

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО  
СТРАХОВАНИЯ

**СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РАМКАХ  
ПРОГРАММЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ НА ОСНОВЕ ГРУПП  
ЗАБОЛЕВАНИЙ, В ТОМ ЧИСЛЕ КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИХ  
ГРУПП БОЛЕЗНЕЙ (КСГ)**

РЕКОМЕНДАЦИИ

для органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, территориальных фондов обязательного медицинского страхования, медицинских организаций, страховых медицинских организаций

МОСКВА

2012

Рекомендации по формированию способов оплаты медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий на основе групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп болезней разработаны во исполнение пункта 2 постановления Правительства Российской Федерации от 22 октября 2012 г. № 1074 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов».

В рекомендациях представлена краткая информация об использовании клинико-статистических групп болезней (КСГ) в оплате медицинской помощи в зарубежных странах, особенности формирования способов оплаты медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий в Российской Федерации на основе групп заболеваний, в том числе КСГ, при оплате стационарной, амбулаторной и стоматологической медицинской помощи.

Рекомендации подготовлены рабочей группой Министерства здравоохранения Российской Федерации (приказ Минздрава России от 12 октября 2012 г. № 412).

Руководитель рабочей группы – заместитель Министра здравоохранения Российской Федерации И.Н. Каграманян.

Заместитель руководителя рабочей группы – помощник Министра здравоохранения Российской Федерации В.О. Флек.

Состав рабочей группы: Н.Н.Стадченко, С.В.Долгих, Л.А.Габбасова, О.В.Чумакова, Д.А.Ким, А.А.Ким, Г.А.Александрова, Н.Н.Михайлова, Ф.Н. Кадыров, М.В.Пирогов, С.В.Козаченко, Е.М.Ахметов, Н.Ф.Соковикова, И.А.Железнякова, С.Г.Кравчук, Н.В.Куликова, Т.А.Солоненко, Н.И.Гришина, О.В.Обухова.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

	Стр.
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....	4
ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ И ТЕРМИНЫ .....	5
ВВЕДЕНИЕ .....	8
КРАТКИЙ ОБЗОР МЕЖДУНАРОДНОГО ОПЫТА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИХ ГРУПП БОЛЕЗНЕЙ (КСГ) КАК СПОСОБА ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ .....	10
ОПЛАТА СТАЦИОНАРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ОСНОВЕ ГРУПП ЗАБОЛЕВАНИЙ, В ТОМ ЧИСЛЕ КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИХ ГРУПП БОЛЕЗНЕЙ (КСГ)...	19
ОПЛАТА АМБУЛАТОРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ОСНОВЕ ЗАКОНЧЕННОГО СЛУЧАЯ ЛЕЧЕНИЯ (ОБРАЩЕНИЕ) .....	25
ОСОБЕННОСТИ ОПЛАТЫ АМБУЛАТОРНОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ .....	29
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	30
ПРИЛОЖЕНИЯ .....	32
Приложение 1 Распределение КСГ по профилям стационарной медицинской помощи (КПП) и рекомендуемые коэффициенты относительной затратоемкости .....	32
Приложение 2 Рекомендуемый классификатор основных медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, выраженной в условных единицах трудоемкости (УЕТ).....	38

## 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

ФФОМС – 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 – стационарная медицинская помощь

ПМСП – первичная медико-санитарная помощь

АМП – амбулаторная медицинская помощь

АПУ – амбулаторно-поликлиническое учреждение

ГТС – генеральное тарифное соглашение

КМП – качество медицинской помощи

КСГ – клиничко-статистическая группа болезней

КЗГ – клиничко-затратная группа

ДСГ – диагностически связанная (сопряженная) группа заболеваний

ОБГ – объединяющая болезни группа

КПГ – клиничко-профильная группа

ВПГ – внутрипрофильная группа

УЕТ – условная единица трудоемкости

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

## ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ И ТЕРМИНЫ

**Клинико-статистическая группа 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);

**Клинико-профильная группа (КПГ)** – группа КСГ и (или) отдельных заболеваний, объединенных одним профилем стационарной медицинской помощи;

**Клинико-затратная группа (КЗГ)** – группа клинически однородных заболеваний, сходных по средней ресурсоемкости (стоимость, структура затрат и набор используемых клинических ресурсов);

**Диагностически связанная (сопряженная) группа (DRG)** – группа заболеваний, схожих по этиологии и патогенезу, объединенных сходными диагностическими исследованиями и медицинскими вмешательствами, а также стоимостью лечения пациентов;

**Базовая ставка финансового обеспечения стационарной медицинской помощи** – средний объем финансового обеспечения стационарной медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента, определенный на основе норматива финансового обеспечения, установленного территориальной программой государственных гарантий (средняя стоимость одного случая госпитализации);

**Коэффициент относительной затроемкости по клинико-статистической группе заболеваний** – устанавливаемый настоящими рекомендациями поправочный коэффициент затроемкости клинико-статистической группы заболеваний, как отношение ее затроемкости к базовой ставке финансового обеспечения;

**Управленческий коэффициент** – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий уменьшить количество непрофильных госпитализаций и стимулировать развитие применения современных эффективных технологий;

**Коэффициент уровня оказания стационарной медицинской помощи** – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов в зависимости от уровня оказания 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 (дети до 4 лет и лица старше 75 лет), осложнениями заболеваний, развертыванием индивидуального поста по медицинским показаниям и др.) и учитывающий более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи пациентам;

**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;

**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 ППГ и ТППГ;

**Законченный случай лечения в поликлинике** – обращение по поводу заболевания (кратность посещений по поводу одного заболевания не менее 2), когда цель обращения достигнута. Обращение, как законченный случай по поводу заболевания, складывается из первичных и повторных посещений.

Под законченным случаем в амбулаторных условиях понимается 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;

**Законченный случай лечения в стационаре** – совокупность медицинских услуг в соответствии со стандартом оказания медицинской помощи по основному заболеванию, предоставленных пациенту в стационаре в регламентируемые 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** – 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 Всемирной организацией здравоохранения;
- медицинских изделий, имплантируемых в организм человека;
- компонентов крови;
- видов лечебного питания, включая специализированные продукты лечебного питания;
- иного исходя из особенностей заболевания (состояния);

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

**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).

## ВВЕДЕНИЕ

В соответствии с 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 предусматриваются следующие способы оплаты медицинской помощи:

при оплате 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);

за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);

по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях;

при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях:

за законченный случай лечения заболевания;

за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний);

при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, - за законченный случай лечения заболевания;

при оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации):

по подушевому нормативу финансирования;

за вызов скорой медицинской помощи;

по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

В настоящее время накоплен достаточно большой мировой и отечественный опыт применения различных групп заболеваний: клинико-статистические группы (КСГ), клинико-затратные группы (КЗГ), диагностически связанные (сопряженные) группы (ДСГ или DRG) и т.д.

Внедрение в практику отечественного здравоохранения способов оплаты медицинской помощи на основе групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп болезней, должно быть направлено на обеспечение доступности и качества предоставляемой населению медицинской помощи, а также на достижение более полного учета различий в затратах на лечение различных заболеваний.



Формирование групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп заболеваний, позволяет:

- уменьшить число случаев искажения диагноза заболевания;
- упростить систему планирования и финансирования медицинской помощи;

Данные рекомендации разработаны на основе обобщения имеющегося опыта, а также с учетом появления новых нормативных документов, влияющих на особенности группировки. В частности, речь идет о приказе Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 мая 2012 г. № 555н «Об утверждении номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи», установившем новое соотношение профилей медицинской помощи и профилей коек.

Предлагаемая методика позволяет объединить в КСГ заболевания, на которые установлены стандарты и заболевания, на которые не установлены стандарты, а КСГ – объединить в КПП, поскольку начиная с 1998 года для формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий во всех субъектах Российской Федерации использовались поправочные коэффициенты стоимости стационарной медицинской помощи по профилям отделений больниц.

Размер поправочного коэффициента стоимости КСГ или КПП уточняется с учетом стоимости лечения заболеваний по стандартам медицинской помощи, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Кроме того, в отдельных случаях, учитывающих особенности течения заболеваний или состояние пациентов, для увеличения размера тарифа по оплате стационарной медицинской помощи предлагается учитывать коэффициент сложности курации пациента.

Впервые обосновываются подходы к оплате медицинской помощи, предоставляемой в амбулаторных условиях, на основе законченного случая лечения - обращения по поводу заболевания. При этом рекомендуется использовать поправочные коэффициенты стоимости обращения с учетом коэффициента кратности посещений в обращении и средневзвешенного коэффициента стоимости обращения по специальности.

Для оплаты амбулаторной стоматологической медицинской помощи предлагается использовать условную единицу трудоемкости.

Поскольку субъекты Российской Федерации самостоятельно решают вопрос о выборе конкретных способов оплаты медицинской помощи в рамках ППГ, способы оплаты медицинской помощи и тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию устанавливаются соглашением между уполномоченным государственным органом субъекта Российской Федерации, территориальным фондом обязательного медицинского страхования, представителями страховых медицинских организаций, профессиональных медицинских ассоциаций, профессиональных союзов медицинских работников.

Поправочный коэффициент стоимости по профилям медицинской помощи и специальностям, а также соответствующие подходы к формированию способов оплаты медицинской помощи на основе групп заболеваний, в том числе КСГ, устанавливаются субъектами Российской Федерации с учетом рекомендаций Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования, и региональных особенностей.

## **КРАТКИЙ ОБЗОР МЕЖДУНАРОДНОГО ОПЫТА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИХ ГРУПП БОЛЕЗНЕЙ (КСГ) КАК СПОСОБА ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Во многих странах расходы на стационарное лечение составляют от половины до двух третей всех государственных расходов на медицинскую помощь (в Российской Федерации - более 50 %), при этом основными показателями, определяющими расходы, являются госпитализация и продолжительность пребывания в стационаре.

В обзоре, включающем результаты более 300 исследований эффективности оказания стационарной медицинской помощи, был сделан вывод, что в среднем экономическая эффективность больницы составляет 85%. Это означает, что больницы могли бы оказать услуг на 15% больше при тех же самых затратах или оказать тот же объем услуг, снизив затраты на 15%. При этом не было отмечено существенной разницы между больницами США, Европы или других регионов.

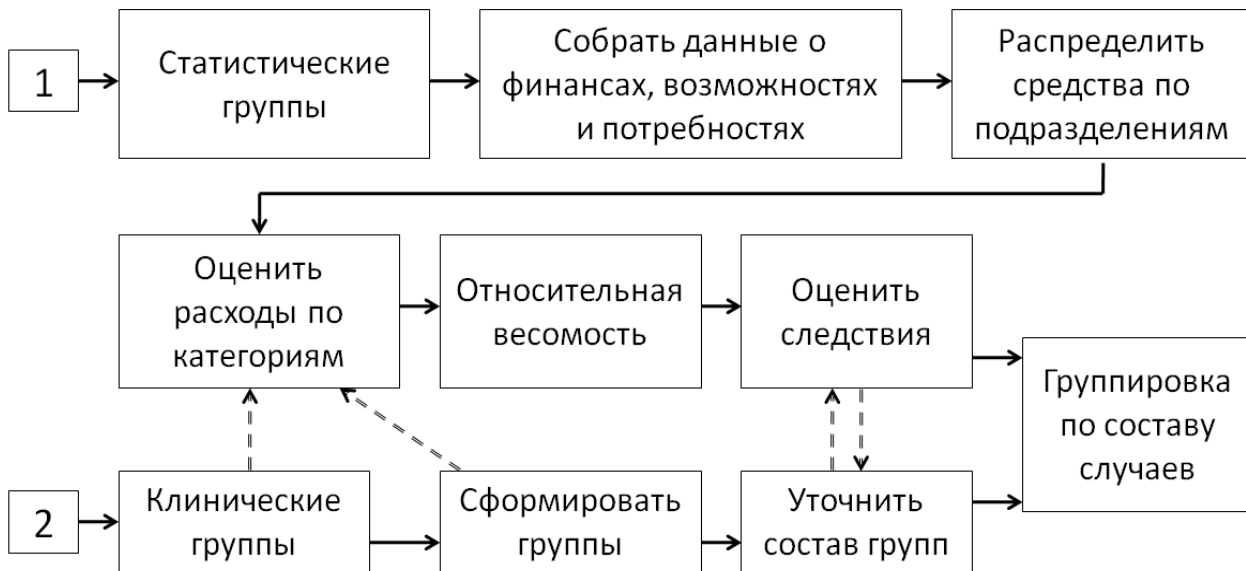
Более эффективный механизм оплаты медицинской помощи в условиях стационаров предусматривает ту или иную форму оплаты за законченный случай, например, по методу оплаты случая лечения по группе однородных диагнозов, объединенных в диагностически связанные и клинические статистические группы (DRG/КСГ), которые объединяют различные заболевания в однородные по расходам группы с рассчитанной средней стоимостью лечения<sup>1</sup>.

При этом в больницы поступает фиксированная оплата за пролеченного больного, независимо от интенсивности лечения или длительности пребывания пациента.

В целях предотвращения риска возможности больницы выписать пациента раньше, чем нужно, а затем повторно госпитализировать, чтобы получить дополнительную плату за новую госпитализацию по тому же поводу, применяется понижающий коэффициент за повторную госпитализацию.

---

<sup>1</sup>McDonagh MS, Smith DH, Goddard M. Measuring appropriate use of acute beds. A systematic review of methods and results. Health policy Amsterdam, Netherlands), 2000,53:157-184. doi:10.1016/S0168-8510(00)00117-2 PMID:10996065; Pileggi C et al. Inappropriate hospital use by patients needing urgent medical attention in Italy. Public Health, 2004,118:284-291. doi:10.1016/j.puhe.2003.06.002 PMID:15121437



**Рис. 1 Деятельность по формированию законченного случая лечения в стационаре.**

Многие страны и страховые фонды, причем не только в странах с высоким доходом, в целях контроля расходов и создания стимулов для повышения эффективности, используют при финансировании больниц ту или иную форму оплаты за законченный случай. В число этих стран входят Казахстан, Кыргызстан, Таиланд и Турция<sup>2</sup>.

Проведенное в Швеции сравнение областей местного управления (графств), применяющих и не применяющих метод DRG/КСГ при финансировании больниц, показало, что этот метод позволяет экономить около 10% расходов<sup>3</sup>. Сообщается, что в США средняя продолжительность пребывания в больнице при введении системы оплаты по DRG/КСГ снижается по сравнению с применением других систем оплаты<sup>4</sup>.

Тем не менее, оплата с применением метода DRG/КСГ требует тщательного предварительного расчета затрат и постоянного мониторинга результатов.

<sup>2</sup>Kutzin J et al. Bismarck meets Beveridge on the Silk Road: coordinating funding sources to create a universal health financing system in Kyrgyzstan. *Bulletin of the World Health Organization*, 2009,87:549-554. doi:10.2471/BLT.07.049544 PMID:19649370; Burduja D. Health services policies and case mix - what would you expect (or not) to happen? Selected findings from Romania and Turkey, 2000–2008. *BMC Health Services Research*, 2008,8:Suppl 1A5- doi:10.1186/1472-6963-8-S1-A5; Hirunrassamee S, Ratanawijitrasin S. Does your health care depend on how your insurer pays providers? Variation in utilization and outcomes in Thailand. *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 2009,9:153-168. doi:10.1007/s10754-009-9062-6 PMID:19396629; O'Dougherty S et al. Case Based Hospital Payment System. In: Langenbrunner JC, Cashin C, O'Dougherty S, eds. *Designing and Implementing Health Care Provider Payment Systems*. Washington, DC, The World Bank, 2009.

<sup>3</sup>Gerdtham UG et al. Internal markets and health care efficiency: a multiple-output stochastic frontier analysis. *Health Economics*, 1999,8:151-164. doi:10.1002/(SICI)1099-1050(199903)8:2<151::AID-HEC411>3.0.CO;2-Q PMID:10342728

<sup>4</sup>Culyer A, Newhouse J. Government purchasing of health services. In: Chalkey M, Malcomson J, eds. *Handbook of health economics*. Amsterdam, Elsevier, 2010.

Рост<sup>5</sup> расходов на здравоохранение – тенденция, характерная для всех стран ОЭСР (Организация Экономического Сотрудничества и Развития). Темпы роста расходов на здравоохранение во многих развитых странах в последние 30 лет опережают рост ВВП, подвергая возрастающей нагрузке государственные бюджеты. Страны ОЭСР последние десятилетия вынуждены активно проводить реформы в области здравоохранения. Общие черты могут быть объединены в следующие основные направления: первое – это сдерживание темпа роста расходов на здравоохранение. Учитывая, что экономический рост даже в развитых странах замедлился вследствие экономического кризиса, данное направление стало наиболее актуальным. Второе направление – это предоставление одинакового доступа к медицинской помощи для всех групп граждан, и третье – это проведение микроэкономических реформ. Виды проводимых реформ варьируются в зависимости от страны. Однако во всех случаях, когда избыток услуг является причиной неэффективности, применяются меры по изменению мотивации для провайдеров (поставщиков медицинских услуг) – например, изменение способа оплаты.

В основе изменения способа оплаты больничной помощи на основе групповых экономических стандартов в зарубежных странах лежит идея, общая для всех классификаторов – объединить большое количество уникальных элементов (в данном случае пролеченные в стационаре случаи) в ограниченные по количеству группы с определенными схожими чертами. Главное преимущество такого подхода заключается в том, что он позволяет проводить анализ, который было бы невозможно осуществить при других условиях: например, сравнение расходов (стоимости), эффективности и качества.

Как альтернатива оплате фактических расходов по государственной программе Medicare (страхование лиц пожилого возраста) метод групповых экономических стандартов медицинской помощи был впервые внедрен в США в 1983 году. Исходной медико-экономической базой стали 467 клинко-статистических групп. В качестве критериев их выделения выбраны, во-первых, однородность заболеваний и однотипность лечебно-диагностических процедур, во-вторых, однородность объемов и состава использованных при лечении ресурсов.

Первоначальной целью применения этого метода было снижение стимулов для оказания «избыточного» количества медицинских услуг. Впоследствии во многих странах (например, в Великобритании и Дании) основной задачей стало создание системы финансирования, в которой «деньги следуют за пациентом», что должно было способствовать скорейшему

---

<sup>5</sup>Перхов В.И., Стебунова Р.В. Анализ зарубежного опыта использования групповых экономических стандартов при оплате больничной помощи// Материалы 7-международной научно-практической конференции «Ключевые вопросы современной науки». - 2011. Том 10. София. – С. 52-57.

внедрению такого направления реформирования здравоохранения, как увеличение свободы выбора поставщика медицинских услуг для пациентов.

Каждая КСГ имеет ряд стандартных параметров, таких как сроки лечения (средний и предельный) и относительная стоимость. Кроме того, стандартные параметры зачастую корректируются с учетом атипичных случаев лечения (сложность курации пациента) (в среднем до 6 % всей стационарной медицинской помощи). Например, в ряде стран учитываются возрастные группы (от 0 до 17 лет и 70 лет и старше), а также уровень сложности лечения пациентов, связанной с наличием сочетанных заболеваний, опасных для жизни состояний, осложнениями заболеваний, с созданием в отдельных случаях по медицинским показаниям особых условий наблюдения за пациентом.

Размер финансовых средств, выплачиваемых больнице за каждого пациента, является произведением двух величин: стандартизированной суммы в пересчете на один случай госпитализации и относительного поправочного коэффициента, присваиваемого данной КСГ. Чем выше значение поправочного коэффициента, тем больше размер платежа.

После десятилетних постепенных модификаций системы КСГ программа Medicare в 2007 году увеличила количество КСГ от 538 до 745 Medicare Severity DRG, включив версии КСГ, применяемые в коммерческом секторе здравоохранения.

После одобрения конгрессом США системы диагностически связанных групп как метода оплаты стационарам за пролеченных пациентов, схожие механизмы оплаты за оказанную стационарную помощь стали постепенно внедряться в большинстве индустриально развитых стран. Однако причины внедрения, а также характерные черты групповых экономических стандартов медицинской помощи в каждой стране значительно отличаются друг от друга. Различны и их названия. В США и Германии - это DRG (Dignosis-Related Group), в Канаде CMG (CaseMixGroup), в Великобритании - HealthCareResourceGroups (HRGs).

Как показали исследования, в результате введения в Германии системы DRG произошло сокращение расходов на стационарное лечение до 40%. В то же время значительно увеличились расходы на амбулаторное лечение.

С момента введения DRG в 2003 году, время пребывания пациентов в больнице уменьшилось с 8,9 до 8,0 дней к 2009 году. Основными причинами с одной стороны, являются совершенствование медицинских технологий и внедрение новых методов лечения, с другой - использование новых форм финансирования больниц и передачи части составляющих лечебного процесса в амбулаторный сектор. Одновременно количество пролеченных пациентов возросло к 2009 году с 17 296 000 до 17 809 000, а число больниц за тот же период уменьшилось с 21970 до 20809.

Несмотря на то, что метод КСГ показал свою экономическую эффективность, способствуя снижению необоснованных издержек на лечение, существуют определенные риски применения такой системы:

- «снятие сливок» («creaming») – предпочтение в приеме тех пациентов, ожидаемые затраты на лечение которых ниже цены по КСГ;
- «экономия» («skimping») – снижение качества медицинских услуг для пациентов, ожидаемые затраты на лечение которых выше цены по КСГ;
- «отбрасывание» («dumping») – отказ в приеме пациентов, ожидаемые затраты на лечение которых выше цены по КСГ;
- «использование лазеек» (DRG-creep) – манипулирование диагнозами пациентов в сторону большего обращения к КСГ, имеющим больший вес, а значит и стоимость.

В настоящее время диагностически связанные группы (DRG) воспринимаются за рубежом в основном как средство оплаты стационарам за оказанные услуги и вызывают интерес во многих странах Европы. Соответствующие национальные версии разработаны в Германии, Нидерландах, Норвегии, Швеции, Франции, Венгрии. Цели, ставшие импульсом к внедрению диагностически связанных групп в разных странах ЕС различаются: это и сокращение времени ожидания госпитализации; стимулирование деятельности через конкуренцию провайдеров медицинской помощи, наряду с предоставлением пациентам возможности выбора больничных учреждений. Другая группа причин использования диагностически связанных групп, включает в себя: контроль стоимости медицинской помощи, повышение «прозрачности» в финансировании больничной помощи и гармонизацию систем оплаты для общественных (государственных) и частных провайдеров больничной помощи. Страны, внедряя систему DRG, часто импортируют систему другой страны – например, США.

Медицинские услуги, оказываемые в стационарах, первоначально описывались достаточно лаконичным набором клинических данных (диагнозы и несколько хирургических манипуляций), демографических данных (пол, возраст) и определением используемых ресурсов (стоимость, продолжительность госпитализации). В дальнейшем в системах DRG, особенно австралийской и заимствованной из нее немецкой, а также во Франции и Нидерландах больше внимания стало уделяться всем видам процедур, проводимых во время госпитализации и тяжести состояния пациента. Группы в таких системах более точно можно определить не как диагноз-связанные группы, а как диагностически-терапевтические группы (именно так они называются в Нидерландах). В то время как в США существуют только дифференциация на уровне наличия или отсутствия сопутствующих заболеваний, во Франции используется 4-уровневая градация по тяжести состояния, а в Германии даже используется около 9 уровней для каждого DRG.

В целом в настоящее время можно констатировать, что оплата больничной помощи в Евросоюзе уже прошла путь от оплаты по глобальному бюджету и по ставкам за койко-день или пролеченного больного к оплате за случай лечения, основанный на DRG. Данные последних исследований показывают, что оплата за случай лечения на основе различных вариантов DRG является почти повсеместной практикой в странах – членах ЕС, как «старых»,

так и «новых». Вместе с тем, ожесточенные дебаты среди клиницистов, ученых и представителей общественности за рубежом показывают, что платежи больницам на основе DRG содержат в себе значительные технические, организационные, экономические и политические проблемы.

В последнее десятилетие европеизация рынков медицинских услуг привела к повышению давления на национальные системы компенсаций стационарам. Повышение мобильности пациента приводит к растущей взаимосвязанности систем здравоохранения разных стран и в настоящее время в Евросоюзе начал действовать проект EuroDRG.

Проект EuroDRG тщательно изучает проблемы внедрения DRG. В первой части проекта основное внимание уделяется сложности случаев платежей в больницах в национальных контекстах. Особый акцент делается на выявление тех факторов, которые имеют решающее значение для расчета адекватных платежей случая лечения, справедливого сравнения эффективности больниц внутри стран и по всей Европе, и изучения взаимосвязи между затратами и качеством медицинской помощи, оказываемой в больницах. Проект направлен на проведение сравнительного анализа систем DRG, встроенных в системы здравоохранения 10 европейских стран (Австрия, Эстония, Финляндия, Франция, Германия, Нидерланды, Польша, Испания, Швеция, Ирландия, Великобритания).

Вторая часть проекта направлена на выявление общеевропейских проблем в оплате случаев больничной помощи. Особый акцент делается на определение путей для расчета платежей наиболее адекватным образом, для оценки эффективности больницы внутри и между европейскими странами, и выявление факторов, которые влияют на отношения между затратами и качеством стационарной помощи.

В научных и политических кругах многих стран признается, что внедрение DRG сильно влияет на поведение поставщиков медицинских услуг. Большая часть исследований, проведенных преимущественно в США в 1990-х годах, показали, что внедрение DRG привело к снижению средней продолжительности госпитализации и снижению расходов на пролеченный случай. Более современные международные данные о влиянии внедрения DRG в Центральной и Восточной Европе и Центральной Азии демонстрируют, что системы DRG и ретроспективной оплаты за оказанные услуги приблизительно одинаково влияли на расходы на здравоохранение в период между 1990 и 2004 годами.

Главный результат использования системы DRG за рубежом – это сокращение средней длительности пребывания пациента в стационаре и числа самих стационаров. В условиях оплаты по DRG больницы вынуждены организовывать догоспитальное обследование и подготовку к оперативным вмешательствам в амбулаторных условиях. Заключительный этап лечения и реабилитацию переносится либо в амбулаторный сектор, либо в домашние условия с использованием медицинского персонала. В условиях оплаты по

диагностически связанным группам также заметно возрастает объем амбулаторной хирургии.

### **Стратегии, применяемые в рамках КСГ и главные задачи метода**

Несмотря на то, что зарубежный опыт может дать некоторые полезные уроки в отношении КСГ, обеспечение регулирования стоимости законченного случая лечения на основе КСГ для России представляет собой задачу более сложную во многих отношениях.

Рекомендации разработаны с учетом переходного периода к единому подходу к применению способов оплаты медицинской помощи в разных субъектах Российской Федерации, который в настоящее время сдерживается рядом факторов:

- отсутствием полных и достоверных данных о реальной ресурсной обеспеченности и разным уровнем готовности медицинских организаций;
- разнообразием методик учета и расчета фактических затрат при оказании медицинских услуг;
- отсутствием единых утвержденных методик расчета тарифов на медицинскую помощь, в том числе единых справочников средней стоимости различных видов материальных запасов.

Для совершенствования системы КСГ в России потребуется регулярно уточнять систему классификации групп заболеваний, а также корректировать взвешенные значения поправочных коэффициентов и тарифы оплаты.

Для больничных услуг можно использовать относительно простую систему классификации, охватывающую на первом этапе около 80% объемов больничной помощи. Так, например, в части хирургических вмешательств, всего шесть их наименований составляют по своему объему 81,0% всех операций в Российской Федерации (акушерские операции, операции на женских половых органах, операции на органах брюшной полости, операции на коже и подкожной клетчатке, операции на костно-мышечной системе, операции на органе зрения). Из основных профилей стационарной медицинской помощи по 14 профилям населению предоставляется 81,3% объема больничной помощи (психиатрические, терапевтические (общие), хирургические (общие), фтизиатрические, инфекционные, неврологические, педиатрические, гинекологические, кардиологические, травматологические, для беременных и рожениц, патологии беременности, онкологические).

Во-первых, внедрение КСГ позволит разрушить привязку к издержкам, специфичным для конкретного стационара. Во-вторых, медицинской организации будут предоставлены гораздо более мощные стимулы для управления расходами. В-третьих, применение принципа оплаты за каждого пролеченного пациента по укрупненным тарифам (а не за койко-дни) в сочетании со стандартизированными тарифами оплаты, сделает расходы и выплаты более предсказуемыми для плательщиков и для поставщиков медицинских услуг. В-четвертых, внедрение КСГ снимет заинтересованность



медицинских организаций к «подгонке» диагнозов к наиболее выгодным нозологическим группам (что одновременно ведет к искажению статистических данных) по сравнению с методами оплаты по тарифам, рассчитанным по конкретным нозологическим группам.

Применение принципа оплаты за одного пациента по КСГ вместо оплаты за койко-дни означает, что стационарам станет невыгодно предоставлять излишние услуги или дольше держать больных в стационаре. Однако стационары могут отреагировать увеличением числа пациентов. Поэтому система КСГ должна быть нацелена на выявление случаев необоснованной госпитализации. Необходимо будет добиться того, чтобы вместо увеличения числа госпитализируемых пациентов, был обеспечен перенос медицинской помощи в амбулаторные условия и перепрофилированы неэффективно используемые и используемые не по назначению койки. Этому должны способствовать и решения создаваемых в субъектах Российской Федерации комиссий по разработке территориальных программ обязательного медицинского страхования. Данные комиссии должны распределять объемы медицинской помощи (в качестве предельных значений, подлежащих оплате) между стационарными медицинскими организациями по объемным показателям, выраженным не только в количестве койко-дней, но и количестве пролеченных пациентов. При формировании плановых заданий медицинским организациям, выполняющим территориальную программу ОМС, рекомендуется осуществлять детализацию плановых объемов профильного отделения перечнем КСГ или КПП, указывая прогнозное долевое значение данных КСГ или КПП, для проведения мониторинга фактической деятельности медицинской организации и принятия организационно-финансовых решений.

Стратегии, применяемые в рамках КСГ, направлены на выполнение нескольких главных задач:

- сокращение расходов на больничную помощь и уменьшение разброса фактических затрат между однотипными медицинскими организациями;
- обеспечение предсказуемости бюджетных обязательств;
- создание стимулов, обеспечивающих эффективное предоставление медицинской помощи, доступность и должный уровень качества предоставляемых медицинских услуг;
- обеспечение эффективной системы оплаты больничной помощи в условиях расширения хозяйственной самостоятельности медицинских организаций и одноканального финансирования.

Использование метода КСГ позволит:

- обеспечить условия для ограничения необоснованного роста расходов;
- скорректировать определённые на перспективу темпы изменений в структуре госпитализации, тяжести заболеваний, объёме больничной помощи, а также внедрение новых технологий и стандартов медицинской помощи;
- обеспечить стационары (в том числе в составе медицинских организации новых типов) стимулами для повышения эффективности расходов;

- предоставить в дальнейшем возможность включения в тариф таких услуг, оплата которых из средств системы ОМС в настоящее время не производится (таких как имплантация кардиостимулятора, кардиовертера-дефибриллятора и других высокотехнологичных вмешательств);

- обеспечить корректировку платежей для стационаров, используемых в качестве клинической и учебной базы, а также расположенных в зонах с высоким уровнем заработной платы и стоимость ресурсов в территориях с установленными районными коэффициентами и надбавками к заработной плате за особые условия проживания.

#### Система КСГ:

- не должна создавать ни отрицательных финансовых стимулов в отношении предоставления надлежащей медицинской помощи, ни положительных стимулов для предоставления ненужной или излишней медицинской помощи; оплата должна сводить к минимуму побудительные стимулы к переводу медицинской помощи на другую основу с целью повысить размеры получаемой оплаты;

- система не должна включать в себя стимулы, ограничивающие доступ получателей к высокотехнологичной медицинской помощи;

- должна включать в себя минимально возможное число групп для того, чтобы способствовать простоте в административном отношении и ограничить возможности для постепенного изменения группы. Простота в административном отношении важна как для плательщиков, так и для поставщиков больничной помощи;

- должна давать поставщикам больничной помощи возможность с необходимой точностью прогнозировать размеры поступлений за предоставляемые услуги. Неуверенность приводит к плохому планированию и к появлению отрицательных стимулов, препятствующих результативному и эффективному с точки зрения затрат на оказание больничной помощи. Помимо этого, непредсказуемость может привести к возникновению проблем с доступом к помощи для её получателей;

- должна учитывать развитие территориальных систем планирования, оплаты и мониторинга медицинской помощи. К набору рекомендуемых КСГ, а также при отсутствии рекомендуемых КСГ в КПП, субъект Российской Федерации может самостоятельно устанавливать дополнительные КСГ и поправочные коэффициенты их стоимости в рамках КПП.

В целом проведенный анализ зарубежного опыта показал, что в большинстве стран перспективность системы оплаты больничной помощи с использованием КСГ, КЗГ, ДСГ не подвергается сомнению. Система также выгодна для организаторов здравоохранения, поскольку позволяет сравнивать работу стационаров и потребление ими ресурсов. По мнению большинства зарубежных исследователей, система формирования групп заболеваний призвана стимулировать увеличение эффективности и препятствовать оказанию ненужных услуг, т.е. преодолеть некоторые недостатки традиционных систем оплаты стационарам.

Система оплаты и тарифы должны обеспечить должное вознаграждение учреждениям здравоохранения, способным показать высокую эффективность в предоставлении медицинской помощи. Система оплаты и тарифы должны повысить инициативность всех подразделений учреждений и стимулировать их на более качественное и менее затратное медицинское обслуживание населения. Решения этих задач можно добиться путем применения таких способов оплаты медицинской помощи, которые бы не только мотивировали медицинскую организацию к результативной работе, но и обеспечивали бы оптимальное сочетание рыночных сил и мер государственного регулирования, предпринимательских и некоммерческих форм организации медицинской помощи.

### **ОПЛАТА СТАЦИОНАРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ОСНОВЕ ГРУПП ЗАБОЛЕВАНИЙ, В ТОМ ЧИСЛЕ КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИХ ГРУПП БОЛЕЗНЕЙ (КСГ)**

Предлагаемая модель финансового обеспечения стационарной медицинской помощи основана на формировании групп заболеваний по КСГ и КПП.

На первом этапе медицинские услуги объединяются в стандарт медицинской помощи (набор медицинских услуг), а цены на каждую из них позволяют просчитать стоимость стандарта по лечению конкретного заболевания. Разрабатываемые и устанавливаемые Министерством здравоохранения Российской Федерации стандарты медицинской помощи охватывают около 85% всех заболеваний. Поэтому всегда необходимо учитывать, что будут заболевания, пусть и не часто встречающиеся, на которые стандарты не разрабатываются, а при объединении заболеваний в группы их надо учитывать.

На втором этапе заболевания объединяются в КСГ и рассчитываются поправочные коэффициенты стоимости КСГ. В дальнейшем КСГ объединены в КПП на основе профилей стационарной медицинской помощи и к ним установлены поправочные коэффициенты, как средневзвешенные показатели КСГ. За базовую ставку финансирования при этом принят норматив стоимости единицы стационарной медицинской помощи. По отношению к базовой ставке финансирования рассчитаны поправочные коэффициенты КСГ и КПП. Субъект Российской Федерации для определения размера базовой ставки финансирования использует установленный ТППГ территориальный норматив стоимости единицы объема и подушевой норматив финансового обеспечения стационарной медицинской помощи.

Финансовое обеспечение стационарной медицинской помощи в субъекте Российской Федерации осуществляется исходя из количества пролеченных в стационарах пациентов преимущественно на основе КСГ, при этом оплата на основе КПП может производиться в случае лечения заболевания, не входящего в КСГ.

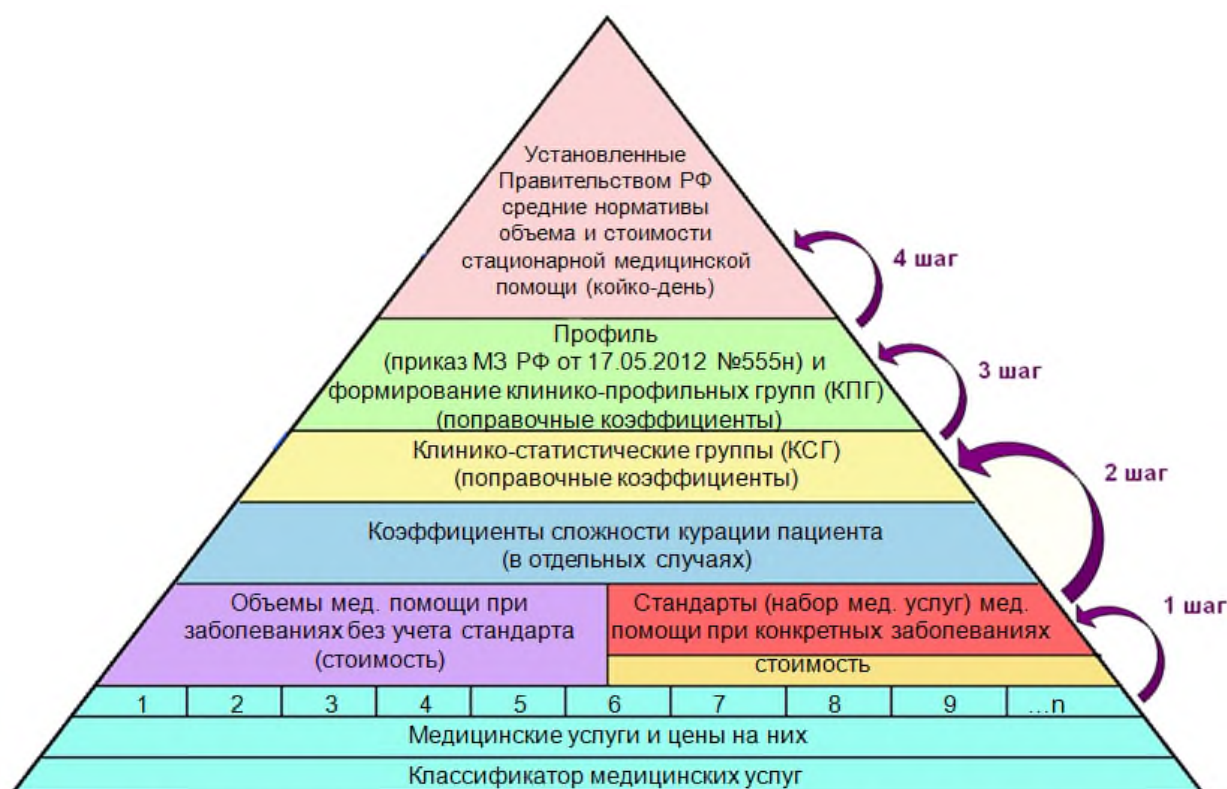


Рис. 2. Модель оплаты стационарной медицинской помощи, предоставляемой в рамках Программы государственных гарантий, на основе групп заболеваний, в том числе клиничко-статистических групп (КСГ)

Высокотехнологичная медицинская помощь является частью специализированной медицинской помощи, ее виды утверждаются Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Виды высокотехнологичной медицинской помощи не включены в КСГ, приведенные в приложении 1 рекомендаций, а их финансовое обеспечение осуществляется в разрезе профилей медицинской деятельности, с учетом ежегодно устанавливаемых нормативов финансовых затрат.

Формирование КСГ осуществляется на основе совокупности следующих основных параметров, определяющих среднюю затратноемкость лечения пациентов: наличие или отсутствие хирургических операций, диагноз по МКБ - 10, возрастная категория пациента.

КСГ подразделяются на два раздела: хирургические клиничко-статистические группы заболеваний (включающие операции) и терапевтические клиничко-статистические группы заболеваний.

Перечень клиничко-статистических групп заболеваний, в том числе количественное наполнение указанных групп, подготовлены с учетом предложений и замечаний субъектов Российской Федерации, в рамках работы, проводимой Федеральным фондом обязательного медицинского страхования (приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 13.09.2012 г. № 191).

Перечень КСГ и КПГ представлен в приложении 1 к настоящим рекомендациям.

Расшифровка терапевтических групп в соответствии с МКБ-10 и хирургических групп в соответствии с номенклатурой услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27 декабря 2011 года № 1664н (далее – Номенклатура), будет представлена дополнительно в электронном виде.

Если при оказании медицинской помощи пациенту было выполнено хирургическое вмешательство, оплата осуществляется по хирургической клинико-статистической группе заболеваний. Отнесение случая лечения к конкретной клинико-статистической группе заболеваний осуществляется в соответствии с кодом Номенклатуры.

Если в рамках одного случая лечения пациенту было оказано несколько хирургических вмешательств, оплата осуществляется по клинико-статистической группе заболеваний, которая имеет более высокий коэффициент затратности.

Для осуществления возможности отнесения случая к хирургической клинико-статистической группе заболеваний в субъекте Российской Федерации необходимо обеспечить осуществление медицинскими организациями учета выполненных хирургических вмешательств пациентам согласно Номенклатуре.

В том случае, если при оказании медицинской помощи пациенту не выполнялось хирургическое вмешательство, оплата осуществляется по терапевтической клинико-статистической группе заболеваний. Отнесение случая лечения к конкретной КСГ осуществляется в соответствии с кодом диагноза по МКБ-10. В случае если пациенту оказывалось оперативное лечение, и затратно-емкость хирургической группы, к которой был отнесен данный случай меньше затратно-емкости терапевтической группы, к которой его можно было отнести в соответствии с кодом МКБ-10, то оплата осуществляется по терапевтической группе.

В субъекте Российской Федерации в составе КСГ могут быть выделены отдельные подгруппы, и отдельные заболевания, на которые Министерством здравоохранения Российской Федерации 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 стандарта медицинской помощи.

Объем финансового обеспечения медицинской организации, оказывающей стационарную медицинскую помощь, осуществляется по системе КСГ (КПГ) заболеваний на основе следующих экономических параметров:

- базовая ставка финансирования стационарной медицинской помощи;
- коэффициент относительной затратно-емкости КСГ и КПГ;
- поправочный коэффициент оплаты КСГ или КПГ с учетом:
  - управленческого коэффициента;
  - коэффициента уровня оказания стационарной медицинской помощи;
  - коэффициента сложности курации пациента.

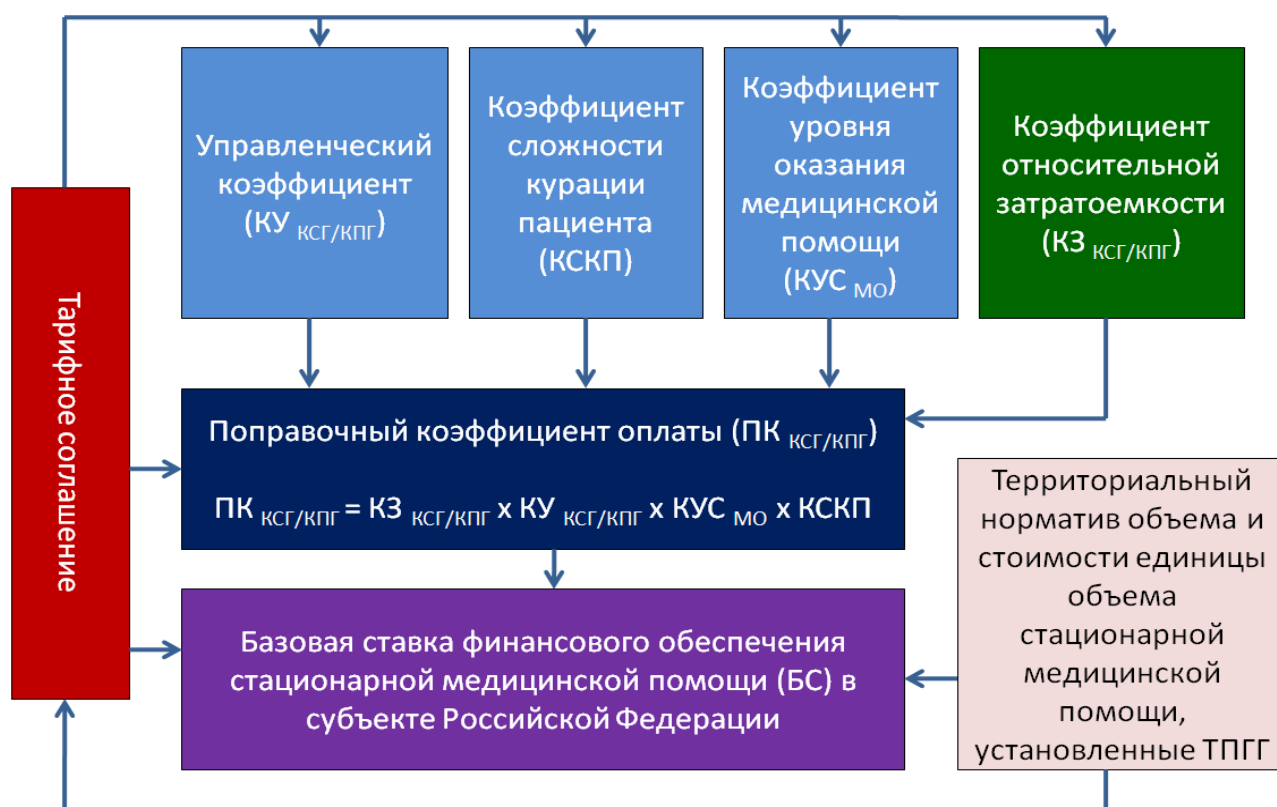


Рис. 3. Методические подходы к формированию стоимости КСГ/КПГ в рамках ТПГГ

Базовая ставка финансирования стационарной медицинской помощи определяется исходя из следующих параметров:

- 1) общего объема средств на финансовое обеспечение стационарной медицинской помощи по нормативам, установленным территориальной программой обязательного медицинского страхования;
- 2) частоты случаев госпитализации по каждой медицинской организации, каждой КСГ или КПГ, каждой возрастной группе;

Базовая ставка (БС) финансирования стационарной медицинской помощи (средняя стоимость одного случая госпитализации) устанавливается Тарифным соглашением, принятым на территории субъекта Российской Федерации и рассчитывается по формуле:

$$БС = \frac{ОС}{\sum_{сл} Ч_{сл}}, \text{ где}$$

ОС - общий объем средств, предназначенный на финансовое обеспечение стационарной медицинской помощи по нормативам, установленным территориальной программой обязательного медицинского страхования, рассчитывается как произведение норматива объема стационарной помощи на 1 чел. (в койко-днях), численности застрахованных и норматива финансовых затрат на 1 койко-день;

Чсл – частота случаев госпитализации, подлежащих оплате с учетом поправочного коэффициента стоимости КСГ или КПП;

Частота случаев госпитализации по каждой медицинской организации, каждой КСГ или КПП, каждой возрастной группе определяется согласно статистическим данным в рамках персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования, осуществляемого в соответствии с главой 10 Федерального закона Российской Федерации № 326-ФЗ.

Стоимость одного случая госпитализации в стационаре (ССсл) по КСГ или КПП определяется по следующей формуле:

$$СС_{сл} = БС \times ПК, \text{ где}$$

БС – базовая ставка финансирования стационарной медицинской помощи;

ПК – поправочный коэффициент оплаты КСГ или КПП (как интегрированный коэффициент оплаты по данной группе случаев).

Поправочный коэффициент оплаты КСГ или КПП для конкретного случая рассчитывается с учетом коэффициентов оплаты, установленных в субъекте Российской Федерации по следующей формуле:

$$ПК = КЗ_{КСГ/КПП} \times КУ_{КСГ/КПП} \times КУС_{МО} \times КСКП, \text{ где:}$$

КЗ<sub>кsg/кпп</sub> – коэффициент относительной затратноемкости по КСГ или КПП, к которой отнесен данный случай госпитализации, рассчитан методом ступенчатого отнесения затрат медицинских организаций в субъектах Российской Федерации и представлен в приложении 1 к настоящим рекомендациям;

КУ<sub>кsg/кпп</sub> – управленческий коэффициент по КСГ или КПП, к которой отнесен данный случай госпитализации (используется в расчетах, в случае если в субъекте Российской Федерации для данной КСГ или КПП определен указанный коэффициент);

КУС<sub>мо</sub> – коэффициент уровня оказания стационарной медицинской помощи в медицинской организации, в которой был пролечен пациент (используется в расчетах, в случае если в субъекте Российской Федерации для данной медицинской организации определен указанный коэффициент);

КСКП – коэффициент сложности курации пациента (используется в расчетах, в случае если в субъекте Российской Федерации установлен указанный коэффициент).

Коэффициент сложности курации пациентов может устанавливаться Тарифным соглашением, принятым на территории субъекта Российской Федерации. Коэффициент сложности курации пациентов устанавливается в отдельных случаях (в связи со сложностью лечения пациента, связанной с возрастом (дети до 4 лет и лица старше 75 лет), осложнениями заболеваний, развертыванием индивидуального поста по медицинским показаниям, предоставлением спального места и питания, при совместном нахождении одного из родителей, иного члена семьи или иного законного представителя в

медицинской организации в стационарных условиях с ребенком до достижения им возраста четырех лет, а с ребенком старше указанного возраста - при наличии медицинских показаний; наличием у пациента тяжелой сочетанной патологии и др.) и учитывает более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи пациентам. Решение об установлении размера коэффициента сложности курации пациента принимается лечащим врачом, заведующим отделением и заместителем главного врача медицинской организации по лечебной работе, оформляется соответствующим протоколом. Значение коэффициента сложности курации пациентов суммарно не может превышать уровень 1,3.

Размер финансового обеспечения медицинской организации (ФО<sub>МО</sub>) по системе КСГ или КПП рассчитывается как сумма стоимости всех случаев госпитализации в стационаре:

$$FO_{MO} = \sum_{сл} CC_{сл}$$

Применение способа оплаты стационарной медицинской помощи по системе КСГ или КПП возможно только после осуществления в субъекте Российской Федерации расчетов по прогнозированию размеров финансового обеспечения медицинских организаций при переходе на оплату медицинской помощи по данным группам заболеваний. В случае если уровень финансового обеспечения отдельных медицинских организаций отличается от размера их финансового обеспечения при применении ранее действующего метода финансирования более чем на 10 %, необходимо проведение анализа структуры госпитализации и принятие управленческих решений по оптимизации уровня и структуры госпитализации, в том числе утверждение на территории субъекта управленческого коэффициента и коэффициента уровня оказания стационарной медицинской помощи.

Управленческий коэффициент может устанавливаться Тарифным соглашением, принятым на территории субъекта Российской Федерации для конкретной КСГ или КПП, с целью мотивации медицинских организаций к повышению или снижению уровня оказания стационарной медицинской помощи при заболеваниях и состояниях, входящих в данную группу (для терапевтических групп), или стимулированию медицинской организации к внедрению конкретных методов хирургического лечения (для хирургических групп). Для стимулирования медицинских организаций к повышению уровня госпитализации значение управленческого коэффициента должно быть выше 1. Для снижения уровня госпитализации по данной клинко-статистической группе заболеваний значение управленческого коэффициента должно быть ниже 1. Управленческий коэффициент не может превышать уровень 1,5.

Коэффициент уровня оказания стационарной медицинской помощи может устанавливаться Тарифным соглашением, принятым на территории субъекта Российской Федерации, в случае, если при прогнозировании размеров финансового обеспечения медицинских организаций при переходе на оплату медицинской помощи по КСГ или КПП, размер финансового обеспечения



медицинских организаций по уровням оказания медицинской помощи (областные, городские, районные) отличается от размера их финансового обеспечения при применении ранее действующего метода финансирования более чем на 10 %. Данный коэффициент отражает разницу в финансовом обеспечении стационарной медицинской помощи на различных уровнях. При этом установление индивидуальных тарифов для отдельных медицинских организаций недопустимо. Коэффициент уровня стационара не может превышать уровень 1,5.

Анализ структуры госпитализации в разрезе медицинских организаций осуществляется с использованием среднего коэффициента затратоемкости стационара (СКЗ<sub>ст</sub>), который рассчитывается по формуле:

$$СКЗ_{ст} = \sum \frac{Ч_{сл} \times КЗ_{КЗГ/КПГ}}{ОП}, \text{ где:}$$

Ч<sub>сл</sub> – частота случаев госпитализации в стационаре пациентов по определенной КСГ или КПГ;

КЗ<sub>кзг/кпг</sub> – коэффициент относительной затратоемкости по определенной КСГ или КПГ;

ОП – общее число пролеченных пациентов.

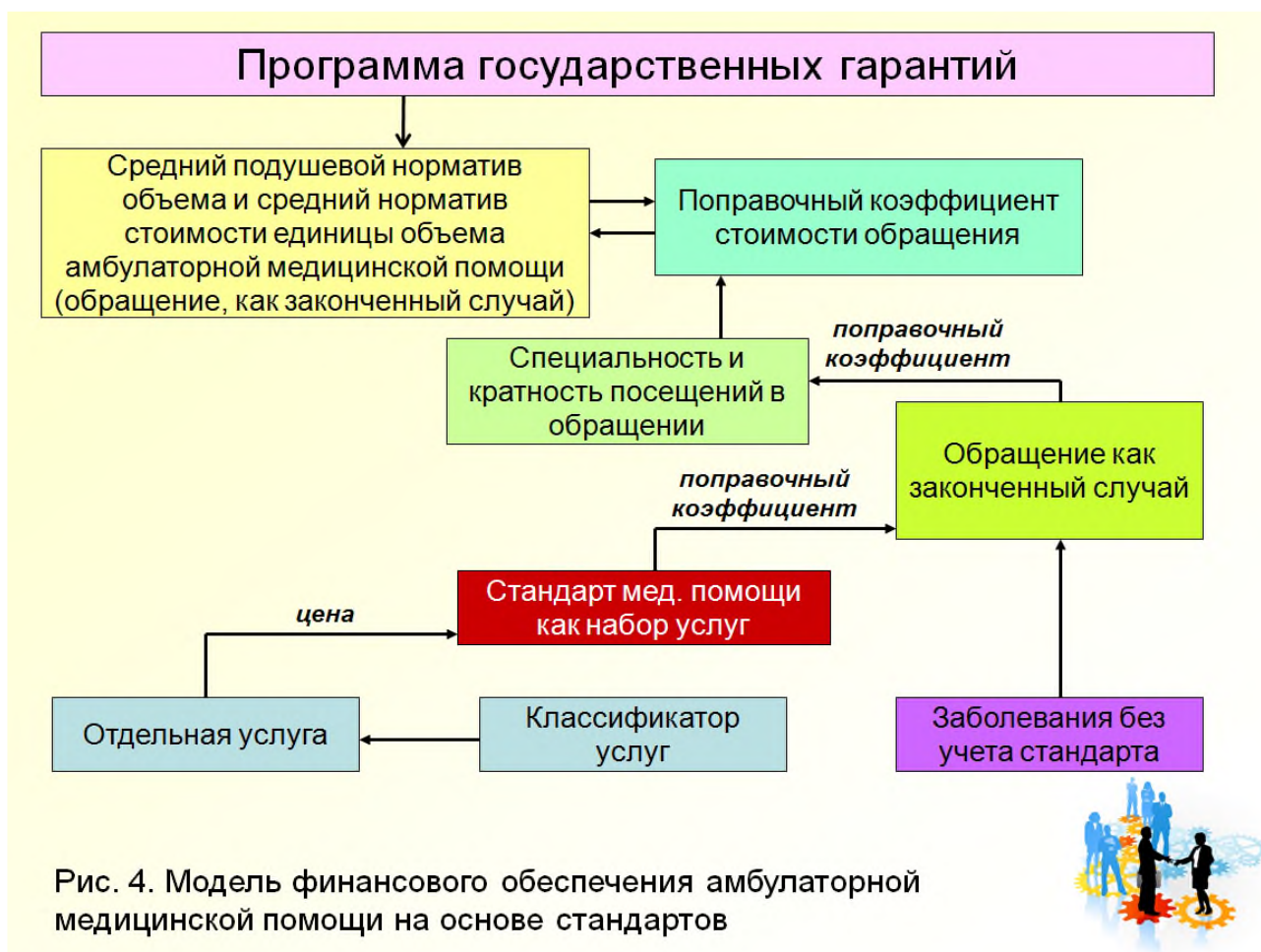
Средний коэффициент затратоемкости стационара для медицинских организаций, имеющих более высокий уровень оснащенности, должен иметь большее значение, чем для медицинских организаций имеющих более низкий уровень оснащенности.

Оплата прерванного случая лечения пациента в стационаре (пациент переведен в другую медицинскую организацию) осуществляется за количество проведенных им койко-дней в стационаре с учетом КПГ.

Для определения эффективности деятельности стационаров медицинских организаций субъектом Российской Федерации осуществляется оценка показателей рационального и целевого использования коечного фонда, рекомендованная Министерством здравоохранения Российской Федерации.

## **ОПЛАТА АМБУЛАТОРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ОСНОВЕ ЗАКОНЧЕННОГО СЛУЧАЯ ЛЕЧЕНИЯ (ОБРАЩЕНИЕ)**

В предлагаемой модели оплаты амбулаторной медицинской помощи по законченному случаю лечения заболевания за основу принимается обращение по поводу заболевания, как совокупность медицинских услуг (т.е. обращение является законченным случаем лечения). При этом заболевания, на которые установлены стандарты, а также заболевания, на которые стандарты не установлены, группируются в обращение по поводу заболевания по специальностям.



Поправочный коэффициент стоимости обращения определен с учетом кратности посещений в одном обращении и дифференцирован по основным специальностям. Кроме того, учтены и относительные коэффициенты стоимости одного посещения в зависимости от специальности.

Разовые посещения с профилактической целью не включаются в обращения и оплачиваются по тарифам на единицу объема амбулаторной медицинской помощи, установленным Тарифным соглашением субъекта Российской Федерации. При этом допускается установление поправочных коэффициентов по уровню оказания амбулаторной медицинской помощи, а также по целям посещения (консультативная, диспансерное наблюдение, профилактическая, профессиональный осмотр, реабилитационная, прочие).

По данным официальной статистической отчетности («Талон амбулаторного пациента») за предыдущий год анализируются частота обращений по заболеванию и посещений с профилактической целью по основным классам болезней в разных возрастно-половых группах, по врачебным специальностям, а также по целям посещения. Группировка зарегистрированных случаев обращений с лечебно-диагностической целью и посещений с профилактической целью проводится по основным классам болезней, отдельным специальностям и периодам времени.

В перспективе представляется важным найти соотношение числа посещений в случае обращения по заболеванию, что позволит разработать и внедрить КСГ и КППГ для оплаты амбулаторной медицинской помощи. Субъекты Российской Федерации, в зависимости от готовности и имеющегося опыта в данной сфере могут самостоятельно внедрять эффективные способы оплаты амбулаторной медицинской помощи на основе КСГ и КППГ.

Для получения числа посещений в одном обращении пациента в амбулаторно-поликлиническое учреждение, врачебной специальности и диагноза следует обобщить следующие параметры «Талона амбулаторного пациента»:

- код врача, начавшего и закончившего выполнение цели;
- цель (повод) обращения;
- место обслуживания (поликлиника, на дому);
- число посещений по месту обслуживания;
- код диагноза согласно МКБ-10;
- код законченности (незаконченности) обращения.

Анализ накопленного статистического материала позволит получить информацию, касающуюся кратности числа посещений в каждом случае обращения по классам болезней, специальностям, по заболеваниям.

Факторами, влияющими на показатель кратности посещений в обращении, являются:

- недостатки в организации работы врачей поликлиники, низкая укомплектованность врачебными кадрами, высокие нагрузки на специалистов;
- возрастно-половой состав пациентов;
- уровень и структура заболеваемости населения.

Министерством здравоохранения Российской Федерации обобщены данные ряда крупных территорий и представлена структура обращений по поводу заболеваний к основным специалистам по взрослым и детям. Субъекты Российской Федерации, учитывая региональные особенности, вправе корректировать показатели и рассчитывать структуру обращений к специалистам, при этом могут расширять перечень специальностей.

#### **Структура обращений по поводу заболеваний к специалистам амбулаторно-поликлинических учреждений (репрезентативная выборка, взрослые, дети, %)**

Специальности	Структура обращений, %		
	всего	в том числе:	
		взрослые	дети
1	2	3	4
Кардиология и ревматология	100	84.6	15.4
Педиатрия	100		100.0
Терапия	100	100.0	0.0
Эндокринология	100	79.9	20.1
Аллергология	100	54.4	45.6
Неврология	100	71.3	28.7
Инфекционные болезни	100	67.2	32.8
Хирургия	100	82.1	17.9
Урология	100	92.5	7.5
Акушерство-гинекология	100	91.7	8.3

Оториноларингология	100	62.4	37.6
Офтальмология	100	74.0	26.0
Дерматология	100	81.2	18.8
Венерология	100	100.0	0.0
<b>ИТОГО:</b>	<b>100</b>	<b>74.4</b>	<b>25.6</b>

Для расчета поправочных коэффициентов стоимости обращения по поводу заболевания учтены:

- показатели среднего числа посещений по поводу заболеваний в одном обращении по поводу заболевания к основным специалистам, на основе которых рассчитаны поправочные коэффициенты кратности посещений в обращении к специалистам;

- относительные коэффициенты стоимости обращения к основным специалистам. При расчете относительного коэффициента стоимости обращения по поводу заболеваний к специалистам учтены относительные коэффициенты стоимости одного посещения по специальностям, рекомендуемые письмом Минздравсоцразвития России от 22.12.2011 г. № 20-2/10/1-8234 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2012 год».

Поправочные коэффициенты стоимости обращения к специалистам рассчитаны как произведение поправочных коэффициентов кратности посещений в обращении и относительных коэффициентов стоимости посещения различных специалистов.

#### **Рекомендуемые поправочные коэффициенты стоимости обращения с учетом кратности посещений по поводу заболеваний по основным специальностям**

Специальности	Среднее число посещений по поводу заболеваний в одном обращении	Поправочный коэффициент кратности посещений в одном обращении	Относительный коэффициент стоимости посещения с учетом специальности*	Поправочный коэффициент стоимости обращения (7 гр. x 8 гр.)
1	2	3	4	5
Кардиология и ревматология	3.1	1.07	0.9740	1.04
Педиатрия	2.8	0.97	1.2900	1.25
Терапия	2.7	0.95	0.8554	0.81
Эндокринология	2.5	0.86	1.7598	1.52
Аллергология	2.6	0.90	1.6206	1.45
Неврология	2.9	1.01	1.0148	1.02
Инфекционные болезни	2.4	0.82	1.2842	1.05
Хирургия	3.0	1.04	0.9113	0.94
Урология	2.6	0.90	0.7374	0.66
Акушерство-гинекология	3.8	1.30	1.1941	1.55
Оториноларингология	4.1	1.41	0.7102	1.00
Офтальмология	3.8	1.30	0.6088	0.79
Дерматология	4.2	1.44	0.7348	1.06
Венерология	2.7	0.93	0.8962	0.83
<b>ИТОГО:</b>	<b>2.9</b>	<b>1.00</b>	<b>1.00</b>	<b>1.00</b>

\* размер относительного коэффициента стоимости посещения по поводу заболевания применим и для посещения с профилактической целью.

Субъект Российской Федерации разрабатывает поправочные коэффициенты стоимости обращения с учетом данных рекомендаций, кратности посещений и специальности, в том числе по взрослым и детям. При этом вправе самостоятельно расширять перечень специальностей в соответствии с уровнем оказания медицинской помощи и проводить коррекцию объемов обращений и посещений по специальностям в пределах установленных территориальных нормативов единиц объема амбулаторной медицинской помощи.

## **ОСОБЕННОСТИ ОПЛАТЫ АМБУЛАТОРНОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

При оплате амбулаторной стоматологической медицинской помощи рекомендуется учитывать УЕТ, которая на протяжении многих лет используется в стоматологии для планирования учета оказываемых услуг, отчетности деятельности специалистов, оплаты их труда.

Оплата стоматологической помощи в амбулаторных условиях по УЕТ позволит внедрить принцип максимальной санации полости рта и зубов (лечение 2-х, 3-х зубов) за одно посещение, что является наиболее эффективным, т.е. сокращается время на вызов пациента, подготовку рабочего места, операционного поля, работу с документами и т.д.

Все основные стоматологические и лечебно-диагностические мероприятия и технологии выражаются в УЕТ, единых для всех медицинских стоматологических организаций. Предлагается принять за основу классификатор основных стоматологических, лечебно-диагностических мероприятий и технологий, выраженных в УЕТ из «Методических рекомендаций по порядку формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи», утвержденных Минздравом России и Федеральным фондом ОМС 28 августа 2001 года № 25109257-01-34 и 31-59/40-1, таблица 3.3. Данный классификатор широко используется в стоматологии и на его основе утверждены соответствующие нормативные акты органами управления здравоохранения в большинстве субъектов Российской Федерации. В приложении 2 приведен «Классификатор основных стоматологических лечебно-диагностических мероприятий и технологий, выраженных в условных единицах трудоемкости (УЕТ)», который приведен в соответствие с Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27 декабря 2011 г. №1664н. Кроме того, учтен опыт субъектов Российской Федерации, и по ряду работ и услуг предлагается дополнительная их детализация.

УЕТ на протяжении ряда лет успешно используется в качестве определения размера оплаты стоматологической помощи в амбулаторных

условиях. Для определения потребности населения в амбулаторной стоматологической помощи в рамках ТППГ используется единица объема - посещение стоматологической медицинской организации, территориальный норматив устанавливается через поправочные территориальные коэффициенты – число УЕТ в одном посещении.

Для определения размера норматива финансовых затрат на одну УЕТ рекомендуется взять за основу территориальный норматив стоимости одного обращения по поводу заболевания при оказании стоматологической медицинской помощи в амбулаторных условиях за счет средств ОМС, применить поправочный коэффициент 1,3 для взрослого населения и 1,6 для детского населения и разделить на среднее количество УЕТ в обращении.

Полученное значение стоимости одной УЕТ следует умножить на количество УЕТ в стоматологическом, лечебно-диагностическом мероприятии и технологии с учетом специальности (приложение 2), а также возраста пациента (взрослые, дети).

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

При внедрении способов оплаты групп заболеваний, в том числе КСГ, следует учитывать следующие позиции:

1. При оплате стационарной медицинской помощи – заболевания, сгруппированные в клинко-статистические группы (КСГ) и заболевания, не входящие в них, укрупняются в клинко-профильные группы (КПГ). На КСГ и КПГ устанавливаются поправочные коэффициенты стоимости.

При финансовом обеспечении стационарной медицинской помощи учитывается коэффициент уровня оказания стационарной медицинской помощи, управленческий коэффициент и в отдельных случаях - коэффициент сложности курации пациента.

При формировании клинко-статистических групп (КСГ) учитывается терапевтическое и хирургическое воздействие для дифференциации поправочного коэффициента стоимости.

Данный подход не исключает возможность оплаты законченного случая лечения в стационарных условиях на основе стандарта медицинской помощи, поскольку поправочные коэффициенты стоимости КСГ и КПГ учитывают стоимость стандартов медицинской помощи при заболеваниях, на которые они установлены.

2. При оплате амбулаторной медицинской помощи законченным случаем лечения является обращение по поводу заболевания, на которое устанавливаются поправочные коэффициенты стоимости с учетом кратности посещений по поводу заболеваний в одном обращении по основным специальностям, для взрослых и детей.

3. При оплате амбулаторной стоматологической медицинской помощи учитывается УЕТ, дифференцированная по работам, услугам, специальностям, взрослым и детям.

4. Клинико-статистические группы (КСГ), клинико-профильные группы заболеваний (КПГ), а также поправочные коэффициенты к ним, рекомендованные для стационарной медицинской помощи, могут быть использованы для оплаты медицинской помощи в дневных стационарах.

5. При использовании настоящих рекомендаций субъекты Российской Федерации вправе учитывать региональные особенности.

В целях дальнейшего совершенствования способов оплаты медицинской помощи, оказываемой в рамках Программы государственных гарантий, ориентированных на результаты деятельности медицинских организаций:

- органам государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья следует проводить оценку эффективности деятельности стационаров больниц и амбулаторно-поликлинических учреждений на основе методики, рекомендованной Министерством здравоохранения Российской Федерации;

- Федеральному фонду обязательного медицинского страхования, территориальным фондам обязательного медицинского страхования следует осуществлять мониторинг применения рекомендованных способов оплаты медицинской помощи на основе групп заболеваний, в том числе КСГ (КПГ).

## Приложение 1

**Распределение КСГ по профилям стационарной медицинской помощи (КПГ) и рекомендуемые коэффициенты относительной затратоемкости КСГ / КПГ**

№	Профиль (КПГ) и КСГ	Коэффициент относительной затратоемкости КСГ / КПГ (КЗкcg/кпг)
<b>1</b>	<b>Акушерское дело</b>	0,700
<b>2</b>	<b>Акушерство и гинекология</b>	0,847
1	Отеки, протеинурия, гипертензивные расстройства в период беременности, в родах и после родов	0,95
2	Другие осложнения, связанные преимущественно с беременностью	1,07
3	Медицинская помощь матери в связи с состоянием плода и возможными трудностями родоразрешения, осложнения родов и родоразрешения	1,08
4	Родоразрешение	0,74
5	Кесарево сечение	0,89
6	Воспалительные болезни женских половых органов	1,14
7	Доброкачественные новообразования, новообразования <i>insitu</i> , неопределенного и неизвестного характера женских половых органов	1,50
8	Другие болезни, врожденные аномалии, повреждения женских половых органов	0,56
9	Беременность, закончившаяся абортивным исходом	0,62
10	Кровотечение в ранние сроки беременности	1,15
11	Искусственное прерывание беременности (аборт)	0,18
12	Операции на женских половых органах (уровень затрат 1)	0,64
13	Операции на женских половых органах (уровень затрат 2)	0,69
14	Операции на женских половых органах (уровень затрат 3)	0,99
15	Операции на женских половых органах (уровень затрат 4)	1,32
16	Операции на женских половых органах (уровень затрат 5)	2,19
17	Осложнения, связанные преимущественно с послеродовым периодом	0,91
<b>3</b>	<b>Аллергология и иммунология</b>	1,45
<b>4</b>	<b>Гастроэнтерология</b>	0,874
18	Язва желудка и двенадцатиперстной кишки	1,06
19	Болезни пищевода, гастрит, дуоденит, другие болезни желудка и двенадцатиперстной кишки	0,97
20	Неинфекционный энтерит и колит	1,01
21	Новообразования доброкачественные, <i>insitu</i> , неопределенного и неуточненного характера органов пищеварения	0,69
22	Болезни печени	1,16
23	Болезни желчного пузыря, поджелудочной железы	1,03
24	Другие болезни органов пищеварения	0,59
<b>5</b>	<b>Гематология</b>	1,036
25	Анемии	1,07
26	Нарушения свертываемости крови	0,95



27	Другие болезни крови и кроветворных органов и отдельные нарушения с вовлечением иммунного механизма	1,12
<b>6</b>	<b>Дерматовенерология</b>	0,984
28	"Большие" болезни кожи	1,48
29	Инфекции кожи и подкожной клетчатки	0,92
30	"Малые" болезни кожи	0,96
<b>7</b>	<b>Детская кардиология</b>	1,48
<b>8</b>	<b>Детская онкология</b>	2,10
<b>9</b>	<b>Детская урология-андрология</b>	1,03
<b>10</b>	<b>Детская хирургия</b>	1,32
<b>11</b>	<b>Детская эндокринология</b>	1,68
<b>12</b>	<b>Инфекционные болезни</b>	0,722
31	Кишечные инфекции	0,58
32	Вирусный гепатит	1,28
33	Другие инфекционные и паразитарные болезни	1,07
34	Респираторные инфекции верхних дыхательных путей	0,73
<b>13</b>	<b>Кардиология</b>	0,96
35	Гипертоническая болезнь	0,95
36	Стенокардия, хроническая ишемическая болезнь сердца	1,10
37	Острый и повторный инфаркт миокарда	1,94
38	Нарушения ритма	1,34
39	Другие болезни сердца	1,10
<b>14</b>	<b>Колопроктология</b>	1,338
40	Операции на кишечнике и анальной области (уровень затрат 1)	0,30
41	Операции на кишечнике и анальной области (уровень затрат 2)	0,99
42	Операции на кишечнике и анальной области (уровень затрат 3)	1,69
43	Операции на кишечнике и анальной области (уровень затрат 4)	1,94
44	Операции на кишечнике и анальной области (уровень затрат 5)	2,50
<b>15</b>	<b>Наркология</b>	1,78
<b>16</b>	<b>Неврология</b>	1,304
45	Воспалительные заболевания цнс	1,67
46	Дегенеративные и демиелинизирующие болезни нервной системы	1,05
47	Эпилепсия, судороги	0,88
48	Мигрень, головная боль	1,27
49	Расстройства периферической нервной системы	1,25
50	Другие нарушения нервной системы	1,16
51	Острые нарушения мозгового кровообращения	1,89
52	Другие цереброваскулярные болезни	1,02
<b>17</b>	<b>Нейрохирургия</b>	1,250
53	Паралитические синдромы, травма спинного мозга	1,11
54	Дорсопатии, спондилопатии, переломы позвоночника	1,16
55	Сотрясение головного мозга	0,82
56	Внутричерепная травма	1,50
57	Операции на центральной нервной системе и головном мозге (уровень затрат 3)	1,95
58	Операции на центральной нервной системе и головном мозге (уровень затрат 4)	2,96
59	Операции на центральной нервной системе и головном мозге (уровень затрат 5)	3,80
60	Операции на периферической нервной системе (уровень затрат 2)	1,41
61	Операции на периферической нервной системе (уровень затрат 3)	1,68
62	Операции на периферической нервной системе (уровень затрат 4)	1,97

63	Доброкачественные новообразования нервной системы	1,00
<b>18</b>	<b>Неонатология</b>	1,929
64	Малая масса тела при рождении, недоношенность	2,82
65	Крайне малая масса тела при рождении, крайняя незрелость	8,15
66	Геморрагические и гемолитические нарушения у новорожденных	1,91
67	Другие нарушения, возникшие в перинатальном периоде	1,65
<b>19</b>	<b>Нефрология</b>	2,030
68	Почечная недостаточность	2,31
69	Гломерулярные болезни	1,63
<b>20</b>	<b>Онкология</b>	1,528
<b>21</b>	<b>Оториноларингология</b>	0,888
70	Доброкачественные новообразования, новообразования insitu уха, горла, носа, полости рта	0,74
71	Средний отит, мастоидит, нарушения вестибулярной функции	0,83
72	Другие болезни уха	1,02
73	Другие болезни и врожденные аномалии верхних дыхательных путей, симптомы и признаки, относящиеся к органам дыхания, нарушения речи	1,10
74	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень затрат 1)	0,55
75	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень затрат 2)	0,73
76	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень затрат 3)	1,02
77	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень затрат 4)	1,33
78	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень затрат 5)	2,41
<b>22</b>	<b>Офтальмология</b>	0,682
79	Операции на органе зрения (уровень затрат 1)	0,68
80	Операции на органе зрения (уровень затрат 2)	0,70
81	Операции на органе зрения (уровень затрат 3)	0,72
82	Операции на органе зрения (уровень затрат 4)	0,77
83	Операции на органе зрения (уровень затрат 5)	1,06
84	Болезни глаза	0,68
<b>23</b>	<b>Педиатрия</b>	1, 30
<b>24</b>	<b>Психиатрия</b>	5,075
<b>25</b>	<b>Психиатрия-наркология</b>	2,68
<b>26</b>	<b>Пульмонология</b>	1,012
85	Другие болезни органов дыхания	1,34
86	Доброкачественные новообразования, новообразования insitu органов дыхания, других и неуточненных органов грудной клетки	1,53
87	Пневмония, плеврит, другие болезни плевры	1,15
88	Острый бронхит, симптомы и признаки, относящиеся к органам дыхания	0,77
89	Хронический бронхит, хобл, эмфизема, бронхоэктатическая болезнь	1,21
90	Астма	1,15
<b>27</b>	<b>Ревматология</b>	1,459
91	Системные поражения соединительной ткани	1,85
92	Инфекционные и воспалительные артропатии	1,04
93	Ревматические болезни сердца	1,02
<b>28</b>	<b>Сердечно-сосудистая хирургия</b>	1,262
94	Флебит и тромбоз, варикозное расширение вен нижних конечностей	1,21

95	Другие болезни, врожденные аномалии вен	1,32
96	Болезни артерий, артериол и капилляров	1,21
97	Операции на сердце и коронарных сосудах (уровень затрат 3)	1,35
98	Операции на сердце и коронарных сосудах (уровень затрат 4)	1,86
99	Операции на сердце и коронарных сосудах (уровень затрат 5)	2,85
100	Операции на сосудах (уровень затрат 1)	0,66
101	Операции на сосудах (уровень затрат 2)	0,86
102	Операции на сосудах (уровень затрат 3)	1,34
103	Операции на сосудах (уровень затрат 4)	2,67
<b>29</b>	<b>Стоматология детская</b>	1,26
<b>30</b>	<b>Терапия</b>	1,134
104	Отравления и другие воздействия внешних причин	0,27
<b>31</b>	<b>Торакальная хирургия</b>	1,619
105	Гнойные состояния нижних дыхательных путей	2,05
106	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень затрат 1)	0,68
107	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень затрат 2)	1,31
108	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень затрат 3)	1,80
109	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень затрат 4)	2,30
110	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень затрат 5)	2,74
<b>32</b>	<b>Травматология и ортопедия</b>	1,187
111	Приобретенные и врожденные костно-мышечные деформации	0,99
112	Переломы бедренной кости и костей таза	1,40
113	Переломы, вывихи, растяжения области грудной клетки, верхней конечности и стопы	0,85
114	Переломы, вывихи, растяжения области колена и голени	1,13
115	Множественные переломы, травматические ампутации, размозжения и последствия травм	1,32
116	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень затрат 1)	0,79
117	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень затрат 2)	0,93
118	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень затрат 3)	1,37
119	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень затрат 4)	1,71
120	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень затрат 5)	1,92
<b>33</b>	<b>Урология</b>	1,087
121	Доброкачественные новообразования, новообразования insitu, неопределенного и неизвестного характера мочевых органов и мужских половых органов	1,24
122	Тубулоинтерстициальные болезни почек, другие болезни мочевой системы	1,02
123	Камни мочевой системы; симптомы, относящиеся к мочевой системе	0,74
124	Болезни предстательной железы	1,04
125	Другие болезни, врожденные аномалии, повреждения мочевой системы и мужских половых органов	0,98
126	Операции на мужских половых органах (уровень затрат 2)	0,72
127	Операции на мужских половых органах (уровень затрат 3)	1,13
128	Операции на мужских половых органах (уровень затрат 4)	1,64
129	Операции на мужских половых органах (уровень затрат 5)	2,20

130	Операции на почке и мочевыделительной системе (уровень затрат 1)	1,19
131	Операции на почке и мочевыделительной системе (уровень затрат 2)	1,32
132	Операции на почке и мочевыделительной системе (уровень затрат 3)	1,59
133	Операции на почке и мочевыделительной системе (уровень затрат 4)	1,64
134	Операции на почке и мочевыделительной системе (уровень затрат 5)	2,79
<b>34</b>	<b>Фтизиатрия</b>	4,9
<b>35</b>	<b>Хирургия</b>	0,97
135	Болезни лимфатических сосудов и лимфатических узлов	0,97
136	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень затрат 1)	0,55
137	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень затрат 2)	0,78
138	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень затрат 3)	1,32
139	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень затрат 4)	2,31
140	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень затрат 5)	2,80
141	Операции на органах кроветворения и иммунной системы (уровень затрат 2)	1,01
142	Операции на органах кроветворения и иммунной системы (уровень затрат 3)	1,20
143	Операции на органах кроветворения и иммунной системы (уровень затрат 4)	1,41
144	Операции на органах кроветворения и иммунной системы (уровень затрат 5)	1,47
145	Операции на эндокринных железах кроме гипофиза (уровень затрат 4)	1,19
146	Операции на эндокринных железах кроме гипофиза (уровень затрат 3)	1,12
147	Болезни молочной железы, новообразования молочной железы доброкачественные, <i>insitu</i> , неопределенного и неизвестного характера	0,97
148	Другие поражения суставов, болезни мягких тканей	1,04
149	Артрозы	0,99
150	Остеомиелит	1,52
151	Остеопатии	1,03
152	Доброкачественные новообразования костно-мышечной системы и соединительной ткани	1,03
153	Доброкачественные новообразования, новообразования <i>insitu</i> кожи, жировой ткани	0,83
154	Открытые раны, поверхностные, другие и неуточненные травмы	0,85
155	Операции на молочной железе (уровень затрат 3)	1,22
156	Операции на молочной железе (уровень затрат 4)	2,76
<b>36</b>	<b>Хирургия (абдоминальная)</b>	1,176
157	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень затрат 3)	0,98
158	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень затрат 4)	1,51
159	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень затрат 5)	1,57
160	Операции на печени и поджелудочной железе (уровень затрат 3)	2,07
161	Операции на печени и поджелудочной железе (уровень затрат 4)	2,17
162	Операции на печени и поджелудочной железе (уровень затрат 5)	2,70
163	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень затрат 2)	1,07
164	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень затрат 3)	1,66
165	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень затрат 4)	2,52
166	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень затрат 5)	2,80
167	Апендектомия	0,80
168	Операции по поводу грыж (уровень затрат 2)	0,86
169	Операции по поводу грыж (уровень затрат 3)	1,24

170	Другие операции на органах брюшной полости (уровень затрат 2)	1,13
171	Другие операции на органах брюшной полости (уровень затрат 3)	1,14
172	Другие операции на органах брюшной полости (уровень затрат 4)	2,06
173	Другие операции на органах брюшной полости (уровень затрат 5)	2,30
<b>37</b>	<b>Хирургия (комбустиология)</b>	1,32
174	Ожоги и отморожения	1,35
<b>38</b>	<b>Челюстно-лицевая хирургия</b>	1,046
175	Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи	1,01
176	Операции на органах полости рта (уровень затрат 1)	0,82
177	Операции на органах полости рта (уровень затрат 2)	1,32
178	Операции на органах полости рта (уровень затрат 3)	1,64
179	Операции на органах полости рта (уровень затрат 4)	1,71
180	Операции на органах полости рта (уровень затрат 5)	1,90
<b>39</b>	<b>Эндокринология</b>	1,128
181	Сахарный диабет	1,15
182	Другие болезни эндокринной системы	1,32
183	Новообразования эндокринных желез доброкачественные, insitu, неопределенного и неизвестного характера	1,21
184	Расстройства питания	1,06
185	Нарушения обмена веществ	1,03
<b>40</b>	<b>Прочее</b>	
186	Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения	0,57
187	Госпитализация в диагностических целях	0,46

**Рекомендуемый 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		
<b>1. Класс "А"</b>			
<b>A01.07.001</b>	Сбор анамнеза и жалоб при патологии полости рта	0,25	
A01.07.001.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии полости рта, включая черепно-челюстно-лицевой области	0,5	
A01.07.002.001	Визуальное исследование при патологии полости рта, включая черепно-челюстно-лицевой области	0,25	
<b>A01.07.003</b>	Пальпация органов полости рта	0,2	
A01.07.004.001	Перкуссия при патологии полости рта, включая черепно-челюстно-лицевой области	0,25	
<b>A01.07.005</b>	Внешний осмотр челюстно-лицевой области	0,1	
A01.07.006	Пальпация челюстно-лицевой области	0,25	
A01.07.007	Определение степени открывания рта и ограничения подвижности нижней челюсти	0,2	
<b>A02.07.002</b>	Исследование кариозных полостей с использованием стоматологического зонда	0,25	
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	
<b>A05.07.001</b>	Электрооднотометрия (1 зуб)	0,25	
<b>A06.07.001</b>	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	
<b>A08.07.001</b>	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	
<b>A09.07.001</b>	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 противогрибковым препаратам	0,5	
<b>A11.07.001</b>	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	
<b>A12.07.001</b>	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	
<b>A.16.07.001.001</b>	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	
<b>A16.07.002.001</b>	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	
<b>A16.07.004.001</b>	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 металоакриловой (1 ед.)	9,25	8,0
A16.07.004.006	Восстановление зуба коронкой фарфоровой (1 ед.)	9,25	10,0
<b>A16.07.005.001</b>	Восстановление целостности зубного ряда несъемными мостовидными металлическими протезами (промежуточная часть мостовидного протеза - 1 ед.)	1,75	1,0
A16.07.005.002	Восстановление целостности зубного ряда несъемными мостовидными пластмассовыми протезами (промежуточная часть мостовидного протеза - 1 ед.)	2,25	1,5
A16.07.005.003	Восстановление целостности зубного ряда несъемными мостовидными металлокерамическими протезами (промежуточная часть мостовидного протеза - 1 ед.)	7,25	10,0
A16.07.005.004	Восстановление целостности зубного ряда несъемными мостовиднымиметаллоакриловыми протезами (промежуточная часть мостовидного протеза - 1 ед.)	5,25	8,0
A16.07.005.005	Восстановление целостности зубного ряда несъемными мостовидными фарфоровыми протезами (промежуточная часть мостовидного протеза - 1 ед.)	7,25	8,0
<b>A16.07.007</b>	Резекция верхушки корня	3,0	
<b>A16.07.008.001</b>	Пломбирование одного канала в одноканальном зубе	2,0	
A16.07.008.002	Пломбирование двух каналов в двухканальном зубе	2,5	
A16.07.008.003	Пломбирование трех каналов в трехканальном зубе	3,5	
A16.07.008.004	Пломбирование четырех каналов в четырехканальном зубе	4,5	
<b>A16.07.009</b>	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	Отсроченныйкюретаж 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	Временноэшинирование 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	
<b>A16.07.030.001</b>	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	
<b>A16.07.035</b>	Протезирование частичными съемными пластиночными протезами (1 челюсть)	6,0	8,0
<b>A16.07.036.001</b>	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
<b>A16.07.038</b>	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	
<b>A.16.07.047.001</b>	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	
<b>A.16.07.048.001</b>	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	
<b>A16.07.050</b>	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	
<b>A16.07.083.001</b>	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	
<b>A16.07.084.001</b>	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	
<b>A16.07.085</b>	Фиксация внутриканального штифта, вкладки	0,25	
<b>A17.07.001</b>	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 I 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	
<b>A25.07.001</b>	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	
<b>1. Класс "B"</b>			
<b>B01.003.004.002</b>	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-ортодонта	0,75	
B04.063.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-ортодонта	0,75	
B04.064.001	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского	0,75	
B04.064.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского	0,75	