|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 3  к Соглашению об установлении тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию  от 01.02.2019 года № 2/2019  «Приложение 1.3  к Соглашению об установлении тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию  от 27.12.2018 года № 1/2019 |

**Порядок оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи (за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай по поводу заболевания)) в 2019 году**

1.Основные термины и определения.

Настоящий Порядок распространяется на медицинские организации, указанные в приложении 1.2 к Соглашению об установлении тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

В настоящем Порядке используются следующие термины и определения:

- медицинская организация - фондодержатель (далее - МО-ФД) – медицинская организация, оказывающая первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях (самостоятельная поликлиника, поликлиническое отделение в составе медицинской организации), участвующая в реализации Территориальной программы ОМС Камчатского края и имеющая прикрепленных граждан (далее – прикрепленных граждан), застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, оплата амбулаторной медицинской помощи (далее-АМП) которой осуществляется по дифференцированному подушевому нормативу за прикрепленного гражданина;

- дифференцированный подушевой норматив финансирования МО-ФД – показатель, предназначенный для определения ежемесячного размера финансового обеспечения АМП конкретной МО-ФД на 1 прикрепленного гражданина, застрахованного по обязательному медицинскому страхованию.

- базовый (средний) подушевой норматив финансирования медицинской помощи – средний показатель ежемесячного объема финансирования на 1 гражданина, застрахованного по обязательному медицинскому страхованию, при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях МО-ФД.

2. Расчет ежемесячного размера финансового обеспечения по дифференцированному подушевому нормативу МО-ФД

В соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи МО-ФД, указанные в приложении 1.2 к Соглашению 1/2019, представляют в страховые медицинские организации списки застрахованных лиц, выбравших организацию для оказания АМП.

В течение текущего года МО-ФД направляет в установленном порядке уведомления в страховые медицинские организации о принятии гражданина на медицинское обслуживание и сведения о гражданах, снятых с медицинского обслуживания.

Страховые медицинские организации направляют указанные изменения в территориальный фонд ОМС Камчатского края для уточнения сведений в региональном сегменте единого регистра застрахованных граждан.

«Сведения о численности застрахованных лиц, выбравших организацию для оказания амбулаторной медицинской помощи» по форме приложения № 2 к договору на оказание и оплату медицинской помощи подписываются страховыми медицинскими организациями и МО-ФД ежемесячно и являются основанием для определения ежемесячного размера финансового обеспечения по дифференцированным подушевым нормативам конкретной МО-ФД, оказывающей АМП.

В Соглашении об установлении тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на текущий финансовый год устанавливаются:

1) размер базовых (средних) подушевых норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, на месяц;

2) половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, учитывающие различия в уровне затрат на оказания медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, в зависимости от половозрастной структуры застрахованного населения;

3) интегрированные коэффициенты дифференциации подушевого норматива, определенные для МО-ФД;

4) численность застрахованных граждан, прикрепленных к МО-ФД по данным регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц в Камчатском крае по состоянию на 01.12.2018 года.

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования на месяц на прикрепившихся лиц при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях в Камчатском крае определяется на основании объема финансовых средств, предусмотренных Территориальной программой ОМС Камчатского края в расчете на одно застрахованное лицо, и численности застрахованного населения Камчатского края.

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, в том числе первичную доврачебную, врачебную медико-санитарную помощь, первичную специализированную медико-санитарную помощь, организованную по территориально-участковому принципу, оказываемую в плановой форме в соответствии с установленными единицами объема медицинской помощи – посещение с профилактическими и иными целями, обращение в связи с заболеванием, за исключением:

- расходов на финансовое обеспечение мероприятий по проведению профилактических медицинских осмотров, включая диспансеризацию всех видов, порядки проведения которых установлены нормативно-правовыми актами;

- расходов на оплату диализа в амбулаторных условиях;

- расходов на медицинскую помощь, оказываемую в неотложной форме;

- расходов на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования;

- расходов на оплату медицинской помощи в медицинских организациях в соответствии с приложением 1.1 к Соглашению № 1/2019;

- расходов на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях, учтенных в составе подушевого норматива финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой соответствующей медицинской организацией медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи).

На основе базового (среднего) подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, с учетом объективных критериев дифференциации стоимости оказания медицинской помощи, страховыми медицинскими организациями рассчитывается дифференцированный подушевой норматив для МО-ФД (округляется до двух знаков после запятой) по следующей формуле:

ДПн = Пнбаз \* КДинт, где

ДПн– дифференцированный подушевой норматив для МО-ФД;

Пнбаз - базовый (средний) подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, на месяц;

КДинт - интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива, определенный для МО-ФД.

Интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива определяется по каждой МО-ФД по следующей формуле:

КДинт = КДпв \* КДси \* КДсуб \* КДзп, где

КДинт - интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива, определенный для МО-ФД;

КДпв – половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива, рассчитанный для МО-ФД;

КДси – коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание имущества МО-ФД;

КДсуб – коэффициент дифференциации субъекта Российской Федерации, приведенный к 1 по средневзвешенному значению;

КДзп – коэффициент дифференциации, учитывающий достижение целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожной картой» развития здравоохранения в Камчатском крае.

Расчет ежемесячного размера финансового обеспечения МО-ФД производится страховыми медицинскими организациями не позднее 25 числа месяца, в котором оказывается медицинская помощь, с учетом дифференцированного подушевого норматива МО-ФД и численности прикрепленных граждан, застрахованных по ОМС, по состоянию на 01 число текущего месяца по формуле:

ФОмес= ДПн \* Чзпр, где

ФОмес – размер финансового обеспечения МО-ФД, имеющей прикрепившихся лиц, на текущий месяц;

Чзпр – численность застрахованных лиц, прикрепленных к МО-ФД, по состоянию на 01 число месяца, в котором оказана медицинская помощь.

В целях организации учета объемов финансового обеспечения амбулаторной медицинской помощи в разрезе целей её оказания страховая медицинская организация производит расчет приведенных сумм финансового обеспечения МО-ФД на текущий месяц в следующем порядке:

1. приведенный объем финансового обеспечения на текущий месяц амбулаторной медицинской помощи в части посещений с профилактической и иными целями (**ФОамб.посещ.**) определяется по формулам:

**= \* 0,12;**

**= \* 0,08;**

**=** , где

k – период расчета (февраль или март);

m – период расчета (с апреля по декабрь);

– приведенный объем финансового обеспечения амбулаторной медицинской помощи в части посещений с профилактической и иными целями на январь 2018 года;

– приведенный объем финансового обеспечения амбулаторной медицинской помощи в части посещений с профилактической и иными целями на определенный месяц (февраль или март);

– приведенный объем финансового обеспечения амбулаторной медицинской помощи в части посещений с профилактической и иными целями на определенный месяц (с апреля по декабрь);

– объем финансового обеспечения амбулаторной медицинской помощи в части посещений с профилактической и иными целями, установленный решением Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Камчатском крае на 2019 год;

1. приведенный объем финансового обеспечения на текущий месяц амбулаторной медицинской помощи в части обращений по заболеванию (**ФОамб.обращ.**) определяется по формуле:

**ФОамб.обращ. = ФОмес - ФОамб.посещ. ,** где

ФОмес – размер финансового обеспечения МО-ФД по подушевому нормативу на текущий месяц.

1. при расчете приведенного объема финансового обеспечения на декабрь производится корректировка расчета, произведенного в соответствии с подпунктами 1 и 2, с учетом фактических объемов финансирования медицинской помощи.

Сведения о размере финансового обеспечения на очередной месяц направляются страховой медицинской организацией в МО-ФД и территориальный фонд ОМС Камчатского края не позднее 28 числа текущего месяца в соответствии с приложением № 2 к настоящему Порядку.

3. Оплата амбулаторной медицинской помощи, оказанной

МО-фондодержателем

**3.1. МО-ФД** в течение пяти рабочих дней месяца, следующего за месяцем завершения случая оказания медицинской помощи, представляет страховой медицинской организации (территориальному фонду ОМС Камчатского края за граждан, застрахованных за пределами Камчатского края, – в течение десяти рабочих дней) сформированные реестры счетов и счета на оплату оказанной медицинской помощи, с учетом следующих особенностей:

3.1.1. отдельно формируется реестр счета и счет на оплату медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным за пределами Камчатского края.

Указанные реестр счета и счет направляются в территориальный фонд ОМС Камчатского края по тарифам, установленным приложением 1.5 к Соглашению № 1/2019, в порядке, предусмотренном для осуществления расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования.

3.1.2. Отдельно формируются реестр счета и счет на оплату по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях гражданам, застрахованным в Камчатском крае.

3.1.2.1. В реестр счета включаются сведения об оказанной гражданам медицинской помощи в амбулаторных условиях:

– обращения по поводу заболеваний, за исключением консультативных обращений в ГБУЗ «Камчатский краевой кардиологический диспансер»; обращений по заболеванию, включающих проведение медицинской реабилитации детей с детским церебральным параличом; обращений при подозрении на злокачественное новообразование или установленном диагнозе злокачественного новообразования;

– посещения с профилактической и иными целями, за исключением диспансеризации определенных групп населения, профилактических медицинских осмотров взрослого населения, профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, порядки проведения которых установлены нормативными правовыми актами и консультативных посещений, а также посещений в Центре здоровья, посещений при подозрении на злокачественное новообразование или установленном диагнозе злокачественного новообразования.

В реестре счета заполняются персонифицированные сведения о пролеченных больных и об оказанной им в отчетном периоде амбулаторной медицинской помощи по тарифам, установленным пунктом 3.4 Соглашения 1/2019 и приложением 1.5 к Соглашению 1/2019.

3.1.2.2. Счет на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, по подушевому нормативу финансирования заполняется по форме в соответствии с приложением № 1 к настоящему Порядку, с обязательным указанием:

- количества прикрепленных граждан;

- размера финансового обеспечения на текущий месяц (на основании данных, полученных от соответствующей страховой медицинской организации);

- суммы к оплате, соответствующей рассчитанному размеру финансового обеспечения на текущий месяц.

3.1.2.3. При предъявлении к оплате в страховые медицинские организации счетов и реестров счетов за оказанную АМП, осуществляется расчет индивидуального коэффициента соответствия в целях приведения итоговой суммы по реестру в соответствие с размером суммы по счету на оплату по подушевому финансированию амбулаторной медицинской помощи, за расчетный месяц.

Индивидуальный коэффициент соответствия (Кподуш) рассчитывается медицинской организацией по каждой страховой медицинской организации отдельно для посещений с профилактической и иной целью, отдельно для обращений по поводу заболевания, по следующей формуле:

Кподуш = СУМ подуш / СУМ, где

СУМ подуш – сумма по счету в размере рассчитанного финансового обеспечения АМП на текущий месяц;

СУМ – стоимость оказанной АМП по тарифам в соответствии с реестром счета (до применения индивидуального коэффициента).

Индивидуальный коэффициент соответствия (округляется до четырех знаков после запятой) применяется ко всем услугам, включенным в реестр счета на оплату оказанной медицинской помощи. В реестре на бумажном носителе в графе «Стоимость оказанной медицинской помощи по тарифу», в электронной форме реестра в значении элемента «SUMV» по каждой строке отражается сумма с учетом индивидуального коэффициента соответствия (сумма отражается с двумя знаками после запятой, без округления).

Далее рассчитывается сумма коррекции, как разница между суммой по счету в размере рассчитанного финансового обеспечения АМП на текущий месяц и стоимости по тарифу в соответствии с реестром счета после применения индивидуального коэффициента, которая применяется к сумме, указанной в счете.

После применения индивидуального коэффициента соответствия и корректировки суммы по счету соответствующий счет и реестр счета предъявляются к оплате в установленном порядке.

3.1.2.4. Случаи оказанной медицинской помощи, включенные в реестр по подушевому нормативу и отклоненные страховой медицинской организацией после проведения медико-экономического контроля, дорабатываются в установленные законодательством сроки и подаются к оплате в общем счете (по форме в соответствии с приложением 5 к Соглашению 1/2019) по тарифам в соответствии с приложением 1.5 к Соглашению 1/2019 с учетом Кподуш.

3.1.3. Отдельно формируются счета и реестры счетов на оплату:

– диагностических услуг, указанных в пункте 3.3 Соглашения 1/2019;

– обращений по заболеванию, включающих проведение медицинской реабилитации детей с детским церебральным параличом;

– диализа в амбулаторных условиях;

– медицинской помощи, оказанной в связи с проведением диспансеризации определенных групп населения, профилактических медицинских осмотров взрослого населения, а также профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, порядки проведения которых установлены нормативными правовыми актами;

– медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование или установленном диагнозе злокачественного новообразования.

**3.1.4. Для МО-ФД** оплата диагностических услуг, указанных в пункте 3.3 Соглашения 1/2019, обращений по заболеванию, включающих проведение медицинской реабилитации детей с детским церебральным параличом, оплата консультативных обращений, консультативных посещений, посещений в Центре здоровья, посещений по неотложной медицинской помощи – при оказании медицинской помощи в отделении (кабинете) неотложной медицинской помощи, созданном в структуре медицинской организации, оказывающей амбулаторную медицинскую помощь, при оказании неотложной медицинской помощи на дому в форме разового посещения, при самостоятельном обращении граждан на станцию скорой медицинской помощи или в отделение скорой медицинской помощи, входящее в состав медицинской организации, при оказании медицинской помощи в соответствии с пунктом 2.2.3 Соглашения 1/2019 в приемном отделении круглосуточного стационара без последующей госпитализации (при отсутствии показаний для госпитализации, при отказе пациента от госпитализации), а также в случаях оказания консультативно-диагностических услуг, не требующих госпитализации, в диагностических и лечебных отделениях стационара больницы, а также посещений в связи с проведением диспансеризации, профилактических медицинских осмотров взрослого населения, а также профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, порядки проведения которых установлены нормативными правовыми актами, медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование или установленном диагнозе злокачественного новообразования, оплата диализа в амбулаторных условиях **является дополнительным финансированием к подушевому финансированию и** **не подлежит включению в реестр счета по подушевому нормативу финансирования**.

**3.2. Страховые медицинские организации** ежемесячно в сроки, предусмотренные договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, оплачивают счета МО-ФД за оказанную медицинскую помощь с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Уменьшение оплаты, применение штрафных санкций по результатам контроля осуществляется исходя из тарифов за 1 посещение с профилактической и иной целью, обращение по заболеванию с учетом подушевого финансирования и поправочных коэффициентов.

Направление аванса МО-ФД осуществляется в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение № 1  к Порядку оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи (за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай по поводу заболевания)) в 2019 году |

**СЧЕТ**

**на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, по подушевому нормативу**

№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г.

Наименование медицинской организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ КПП \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

УФК по Камчатскому краю (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)/наименование организации и № лицевого счета/

Банк\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

БИК \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

№ корреспондирующего счета \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

КБК \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Плательщик \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ КПП \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

№ расчетного счета \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Банк\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

БИК \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

№ корреспондирующего счета \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Количество прикрепленных граждан, застрахованных по ОМС в Камчатском крае в соответствующей СМО | Период (наименование месяца, период с ДД.ММ. по ДД.ММ.) | | |
| ВСЕГО  к оплате за медицинскую помощь, оказанную в амбулаторных условиях, по подушевому нормативу финансирования | в том числе: | |
| за медицинскую помощь, оказанную в амбулаторных условиях, в части посещений с профилактической и иной целью | за медицинскую помощь, оказанную в амбулаторных условиях, в части обращений по заболеванию |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

Всего сумма к оплате с учетом сумм коррекции (сумма прописью) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей

Руководитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

М.П.

Главный бухгалтер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение № 2  к Порядку оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи (за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай по поводу заболевания)) в 2019 году |

Сведения о размере финансового обеспечения медицинской помощи по подушевому нормативу, в рублях

на ­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ месяц 2019 года

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование страховой медицинской организации)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование медицинской организации | Дифференцированный подушевой норматив финансирования амбулаторной помощи в части посещений с профилактической и иной целью (ДПн проф) | Дифференцированный подушевой норматив финансирования амбулаторной помощи в части обращений по заболеванию  (ДПн обр) | Численность прикрепленных граждан | Размер финансового обеспечения медицинской помощи по подушевому нормативу в части посещений с профилакти-ческой и иной целью, в рублях | Размер финансового обеспечения медицинской помощи по подушевому нормативу в части обращений по заболеванию, в рублях |
|  |  |  |  |  |  |

Руководитель СМО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

­­

Исполнитель:

»