

**РЕГЛАМЕНТ
ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ УЧАСТНИКОВ
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ ПО ОПЛАТЕ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
В РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

**УТВЕРЖДЕН
РЕШЕНИЕМ КОМИССИИ ПО РАЗРАБОТКЕ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ
ПРОГРАММЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
НАСЕЛЕНИЯ РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ
(ОТ 28.12.2012 ПРОТОКОЛ № 12)**



РЯЗАНЬ 2013

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ПГГ – программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи

ТПГГ – территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи

ОМС – обязательное медицинское страхование

РФ – Российская Федерация

Минздрав России – Министерство здравоохранения Российской Федерации

ФОМС – Федеральный фонд обязательного медицинского страхования

ТФОМС – территориальный фонд обязательного медицинского страхования

Закон № 323-ФЗ – Федеральный Закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Закон № 326-ФЗ – Федеральный Закон от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»

МО – медицинская организация

СМО – страховая медицинская организация

СМП – скорая медицинская помощь

ПМСП – первичная медико-санитарная помощь

АМП – амбулаторная медицинская помощь

АПУ – амбулаторно-поликлиническое учреждение

ТС – тарифное соглашение

КМП – качество медицинской помощи

КСГ – клинико-статистическая группа болезней

КЗГ – клинико-затратная группа

ДСГ – диагностически связанная (сопряженная) группа болезней

УЕТ – условная единица трудоемкости

МКБ-10 – Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (Десятый пересмотр)

РЕГЛАМЕНТ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ УЧАСТНИКОВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ПО ОПЛАТЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Порядок оплаты медицинской помощи в системе ОМС установлен отдельными положениями «Правил обязательного медицинского страхования» (далее - Правила), утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования», регулирующие правоотношения субъектов и участников обязательного медицинского страхования при реализации Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

1.2. Регламент взаимодействия участников обязательного медицинского страхования по оплате медицинской помощи в Рязанской области (далее – Регламент) разработан в соответствии с Правилами; Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи, ориентированным на результат деятельности медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи (письмо Минздравсоцразвития РФ от 29.06.2009 № 20-0/10/2-5067); Методическими рекомендациями Министерства здравоохранения Российской Федерации «Скорая медицинская помощь в системе ОМС: этап становления, перспективы развития» и Методическими рекомендациями Федерального фонда ОМС по способам оплаты скорой медицинской помощи (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи) за счет средств обязательного медицинского страхования (письмо ФОМС от 02.10.2012 № 7238/21-4/и); Рекомендаций Минздрава РФ и Федерального фонда ОМС «Способы оплаты медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий на основе групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп болезней (КСГ)» для органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, территориальных фондов ОМС, медицинских организаций, страховых медицинских организаций.

1.3. Цель Регламента – уточнение отдельных положений Правил по регулированию взаимодействия участников системы ОМС при оплате медицинской помощи, направленных на реализацию прав застрахованных лиц при получении бесплатной медицинской помощи, с учетом применяемых в системе ОМС Рязанской области способов оплаты отдельных видов, форм и условий оказания медицинской помощи.

1.4. Регламент применяется при оплате медицинской помощи в рамках территориальных программ ОМС, соответствует принципам информационного взаимодействия в системе ОМС Рязанской области и Соглашению о тарифах на оплату медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхова-

ния населения Рязанской области (далее – Соглашение), в соответствии со способами оплаты медицинской помощи, установленными Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 22 октября 2012 г. № 1074.

1.5. К участникам обязательного медицинского страхования, согласно ст. 9 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ, на территории в Рязанской области относятся:

- Территориальный фонд ОМС Рязанской области (далее – ТФОМС Рязанской области),
- страховые медицинские организации (далее – СМО),
- медицинские организации.

Деятельность участников обязательного медицинского страхования в регионе определяется законами Рязанской области, утверждающими бюджет ТФОМС Рязанской области и Территориальную программу ОМС на соответствующий год.

1.6. ТФОМС Рязанской области финансирует СМО на территории области по дифференцированным подушевым нормативам с учетом численности застрахованных граждан, для реализации СМО договорных обязательств по оплате предъявляемых медицинскими организациями счетов за оказанную медицинскую помощь.

1.7. Средства на ведение дела перечисляются ТФОМС Рязанской области в СМО отдельными платежами, одновременно с перечислением средств на выполнение Территориальной программы ОМС.

1.8. Оплата СМО оказанной медицинскими организациями медицинской помощи осуществляется на договорной основе по утвержденным тарифам на оплату медицинской помощи, сформированным на основании Соглашения.

Взаимные обязательства медицинских организаций и СМО, следствием неисполнения которых является применение к сторонам соответствующих мер, предусматриваются заключенным между ними договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.

1.9. Средства, полученные медицинскими организациями от СМО в качестве оплаты за оказанную застрахованным гражданам (в рамках плановых объемов) медицинскую помощь, могут быть использованы исключительно на возмещение расходов по видам, профилям (специальностям) и условиям оказания медицинской помощи, определенным Территориальной программой ОМС.

Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, имеющим действующий полис ОМС, но не идентифицированным в едином регистре застрахованных (далее – ЕРЗ), осуществляется СМО, полис ОМС которой указан в счете-реестре. В дальнейшем решение об оплате может быть пересмотрено по результатам МЭЭ и ЭКМП.

В соответствии с приказом Федерального фонда ОМС от 01.12.2010 № 230 определены обязательства медицинских организаций и последствия их неисполнения, влекущие возможность неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией

штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

1.10. Расходование средств ОМС медицинскими организациями в разрезе статей затрат осуществляется в соответствии со структурой тарифов на оплату соответствующего вида и условий оказания медицинской помощи (стоимости единицы медицинской помощи: посещения, подушевого норматива, законченного случая лечения и др.). При невыполнении плановых объемов медицинской помощи, недофинансирование медицинских организаций не является обязательством системы ОМС.

1.11. Оплата медицинской помощи осуществляется с применением определенных способов оплаты в рамках объемов медицинской помощи, утвержденных Территориальной программой ОМС на соответствующий год.

Применяемые в системе ОМС способы оплаты медицинской помощи, способствуют эффективному расходованию средств ОМС:

- ресурсосбережению,
- предсказуемости затрат на оплату медицинской помощи,
- стимулированию реструктуризации сети медицинских организаций путем смещения основного объема медицинской помощи на внегоспитальный этап,
- оптимизации лечебно-диагностического процесса.

1.12. В целях оценки целесообразности внедрения тех или иных способов и принципов оплаты медицинской помощи, ТФОМС Рязанской области могут осуществляться пилотные проекты в отдельных медицинских организациях.

В переходный период, при переводе медицинских организаций на новые способы оплаты медицинской помощи, с целью обеспечения стабильности работы системы ОМС, возможны отдельные отклонения от положений Регламента, определяемые комиссией по формированию территориальной программы ОМС (далее – Комиссия).

2. ОПЛАТА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗЫВАЕМОЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

2.1. В соответствии с Территориальной программой ОМС оплата медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, осуществляется следующими способами:

а) проспективно – по подушевому принципу на одного «прикрепленного» с учетом половозрастной структуры (коэффициентов удорожания стоимости медицинской помощи для отдельных половозрастных групп населения) и других параметров, влияющих на потребление медицинской помощи, с элементами фондодержания – из расчета на застрахованных жителей Рязанской области;

б) ретроспективно – за единицу объема медицинской помощи:

- за посещение по специальностям (с профилактической целью, в связи с заболеванием, в неотложной форме);
- за медицинскую услугу;

- стоматологическая помощь: по условным единицам трудоемкости (УЕТ)¹;
- в центрах здоровья – по законченному случаю в соответствии с медико-экономическим стандартом комплексного обследования в Центре здоровья и по врачебным посещениям и (или) услугам.

2.2. Не зависимо от применяемого способа оплаты амбулаторной медицинской помощи, СМО и медицинские организации ведут отдельный учет посещений с профилактической целью (посещение центра здоровья, в связи с диспансеризацией, диспансерным наблюдением, профилактическим осмотром), неотложной медицинской помощи, посещений и обращений по поводу заболеваний.

2.3. С целью повышения качества и доступности для населения первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, используется перспективный (предварительный) способ подушевой оплаты в зависимости от количества и половозрастного состава населения, «прикрепленного» к медицинским организациям, и величины подушевого норматива (тарифа).

С целью обеспечения взаимодействия участников ОМС по подушевой оплате первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, применяется «Порядок подушевого финансирования первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в амбулаторных условиях», регламентирующий порядок взаиморасчетов между медицинскими организациями Рязанской области за оказание медицинской помощи как территориально прикрепленному, так и не прикрепленному к поликлиникам населению.

ПОРЯДОК ПОДУШЕВОГО ФИНАНСИРОВАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗЫВАЕМОЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Порядок подушевого финансирования первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в амбулаторных условиях (далее – Порядок), разработан с целью повышения качества данного вида медицинской помощи и обеспечения ее доступности для населения, путем проведения взаиморасчетов между медицинскими организациями Рязанской области за амбулаторную медицинскую помощь, оказанную территориально не прикрепленному к поликлинике населению.

Используемые термины и определения.

Способ оплаты медицинской помощи – установленный Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования и территориальной программой обязательного медицинского страхования способ финансирования медицинской помощи, оказанной медицинской организацией в тех или иных условиях, установленных Федеральным законом от 21.11.2011 г.

¹ Перевод УЕТ в посещение производится с использованием переводных коэффициентов, определяемых с использованием статистических показателей предшествующего года.

№ 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ст. 32 п. 3).

Посещение (с профилактической целью и при оказании медицинской помощи в неотложной форме) – единица объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях с профилактической и лечебной целью, которая используется для планирования нормативов объема и финансового обеспечения в рамках ПГГ и ТППГ.

Законченный случай лечения в поликлинике – обращение по поводу заболевания (кратность посещений по поводу одного заболевания не менее двух), когда цель обращения достигнута; **обращение**, как законченный случай по поводу заболевания, складывается из первичных и повторных посещений; объем лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, в результате которых наступает выздоровление, улучшение, направление пациента в дневной стационар, на госпитализацию в круглосуточный стационар (результат обращения отмечается в соответствующих позициях Талона амбулаторного пациента только при последнем посещении больного по данному поводу).

Медицинская организация, оказывающая первичную медицинскую помощь в амбулаторных условиях (далее – МОПАУ) – юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, оказывающее первичную амбулаторную медицинскую помощь в соответствии с плановым объемом амбулаторной медицинской помощи в соответствии с утвержденной в установленном порядке Территориальной программой ОМС.

Условная единица трудоемкости (УЕТ) – норматив времени, затрачиваемого при оказании стоматологической медицинской помощи на выполнение объема работы врача на терапевтическом, хирургическом приеме, необходимого для лечения среднего кариеса (I класс по Блеку)¹.

Подушевой норматив оплаты амбулаторной медицинской помощи – стоимостной показатель, используемый для оплаты амбулаторной медицинской помощи на 1 застрахованного, выраженный в рублях, определяемый в расчете на месяц.

Стандарт медицинской помощи [standard (англ.) – образец] разрабатывается для заболевания(й) или состояния(й) в соответствии с номенклатурой медицинских услуг и включает в себя усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения: медицинских услуг; зарегистрированных на территории Российской Федерации лекарственных препаратов (с указанием средних доз) в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата и фармакотерапевтической группой по анатомо-терапевтическо-

¹ При формировании счетов на оплату в УЕТ в 2013 г. будет использован рекомендуемый МЗ РФ и ФОМС классификатор основных медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, выраженной в УЕТ (приложение 1 к Регламенту).

химической классификации, рекомендованной ВОЗ; иного, исходя из особенностей заболевания (состояния).

Фондодержание – способ оплаты медицинской помощи, при котором МОПАУ получает средства не только на собственное содержание, но и на оплату услуг, оказанных прикрепленному к нему населению, другими амбулаторно-поликлиническими учреждениями; средства фондодержания МОПАУ аккумулируются на уровне страховой медицинской организации (далее – СМО).

Частичное фондодержание – способ подушевой оплаты первичной амбулаторной медицинской помощи, при котором подушевой норматив финансирования медорганизаций включает средства на оплату медицинской помощи отсутствующих в данной медорганизации врачей-специалистов (средних медработников, ведущих самостоятельный амбулаторный прием) и (или) лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий (инструментальных, лабораторных и др.).

Медицинская услуга – мероприятие или комплекс мероприятий, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, а также медицинскую реабилитацию, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость, проводимых медицинскими работниками; медицинская услуга является единицей учета и планирования оказываемой медицинской помощи.

Прикрепленное население – застрахованные в Рязанской области лица, получающие первичную медико-санитарную помощь в конкретной медицинской организации по месту жительства или работы на основании именных списков, сформированных в медицинских организациях в соответствии с действующим законодательством и нормативными правовыми актами, регламентирующими порядок прикрепления граждан к медицинским организациям.

По подушевому нормативу с частичным фондодержанием оплачивается оказанная МОПАУ первичная амбулаторная медицинская помощь¹ (за исключением стоматологической; медицинской помощи, оказываемой в центрах здоровья) с фондодержанием на обеспечение отсутствующих в МОПАУ возможностей и условий для выполнения порядков оказания и стандартов медицинской помощи в части:

- медицинской помощи врачей-специалистов (средних медработников, ведущих самостоятельный амбулаторный прием);
- лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий (инструментальных, лабораторных и др.).

В случае отсутствия у МОПАУ необходимых условий для выполнения стандартов медицинской помощи, оно обязано направить пациента в другую медицинскую организацию; оплата оказанных медицинских услуг в этом случае производится из собственных средств фондодержания МОПАУ, аккумулированных на уровне СМО.

¹ Специализированная амбулаторная медицинская помощь, оказываемая консультативными поликлиниками, не оплачивается по подушевому принципу.

МОПАУ делегируют СМО право осуществлять взаиморасчеты с иными медицинскими организациями за оказание первичной амбулаторной медицинской помощи прикрепленному к МОПАУ населению, путем внесения изменений в договор, заключенный между МОПАУ и СМО.

В СМО по каждому МОПАУ, не имеющему необходимых возможностей и условий для оказания первичной амбулаторной медицинской помощи в полном объеме, создается фонд частично аккумулированных средств из расчета на прикрепленное население, исходя из той части подушевого норматива, которая предназначена на оплату медицинской помощи, оказываемой иными медицинскими организациями прикрепленному к МОПАУ населению.

При оплате амбулаторной медицинской помощи по подушевым нормативам с частичным фондодержанием, СМО осуществляют взаиморасчеты между МОПАУ за амбулаторную медицинскую помощь, оказанную застрахованным гражданам, направленным (поступившим самотеком) для получения конкретных медицинских услуг из одного МОПАУ в другое, к которому граждане территориально не прикреплены.

Взаиморасчеты между СМО и МОПАУ ведутся в режиме «аванс-взаиморасчет» в соответствии с действующей в регионе нормативной правовой документацией, регламентирующей порядок оплаты амбулаторной медицинской помощи, и настоящим Порядком.

Подушевое финансирование МОПАУ производится из расчета на сверенную численность прикрепленного населения, согласно Договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, заключенному между СМО и МОПАУ.

Ежемесячно МОПАУ подают в СМО на оплату амбулаторной медицинской помощи счета-реестры на пролеченных больных, которые формируются раздельно:

а) по стоматологической помощи – на всех обратившихся за медицинской помощью;

б) на лечебно-диагностические услуги и (или) медицинскую помощь врачей-специалистов и средних медработников, ведущих самостоятельный амбулаторный прием, – по неприкрепленному к МОПАУ населению;

в) по подушевому нормативу оплаты амбулаторной медицинской помощи на прикрепленное к МОПАУ население¹:

- счет на оплату по подушевому нормативу формируется исходя из численности прикрепленного к МОПАУ населения;
- реестр (ведомость) пролеченных больных, выполненных медицинских услуг: посещений, лечебно-диагностических услуг, оказанных прикрепленному к МОПАУ населению, прилагается к счету и используется СМО для контроля и аналитического учета; при этом сумма счета может не соответствовать итоговой стоимости реестра.

Расчеты стоимости амбулаторной медицинской помощи осуществляются по утвержденному ТФОМС Рязанской области подушевому нормативу с фор-

¹ С учетом акушерско-гинекологической помощи.

мированием фонда частично аккумулированных на уровне СМО средств (фондодержание) для каждого МОПАУ.

Доля фондодержания (%) устанавливается Соглашением о тарифах на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в Рязанской области на соответствующий год (далее – Соглашение).

Расчет месячного финансирования МОПАУ_i по подушевому нормативу с частичным фондодержанием осуществляется по формуле:

$$СФ_i^{app} = C_{дн}^{app} \times Ч_j^{сп} - (S_{ф} + S_{мэк}^{app}), \quad (1)$$

где: $СФ_i^{app}$ – сумма к оплате первичной амбулаторной медицинской помощи, оказываемой за отчетный месяц МОПАУ_i по СМО_j;

$C_{дн}^{app}$ – дифференцированный подушевой норматив финансирования из расчета на одного застрахованного, прикрепленного к МОПАУ_i;

$Ч_j^{сп}$ – среднемесячная численность прикрепленных к МОПАУ_i граждан, застрахованных в СМО_j, за отчетный месяц;

$S_{ф}$ – сумма фондодержания МОПАУ_i по СМО_j;

$S_{мэк}^{app}$ – сумма, удерживаемая СМО_j с МОПАУ_i по результатам медико-экономического контроля.

Соглашением устанавливается единая стоимость медицинских услуг, по которым СМО осуществляют взаиморасчеты между МОПАУ, при этом взаиморасчеты за посещение врачей-специалистов осуществляются по тарифам МОПАУ, оказавшей медицинскую помощь.

СМО оплачивают счета МОПАУ после проведения медико-экономического контроля, ведут учет израсходованных МОПАУ средств, в т.ч. средств фондодержания, информируя об этом стороны, участвующие во взаиморасчетах.

При невыполнении МОПАУ плановых объемов медицинской помощи, определяемых в рамках Территориальной программы ОМС, ТФОМС Рязанской области не реже 1 раза в квартал вправе уменьшать подушевой норматив финансирования МОПАУ в соответствии с уровнем выполнения им установленных плановых показателей.

В качестве показателей объективного снижения объемов оказываемой населению медицинской помощи, при принятии решения об уменьшении подушевого норматива финансирования МОПАУ, могут учитываться такие факторы как: снижение уровня заболеваемости, смертности, инвалидности; активизация профилактической деятельности МОПАУ и др., представляемые и обосновываемые МОПАУ.

В случае, когда счет, предъявленный к оплате в СМО, за услуги иных медицинских организаций, оказанные прикрепленным к МОПАУ гражданам, превысит фонд частично аккумулированных средств (сумму фондодержания) по соответствующему МОПАУ_i, оплата суммы превышения производится в счет фондодержания следующего временного периода; при этом расчет фондодержания осуществляется без учета суммы превышения.

Ежемесячно, после проведенной сверки, СМО направляют в МОПАУ остатки средств фондодержания в соответствии с предоставляемыми МОПАУ счетами.

На основании представляемых медицинскими организациями счетов-реестров, приложенных к счетам на оплату по подушевому нормативу, СМО осуществляют контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления амбулаторной медицинской помощи. Сумма, не подлежащая оплате по результатам МЭК, МЭЭ и ЭКМП, удерживается из объема средств, предусмотренных для оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу. Медицинская организация вправе доработать и представить ранее отклоненные СМО позиции счета-реестра не позднее 25 рабочих дней с даты получения акта дефектуры по непринятым позициям.

Взаиморасчеты между МОПАУ-фондодержателями и иными организациями, медицинская помощь которых оплачивается с использованием ретроспективных методов (за посещение и др.), производятся на договорной основе исключительно в части возмещения расходов на параклинические услуги по установленной единой стоимости медицинских услуг.

При перевыполнении МОПАУ плановых объемов амбулаторной медицинской помощи, определяемых в рамках Территориальной программы ОМС, дополнительная оплата не производится.

2.4. С целью обеспечения подушевой оплаты первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для осуществления расчетов между участниками ОМС, устанавливаются дифференцированные подушевые нормативы финансирования первичной амбулаторной медицинской помощи в соответствии с «Порядком определения дифференцированных подушевых нормативов финансирования первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в амбулаторных условиях».

ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫХ ПОДУШЕВЫХ НОРМАТИВОВ ФИНАНСИРОВАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО- САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗЫВАЕМОЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Порядок определения дифференцированных подушевых нормативов финансирования первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в амбулаторных условиях (далее – Порядок), разработан с целью оптимизации финансирования первичной амбулаторной медицинской помощи при внедрении подушевого способа оплаты с частичным фондодержанием на уровне первичного звена.

Используемые в расчетах коэффициенты.

Коэффициенты *половозрастных затрат* – показатели, характеризующие в относительных величинах ожидаемые затраты на оказание медицинской по-

мощи в рамках Территориальной программы ОМС в конкретной половозрастной группе.

Коэффициенты *за работу на селе* – показатель, характеризующий в относительных величинах дополнительные затраты на оплату труда за работу на селе (в рабочих поселках) с учетом уровней медицинских организаций.

Коэффициенты, применяемые при оплате амбулаторной медицинской помощи *детскому населению в детских амбулаторных медицинских организациях* (юридических лицах).

Коэффициенты, применяемые при оплате амбулаторной медицинской помощи *взрослому населению медицинскими организациями, имеющими травмпункты*.

Коэффициенты, применяемые при оплате амбулаторной медицинской помощи, *оказанной медицинскими организациями (юридическими лицами) г. Рязани, имеющими менее 22 тысяч прикрепленного населения*.

Коэффициенты, применяемые при оплате *амбулаторной акушерско-гинекологической помощи*.

Определение дифференцированных подушевых нормативов финансирования первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, по каждому МОПАУ производится ТФОМС Рязанской области на основании корректировки подушевого норматива финансирования первичной амбулаторной медицинской помощи с использованием соответствующих коэффициентов, с учетом подушевого норматива финансирования акушерско-гинекологической помощи:

$$C_{\text{дн}}^i = \frac{[\sum C_{\text{дн}}^{\text{анп}} \times \chi_j^{\text{анп}} + \sum C_{\text{дн}}^{\text{агп}} \times \chi_j^{\text{агп}}] + D_i^{\Phi} + D_i^{\text{С}} + D_i^{\text{У}} + 3i^{\text{С}}}{\chi}, \quad (2)$$

где:

$$C_{\text{дн}}^{\text{анп}} = C_{\text{пнф}}^{\text{анп}} \times K_{\text{пвз}} \times K_{\text{с}} \times K_{\text{д}} \times K_{\text{т}} \times K_{\text{п}}, \quad (3)$$

$$C_{\text{дн}}^{\text{агп}} = C_{\text{пнф}}^{\text{агп}} \times K^{\text{агп}}, \quad (4)$$

где: $C_{\text{дн}}^i$ - дифференцированный подушевой норматив финансирования первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, i -го МОПАУ-фондодержателя;

$C_{\text{дн}}^{\text{анп}}$ - дифференцированный подушевой норматив финансирования i -го МОПАУ-фондодержателя (за исключением амбулаторной помощи консультативных поликлиник и центров здоровья, акушерско-гинекологической и стоматологической медицинской помощи);

$C_{\text{дн}}^{\text{агп}}$ - дифференцированный подушевой норматив финансирования акушерско-гинекологической помощи i -го МОПАУ-фондодержателя;

$C_{\text{пнф}}^{\text{анп}}$ - подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи (за исключением амбулаторной медпомощи консультативных поликлиник и центров здоровья, стоматологической и акушерско-гинекологической помощи);

$C_{\text{пнф}}^{\text{агп}}$ - подушевой норматив финансирования акушерско-гинекологической помощи;

$K_{\text{пвз}}$ - коэффициент половозрастных затрат,

$K_{\text{с}}$ - коэффициент за работу на селе,

$K_{\text{д}}$ - коэффициент оказания медицинской помощи детскому населению в детских амбулаторных медицинских организациях (юридических лицах);

$K_{\text{т}}$ - коэффициент оказания медицинской помощи в травмпунктах взрослому населению;

$K_{\text{п}}$ - коэффициент оказания медицинской помощи в амбулаторных медицинских организациях (юридических лицах) г. Рязани, имеющих менее 22 тысяч прикрепленного населения.

$K^{\text{агп}}$ - коэффициент оказания акушерско-гинекологической помощи;

D_i^{Φ} - стимулирующие выплаты специалистам ФАП;

$D_i^{\text{С}}$ - стимулирующие выплаты специалистам ССМП;

$D_i^{\text{У}}$ - стимулирующие выплаты специалистам участковой сети;

$Z_i^{\text{С}}$ - средства на содержание медицинской организации;

$\text{Ч}_j^{\text{агп}}$ - среднемесячная численность прикрепленных к МОПАУ_i застрахованных граждан, которым оказывается первичная амбулаторная медицинская помощь;

$\text{ч}_j^{\text{агп}}$ - численность прикрепленных к МОПАУ_i застрахованных граждан, которым оказывается акушерско-гинекологическая помощь;

Ч - среднемесячная численность застрахованных по ОМС граждан Рязанской области.

Доля фондодержания (%) МОПАУ_i определяется по формуле:

$$\Phi_{\text{ф}}^i = 100 \% - (\text{ДПН}i_{\text{уС}} + \text{ДПН}i_{\text{нС}}), \quad (5)$$

где: $\Phi_{\text{ф}}^i$ - доля фондодержания для МОПАУ_i;

$\text{ДПН}i_{\text{уС}}$ - доля подушевого норматива финансирования МОПАУ_i на оплату объема медицинской помощи врачей-специалистов (средних медработников, ведущих самостоятельный прием);

$\text{ДПН}i_{\text{нС}}$ - доля подушевого норматива финансирования МОПАУ_i на оплату объема лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий (инструментальных, лабораторных и др.).

Для каждой СМО определяются подушевые нормативы финансирования МОПАУ с учетом численности территориально прикрепленного застрахованного населения, с указанием доли и суммы фондодержания (% , руб.).

Объем фондодержания (в %), доля расходов на амбулаторную медицинскую помощь утверждается Соглашением.

2.5. Для оплаты амбулаторной медицинской помощи, оказываемой лицам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации, и жителям других

субъектов Российской Федерации при отсутствии у них полиса ОМС на дату обращения, предъявившим паспорт гражданина РФ (иные документы, подтверждающие гражданство и место регистрации), применяется ретроспективная оплата – за единицу объема медицинской помощи (п/п б п. 2.1 Регламента).

3. ОПЛАТА СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗЫВАЕМОЙ В УСЛОВИЯХ КРУГЛОСУТОЧНОГО И ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРОВ

3.1. В целях эффективной оплаты специализированной медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного и дневного стационаров, при реализации Территориальной программы ОМС применяются эффективные способы ретроспективной оплаты, ориентированные на результат деятельности – *за законченный случай лечения* по тарифам, дифференцированным в зависимости от степени агрегирования единицы объема медицинской помощи, в том числе:

а) специализированная медицинская помощь, оказываемая в условиях круглосуточных стационаров:

- по стоимости медицинского стандарта (нозологрии),
- по клинко-статистическим группам (КСГ).

б) медицинская помощь, оказываемая в условиях дневных стационаров всех типов – по стоимости нозологий (стандартов).

3.2. Оплата специализированной медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного стационара, по КСГ осуществляется в рамках плановых объемов, утверждаемых решением комиссии по формированию территориальной программы ОМС на соответствующий год по каждой медицинской организации. Внедрение принципа оплаты на основе КСГ позволит:

а) устранить «привязку» к издержкам, специфичным для конкретного стационара и снизить «разброс» фактических затрат между однотипными медицинскими организациями;

б) в целях повышения хозяйственной самостоятельности – стимулировать медицинские организации на управление расходами;

в) в сочетании с внедрением планов-заданий – снизить расходы на больничную помощь и обеспечить предсказуемость затрат для плательщиков и поставщиков медицинских услуг;

г) за счет обеспечения эффективности расходов на оказание специализированной медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара, повысить ее качество и доступность для населения области;

д) скорректировать темпы изменений в госпитализированной заболеваемости, тяжести заболеваний, объемах больничной помощи, внедрении новых технологий и стандартов медицинской помощи;

е) упростить систему планирования и финансирования специализированной медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях.

3.3. С целью обеспечения представленного выше принципа оплаты специализированной медицинской помощи, применяется «Порядок оплаты специали-

зированной медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, на основе клинико-статистических групп болезней (КСГ)».

ПОРЯДОК ОПЛАТЫ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗЫВАЕМОЙ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ, НА ОСНОВЕ КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИХ ГРУПП БОЛЕЗНЕЙ (КСГ)

1. Порядок оплаты специализированной медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, на основе клинико-статистических групп болезней (КСГ) (далее – Порядок) разработан с использованием рекомендаций Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда ОМС «Способы оплаты медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий на основе групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп болезней (КСГ)» и вводится с целью повышения качества и доступности стационарной медицинской помощи для населения за счет эффективного использования ресурсов и упрощения системы планирования и финансирования специализированной медицинской помощи.

2. Основные понятия и термины.

Медицинская организация – юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Способ оплаты медицинской помощи – установленный Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС и территориальной программой ОМС способ финансирования медицинской помощи, оказанной медицинской организацией в тех или иных условиях, установленных Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ст.32 п.3).

Нозология (от греч. *nósos* – болезнь и *lógos* – изучение) или **нозологическая форма** – заболевание, для которого характерны определённая причина, однозначный патогенез, типичные внешние проявления и специфические структурные нарушения в органах и тканях; например, коклюш характеризуется специфическим возбудителем, определёнными механизмом развития болезненного процесса и клиническими проявлениями (по внешним признакам и лабораторным данным).

Законченный случай лечения в стационаре – совокупность медицинских услуг в соответствии со стандартом оказания медицинской помощи по основному заболеванию, предоставленных пациенту в стационаре в регламентированные сроки в виде диагностической, лечебной, реабилитационной и консультативной медицинской помощи, в случае достижения клинического результата от момента поступления до выбытия (выписка, перевод в другое учреждение или в другое профильное отделение пациента по поводу другого или сопутствующего

заболевания), подтвержденного первичной медицинской документацией, и без клинического результата (смерть пациента).

Стандарт медицинской помощи [standard (англ.) – образец] разрабатывается для заболевания(й) или состояния(й) в соответствии с номенклатурой медицинских услуг и включает в себя усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения: медицинских услуг; зарегистрированных на территории Российской Федерации лекарственных препаратов (с указанием средних доз) в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата и фармакотерапевтической группой по анатомо-терапевтическо-химической классификации, рекомендованной ВОЗ; медицинских изделий, имплантируемых в организм человека; видов лечебного питания, включая специализированные продукты лечебного питания; иного исходя из особенностей заболевания (состояния).

Диагностически-связанная группа болезней (заболеваний) (ДСГ) – группа заболеваний, схожих по этиологии и патогенезу, объединенных сходными диагностическими исследованиями и медицинскими вмешательствами.

Клинико-статистическая группа болезней (заболеваний) (КСГ) – группа заболеваний, относящихся к одному профилю стационарной медицинской помощи и сходных по используемым методам диагностики и лечения пациентов и средней ресурсоемкости (стоимость, структура затрат и набор используемых ресурсов).

Уровень оказания стационарной медицинской помощи – устанавливаемый на территории уровень стационарной медицинской помощи, учитывающий различия в размерах расходов на оказание стационарной медицинской помощи.

Коэффициент сложности курации пациентов – дополнительный поправочный коэффициент стоимости КСГ, устанавливаемый в отдельных случаях (в связи со сложностью лечения пациента, связанной с возрастом, осложнениями заболеваний, развертыванием индивидуального поста по медицинским показаниям, оперативными вмешательствами и др.) и учитывающий более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи пациентам.

Тариф – стоимостная оценка единицы стационарной медицинской помощи, оказываемой в профильных отделениях медицинских организаций, который определяется как частное от деления плановых затрат профильного отделения на плановые объемы медицинской помощи (в койко-днях).

Тарифная группа – группа медицинских организаций, объединяемых по величине тарифов.

Тариф группы – усредненная величина тарифов по профилям (специальностям) медицинских организаций, отнесенных к одной тарифной группе, которая определяется как частное от деления общих затрат профильных отделений всех медицинских организаций, входящих в тарифную группу, на общий плановый объем медицинской помощи этих отделений.

Средняя длительность лечения – средняя длительность лечения, определенная стандартом медицинской помощи, ДСГ или среднестатистическая по региону.

Минимальная длительность лечения – минимально необходимая длительность лечения, при которой возможно выполнение объема всех обязательных лечебных и диагностических мероприятий по стандарту медицинской помощи или КСГ для достижения запланированного клинического результата; на 20,0 % меньше средней длительности лечения.

Максимальная длительность лечения – максимально допустимая длительность лечения, при котором гарантируется выполнение объема всех обязательных и необходимых дополнительных лечебных и диагностических мероприятий по стандарту медицинской помощи или КСГ для достижения запланированного клинического результата; на 20,0 % превышает среднюю длительность лечения.

Прерванный случай лечения по КСГ – случай оказания медицинской помощи с фактической длительностью лечения меньше минимальной и с невыполнением необходимого объема медицинских мероприятий для достижения запланированного клинического результата.

3. При формировании КСГ учитывается терапевтическое и хирургическое воздействие для дифференциации стоимости КСГ. Для осуществления возможности отнесения случая к хирургической КСГ медицинские организации ведут учет выполненных хирургических вмешательств, согласно Номенклатуре услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27 декабря 2011 года № 1664н (далее – Номенклатура).

4. В составе КСГ могут быть выделены отдельные подгруппы и заболевания (нозологии), на которые установлены стандарты медицинской помощи, с расшифровкой в разрезе кодов МКБ-10 (для терапевтических подгрупп) или кодов Номенклатуры (для хирургических подгрупп). При этом оплата стационарной медицинской помощи может быть осуществлена по стоимости медицинского стандарта (нозологии).

Исключается возможность единовременной оплаты законченного случая лечения в стационарных условиях по стоимости медицинского стандарта (нозологии) и КСГ, поскольку средневзвешенный показатель стоимости КСГ учитывает стоимость стандартов медицинской помощи при заболеваниях, на которые они установлены.

5. Применяется следующий алгоритм формирования ДСГ и КСГ.

Кодификация ДСГ содержит обязательные данные:

- тип ДСГ;
- группу МКБ в соответствии с международной классификацией болезнью 10 пересмотра (далее – МКБ-10);
- вид медицинской помощи;
- условия оказания медицинской помощи;
- возраст пациента;
- признак оперативности лечения;
- код тарифа;
- порядковый номер;
- наименование ДСГ;

- одну и более нозологий, объединенных данной ДСГ.

Код КСГ в дополнение к признакам, содержащимся в ДСГ, включает код уровня тарифов.

Формирование стоимости КСГ осуществляется на основе ДСГ и стоимостей тарифных групп по профилям (в соответствии с Номенклатурой коечного фонда по профилям медицинской помощи, утвержденной приказом Минздрава РФ от 17.05.2012 № 555н «Об утверждении номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи») с возможным применением в отношении хирургических КСГ повышающего коэффициента расходов на оперативную активность, утверждаемого Тарифным соглашением.

Стоимость терапевтической КСГ по i -ой специальности в j -ой тарифной группе, определяется по формуле:

$$C_{ij}^k = T_{ij} \times D_i^k, \quad (6)$$

где: T_{ij} – тариф i -ой специальности в j -ой тарифной группе;

D_i^k – средняя длительность k -ой терапевтической КСГ по i -ой специальности.

Стоимость хирургической КСГ по i -ой специальности в j -ой тарифной группе, определяется по формуле:

$$C_{ij}^k = T_{ij} \times D_i^k \times M_i^{oa}, \quad (7)$$

где: T_{ij} – тариф i -ой специальности в j -ой тарифной группе;

D_i^k – средняя длительность k -ой хирургической КСГ по i -ой специальности;

M_i^{oa} - коэффициент оперативной активности по i -ой специальности.

Для каждой тарифной группы медицинской помощи формируется отдельный перечень КСГ со своей стоимостью. При формировании кода-идентификатора КСГ происходит отражение тарифной группы в виде последней группы кода и определяется минимальная и максимальная длительность лечения.

Оплата специализированной медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного стационара, осуществляется в рамках плановых объемов медицинской помощи (по количеству койко-дней), определяемых комиссией по формированию территориальной программы ОМС (далее – Комиссия) на соответствующий год.

Если по результатам экспертизы деятельности стационара устанавливается обоснованность превышения затрат – Комиссией может согласовываться сумма дополнительного финансирования за счет перераспределения объемов с иных медицинских организаций, не выполняющих плановые показатели.

ТФОМС Рязанской области доводит до СМО и медицинских организаций стоимость клинико-статистических групп болезней (КСГ), включающую:

- перечень КСГ, в рамках которых может в данной медицинской организации оказываться и оплачиваться специализированная медицинская помощь;
- коды КСГ;
- стоимость КСГ в разрезе статей затрат.

Взаимодействие медицинской организации с несколькими СМО определяется в рамках утвержденного плана по данной медицинской организации.

Особые случаи оплаты специализированной медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, по КСГ:

- оплата *прерванного случая* лечения по КСГ производится по установленному тарифу за количество дней лечения (госпитализации);
- перевод застрахованного из одного в другое клиническое отделение одной медицинской организации в процессе лечения рассматривается как единый клинический случай и оплачивается по КСГ, соответствующей основному диагнозу;
- при *изменении стоимости КСГ* в период лечения пациента, оплата медицинской помощи осуществляется в соответствии со стоимостью КСГ при выписке больного;
- в случае если уровень медицинской организации оказывается ниже уровня, определенного для конкретной КСГ (при отсутствии данной КСГ в перечне для конкретной медорганизации), окончательное решение об оплате оказанной медицинской помощи по КСГ производится на основании актов ЭКМП и МЭЭ в соответствии с клиническим результатом;
- в случае если уровень медицинской организации оказывается выше уровня, определенного для конкретной КСГ (при отсутствии данной КСГ в перечне для конкретной медорганизации), окончательное решение об оплате оказанной медицинской помощи по КСГ производится на основании актов МЭК, ЭКМП и МЭЭ;
- при *включении стационара в систему ОМС* в случае, когда больной госпитализирован до включения медицинской организации в систему ОМС, оплата осуществляется за количество дней лечения с момента включения медицинской организации в систему ОМС;
- на переходный период (с декабря 2012 г. по январь-февраль 2013 г.) возможно применение способа оплаты по стоимости нозологии.

3.4. С целью обеспечения оплаты медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного стационара, для нозологических форм, не вошедших в КСГ, при отсутствии КСГ в соответствующем уровне медицинской организации, а также для оплаты медицинской помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров всех типов, применяется «Порядок оплаты медицинской помощи за законченный случай лечения по стоимости медицинского стандарта (нозологии)».

ПОРЯДОК ОПЛАТЫ СТАЦИОНАРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

ЗА ЗАКОНЧЕННЫЙ СЛУЧАЙ ЛЕЧЕНИЯ ПО СТОИМОСТИ МЕДИЦИНСКОГО СТАНДАРТА (НОЗОЛОГИИ)

«Порядок оплаты стационарной медицинской помощи за законченный случай лечения по стоимости медицинского стандарта (нозологгии)» (далее – Порядок) применяется с целью повышения качества и доступности стационаро-замещающей медицинской помощи для населения и упорядочения оплаты стационарной медицинской помощи по нозологиям, не вошедшим в КСГ.

Оплата медицинской помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров всех типов, а также специализированной медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточных стационаров, для нозологических форм, не вошедших в КСГ, осуществляется по принципу ретроспективной оплаты за фактическое количество законченных случаев лечения по тарифам, рассчитанным на основе расходов на лечение больных с соответствующей нозологией.

Используемые термины и определения.

Типы дневных стационаров в зависимости от видов медицинской помощи и условий ее оказания:

ДСС – дневной стационар стационара: специализированная медицинская помощь; на базе стационарных отделений больниц;

ДСП – дневной стационар поликлиники: первичная медико-санитарная помощь; в амбулаторных учреждениях, подразделениях;

ДСД – дневной стационар на дому: первичная медико-санитарная помощь; на дому.

Нозология (от греч. *nósos* – болезнь и *lógos* – изучение) или **нозологическая форма** – заболевание, для которого характерны определённая причина, однозначный патогенез, типичные внешние проявления и специфические структурные нарушения в органах и тканях; например, коклюш характеризуется специфическим возбудителем, определёнными механизмом развития болезненного процесса и клиническими проявлениями (по внешним признакам и лабораторным данным).

Законченный случай лечения – случай оказания специализированной медицинской помощи по нозологии (основному заболеванию) в соответствии со стандартом медицинской помощи, фактическая длительность которого от момента начала до окончания лечения (выписки, перевода в другую медицинскую организацию или другое профильное отделение той же медицинской организации) находится в диапазоне от минимальной до максимальной длительности пребывания, при условии выполнения объема медицинской помощи, предусмотренного стандартом медицинской помощи и достижения запланированного клинического результата; при летальном исходе законченный случай определяется без достижения запланированного клинического результата.

Средняя длительность лечения – средняя длительность лечения, определенная стандартом медицинской помощи или среднестатистическая по нозологии.

Минимальная длительность лечения – минимально необходимая длительность лечения, при которой возможно выполнение объема всех обязательных лечебных и диагностических мероприятий по стандарту медицинской помощи для достижения запланированного клинического результата.

Максимальная длительность лечения – максимально допустимая длительность лечения, при котором гарантируется выполнение объема всех обязательных и необходимых дополнительных лечебных и диагностических мероприятий по стандарту медицинской помощи для достижения запланированного клинического результата.

Прерванный случай лечения – случай оказания медицинской помощи с фактической длительностью лечения меньше минимальной и с невыполнением необходимого объема медицинских мероприятий для достижения запланированного клинического результата.

Коэффициент частичной компенсации расходов – часть тарифа на оплату по нозологии, соответствующая стоимости лечебного питания и лекарственных средств (предметов медицинского назначения), применяемая при дополнительной оплате длительных случаев лечения.

Стоимость (тариф) койко-дня (пациенто-дня) – стоимостное выражение единицы медицинской помощи, оказываемой в профильных отделениях медицинских организаций, определяемое как частное от деления плановых затрат профильного отделения на плановые объемы медицинской помощи (в койко-днях, пациенто-днях).

Фактическая длительность госпитализации при оказании реанимационной помощи – количество календарных дней, определяемое как разность между датой выбытия и датой поступления в отделение реанимации плюс один день.

Не допускается оплата законченного случая лечения в одной и той же медицинской организации одного и того же заболевания по стоимости КСГ и нозологии.

Для учета случаев лечения медицинской организацией используется Статистическая карта выбывшего из стационара (форма № 066/у-02), в соответствии с приказом МЗ РФ от 13.11.2003 № 545.

Длительность госпитализации в круглосуточном стационаре определяется как целое число дней между датой поступления и датой выписки в данном отделении. День поступления и выписки считаются одним койко-днем.

При переводе пациента из одного в другое отделение стационара той же медицинской организации с одним и тем же диагнозом, медицинская помощь оплачивается как один случай по отделению, из которого больной выбыл. При этом при расчете фактической длительности госпитализации датой поступления считается дата поступления в первое по маршруту пациента отделение, а датой выписки – дата окончания лечения по одному диагнозу.

При переводе пациента из одного в другое отделение стационара той же медицинской организации с разными диагнозами, медицинская помощь оплачивается отдельно за каждый случай лечения.

Оплата законченного случая лечения производится СМО и ТФОМС по стоимости нозологии при соблюдении медицинской организацией следующих условий:

- выполнения стандартов медицинской помощи;
- обеспечения лечения сроком не менее минимальной длительности госпитализации;
- достижения клинического результата.

Если фактическая длительность законченного случая лечения меньше нормативной минимальной длительности, оплата осуществляется в размере не более 50,0% стоимости соответствующей стоимости нозологии с учетом достижения клинического результата лечения.

При длительности случая госпитализации равной одному дню оплата осуществляется исходя из стоимости одного койко-дня (пациенто-дня).

Календарные даты предоставления услуг, указанные в счетах-реестрах, должны соответствовать датам фактического предоставления пациентам соответствующих услуг.

Оплата медицинской помощи, предоставляемой в приемном отделении круглосуточного стационара, при условии, что поступление больного не завершается госпитализацией, осуществляется по принципу – за комплексную диагностическую услугу, включающую минимальный набор простых диагностических услуг, определяемый Соглашением о тарифах на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в Рязанской области (далее – Соглашение) на соответствующий год.

Особые случаи оплаты медицинской помощи в стационарных условиях за фактическое количество законченных случаев лечения:

- в случае пребывания больного в стационаре более половины нормативного срока, установленного по нозологии, оплата производится в размере стоимости соответствующего законченного случая лечения;
- в случае пребывания больного в стационаре половину и менее половины нормативного срока, установленного по нозологии, оплата производится в размере половинной стоимости законченного случая лечения;
- в случае пребывания пациента в стационаре от 1 до 4-х дней, исключая нозологии со стандартом средней длительности пребывания до четырех суток включительно, оплата медицинской помощи осуществляется за количество проведенных дней госпитализации;
- при включении стационара в систему ОМС в случае, когда больной госпитализирован до включения медицинской организации в систему ОМС, оплата осуществляется по количеству дней лечения с момента включения медицинской организации в систему ОМС;
- при изменении тарифов на медицинскую помощь в период лечения пациента, оплата медицинской помощи осуществляется в размере суммы произведений стоимости койко-дня по соответствующему тарифу на количество дней лечения (до повышения тарифов и после).

Стационарозамещающая помощь (дневные стационары): за фактическое количество законченных случаев лечения. Особые случаи возмещения расходов

по оказанию стационарозамещающей медицинской помощи за фактическое количество законченных случаев лечения:

- в случае пребывания больного в дневном стационаре более половины нормативного срока, установленного по нозологии, оплата производится в размере стоимости законченного случая лечения;
- в случае пребывания больного в дневном стационаре половину и менее половины нормативного срока, установленного по нозологии, оплата производится в размере половинной стоимости законченного случая лечения;
- в случае пребывания пациента в дневном стационаре от 1 до 4-х дней, исключая нозологии со стандартом средней длительности пребывания до четырех суток включительно, оплата медицинской помощи осуществляется за количество дней госпитализации;
- при включении дневного стационара в систему ОМС в случае, когда больной госпитализирован до включения медицинской организации в систему ОМС, оплата осуществляется по количеству дней лечения с момента включения медицинской организации в систему ОМС.
- при изменении тарифов на медицинскую помощь в период лечения пациента, оплата медицинской помощи осуществляется в размере суммы произведений стоимости пациенто-дня по соответствующему тарифу на количество дней лечения (до повышения тарифов и после).

4. ОПЛАТА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

4.1. Используемые термины и определения.

Медицинская организация, оказывающая скорую медицинскую помощь (далее – ССМП) – медицинское учреждение, круглосуточно оказывающее скорую медицинскую помощь больным и пострадавшим в соответствии с утвержденной в установленном порядке Территориальной программой ОМС и Порядком оказания скорой медицинской помощи.

Обслуживаемое население – население города (района, рабочего поселка и т.п.) Рязанской области, по территориальному признаку относящееся к обслуживанию конкретной ССМП, из расчета 20-минутной транспортной доступности.

Подушевой норматив оплаты СМП – стоимостной показатель, используемый для оплаты скорой медицинской помощи на 1 застрахованного, выраженный в рублях, определяемый в расчете на месяц.

Вызов – стандарт скорой медицинской помощи, оказанной медицинскими работниками ССМП, лицу, обратившемуся за помощью в государственную ССМП.

4.2. Оплата скорой медицинской помощи (далее – СМП), оказываемой станциями (отделениями) скорой медицинской помощи (кроме санитарной авиации) на догоспитальном этапе осуществляется следующими способами:

а) проспективно – *по подушевому принципу* на одного застрахованного жителя района обслуживания ССМП Рязанской области, из расчета проживающих на территории обслуживания с использованием поправочных коэффициен-

тов, соответствующих уровню потребления скорой медицинской помощи, радиусу обслуживания, кадровому обеспечению и проч.;

б) ретроспективно – *за единицу объема медицинской помощи – вызов с учетом поправочных коэффициентов.*

4.3. Ретроспективный способ оплаты используется для межтерриториальных взаиморасчетов при оплате СМП, оказанной гражданам РФ вне территории страхования (иногородним).

Соглашением о тарифах на оплату медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования населения Рязанской области (далее – Соглашение) установлена единая стоимость вызова СМП, с корректировкой при наличии в ССМП врачебных общепрофильных и специализированных бригад.

Регламент взаимодействия ССМП и ТФОМС Рязанской области в части межтерриториальных расчетов аналогичен принципам взаимодействия участников ОМС при оплате амбулаторной медицинской помощи по принципу «за посещение», установленных приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования».

4.4. Принцип проспективной оплаты используется с целью повышения качества и доступности для населения скорой медицинской помощи, оказываемой на догоспитальном этапе, с целью предотвращения случаев отказа в оказании СМП при условии отсутствия у пациента документов, удостоверяющих личность, и полиса ОМС в момент оказания СМП.

Подушевой способ оплаты СМП является переходным от сметного принципа, используемого в условиях бюджетного финансирования ССМП.

С целью обеспечения взаимодействия участников ОМС по подушевой оплате СМП, оказываемой на догоспитальном этапе применяется «Порядок подушевого финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой станциями (отделениями) скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе».

ПОРЯДОК ПОДУШЕВОГО ФИНАНСИРОВАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗЫВАЕМОЙ СТАНЦИЯМИ (ОТДЕЛЕНИЯМИ) СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Порядок подушевого финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой станциями (отделениями) скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе (далее – Порядок), разработан с учетом методических рекомендаций Министерства здравоохранения Российской Федерации «Скорая медицинская помощь в системе ОМС: этап становления, перспективы развития», рекомендаций Федерального фонда ОМС «Методические рекомендации по способам оплаты скорой медицинской помощи (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи) за счет средств обязательного медицинского страхования» (письмо ФОМС от 02.10.2012 № 7238/21-4/и) с целью регламентирования оплаты скорой медицинской помощи

оказываемой станциями (отделениями) скорой медицинской помощи (кроме санитарной авиации) на догоспитальном этапе.

Подушевое финансирование ССМП производится из расчета на сверенную численность обслуживаемого населения, согласно Договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, заключенному между СМО и ССМП.

Ежемесячно ССМП подают в СМО на оплату скорой медицинской помощи счета, сформированные с учетом утвержденных ТФОМС Рязанской области *дифференцированных подушевых нормативов финансирования СМП и численности застрахованного населения*, проживающего на территории обслуживания конкретной ССМП, а также – счета-реестры вызовов в виде приложения к указанным выше счетам.

Расчет месячного финансирования ССМП_i по подушевому нормативу СМП осуществляется по формуле:

$$СФ_i^{СМП} = C_{дн}^{СМП} \times Ч_j^{ОН} - S_{МЭК}^{СМП}, \quad (12)$$

где: $СФ_i^{СМП}$ – сумма к оплате скорой медицинской помощи по ССМП_i за отчетный месяц по СМО_i;

$C_{дн}^{СМП}$ – дифференцированный подушевой норматив финансирования СМП из расчета на одного застрахованного, обслуживаемого ССМП_i;

$Ч_j^{ОН}$ – численность обслуживаемого ССМП_i населения, застрахованного в СМО_i, на начало отчетного месяца;

$S_{МЭК}^{СМП}$ – сумма, удерживаемая СМО_i с ССМП_i по результатам медико-экономического контроля.

Взаиморасчеты между СМО и ССМП ведутся в режиме «аванс-взаиморасчет» в соответствии с действующей нормативной правовой документацией, регламентирующей порядок оплаты медицинской помощи в системе ОМС, и настоящим Порядком.

СМО оплачивают счета ССМП после проведения медико-экономического контроля, ведут учет израсходованных ССМП средств.

При невыполнении ССМП плановых объемов скорой медицинской помощи, определяемых в рамках Территориальной программы ОМС, по причине неоказания СМП («необслуженные» вызовы, в т.ч. поступившие от граждан, проживающих на соседних территориях обслуживания по СМП), ТФОМС Рязанской области не реже 1 раза в квартал вправе уменьшать подушевой норматив финансирования СМП в соответствии с уровнем выполнения установленных плановых показателей.

В качестве показателей объективного снижения объемов скорой медицинской помощи, оказываемой обслуживаемому населению (при отсутствии жалоб), может учитываться снижение частоты вызовов в связи с развитием в городе (районе) отделений неотложной амбулаторной медицинской помощи, со снижением уровня заболеваемости, профилактическими мероприятиями и др.

При перевыполнении ССМП плановых объемов скорой медицинской помощи, определяемых в рамках Территориальной программы ОМС, дополнительная оплата не производится.

4.5. С целью обеспечения подушевой оплаты скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе для осуществления взаиморасчетов между ТФОМС Рязанской области и СМО устанавливаются *дифференцированные подушевые нормативы финансирования СМП* в соответствии с «Порядком определения дифференцированных подушевых нормативов финансирования СМП».

ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫХ ПОДУШЕВЫХ НОРМАТИВОВ ФИНАНСИРОВАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗЫВАЕМОЙ СТАНЦИЯМИ (ОТДЕЛЕНИЯМИ) СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Порядок определения дифференцированных подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой станциями (отделениями) скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе (далее – Порядок) разработан с целью оптимизации финансирования скорой медицинской помощи с использованием подушевого способа оплаты.

Используемые повышающие коэффициенты.

Коэффициент *оказания СМП врачебными общепрофильными бригадами* – показатель, характеризующий в относительных величинах ожидаемые затраты на оказание скорой медицинской помощи врачебными общепрофильными бригадами.

Коэффициент *оказания СМП специализированными врачебными бригадами* – показатель, характеризующий в относительных величинах ожидаемые затраты на оказание скорой медицинской помощи специализированными врачебными бригадами: неврологическими, педиатрическими, акушерско-гинекологическими, реанимационно-анестезиологическими.

Расчет дифференцированных подушевых нормативов финансирования для каждой ССМП производится ТФОМС Рязанской области на основании корректировки подушевого норматива финансирования СМП с учетом соответствующих коэффициентов:

$$C_{\text{дн}}^{\text{СМП}} = C_{\text{пнф}} \times K_{\text{вс}}, \quad (13)$$

где: $C_{\text{дн}}^{\text{СМП}}$ - дифференцированный подушевой норматив финансирования ССМП_i;

$C_{\text{пнф}}^{\text{СМП}}$ - подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи,

$K_{\text{вс}}$ - при оказании СМП врачебными общепрофильными и специализированными врачебными бригадами.

Для каждой СМО определяются дифференцированные подушевые нормативы финансирования СМП с учетом численности обслуживаемого ССМП застрахованного населения, определяемого на 1 число каждого месяца по данным ЕРЗ.

4.6. Для оплаты скорой медицинской помощи, оказываемой лицам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации, и жителям других субъектов Российской Федерации при отсутствии у них полиса ОМС на дату обращения, предъявившим паспорт гражданина РФ (иные документы, подтверждающие гражданство и место регистрации), применяется ретроспективная оплата – за единицу объема медицинской помощи – за вызов.

4.7. Порядок взаимодействия субъектов ОМС по оплате скорой медицинской помощи на втором – госпитальном этапе оказания СМП стационарными отделениями (учреждениями) скорой медицинской помощи определяется в соответствии с утвержденными настоящим Регламентом:

- Порядком оплаты специализированной медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, на основе клинико-статистических групп болезней (КСГ),
- Порядком оплаты стационарной медицинской помощи за законченный случай лечения по стоимости медицинского стандарта (нозологии).

Приложение 1
к Регламенту

КЛАССИФИКАТОР

основных медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, выраженной в условных единицах трудоемкости (УЕТ)

Код услуги	Наименование медицинской услуги	УЕТ врача	УЕТ з/техн
1	2		
1. Класс "А"			
А01.07.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии полости рта	0,25	
А01.07.001.0 01	Сбор анамнеза и жалоб при патологии полости рта, включая черепно-челюстно-лицевой области	0,5	
А01.07.002.0 01	Визуальное исследование при патологии полости рта, включая черепно-челюстно-лицевой области	0,25	
А01.07.003	Пальпация органов полости рта	0,2	
А01.07.004.0 01	Перкуссия при патологии полости рта, включая черепно-челюстно-лицевой области	0,25	
А01.07.005	Внешний осмотр челюстно-лицевой области	0,1	
А01.07.006	Пальпация челюстно-лицевой области	0,25	
А01.07.007	Определение степени открывания рта и ограничения подвижности нижней челюсти	0,2	
А02.07.002	Исследование кариозных полостей с использованием	0,25	

	стоматологического зонда		
A02.07.003	Исследование зубодесневых карманов с помощью пародонтологического зонда	0,25	
A02.07.004	Антропометрические исследования	0,25	
A02.07.005	Термодиагностика зуба	0,05	
A02.07.006	Определение прикуса	0,05	
A02.07.007	Перкуссия зубов	0,25	
A02.07.008	Определение степени патологической подвижности зубов	0,25	
A02.07.009	Одонтопародонтограмма	4,0	
A02.07.010	Исследование на диагностических моделях челюстей	2,0	
A05.07.001	Электроодонтометрия (1 зуб)	0,25	
A06.07.001	Панорамная рентгенография верхней челюсти (чтение с описанием)	0,75	
A06.07.002	Панорамная рентгенография нижней челюсти (чтение с описанием)	0,75	
A06.07.003	Прицельная внутриротовая контактная рентгенография (чтение с описанием)	0,25	
A06.07.004	Ортопантомография (чтение с описанием)	0,75	
A06.07.005	Контрастная рентгенография протоков слюнных желез (сиалография)	0,5	
A06.07.006	Телерентгенография челюстей	8,0	
A06.07.007	Внутриротовая рентгенография в прикус	0,75	
A08.07.001	Цитологическое исследование препарата тканей полости рта	0,5	
A08.07.002	Гистологическое исследование препарата тканей полости рта	0,5	
A08.07.003	Цитологическое исследование препарата тканей языка	0,5	
A08.07.004	Гистологическое исследование препарата тканей языка	0,5	
A08.07.005	Гистологическое исследование препарата тканей губы	0,5	
A08.07.006	Цитологическое исследование препарата тканей губы	0,5	
A08.07.007	Гистологическое исследование препарата тканей преддверия полости рта	0,5	
A08.07.008	Цитологическое исследование препарата тканей слюнной железы	0,5	
A08.07.009	Гистологическое исследование препарата тканей слюнной железы	0,5	
A09.07.001	Цитологическое исследование отделяемого полости рта	0,5	
A09.07.002	Цитологическое исследование содержимого кисты (абсцесса) полости рта или содержимого зубодесневого кармана	0,5	
A09.07.003	Микроскопическое исследование отделяемого из ротоглотки	0,5	
A09.07.004	Исследование отделяемого из полости рта на чувствительность к антибактериальным и противогриб-	0,5	

	ковыми препаратами		
A11.07.001	Биопсия слизистых полости рта	1,5	
A11.07.002	Биопсия языка	1,5	
A11.07.003	Биопсия миндалина, зева и аденоидов	1,5	
A11.07.004	Биопсия глотки, десны и язычка	1,5	
A11.07.005	Биопсия преддверия полости рта	1,5	
A11.07.006	Биопсия пульпы	1,5	
A11.07.007	Биопсия тканей губы	1,5	
A11.07.008	Пункция кисты полости рта	0,5	
A11.07.009	Бужирование протоков слюнных желез	0,75	
A11.07.010	Введение лекарственных препаратов в патологические зубодесневые карманы (независимо от количества зубов)	1,5	
A11.07.011	Инъекционное введение лекарственных препаратов в челюстно-лицевую область	0,5	
A11.07.012	Глубокое фторирование твердых тканей зубов (1 зуб)	0,1	
A11.07.013	Пункция слюнной железы	0,75	
A11.07.016	Биопсия слизистой ротоглотки	1,5	
A12.07.001	Витальное окрашивание твердых тканей зуба	0,25	
A12.07.002	Компьютерная диагностика заболеваний пародонта с использованием электронных зондирующих устройств	4,0	
A12.07.003	Определение индексов гигиены полости рта	0,25	
A12.07.004	Определение пародонтальных индексов	0,25	
A15.07.002	Наложение повязки при операциях на органах полости рта	0,5	
A.16.07.001.001	Удаление временного зуба	0,5	
A.16.07.001.002	Удаление постоянного зуба	1,0	
A.16.07.001.003	Удаление зуба сложное с разъединением корней	1,5	
A.16.07.001.004	Удаление зуба сложное с разъединением корней с выкраиванием надкостного лоскута и резекции костной пластинки	3,5	
A.16.07.001.005	Удаление стенки зуба	0,25	
A16.07.002.001	Восстановление зуба пломбой без нарушения контактного пункта (I,V,VI класса Блэка) (включает подготовку полости по стандарту:снятие пломбы, трепанацию, закрытие перфорации, наложение пломбы, полировку) стеклоиномерными цементами:	1,0	
A16.07.002.002	Восстановление зуба пломбой без нарушения контактного пункта (I,V,VI класса Блэка) (включает подготовку полости по стандарту:снятие пломбы, трепанацию, закрытие перфорации, наложение пломбы, полировку) материалами химического отверждения	1,75	

A16.07.002.003	Восстановление зуба пломбой без нарушения контактного пункта (I,V,VI класса Блэка) (включает подготовку полости по стандарту:снятие пломбы, трепанацию, закрытие перфорации, наложение пломбы, полировку) материалами из фотополимеров	3,5	
A16.07.002.004	Восстановление зуба пломбой с нарушением контактного пункта (II,III класса Блэка) (включает подготовку полости по стандарту: наложение пломбы, полировку) стеклоиномерными цементами	2,25	
A16.07.002.005	Восстановление зуба пломбой с нарушением контактного пункта (II,III класса Блэка) (включает подготовку полости по стандарту: наложение пломбы, полировку) материалами химического отверждения	2,25	
A16.07.002.006	Восстановление зуба пломбой с нарушением контактного пункта (II,III класса Блэка) (включает подготовку полости по стандарту: наложение пломбы, полировку) материалами из фотополимеров	4,0	
A16.07.002.007	Восстановление зуба IV класса по Блэку (включает: подготовку полости по стандарту, наложение пломбы, полировку) стеклоиномерными цементами:	3,25	
A16.07.002.008	Восстановление зуба IV класса по Блэку (включает: подготовку полости по стандарту, наложение пломбы, полировку) материалами химического отверждения	3,25	
A16.07.002.009	Эстетико-функциональное восстановление зуба (IV класс Блэк, виниры, реставрация коронки более 2/3, полировка) материалами из фотополимеров:	6,25	
A16.07.002.010	Восстановление культи зуба (на предварительно установленный штифт) стеклоиномерными цементами:	1,5	
A16.07.002.011	Восстановление культи зуба (на предварительно установленный штифт) материалами химического отверждения	1,5	
A16.07.002.012	Восстановление культи зуба (на предварительно установленный штифт) материалами из фотополимеров	2,0	
A16.07.004.001	Восстановление зуба коронкой штампованной (1 ед.)	2,25	1,0
A16.07.004.002	Восстановление зуба коронкой цельнолитой (1 ед.)	5,25	4,0
A16.07.004.003	Восстановление зуба коронкой пластмассовой (1 ед.)	2,25	2,0
A16.07.004.004	Восстановление зуба коронкой металлокерамической (1 ед.)	9,25	10,0
A16.07.004.005	Восстановление зуба коронкой металлоакриловой (1 ед.)	9,25	8,0
A16.07.004.006	Восстановление зуба коронкой фарфоровой (1 ед.)	9,25	10,0
A16.07.005.0	Восстановление целостности зубного ряда несъемны-	1,75	1,0

01	ми мосто-видными металлическими протезами (промежуточная часть мостовидного протеза - 1 ед.)		
A16.07.005.0 02	Восстановление целостности зубного ряда несъемными мосто-видными пластмассовыми протезами (промежуточная часть мостовидного протеза - 1 ед.)	2,25	1,5
A16.07.005.0 03	Восстановление целостности зубного ряда несъемными мосто-видными металлокерамическими протезами (промежуточная часть мостовидного протеза - 1 ед.)	7,25	10,0
A16.07.005.0 04	Восстановление целостности зубного ряда несъемными мосто-видными металлоакриловыми протезами (промежуточная часть мостовидного протеза - 1 ед.)	5,25	8,0
A16.07.005.0 05	Восстановление целостности зубного ряда несъемными мосто-видными фарфоровыми протезами (промежуточная часть мостовидного протеза - 1 ед.)	7,25	8,0
A16.07.007	Резекция верхушки корня	3,0	
A16.07.008.0 01	Пломбирование одного канала в одноканальном зубе	2,0	
A16.07.008.0 02	Пломбирование двух каналов в двухканальном зубе	2,5	
A16.07.008.0 03	Пломбирование трех каналов в трехканальном зубе	3,5	
A16.07.008.0 04	Пломбирование четырех каналов в четырехканальном зубе	4,5	
A16.07.009	Пульпотомия (ампутация коронковой пульпы)	0,1	
A16.07.010	Экстирпация пульпы	0,2	
A16.07.011	Вскрытие подслизистого или поднадкостничного очага воспаления	1,0	
A16.07.012	Дренирование одонтогенного абсцесса	0,5	
A16.07.013	Отсроченный кюретаж лунки удаленного зуба	1,0	
A16.07.014	Дренирование абсцесса полости рта и зубов	1,0	
A16.07.015	Дренирование очага воспаления мягких тканей лица или дна полости рта	3,0	
A16.07.016	Цистотомия или цистэктомия	3,0	
A16.07.017	Коррекция объема и формы альвеолярного отростка (в области 1-о зуба)	1,0	
A16.07.019	Временное шинирование при заболеваниях пародонта (в области 1 зуба)	1,0	
A16.07.020	Удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений (1 зуб)	0,1	
A16.07.023	Протезирование зубов полными съемными пластиночными протезами (1 челюсть)	9,0	12,0
A16.07.024	Операция удаления непрорезавшегося, дистопированного или сверхкомплектного зуба	4,5	
A16.07.025	Избирательнопришлифовывание твердых тканей зубов (1 зуб)	0,25	
A16.07.026	Гингивэктомия (в области 1 зуба)	0,75	
A16.07.027	Остеотомия челюсти	1,0	
A16.07.028	Ортодонтическая коррекция	0,25	

A16.07.030.001	Инструментальная и медикаментозная обработка одного канала в одноканальном зубе	2,0	
A16.07.030.002	Инструментальная и медикаментозная обработка двух каналов в двухканальном зубе	3,0	
A16.07.030.003	Инструментальная и медикаментозная обработка трех каналов в трехканальном зубе	4,0	
A16.07.030.004	Инструментальная и медикаментозная обработка четырех каналов в четырехканальном зубе	5,0	
A16.07.031	Восстановление зуба пломбировочными материалами с использованием анкерных штифтов	7,0	
A16.07.033	Восстановление зуба коронкой с использованием цельнолитой культевой вкладки	8,0	
A16.07.035	Протезирование частичными съемными пластиночными протезами (1 челюсть)	6,0	8,0
A16.07.036.001	Протезирование съемными простыми бюгельными протезами (1 челюсть)	6,5	17,0
A16.07.036.002	Протезирование съемными бюгельными протезами с замковыми креплениями (1 челюсть)	14,5	15,0
A16.07.038	Открытыйкюретаж при заболеваниях пародонта (в области 1 зуба)	2,0	
A16.07.039	Закрытыйкюретаж при заболеваниях пародонта (в области 1 зуба)	0,5	
A16.07.040	Лоскутная операция в полости рта	4,5	
A16.07.042	Пластика уздечки верхней губы	2,0	
A16.07.043	Пластика уздечки нижней губы	2,0	
A16.07.044	Пластика уздечки языка	2,0	
A16.07.045	Вестибулопластика	4,0	
A.16.07.047.001	Ортодонтическая коррекция съемным ортодонтическим аппаратом (активация элементов съемного аппарата) (1 челюсть)	0,33	7,46
A.16.07.047.002	Ортодонтическая коррекция съемным ортодонтическим аппаратом (припасовка блокового двухчелюстного аппарата с определением конструктивного прикуса)	0,99	
A.16.07.047.003	Ортодонтическая коррекция съемным ортодонтическим аппаратом (припасовка съемного одночелюстного аппарата) (1 челюсть)	0,33	
A.16.07.048.001	Ортодонтическая коррекция с применением брекет-систем (установка несъемного аппарата (фиксация брекетов и дуги)	10,6	
A.16.07.048.002	Ортодонтическая коррекция с применением брекет-систем (Активация 1 элемента несъемного аппарата)	0,33	
A.16.07.048.003	Ортодонтическая коррекция с применением брекет-систем (наложение нитиноловой дуги на 1 челюсть)	1,32	
A.16.07.048.004	Ортодонтическая коррекция с применением брекет-систем (наложение стальной дуги на 1 челюсть)	1,97	

A.16.07.048.005	Ортодонтическая коррекция с применением брекет-систем (наложение лигатуры на 1 челюсть)	0,8	
A.16.07.048.006	Ортодонтическая коррекция с применением брекет-систем (повторная фиксация одной детали несъемного аппарата)	0,49	
A.16.07.048.007	Ортодонтическая коррекция с применением брекет-систем (снятие несъемного аппарата с последующей полировкой) (1 челюсть)	0,32	
A16.07.050	Профессиональное отбеливание зубов (1 челюсть)	4,5	
A16.07.051	Профессиональная гигиена полости рта и зубов (1 зуб)	0,1	
A16.07.052	Восстановление зубов штифтовыми зубами (1 единица)	2,75	2,0
A16.07.054	Операция установки имплантатов для дальнейшего зубопротезирования (1 имплантат)	9	
A16.07.057	Запечатывание фиссуры зуба герметиком (1 зуб)	1,5	
A16.07.058	Лечение перикоронита (промывание, рассечение и/или иссечение капюшона)	1,25	
A16.07.059	Гемисекция зуба	3,5	
A16.07.060	Коронарно-радикулярная сепарация	3	
A16.07.082	Сошлифовывание твердых тканей зуба (1 зуб)	0,25	
A16.07.083.001	Введение лекарственного вещества в один корневой канал под повязку	0,5	
A16.07.083.002	Введение лекарственного вещества в два корневых канала под повязку	0,75	
A16.07.083.003	Введение лекарственного вещества в три корневых канала под повязку	1,0	
A16.07.083.004	Введение лекарственного вещества в четыре корневых канала под повязку	1,25	
A16.07.084.001	Распломбировка корневого канала ранее леченного гуттаперчей, пастой (1 канал)	2,0	
A16.07.084.002	Распломбировка корневого канала ранее леченного фосфат-цементом, резорцин-формальдегидным методом, термофилом (1 канал)	4,0	
A16.07.084.003	Распломбировка корневого канала ранее леченного гуттаперчей, пастой под штифт, вкладку(1 канал)	0,25	
A16.07.084.004	Распломбировка корневого канала ранее леченного фосфат-цементом, резорцин-формальдегидным методом, термофилом под пост, культевую вкладку (1 канал)	1,0	
A16.07.085	Фиксация внутриканального штифта, вкладки	0,25	
A17.07.001	Электрофорез лекарственных препаратов при патологии полости рта и зубов	1,0	
A17.07.003	Диатермокоагуляция при патологии полости рта и зубов	1,0	
A17.07.004	Ионофорез при патологии полости рта и зубов	1,0	
A17.07.005	Магнитотерапия при патологии полости рта и зубов	1,0	

A17.07.006	Депофорез корневого канала зуба	1,5	
A17.07.007	Дарсонвализация при патологии полости рта	1,0	
A17.07.008	Флюктуоризация при патологии полости рта и зубов	1,0	
A17.07.009	Воздействие электрическими полями (КВЧ) при патологии полости рта и зубов	1,0	
A17.07.010	Воздействие токами надтональной частоты (ультратонотерапия) при патологии полости рта и зубов	1,0	
A17.07.011	Воздействие токами ультравысокой частоты при патологии полости рта и зубов	1,0	
A17.07.012	Ультравысокочастотная индуктотермия при патологии полости рта и зубов	1,0	
A17.07.013	Воздействие магнитными полями при патологии полости рта и зубов	1,0	
A22.07.001	Ультразвуковая обработка патологических зубодесневых карманов области 1 зуба	0,1	
A22.07.002	Ультразвуковое удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений (1 зуб)	0,1	
A22.07.003	Лазерная физиотерапия челюстно-лицевой области	1,0	
A22.07.004	Ультразвуковое расширение корневого канала зуба	1,0	
A22.07.005	Ультрафиолетовое облучение ротоглотки	1,0	
A22.07.006	Воздействие ультразвуком на область десен	1,0	
A22.07.007	Ультрафонофорез лекарственных препаратов на область десен	1,0	
A22.07.008	Воздействие лазерным низко интенсивным излучением на область десен	1,0	
A25.07.001	Назначение лекарственных препаратов при заболеваниях полости рта и зубов	0,25	
A25.07.002	Назначение диетической терапии при заболеваниях полости рта и зубов	0,25	
A25.07.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях полости рта и зубов	0,25	
1. Класс "B"			
B01.003.004.002	Проводниковая анестезия	0,5	
B01.003.004.004	Аппликационная анестезия	0,25	
B01.003.004.005	Инфильтрационная анестезия	0,5	
B01.064.002	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога повторный	0,5	
B01.065.002	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога терапевта повторный	0,5	
B01.066.002	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога терапевта повторный	0,5	
B01.067.002	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога хирурга повторный	0,5	
B04.063.001	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-	0,75	

	ортодонта		
В04.063.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-ортодонта	0,75	
В04.064.001	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского	0,75	
В04.064.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского	0,75	