

- обращение по поводу восстановительного лечения для взрослых и для детей,

- обращение по поводу комплексного восстановительного лечения для взрослых и для детей,

Порядки оказания медицинской помощиразрабатываются медицинской организацией для каждого вида обращения, включающего все внутренние потоки направления пациента в одной МО, иутверждаются внутренним положением.

4. При проведении диспансеризации отдельных категорий граждан (детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, оставшихся без попечения родителей, определенных групп взрослого населения) применяется способ оплаты за законченный случай диспансеризации, при проведении профилактического медицинского осмотра

взрослого населения, медицинского осмотра несовершеннолетних – за законченный случай медицинского профосмотра.

Счет за проведение первого этапа диспансеризации подлежит оплате в случае выполнения не менее 85% от объема исследований первого этапа диспансеризации, проводимых с периодичностью 1 раз в 3 года, установленного для данного возраста и пола гражданина. В случае если число осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий, выполненных ранее и учитываемых при диспансеризации, превышает 15% от объема диспансеризации, установленного для соответствующего возраста и пола гражданина, а общий объем выполненных в рамках диспансеризации и учтенных осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий составляет 85% и более от объема диспансеризации, первый этап диспансеризации отражается в отчете о проведении диспансеризации как завершенный случай, при этом оплате подлежат только выполненные осмотры (исследования, мероприятия).

Диспансеризация определенных групп взрослого населения проводится гражданам, которым исполняется в течение текущего года определенное количество лет, указанное в приложении к Приказу МЗ РФ от 26.10.2017 №869н.

Оплата исследований второго этапа диспансеризации, проводится по тарифам посещений, обращений к врачам-специалистам соответствующих специальностей и лабораторно-диагностических услуг и лечебных манипуляций.

При проведении диспансеризации с участием выездных медицинских бригад применяются аналогичные тарифы.

Тарифы по диспансеризации отдельных категорий граждан дифференцированные по полу и возрасту приведены в приложении 3.1 к Тарифному соглашению.

5. Ставки затрат на принятые единицы объема медицинской помощи включают расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату

программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу. В части расходов на оплату труда включают финансовое обеспечение денежных выплат стимулирующего характера, в том числе денежные выплаты врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Общая формула расчета стоимости посещения, обращения имеет следующий вид:

$$T = Cz \times Ky$$

T – тариф посещения, обращения;

Cz – ставка затрат (базовый тариф на единицу объема медицинской первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях);

Ky – коэффициент уровня (подуровня), установленный для групп медицинских организаций.

Ставки затрат для медицинских организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь приведены в приложении 3.1.4 к настоящему Тарифному соглашению.

Коэффициенты уровня приведены в приложении 3.1.5. «Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях с указанием уровня (подуровня) медицинских организаций».

Не применяются коэффициенты уровня к ставкам затрат на:

Наименование услуги	Ставка затрат
Посещ. кабинета неотложной медицинской помощи для взрослых (в поликлинике)	443,75
Посещ. кабинета неотложной медицинской помощи для взрослых (на дому и выезде)	560,90
Посещ. кабинета неотложной медицинской помощи для детей (в поликлинике)	482,80
Посещ. кабинета неотложной медицинской помощи для детей (на дому и выезде)	631,90
Законченный случай диспансеризации определенных групп взрослого населения (I этап)	1000,00
Законченный случай диспансеризации детей-сирот, детей в трудной жизненной ситуации, без попечения родителей (I)	3906,00

Законченный случай профилактического медосмотра	506,35
Законченный случай профилактического медосмотра несовершеннолетних	1051,24
Законченный случай инвазивной пренатальной диагностики	1487,91
Посещение врача нефролога с целью проведения сеанса гемодиализавысокопоточного	6009,69
Посещение врача нефролога с целью проведения перитонеального диализа	2499,08
Комплексное обследование в центре здоровья (для взрослых и для детей)	1242,00
Посещение офтальмолога (в травмпункте)	630,00
Посещение травматолога (в травмпункте)	735,00

6. При оплате амбулаторно-поликлинической помощи по тарифам на принятые единицы объемов медицинской помощи, кодирование оказанной помощи осуществляется с учетом специальности врача и вида посещения (обращения). Медицинская помощь врачей, ведущих специализированный прием детей, оплачивается по тарифам, поименованным для врачебных специальностей с пометкой (для детского населения).

Оплата стоматологических медицинских услуг и отдельных врачебных манипуляций производится в соответствии с приложением 7 к «Методическим рекомендациям по способам оплаты медицинской помощи за счет обязательного медицинского страхования» Минздрава РФ и ФОМС от 21.11.2018 № 11-7/10/2-7543 и № 14525/26-1/и «Среднее количество УЕТ в одной медицинской услуге, применяемое для обоснования объема и стоимости посещений при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях» (приложение 2.1.1 «Классификатор медицинских услуг по оказанию первичной специализированной стоматологической помощи»).

Формула расчета стоимости стоматологических услуг и отдельных врачебных манипуляций:

$$T = C_3 \times K_y \times \mathcal{C}_{\text{уег}}, \text{ где}$$

T – тариф услуги в стоматологии, врачебной манипуляции;

C_3 – ставка затрат на 1 УЕТ в стоматологии, врачебной манипуляции;

K_y – коэффициент уровня (подуровня), установленный для групп медицинских организаций,

$\mathcal{C}_{\text{уег}}$ – число УЕТ в соответствии с Классификатором медицинских услуг.

При оплате стоматологической медицинской помощи единицей объема считается посещение с профилактическими и иными целями, включая

неотложную помощь, а также обращение по поводу заболевания, стоимость которых корректируется с учетом содержащегося в них количества УЕТ.

7. Тарифы на оплату медицинской помощи утверждаются юридическому лицу – медицинской организации, представлены в справочнике тарификационных карт в электронном виде, и применяются для всех подразделений медицинской организации (юридического лица).

8. Затраты на оказание параклинических услуг (манипуляций, процедур, исследований, в том числе иммунологических исследований на ВИЧ–инфекцию для лиц, не состоящих на учете) учитываются в тарифах основных клинических подразделений, кроме случаев, когда они оплачиваются по отдельным тарифам, утвержденным Тарифным соглашением.

9. Перечень МО, в которых параклинические услуги, оказанные в рамках Территориальной программы ОМС пациентам, направленным в установленном порядке другими медицинскими организациями, работающими в системе ОМС, Минздравом области, военными комиссариатами, руководителем (ответственным лицом) данной медицинской организации (например, в соответствии с «Положением о порядке направления пациентов и оказания консультативно-диагностической и лечебной помощи в ОКДЦ», о порядке направления пациентов области в областные МО, разработанный МЗРО и т.п.) оплачиваются по отдельным тарифам, приведен в приложении 3.1.6 к Тарифному соглашению. При этом обязательным является наличие направления МО на оказание параклинических услуг с использованием программного информационного управления диагностическими потоками услуг. МО (кабинеты), оказывающие медицинскую помощь онкологического профиля, ГБУ РО «ОЦОЗС и Р» оказывают услуги в том числе без наличия направления.

9.1. Если при обращении на консультацию или при поступлении на плановую госпитализацию в МО (в том числе областные и федеральные) у пациента на руках есть результаты исследований, прилагаемых к направлению согласно нормативным документам министерства здравоохранения, то в случае, если принимающая МО требует от пациента повторного проведения тех же исследований («передельвания») в своей МО, они производятся за счет данной МО (не подлежат оплате из средств ОМС или за счет пациента).

10. В случаях одновременного лечения больных в стационаре и поликлинике счета за амбулаторно-поликлиническую помощь оплате не подлежат.

10.1. Исключения составляют:

- консультации специалистов других МО и диагностические исследования, проводимые другими МО, в период стационарного лечения оплачиваются при проведении их в ГБУ РО «ОКДЦ», лечебно-реабилитационных центрах, ГБУ РО «РОКБ», ГБУ РО «ОКБ № 2», ГБУ РО «ПЦ» (включая обследование новорожденных на врожденную патологию (неонатальный скрининг), выполняемое лабораторией пренатального и неонатального скрининга ГБУ РО «ПЦ» для рожденных в стационаре данной МО), ГБУ РО «ОДБ», ГБУ РО «ОЦОЗС и Р», ООО «Офтальмологическая клиника «ЛегаАртис», ГБОУ ВПО РостГМУ, онкологических диспансерах области, МБУЗ «КДЦ»Здоровье» (г.Ростов-на-Дону), МБУЗ «КДЦ» (г.Таганрог), ООО ЛДЦ «Биомед», ОООКардиологический центр «Д-Вита», ООО МЦ «XXIвек»,ООО МДЦ «Эксперт», ООО МДЦ “Эксперт-Север”,ООО МДЦ «Эксперт-Ростов»,ООО «ДЦ НЕФРОС-ДОН», ООО «Гемодиализный центр Ростов», КБ № 1 ФМБА ЮОМЦ (лечение больных методом хронического гемодиализа) и муниципальных МО (только для пациентов онкодиспансеров), и МО межрайцентров (только диагностические исследования), ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Ростовской области»,ООО «МРТ плюс», ООО «МРТ ПЛЮС Н», ООО «Клиника Эксперт Шахты», ГБУ РО КВД. Условиями оплаты являются обоснованная необходимость таких консультаций и исследований приотсутствии возможности их проведения в МО пребывания, наличие направления, выданного стационаром пребывания больного;

- стоматологическая помощь по экстренным показаниям.

10.2. Счета за оказанные лечебно-диагностические (параклинические) услуги, имеющие длительный технологический срок с момента начала (забора материала) до получения результата исследования, подлежат оплате в полном объеме в случае, когда дата получения результата позже, чем дата смерти пациента.

11.МО, при отсутствии своей лаборатории и диагностического оборудования, могут оплачивать сторонним медицинским организациям необходимые исследования направляемых ими пациентов на договорной основе из средств ОМС, по тарифам, не превышающим утвержденные Тарифным соглашением.

12. Оплата труда врачей-консультантов областных специализированных учреждений здравоохранения Ростовской области, с которыми заключены соответствующие договоры на оказание консультативной медицинской помощи, осуществляется за счет средств ОМС, заработанных по счетам.

13. В рамках выполнения настоящего Тарифного соглашения возможно принятие к оплате по ОМС случаев медицинской помощи, соответствующих отдельным кодам XXI класса МКБ-10 с проведением СМО их экспертизы:

13.1. При проведении:

- диспансеризации здоровых детей, медицинских осмотров несовершеннолетних - Z00.1-00.3, Z01.2, Z23-Z27; Z10.8, K02, R76.1, R01, F00-99.

- диспансеризации определенных групп взрослого населения – Z00.0, кроме того, коды, перечисленные в приложении 2 к Порядку проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденному приказом МЗ РФ от 26.10.2017 № 869н;

- при оценке врачом-педиатром результата проведения диспансеризации детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, или оставшихся без попечения родителей – F00-99, H00-59, K00-14, N60-98, L00-99, S00-99, T00-99;

- профилактических осмотров взрослых в муниципальных МО, в том числе медицинских профилактических осмотров – Z00.0, Z22 – Z27;

- при флюорографическом обследовании пациентов, рентгенографии и маммографии - Z01.6.

13.2. При наблюдении за нормально протекающей беременностью – Z34; обследовании для прерывания беременности - Z32; введении (внутриматочного) противозачаточного средства - Z30.1; прерывании беременности в раннем сроке - Z30.3; стерилизации, госпитализации для перевязки маточных труб - Z30.2.

13.3. В случае, когда окончательное установление диагноза невозможно при первичном обращении в МО:

- для всех медицинских организаций - Z03.1;

- для ГБУ РО «РОКБ», ГБУ РО «ОКБ № 2», ГБУ РО «ОКДЦ», ГБУ РО «ОДБ», ГБУ РО «ЛРЦ №1», ГБУ РО «ЛРЦ №2», ГБУ РО «ОЦОЗС и Р» «ОЦПС и РЧ», «РКБ» ФГБУЗ «ЮОМЦФМБА», ФБУ «Центр гигиены и эпидемиологии в Ростовской области» (с филиалами), Ростовский КДЦ «Здоровье», Таганрогский диагностический центр и Детская городская поликлиника №1 г. Таганрога, ООО МНПФ Авиценна, ООО «Офтальмологическая клиника «ЛегаАртис», ЗАО «Наука», ООО «Биомед», ООО Медицинский центр «XXI век», ООО МРЦ «ЗДОРОВЬЕ-XXI век», ООО «ОЦ «ЭКСИМЕР», ООО «Диагностик лаб», ООО «Медицина» – Z01.0-01.9, Z02.3, Z03.3-03.9, Z04.8-04.9, Z08.8, Z09.0, Z11.1, Z13.0-13.2, Z13.4-13.6, Z13.8, Z13.9, , Z13.7, Z30.0, Z31.5, Z31.6, Z35, Z36.0 - 36.9, Z57.0-57.9, Z 08.7, Z13.5, Z83.5, Z82.1, Z94.7, Z91.1, Z90.0, Z96.1, Z97.0, Z 97.3, Z98.8».

13.4. В случае, когда окончательное установление диагноза невозможно при обследовании и лечении в ГБУ РО «ОКДЦ», ГБУ РО «ОКБ № 2», ООО «Кардиоцентр», ООО «Медицина» - R00 –R99.

13.5. В случае проведения амбулаторного обследования граждан допризывного, призывного возраста, и граждан, оформляющихся на военную службу по контракту, застрахованных по ОМС, при наличии направления территориального (областного) военного комиссариата, либо направления министерства здравоохранения области –Z02.3.

13.6. Для Центров здоровья – Z03, Z10, Z71.3, Z71.4 – 72.9, Z73.

13.7. При посещении врача-онколога - Z01.4 –Z 01.9 , Z03.1.

13.8. При обращении по поводу получения медицинского свидетельства о причине смерти Z02.7.

13.9. Осмотр врачом-дерматологом на чесотку и педикулез детей, посещающих дошкольные образовательные учреждения, лагеря, интернаты и т.п.; учащихся школ и иных учебных заведений; больных, поступающих на стационарное лечение и др. с выдачей соответствующей справки с кодом Z 00.0, Z 20.7».

14. Для медицинских организаций, имеющих прикрепленное население и оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях по территориально-участковому принципу, наряду с оплатой по тарифам за единицу объема оказанной медицинской помощи (законченный случай профилактической помощи, обращение, врачебное посещение) предусмотрена оплата первичной медико-санитарной помощи, осуществляемой врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики, неврологами (в т.ч. для детского населения), хирургами, детскими хирургами, офтальмологами (в т.ч. для детского населения) и отоларингологами (в т.ч. для детского населения) на основе подушевых нормативов (по подушевым тарифам).

В подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц первичной медико-санитарной помощи не включены:

- расходы на финансовое обеспечение мероприятий по проведению всех видов диспансеризации и профилактических осмотров отдельных категорий граждан, для которых определена стоимость законченного случая;

- расходы на оплату диализа в амбулаторных условиях;

- расходы на медицинскую помощь, оказываемую в неотложной форме.

В подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц первичной медико-санитарной помощи включены расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

В части расходов на заработную плату включено финансовое обеспечение выплат стимулирующего характера, в том числе денежные выплаты:

- врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам), медицинским сестрам участковым врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых и медицинским сестрам врачей общей практики (семейных врачей) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

- медицинским работникам фельдшерско-акушерских пунктов (заведующим фельдшерско-акушерскими пунктами, фельдшерам, акушеркам (акушеркам), медицинским сестрам, в том числе медицинским сестрам патронажным) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

- врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Базовый подушевой норматив финансирования на одно застрахованное лицо рассчитывается, по следующей формуле:

$$ПН_{БАЗ} = \text{Одв} / \text{Чз}, \text{ где}$$

ПН_{БАЗ} - базовый (средний) подушевой норматив финансирования, рублей;

Одв- размер средств, направляемых на оплату первичной медико-санитарной помощи, осуществляемой врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми и врачами общей практики на основе подушевых нормативов (по подушевым тарифам), включающий дополнительные выплаты участковой службе, а также дополнительные выплаты медицинскому персоналу ФАПов;

Чз – численность застрахованных лиц, прикрепленных к медицинским организациям, оказывающим первичную амбулаторную помощь (соответственно прикреплению к терапевтическому, педиатрическому участку или к участку врача общей практики (семейного врача)).

В соответствии с п.153 Правил ОМС численность прикрепленного населения при сверке распределяется на следующие половозрастные группы:

- 0-1 год мужчины/женщины;
- 1-4 года мужчины/женщины;
- 5-17 лет мужчины/женщины;
- 18-59 лет мужчины;
- 18-54 женщины;
- 60 лет и старше мужчины;
- 55 лет и старше женщины.

Размер базового подушевого норматива приведен в приложении 3.1.2 к тарифному соглашению. Интегрированные половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива приведены в приложении 3.1.3 к тарифному соглашению.

Оплата по подушевому нормативу осуществляется в соответствии с численностью застрахованных прикрепленных лиц, подтверждаемой актом сверки численности (согласно приложению 2 к договору на оказание и оплату медицинской помощи, заключенному между СМО и МО). Сверка численности прикрепленного населения, распределенного на половозрастные группы в соответствии с п.153 Правил ОМС, производится ежеквартально.

Ежемесячная сумма, подлежащая оплате медицинской организации за прикрепленное население, рассчитывается по формуле:

$$\Sigma \text{МО} = \text{ПНБАЗ}(\text{месячный}) \times \text{КДинт.ПВ} \times \text{Ч}_i, \text{ где}$$

ПНБАЗ(месячный) – базовый (средний) месячный подушевой норматив финансирования, равный 1/12 годового;

$Ч_i$ – численность застрахованных лиц, прикрепленных к i -й медицинской организации на первое число первого месяца предыдущего квартала;

КДинт.ПВ – интегрированный половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива, рассчитанный для i -й группы (подгруппы) медицинских организаций.

Интегрированные половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива рассчитывается по формуле:

$$КДинт.ПВ = \frac{\sum КДПВ_i}{\sum Ч_3МО_i}, \text{ где}$$

КДПВ $_i$ – поправочный коэффициент для i -й МО,

Ч $_3$ МО $_i$ – численность застрахованных, прикрепленных к медицинским организациям в подуровне.

В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам, к общему объему средств на финансирование медицинских организаций рассчитывается поправочный коэффициент (ПК) по формуле:

$$ПК = \frac{\sum_i (ДПН^i_3)^{1/3}}{\sum Ч_3}, \text{ где}$$

Ч $_3^i$ – численность застрахованных лиц, прикрепленных к i -той группе (подгруппе) медицинских организаций, человек.

Фактический дифференцированный подушевой норматив для i -той группы (подгруппы) медицинских организаций (ФДПН) рассчитывается по формуле:

$$ФДПН^i = \frac{ДПН^i_3}{Ч_3^i}, \text{ где:}$$

ФДПН i – фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования для i -той группы (подгруппы) медицинских организаций, рублей.

При формировании реестра счетов и счетов на оплату медицинской помощи, оказываемой врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики, неврологами (в т.ч. для детского населения), хирургами, детскими хирургами, офтальмологами (в т.ч. для детского населения) и отоларингологами (в т.ч. для детского населения), отражаются все единицы объема - посещения с профилактической целью (разовые посещения по заболеванию), обращения по поводу заболевания в амбулаторных условиях, включающие не менее двух посещений по поводу одного заболевания.

Сумма, подлежащая оплате по подушевому нормативу за застрахованных прикрепленных лиц, включается отдельной строкой в сводный счет за оказанную медицинскую помощь по поликлинике.

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива

	По группам застрахованных лиц									
	Дети						Трудоспособный возраст		Пенсионеры	
	0 - 1 год		1 - 4 года		5 - 17 лет		18 - 59 лет	18 - 54 лет	60 лет и старше	55 лет и старше
Половозрастной коэффициент дифференциации и подушевого норматива	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.
		4,5645 5	4,290 3	3,2758 8	3,1379	1,976	1,9151 1	0,42878	0,55265	0,89831