

ОБЗОР НАУЧНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ И НОРМАТИВНОЙ ПРАВОВОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ОПЛАТЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

© И.В. Успенская^{1,2}, С.В. Юрина^{1,2}, Е.В. Манухина^{1,2}, М.В. Пешков^{1,3}, Л.Н. Тишкина^{1,3}

Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова, Рязань, Российская Федерация (1)

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Рязанской области, Рязань, Российская Федерация (2)

Стоматологическая поликлиника №1, Рязань, Российская Федерация (3)

В статье представлен обзор научной отечественной и зарубежной литературы и нормативной правовой документации, позволивший выявить проблемы в организации и оплате стоматологической помощи и определить возможные направления научных исследований по заявленной теме. Показана зависимость уровня доходов и доступности специализированной стоматологической помощи, малодоступность и несвоевременность помощи в сельских районах, меры повышения доступности, в том числе за счет программ льготного протезирования. Рассмотрены проблемы малого покрытия стоматологических услуг программами обязательного медицинского страхования. Описаны уровни оказания помощи в РФ, способы и сложности порядка оплаты труда специалистам, применения условных единиц трудозатрат, поправочных коэффициентов для детей и взрослых, вопросы нормирования первичной стоматологической помощи, неоднозначное отношение к классификатору основных стоматологических лечебно-диагностических мероприятий и технологий, который меняет устоявшийся принцип оплаты труда в стоматологической практике. Рассмотрен способ оплаты первичной стоматологической помощи, оказанной амбулаторно, за законченный случай лечения по стоимости клинко-статистических групп, а также подушевой принцип оплаты амбулаторной стоматологической помощи и сложности с его реализацией в рамках обязательного медицинского страхования в большинстве регионов. Указывается на немаловажную роль автоматизации рабочего места при оформлении медицинской документации, совершенствовании организационных и медицинских технологий с использованием новых материалов и оборудования. Описан анализ потребности населения регионов в объемах стоматологической помощи в рамках программ государственных гарантий. Делается акцент на приоритете развития современной стоматологии как государственно-частного партнерства ввиду высокой адаптированности к рыночным условиям. Указывается на сложность вопросов профилактики, диспансеризации и диспансерного наблюдения, совершенствования организации и оплаты стоматологической помощи, решение которых позволит значительно улучшить качество и гарантировать доступность стоматологической помощи.

Ключевые слова: *первичная медико-санитарная помощь; стоматологическая помощь; оплата медицинской помощи; организация медицинской помощи.*

REVIEW OF SCIENTIFIC LITERATURE AND NORMATIVE LEGAL DOCUMENTATION FOR ORGANIZATION OF AND PAYMENT FOR DENTAL CARE

I.V. Uspenskaya^{1,2}, S.V. Yurina^{1,2}, E.V. Manukhina^{1,2}, M.V. Peshkov^{1,3}, L.N. Tishkina^{1,3}

Ryazan State Medical University, Ryazan, Russian Federation (1)

Territorial Compulsory Medical Insurance Fund of the Ryazan Region, Ryazan, Russian Federation (2)

Dental Polyclinic №1, Ryazan, Russian Federation (3)

The article presents a review of scientific domestic and foreign literature and regulatory legal documentation, which allowed to identify problems in the organization of and payment for dental care and to determine possible directions of scientific research on the stated topic. Dependence of availability of specialized dental care on the income level, limited availability and late medical assistance in the rural regions, measures to increase availability through use of the programs of preferential prosthetics are shown. The problems of low coverage of dental services by mandatory medical insurance programs are considered. The levels of provision of population of RF with medical care, methods and difficulties of payments to specialists, of use of conventional units of labor inputs, of correction factors for children and adults, the issues of standardization of primary dental care, ambiguous attitude to the classifier of basic medical dental procedures and technologies that changed the established principle of remuneration in dental practice, are described. The method of payment for primary dental care provided on an outpatient basis for a completed case of treatment in terms of cost of clinic-statistical groups, as well as the per capita principle of payment for outpatient dental care and the difficulties with its implementation within compulsory health insurance in most regions are considered. An important role of automation of the working place for filling the medical documents, of improvement of organizational and medical technologies with use of new materials and equipment, is indicated. Analysis of the scope of medical care demanded by the population within the programs of the state guarantees is given. An emphasis is placed on the priority of the development of the modern dentistry as governmental-private partnership in terms of high adaptation to the market conditions. A complex character of issues of prophylaxis, screening, improvement of organization of and payment for dental care is emphasized, salvation of which will permit to considerably improve the quality of medical care and to guarantee its availability.

Keywords: *health care; dental care; payment for medical care; organization of medical care.*

Указом Президента РФ от 07.05.2018 №204 определена стратегическая цель деятельности Правительства РФ по модернизации первичного звена здравоохранения в целях обеспечения доступности для населения оказываемой в первичном звене медицинской помощи, в том числе и стоматологической помощи.

При проведении контент-анализа по заявленной проблематике организации и оплаты стоматологической помощи авторами осуществлен широкий обзор зарубеж-

ной, отечественной научной литературы и нормативной правовой документации.

Неоспоримо, что здоровье полости рта является одним из основных показателей общего здоровья, благополучия и качества жизни. Всемирная организация здравоохранения определила здоровье полости рта как «состояние, характеризующееся отсутствием хронической боли в полости рта и в области лица, рака ротовой полости и горла, инфекций и язв полости рта, заболеваний пародонта (десен), зубного кариеса,

выпадения зубов, других заболеваний и нарушений здоровья, ограничивающих способности человека кусать, жевать, улыбаться, говорить и его психосоциальное благополучие» [1]. Считается, что большая часть бремени болезней полости рта приходится на 7 заболеваний и состояний полости рта: зубной кариес, заболевания пародонта (десен), онкологические заболевания полости рта, внутриротовые проявления ВИЧ-инфекции, травмы полости рта и зубов, расщелина губы и нёба, нома, которые либо в значительной мере предотвратимы, либо излечимы на ранних стадиях. По оценкам Глобального исследования бремени болезней, по меньшей мере 3,58 млрд людей в мире страдают от заболеваний полости рта, причем самым распространенным среди оцениваемых нарушений здоровья является зубной кариес постоянных зубов [2].

Сегодня стоматология признается одной из наиболее наукоемких и ресурсоемких отраслей медицины. Именно в этой сфере новые медицинские технологии стремительно развиваются и непосредственно поступают на рынок медицинских услуг. По сравнению с другими медицинскими специальностями, в отечественной стоматологии бурно формируется рынок «платных», в основном ортопедических, услуг, оказываемых стоматологическими организациями различных форм собственности, как альтернатива бесплатным услугам государственного и муниципального сектора. При этом существенные изменения в структурно-функциональных характеристиках стоматологической службы протекают на фоне сохраняющегося неудовлетворительного и ухудшающегося стоматологического здоровья населения [3]. Так, по данным Кузьминой Э.М., доля лиц старше 65 лет с полным отсутствием зубов в разных федеральных округах Российской Федерации составляет около 15,0% [4].

Известно, что эпидемиологические исследования – основа для анализа распространенности и интенсивности, в том числе стоматологических заболеваний, потребности населения в профилактике и специализированной помощи [5,6]. Понят-

но, что без достаточных организационных и финансовых ресурсов невозможно достичь успеха в обеспечении сохранности зубов до глубокой старости – показателя высокого качества жизни как человека, так и общества в целом [7,8].

На основе научных исследований специалисты делают выводы о том, что неравномерное распределение специалистов стоматологического профиля и отсутствие соответствующих медицинских учреждений во многих странах мира ограничивает доступ населения к первичным услугам по охране здоровья полости рта. Общий охват данными услугами взрослого населения, нуждающегося в стоматологической помощи, варьирует от 35,0% в странах с низким уровнем дохода, 60,0% – в странах со средне-низким уровнем дохода, 75,0% – в странах со средневысоким уровнем дохода до 82,0% – в странах с высоким уровнем дохода [9]. Во многих странах спрос на услуги по охране здоровья ротовой полости превышает возможности национальных систем здравоохранения. В связи со значительной стоимостью стоматологической помощи, даже в странах с высоким уровнем дохода на лечение зубов приходится около 5,0% общих расходов на национальное здравоохранение и не менее 20,0% расходов пациентов из собственных средств. Значительная доля граждан из бедных стран вовсе не получает лечения – их потребность в стоматологической помощи не удовлетворяется [10].

Есть мнение, что для достижения всеобщего охвата услугами здравоохранения крайне важно обеспечить: комплексные услуги по охране здоровья полости рта; трудовые ресурсы в области охраны здоровья полости рта, ориентированные на удовлетворение потребностей населения и принятие мер в отношении социальных детерминант здоровья, финансовую защиту и расширение бюджетных возможностей для охраны здоровья полости рта [11].

По данным социологических опросов различных групп населения, проведенных в Российской Федерации, установлено, что независимо от возраста, образования и

социальной принадлежности ведущими приоритетами для большинства респондентов является собственное здоровье; удельный вес пациентов, обращающихся, например, за ортопедической стоматологической помощью 2 раза и ≥ 3 раз составил 56,1 и 25,3% соответственно от нуждающихся в данной стоматологической помощи, при этом ведущим фактором (45,8% случаев) отказа от нее является высокая стоимость зубопротезирования [3,12]. В настоящее время растут требования к качеству ортопедического лечения, как необходимого звена в системе охраны здоровья населения, выражающегося обеспечением долговременной реабилитации стоматологических больных. При этом качество лечения в стоматологии в значительной степени оценивается пациентом с учетом материальной составляющей [13,14].

Отмечается, что использование современных технологий на практике не является залогом качественного и результативного лечения. Проблемы качества оказания стоматологических услуг актуальны в связи с особой значимостью безопасности их оказания для пациента, сложностью прогнозирования результата лечения на фоне использования значительного количества альтернативных медицинских технологий, большинство из которых официально не зарегистрировано, бурно развивающимся институтом защиты прав пациентов (потребителей), отсутствием нормативно-технических документов, предъявляющих требования к выбору и применению медицинских технологий (стандарты, протоколы лечения, клинические рекомендации, регламенты, правила и проч.). При этом существуют порядки оказания стоматологической помощи взрослому и детскому населению, утвержденные Минздравом России (Приказ Минздравсоцразвития России от 07.12.2011 №1496н, Приказ Минздрава России от 13.11.2012 №910н), и профессиональный стандарт «Врач-стоматолог», утвержденный Минтрудом России (Приказ Минтруда России от 10.05.2016 №227н).

По результатам опроса респондентов в 279 городах и сельских населенных пунктах, расположенных в 62 субъектах Российской

Федерации, проведена оценка качества медицинских услуг и их территориальной доступности для пациентов. В пользу качества медицинской помощи высказались 55,0% населения, даже если при этом необходимо будет перемещаться в отдаленные районы или в другие населенные пункты. Территориальная доступность оказалась наиболее важным фактором для 38,0% респондентов, из них основная категория – пенсионеры (47,0%). Поэтому при планировании мероприятий по оказанию медицинской помощи лиц пенсионного возраста специалисты предлагают рассматривать в качестве отдельной целевой группы [15,16].

Согласно действующему законодательству (Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ, Федеральный закон от 29.11.2010 №326-ФЗ) обязательное медицинское страхование (ОМС) не включает ортопедические стоматологические услуги, которые оплачиваются пациентами. Много работ, в которых изучается организация стоматологической помощи основным потребителям – лицам пенсионного возраста, – услуг стоматологических, в том числе ортопедических, оказываемых в учреждениях государственной формы собственности. Отмечается, что в сельской местности стоматологическая помощь является малодоступной и несвоевременной [7,17,18].

Специалисты считают, что в настоящее время повышены требования к качеству ортопедического лечения, как необходимого звена в системе охраны здоровья населения, выражающегося обеспечением долговременной реабилитации стоматологических больных. В то же время для повышения доступности стоматологической помощи в субъектах РФ внедрены программы льготного протезирования для отдельных категорий граждан, финансирование которых осуществляется из местного бюджета с очередностью предоставления услуг по усмотрению региона. Так, в ряде регионов первоочередниками являются ветераны великой отечественной войны, инвалиды, пенсионеры по возрасту и ветераны труда [12,14].

По мнению специалистов, развитие современной стоматологии базируется на

совершенствовании как материально-технической базы, так и знаний с внедрением в повседневную практику. Так, для достижения максимально положительных показателей формирования функционально полноценного прикуса у $\geq 90,0\%$ населения старше 65 лет помимо широкого охвата санацией и традиционных методов протезирования необходимо внедрять в практику новые методы лечения и современные технологии, такие как дентальная имплантация, которая решает множество задач, связанных с частичной или полной адентией у пациентов [19,20].

В части организационно-экономической составляющей авторы выделяют четыре формы организации и оплаты медицинской помощи: страховую, национальную, государственную и частную. Исследования показывают, что в здравоохранении ряда стран объединяются национальная и страховая системы. Вектором развития здравоохранения является система ОМС, которая по мнению авторов приоритетна в молодых, развивающихся странах. В настоящее время ОМС большинства стран мира в части стоматологии включает малый спектр услуг: профилактика стоматологических заболеваний и лечение легких нозологических форм кариозных поражений зубов, тогда как лечение серьезных заболеваний полости рта осуществляется по программам дополнительного медицинского страхования (ДМС) [21-23].

В недалеком прошлом в России первым шагом при переходе от бюджетной к страховой медицине стало принятие Верховным Советом РСФСР Закона РСФСР №1499-1 от 28.06.1991 г. «О медицинском страховании граждан в РСФСР». В соответствии с постановлением Верховного Совета РСФСР от 28.06.1991 «О порядке введения в действие Закона РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР» было предусмотрено введение ДМС с 01.10.1991, с 01.01.1993 – ОМС. Отмечается, что реформирование ОМС на протяжении всего периода существования оптимизировало управленческие функции и усовершенствовало порядок оплаты медицинской помо-

щи, в том числе организации и оплаты стоматологической помощи [24-26].

Авторами не оспаривается, что совершенствование системы оказания медицинской помощи, в первую очередь, есть совершенствование управления данной системой. Эффективное управление является обязательным условием сохранения рентабельности медицинской стоматологической организации, что дает возможность организационно оптимизировать систему, вводить в практику новейшее оборудование и технологии, обеспечивать рост кадрового потенциала, повышая качество оказания и востребованность населением стоматологических услуг [27-31].

В России, в части организации первичной специализированной стоматологической помощи, ведущая роль принадлежит стоматологическим поликлиникам, которые подразделяются на пять категорий в зависимости от мощности (по количеству врачебных должностей), и три уровня оказания первичной специализированной стоматологической помощи [27,32].

Ряд работ посвящен разным вопросам организации стоматологической помощи по трем уровням оказания; маршрутизация пациентов с I на II уровень осуществляется либо по направлению стоматолога, либо при непосредственном обращении пациентов, осмотренных дежурным врачом, на III уровень – по направлению специалиста с I и II уровня с постановкой отдельных пациентов на диспансерное наблюдение [8,33].

Детально изучена организация стоматологической помощи в городских условиях, в том числе основанная на принципах централизации / децентрализации: при централизованной форме прием ведется непосредственно в стоматологической поликлинике, либо в стоматологическом кабинете территориальной поликлиники; в условиях децентрализации – работают стоматологические кабинеты промышленных предприятий, вузов, колледжей, где стоматологическая помощь максимально приближена к пациентам с обеспечением полноты охвата и «продолжительным контак-

том пациента с врачом», есть опыт выездной работы на селе [27,32,34].

Контент-анализ нормативной правовой документации позволил определить порядок оказания и оплаты отдельных видов медицинской помощи в системе ОМС, в том числе по приказу Минздрава России №108н (До марта 2019 года действовал аналогичный приказ Минздравсоцразвития РФ от 28.02.2011 №158н) от 28.02.2019 «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования», в соответствии с ежегодными постановлениями Правительства РФ о программе государственных гарантий, в которых предусмотрены способы оплаты амбулаторной первичной медико-санитарной помощи (ПМСП):

1) *по подушевому принципу* – по подушевому нормативу финансирования, из расчета на прикрепившихся лиц, *в сочетании с оплатой за единицу объема ПМСП* (посещение, обращение, медицинская услуга, условная единица трудоемкости – УЕТ);

2) *за единицу объема ПМСП* (посещение, обращение, медицинская услуга, УЕТ);

3) *по подушевому принципу в сочетании с расчетом показателей результативности работы* медицинских организаций.

Ряд работ посвящен учету и оплате стоматологической помощи в системе ОМС. Поскольку стоматологическая помощь – часть ПМСП, в Российской системе ОМС длительный период использовался способ оплаты – за единицу объема первичной стоматологической помощи, т.е. за УЕТ – универсальную единицу, используемую при планировании, учете и отчетности; установлено, что учет и стоимость УЕТ значительно отличаются в отдельных регионах страны [19,36-38].

Ряд работ посвящен нормированию стоматологической помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, ведь длительность медицинской услуги есть основной критерий, определяющий ее себестоимость. Фонд рабочего времени определяется исходя из кратности (частоты) оказания медицинской услуги и длительности (нормы времени) на ее оказание с учетом времени работы оборудования, части общих затрат

на обеспечение деятельности всей медицинской организации. Специалистами отмечено существенное различие временных затрат при оказании аналогичных стоматологических услуг в субъектах РФ в связи с тем, что в территориальных программах ОМС при отсутствии единых требований изначально планировалось разное количество УЕТ в одном посещении [24,38-41].

Для обеспечения единообразия подходов к нормированию и планированию медицинской помощи, во исполнение п. 2 постановления Правительства РФ от 22.10.2012 №1074 Минздравом РФ были утверждены Методические рекомендации по формированию способов оплаты медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий на основе групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп болезней (Минздрав России от 20.12.2012 №14-6/10/2-5305, Минздрав России и ФОМС от 22.12.2016 №11-8/10/28266/12578/26/и), в том числе и по оплате стоматологической помощи.

Объемы стоматологических манипуляций выражаются в УЕТ, что обеспечивает единый подход к нормированию и планированию первичной стоматологической помощи для всех медицинских организаций, выполняющих территориальные программы государственных гарантий. Под УЕТ понимается норматив временных затрат при оказании первичной стоматологической помощи, необходимых для излечения среднего кариеса [42]. При нормировании, планировании и учете стоматологической помощи в УЕТ рекомендуется использовать «Классификатор основных стоматологических лечебно-диагностических мероприятий и технологий, выраженных в условных единицах трудоемкости (УЕТ)» (Классификатор) из методических рекомендаций по экономическому обоснованию территориальных программ государственных гарантий (Минздрав РФ от 23.12.2016 №11-7/10/2-8304, от 13.12.2017 №11-7/10-2-8616).

Судя по полемике, присутствующей в литературных источниках, отношение к внедрению Классификатора у специалистов неоднозначно: ряд авторов считает

ошибочным переход от посещения к УЕТ, так как посещение в качестве традиционно применяемого нормативного показателя для учета, контроля и планирования объема работы амбулаторного звена целесообразно в использовании и применимо во всех учреждениях здравоохранения, оказывающих ПМСП всех профилей (специальностей), что обеспечивало объединение всей учетно-отчетной документации по ПМСП [42,43].

По мнению же других специалистов, переход на стандартизованный Классификатор упорядочил взаиморасчеты за оказание первичной стоматологической помощи гражданам на всей территории страны [25,33,38].

По данным Минздрава РФ, внедрение Классификатора целесообразно, так как он соответствует номенклатуре медицинских услуг, утвержденной приказом Минздрава России от 13.10.2017 №804н, и создание номенклатуры позволило упростить заполнение медицинской документации и обеспечить порядок в классифицировании стоматологической помощи. Тем не менее, отдельные авторы оспорили и этот тезис, ибо, по их мнению, номенклатура несет иную смысловую нагрузку, не являясь основой для разработки норм труда: в номенклатуре по иным профилям (хирургия, терапия и др.) представлены такие услуги, как сбор анамнеза, пальпация, перкуссия, аускультация и другие трудовые операции, которые не устанавливают норм времени для врачей, ведущих амбулаторный прием, но формируют перечень трудовых операций при проведении хронометражных работ в целях их укрупнения и разработки временных норм амбулаторного приема больных. Авторы отмечают несоответствие номенклатуры и Классификатора, так как в Классификаторе для стоматологических услуг введены коды, не отраженные в номенклатуре; совпадение наименования услуг, включенных в Классификатор и номенклатуру, наблюдается менее, чем в 30,0% случаев, что затрудняет планирование и учет объемов стоматологической помощи по территориальным программам государственных гарантий

[44]. Недопустимо, по мнению специалистов, включение классификаторов (с утверждением трудоемкости в УЕТ) в нормативные правовые документы, не предназначенные для регламентации норм труда – в методические рекомендации по экономическому обоснованию программ государственных гарантий, в методические рекомендации ФОМС и Минздрава РФ [43].

Приводятся разные нормативы времени на 1 УЕТ – от 10 до 15 мин., в том числе в письме ФОМС от 25.01.2018 №938/26-2/и [38,42]. При этом утвержденная Минздравом России номенклатура работ и услуг, в соответствии с которой за 1 УЕТ принимается 10 минут рабочего времени, обеспечила единую нормативную базу в российском здравоохранении. Согласно номенклатуре, выделены 2 класса услуг: класс «А» включает медицинские услуги, представляющие собой виды медицинских вмешательств по профилактике, диагностике и лечению заболеваний, и медицинскую реабилитацию; класс «В» – медицинские услуги, представляющие собой комплекс медицинских вмешательств (приказ Минздрава РФ от 13.10.2017 №804н).

Методика определения временных затрат из расчета на 1 УЕТ, с точки зрения некоторых специалистов, является ошибочной – необходимо широкое проведение в регионах хронометража стоматологических услуг, включаемых в классификаторы. Нормы времени должны устанавливаться с учетом половозрастного состава, плотности проживания, уровня и структуры стоматологической заболеваемости [25,42].

Важным в нормировании первичной стоматологической помощи стало утверждение Минздравом РФ в 2016 г. норм времени на посещение пациентом врача-стоматолога-терапевта, что позволит в недалеком будущем оптимизировать прием и распределить время приема, выполнить планирование численности персонала медицинского учреждения, и, как результат, улучшить качество первичной стоматологической помощи. Отраслевые нормативы времени на посещение пациентом врача стоматолога-терапевта рекомендуется

применять при нормировании первичной стоматологической помощи для расчета нормативов нагрузки, нормативов численности медицинского персонала. Согласно приказу Минздрава России от 19.12.2016 №973н, норма времени на 1 посещение стоматолога-терапевта по поводу заболевания, в том числе затраты времени на оформление медицинской документации, составляет 44 минуты. Нормы времени на посещение пациентом стоматолога-терапевта с целью профилактики – 60,0-70,0% от временных норм посещения по поводу заболевания. Временные затраты стоматолога-терапевта на оформление медицинской документации при автоматизации рабочего места (компьютерная техника и оргтехника) – не более 35,0% от временных норм посещения по поводу заболевания и с профилактической целью. Тем не менее, эксперты считают нецелесообразным увеличение норм времени на посещение, приводящее к увеличению штатной численности специалистов, в условиях уже существующего дефицита в укомплектованности врачей первичного звена [42,43].

Нормативными актами установлено, что система планирования должна основываться на показателях заболеваемости населения и определении потребности в медицинской помощи, когда показатели заболеваемости устанавливаются по фактической обращаемости за медицинской помощью, по данным статистических отчетов и специальных научных исследований [30,45].

В Методических рекомендациях Минздрава РФ для определения потребности населения регионов в объемах стоматологической помощи в рамках программ государственных гарантий по аналогии с другими профилями ПМСП рекомендуется такая единица объема как «посещение». В связи с чем, территориальный норматив объема стоматологической помощи в расчете на 1 жителя устанавливается с использованием коэффициентов кратности УЕТ в 1 посещении [46,47].

При этом финансовый норматив на 1 УЕТ исчисляется от стоимости (тарифа) обращения по заболеванию с применением

поправочных коэффициентов: 1,3 (взрослые); 1,6 (дети). Порядок расчета на региональном уровне поправочных коэффициентов методическими рекомендациями не определен, не представлена и методика расчета стоимости профилактических посещений и посещений при оказании стоматологической помощи в неотложной форме, что отразилось в различных нормативах объемов и стоимости стоматологической помощи в регионах [38].

Некоторые исследователи отметили как прогрессивный способ – оплату первичной стоматологической помощи, оказанной амбулаторно, *за законченный случай лечения* по стоимости клинико-статистических групп (КСГ), который в настоящее время в России широко используется при оплате специализированной медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях. Предлагается применить принцип оплаты по КСГ и в стоматологии с группировкой заболеваний зубочелюстной системы на основе как медико-статистической, так и клинической информации, характеризующей не только заболевания, но и лечебно-диагностический процесс, считая, что внедрение в стоматологическую практику оплаты на основе КСГ будет способствовать повышению качества и равнодоступности амбулаторной стоматологической помощи для населения [41,48]. Эксперты не выделяют данный способ оплаты как прогрессивный [26], а наиболее эффективным считают *подушевой принцип* оплаты – единый для оплаты всех профилей ПМСП, актуальный для профилактики в стоматологии [49].

Действительно, в настоящее время подушевой принцип оплаты амбулаторной ПМСП является основным в части оплаты ПМСП, оказываемой медицинскими организациями территориально прикрепленному населению, т.е. оплата ПМСП производится по дифференцированным подушевым нормативам. Сумма подушевого финансирования определяется численностью прикрепленного населения и дифференцированными подушевыми нормативами, рассчитываемыми от базового подушевого

норматива с учетом половозрастных коэффициентов, отражающих потребность различных возрастно-половых групп в затратах на лечение [50,51].

При этом в системе ОМС в большинстве регионов страны оплата первичной стоматологической помощи исключена из подушевого финансирования, на ее оплату выделяется доля (%) от подушевого норматива, при оплате распределяемая по стоматологическим медицинским организациями за выполненное количество УЕТ [52].

Известно, что в среднем норматив финансирования амбулаторной ПМСП по профилю «стоматология», например, в 2014 г. составил 6,0% подушевого норматива, в среднем 364,89 руб. на 1 жителя России. Однако главные врачи стоматологических клиник считают подушевой способ оплаты первичной стоматологической помощи неэффективным в условиях декларирования профилактики стоматологических заболеваний – это противоречие между сдельной оплатой труда специалистов и перспективной (предварительной) формой оплаты первичной стоматологической помощи, которая не зависит от выполненных объемов [21,35,42].

О целесообразности применения того или иного способа оплаты можно судить как с позиции финансирующей стороны, так и с позиции получателя средств. В условиях финансовых ограничений наиболее актуальным способом оплаты для медицинских организаций – оплата по КСГ, для финансирующей стороны (СМО и ТФОМС) – по подушевому нормативу, позволяющему априори определить финансовые затраты. Несмотря на отсутствие единого мнения по данному вопросу, эксперты согласны с принципиальным подходом к выбору способа оплаты – обеспечению доступности, качества и экономической заинтересованности всех участников системы ОМС [53].

Исследователи сообщают, что на практике применяется способ оплаты либо по выполненным объемам стоматологической помощи (посещения, обращения, УЕТ), либо по подушевому нормативу [38,40,52].

По мнению авторов, приоритетом в развитии современной стоматологии является государственно-частное партнерство. Действительно, стоматология является одним из немногих профилей ПМСП, адаптированных к рыночным условиям. Стоматологические организации привлекают все возможные источники дохода: бюджетные средства, средства ОМС, средства от приносящей доход деятельности, при этом большую часть доходов (до 80,0%) – именно от платной, приносящей доход деятельности, регламентированной в соответствии с Гражданским кодексом РФ. Много работ посвящено совершенствованию организационных и медицинских технологий с использованием новых материалов и оборудования [7,27,28,31,33].

Однако, несмотря на достигнутые успехи, считается, что в стоматологии остаются нерешенными вопросы профилактики, диспансеризации и диспансерного наблюдения, совершенствования организации и оплаты стоматологической помощи, решение которых позволит значительно улучшить качество и гарантировать доступность стоматологической помощи гражданам страны [34,54,55].

Заключение

Обзор научной литературы и нормативной правовой документации позволил выявить проблемные моменты в организации и оплате стоматологической помощи в целях определения перспективных направлений научного исследования.

Дополнительная информация

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, о которых необходимо сообщить в связи с публикацией данной статьи.

Литература

1. The World Oral Health Report 2003: Continuous improvement of oral health in the 21st Century – The approach of the WHO Global Oral Health

Programme // Community Dentistry and Oral Epidemiology. 2004. Vol. 31, Suppl. 1. P. 3-23. doi:10.1046/j..2003.com122.x

2. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016 // *Lancet*. 2017. Vol. 390, №10100. P. 1211-1259. doi:10.1016/S0140-6736(17)32154-2
3. Тамазян Н.Г. Обзор проблем в оказании стоматологической помощи и пути их решения // *Международный студенческий научный вестник*. 2016. №2. С. 48. Доступно по: <http://eduherald.ru/ru/article/view?id=15870>. Ссылка активна на 10 августа 2020.
4. Кузьмина Э.М., Янушевич О.О. Профилактическая стоматология. М.: Практическая медицина; 2017.
5. Леус П.А., Матвеев А.М. Использование европейских индикаторов стоматологического здоровья для мониторинга системы стоматологической помощи населению // *Dental Forum*. 2014. №1(52). С. 21-26.
6. Jepsen S., Blanco J., Buchalla W., et al. Prevention and control of dental caries and periodontal diseases at individual and population level: consensus report of group 3 of joint EFP/ORCA workshop on the boundaries between caries and periodontal diseases // *Journal of Clinical Periodontology*. 2017. Vol. 44, Suppl. 18. P. S85-S93. doi:10.1111/jcpe.12687
7. Большов И.Н. Научное обоснование повышения доступности стоматологической помощи сельскому населению с применением территориально-адаптированных организационных технологий. Дис. ... канд. мед. наук. М.; 2018.
8. Аврамова О.Г., Кулаженко Т.В., Шевченко О.В., и др. Улучшение стоматологического здоровья населения в результате приоритета профилактики, диспансеризации и воспитания здорового образа жизни // *Здоровье и образование в XXI веке*. 2017. Т. 19, №3. С. 9-12.
9. Hosseinpoor A.R., Itani L., Petersen P.E. Socio-economic inequality in oral healthcare coverage: results from the World Health Survey // *Journal of Dental Research*. 2011. Vol. 91, №3. P. 275-281. doi:10.1177/0022034511432341
10. Health at a Glance 2017: OECD Indicators. Available at: https://www.oecd-ilibrary.org/health-at-a-glance-2017_5jfqgv50kpkj.pdf?itemId=%2Fcontent%2Fpublication%2Fhealth_glance-2017-en&mimeType=pdf. Accessed: 2020 August 10.
11. Fisher J., Selikowitz H.-S., Mathur M., et al. Strengthening oral health for universal health coverage // *Lancet*. 2018. Vol. 392, №10151. P. 899-901. doi:10.1016/S0140-6736(18)31707-0
12. Черников А.А., Терза Н.В. Медико-социальные аспекты оказания ортопедической стоматологической помощи // *Врач-аспирант*. 2013. №5(60). С. 103-109.
13. Цепов Л.М., Николаев А.И., Щербакова Т.Е., и др. Качество оказания медицинской помощи в крупной стоматологической поликлинике (по результатам опроса-анкетирования пациентов) // *Вестник Смоленской государственной медицинской академии*. 2017. Т. 16, №1. С. 153-159.
14. Кузнецов С.В. Комплексная стоматологическая реабилитация пациентов пожилого и старческого возраста. Дис. ... д-ра мед. наук. М.; 2015.
15. Гринин В.М., Абаев З.М., Афанасьева С.С. Особенности обращаемости за стоматологической помощью лиц пожилого и старческого возраста в условиях многопрофильной поликлиники // *Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова*. 2014. Т. 9, №3. С. 61-66.
16. Кочкина Н.Н., Красильникова М.Д., Шишкин С.В. Доступность и качество медицинской помощи в оценках населения. Препринт WP8/2015/03. М.: Издательский Дом Высшей школы экономики; 2015.
17. Родина Т.С. Особенности стоматологической патологии у лиц старших возрастных групп // *Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова*. 2015. №3. С. 140-147.
18. Хорева О.О. Совершенствование организации стоматологической помощи гражданам пожилого возраста и инвалидам, проживающим в организациях социального обслуживания. Дис. ... канд. мед. наук. М.; 2017.
19. Параскевич В.Л. Дентальная имплантология. Основы теории и практики. Мн.: ООО «Юнипресс»; 2002.
20. Хоббек Д.А., Уотсон Р.М., Сизн Л.Дж.Дж.; Миргазизова М.З., ред. Руководство по дентальной имплантологии; пер. с англ. 2-е изд. М.: МЕДпресс-информ; 2010.
21. Бойков М.И., Бутова В.Г., Зуев М.В. Проектирование реальных затрат на обеспечение стоматологической помощью населения в системе ОМС // *Стоматология*. 2016. Т. 95, №6, вып. 2. С. 117-118.
22. Викторов В.Н., Козлова Н.Е., Денисова Т.Г., и др. Развитие стоматологической службы за рубежом // *Здравоохранение Чувашии*. 2013. №3. С. 92-97.
23. Liaropoulos L., Goranitis I. Health care financing and the sustainability of health systems // *International Journal for Equity in Health*. 2015. Vol. 14. P. 80. doi:10.1186/s12939-015-0208-5
24. Бутова В.Г. Бойков М.И., Бычков В.И. Формирование объема медицинской помощи в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи при стоматологических заболеваниях // *Российский стоматологический журнал*. 2015. Т. 19, №5. С. 32-35.
25. Данилов Е.О. Проблемы организации стоматологической помощи в системе ОМС // *Институт стоматологии*. 2008. №3(40). С. 22-23.
26. Шевченко Р. Гузель Улумбекова: необходимо строить эффективную систему ОМС // *Медвестник*. Доступно по: <https://medvestnik.ru/content/articles/Guzel-Ulumbekova-neobhodimo-stroit-efektivnuu-sistemu-OMS.html>. Ссылка активна на 10 августа 2020.
27. Бабенко А.И., Кострубин С.А., Бабенко Е.А.

- Обращаемость взрослого населения в территориальную стоматологическую поликлинику и востребованность медицинских технологий // Медицина в Кузбассе. 2017. Т. 16, №4. С. 85-91.
28. Бездетко Г.И. Совершенствование организационных форм оказания медицинской помощи по ортопедической стоматологии в амбулаторных условиях. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М.; 2019.
29. Вагнер В.Д., Бульчева Е.А. Качество стоматологической помощи: характеристики и критерии // Стоматология. 2017. Т. 96, №1. С. 23-24. doi:10.17116/stomat201796123-24
30. Гайдаров Г.М., Ломакина Е.А., Алексеева Н.Ю. Эффективность системы управленческого учёта и отчётности в медицинской организации при оказании стоматологической помощи населению // Acta Biomedica Scientifica (East Siberian Biomedical Journal). 2018. Т. 3, №1. С. 99-104. doi:10.29413/ABS.2018-3.1.15
31. Чернавский А.Ф., Леонова О.М. Реорганизация стоматологических учреждений как ресурс развития стоматологической службы // Вестник Тамбовского университета. Серия: Естественные и технические науки. 2017. Т. 22, №6-2. С. 1586-1592. doi:10.20310/1810-0198-2017-22-6-1586-1592
32. Юрьев В.К., Моисеева К.Е., Глущенко В.А., и др. Основы организации стоматологической помощи населению. СПб.: СПбГПМУ; 2011.
33. Леонтьев В.К. Модели стоматологической помощи населению в условиях рынка // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация. 2011. №16-1(111). С. 5-11.
34. Духанина И.В., Хан А.И., Золотарева О.В., и др. Модель организации выездной стоматологической помощи работникам сельского хозяйства // Современные проблемы науки и образования. 2015. №4. Доступно по: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=21305>. Ссылка активна на 10 августа 2020.
35. Бутова В.Г., Бойков М.И. Оплата по посещениям амбулаторной медицинской помощи в системе ОМС по профилю «Стоматология» // Стоматология. 2016. Т. 95, №2. С. 68-72. doi:10.17116/stomat201695268-72
36. Викторов В.Н., Загребаяева Е.А. Проблемы учета и планирования стоматологической помощи в системе ОМС // Экономика и Менеджмент в Стоматологии. 2017. №2(52). С. 54-60.
37. Лучинский А.В. Реализация государственных гарантий на оказание стоматологической помощи гражданам Российской Федерации в амбулаторных условиях. Дис. ... канд. мед. наук. М.; 2017.
38. Успенская И.В., Петина И.А., Юрина С.В. Финансовое обеспечение и порядок оплаты первичной медико-санитарной помощи, оказываемой амбулаторно. Рязань: РИО РязГМУ; 2017.
39. Найговзина Н.Б., Лучинский А.В. Анализ объемов и стоимости стоматологической помощи, оказываемой в амбулаторных условиях // Стоматология. 2016. Т. 95, №4. С. 76-82. doi:10.17116/stomat201695476-82
40. Пирогов М.В. Стоматологическая помощь в системе ОМС. Планирование и оплата // Экономист лечебного учреждения. 2016. №11(119). С. 4-23.
41. Харитоновна М.П., Русакова И.В., Егорова О.В. Повышение эффективности оказания медицинской помощи при переходе на новую систему учета работы врачей стоматологов по клиникостатистическим группам (г. Екатеринбург) // Экономика и Менеджмент в стоматологии. 2015. №2(46). С. 20-25.
42. Шипова В.М., Абаев З.М.; Хабриева Р.У., ред. Нормы труда в стоматологии. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2016.
43. Шипова В.М. Нормирование труда в стоматологии // Заместитель главного врача. 2015. №7 (110). С. 24-35.
44. Любова О.Ю. Обращение к главным внештатным специалистам стоматологам субъектов РФ главного врача ГАУЗ АО «Архангельская областная клиническая стоматологическая поликлиника», главного внештатного специалиста стоматолога Министерства здравоохранения Архангельской области. Архангельск; 2015.
45. Шипова В.М.; Хабриев Р.У., ред. Современные подходы к планированию и развитию сети медицинских организаций. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2014.
46. Бутова В.Г., Бойков М.И., Алпатов Л.М., и др. Проблемы формирования территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи при стоматологических заболеваниях // Институт стоматологии. 2014. №2 (63). С. 10-13.
47. Шипова В.М., Воронцов Т.Н. Современные проблемы планирования медицинской помощи // Бюллетень Национального научно-исследовательского института здоровья имени Н.А. Семашко. 2014. №1. С. 306-310.
48. Борисенко И.И., Бутова В.Г., Бойков М.И., и др. Оплата стоматологической помощи, предоставляемой в амбулаторных условиях по клиникостатистическим группам в системе ОМС // Российский стоматологический журнал. 2016. Т. 20, №1. С. 42-47. doi:10.18821/1728-28022016;20(1):42-47
49. Обухова О.В., Кадыров Ф.Н. Эффективные способы оплаты медицинской помощи в свете программы государственных гарантий // Менеджер здравоохранения. 2013. №11. С. 6-13.
50. Линденбратен А.Л., Гришина Н.К., Ситгареев Р.Р., и др. Основные направления совершенствования первичной медико-санитарной помощи в условиях подушевого финансирования // Polish Journal of Science. 2018. №5. С. 16-18.
51. Шейман И.М. Проблемы перехода на подушевой принцип оплаты первичной медико-санитарной помощи // Вопросы государственного и муницип

- ципального управления. 2016. №4. С. 143-164.
52. Юрина С.В. Структура стоматологической патологии, тенденции в оказании и оплате первичной стоматологической помощи. В кн.: Инновационные технологии в медицине: взгляд молодого специалиста: материалы III Всероссийской научной конференции молодых специалистов, аспирантов, ординаторов; Рязань, 14-15 сентября 2017 г. Рязань; 2017. С. 109-111.
53. Бутова В.Г., Бойков М.И., Зуев М.В. Способы оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях по профилю «стоматология» в условиях обязательного медицинского страхования // Институт стоматологии. 2015. №2(67). С. 26-28.
54. Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г. Доступно по: http://nrma.ru/Reform/zdr_conception_2020.shtml. Ссылка активна на 10 августа 2020.
55. Мещеряков Д.Г. Теоретическое обоснование и разработка механизмов повышения эффективности стоматологической помощи населению. Дис. ... д-ра мед. наук. М.; 2006.
- References**
1. The World Oral Health Report 2003: Continuous improvement of oral health in the 21st Century – The approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2004;31(Suppl 1):3-23. doi:10.1046/j.2003.com122.x
 2. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2017;390(10100):1211-59. doi:10.1016/S0140-6736(17)32154-2
 3. Tamazyan NG. Obzor problem v okazanii stomatologicheskoy pomoshchi i puti ikh resheniya. *Mezhdunarodnyy Studencheskiy Nauchnyy Vestnik*. 2016;(2):48. Available at: <http://eduherald.ru/ru/article/view?id=15870>. Accessed: 2020 August 10. (In Russ).
 4. Kuz'mina EM, Yanushevich OO. *Profilakticheskaya stomatologiya*. Moscow: Prakticheskaya meditsina; 2017.
 5. Leous PA, Matveev AM. Application of European Oral Health Indicators for monitoring of oral health care system in Belarus. *Dental Forum*. 2014;(1):21-6. (In Russ).
 6. Jepsen S, Blanco J, Buchalla W, et al. Prevention and control of dental caries and periodontal diseases at individual and population level: consensus report of group 3 of joint EFP/ORCA workshop on the boundaries between caries and periodontal diseases. *Journal of Clinical Periodontology*. 2017;44 (suppl 18):S85-93. doi:10.1111/jcpe.12687
 7. Bol'shov IN. Nauchnoye obosnovaniye povysheniya dostupnosti stomatologicheskoy pomoshchi sel'skomu naseleniyu s primeneniyyem territorial'no-adaptirovannykh organizatsionnykh tekhnologiy [dissertation]. Moscow; 2018. (In Russ).
 8. Avraamova OG, Kulajenko TV, Shevchenko OV, et al. Improvement of dental health in population as a result of the priority of prevention, clinical examination and education of healthy lifestyle. *Health & Education Millennium*. 2017;19(3):9-12. (In Russ).
 9. Hosseinpoor AR, Itani L, Petersen PE. Socio-economic inequality in oral healthcare coverage: results from the World Health Survey. *Journal of Dental Research*. 2011;91(3):275-81. doi:10.1177/0022034511432341
 10. Health at a Glance 2017: OECD Indicators. Available at: https://www.oecd-ilibrary.org/health-at-a-glance-2017_5jfqgv50kpkj.pdf?itemId=%2Fcontent%2Fpublication%2Fhealth_glance-2017-en&mimeType=pdf. Accessed: 2020 August 10.
 11. Fisher J, Selikowitz H-S, Mathur M, et al. Strengthening oral health for universal health coverage. *Lancet*. 2018;392(10151):899-901. doi:10.1016/S0140-6736(18)31707-0
 12. Chernikov AA, Tegza NV. Health social aspects of the provision of orthopedic dental care. *Vrach-aspitant*. 2013;(5):103-9. (In Russ).
 13. Tsepov LM, Nikolaev AI, Scherbakova TYe, et al. Quality of medical care in a large dental polyclinic (results of the patients survey). *Vestnik Smolenskoy Gosudarstvennoy Medicinskoy Akademii*. 2017;16(1):153-9. (In Russ).
 14. Kuznetsov SV. Kompleksnaya stomatologicheskaya reabilitatsiya patsiyentov pozhilogo i starcheskogo vozrasta [dissertation]. Moscow; 2015. (In Russ).
 15. Grinin VM, Abaev ZM, Afanasiev SS. The features uptake of dental care of elderly and senile in conditions of the multidisciplinary clinic. *Bulletin of Pirogov National Medical & Surgical Center*. 2014;9(3):61-6. (In Russ).
 16. Kochkina NN, Krasil'nikova MD, Shishkin SV. *Dostupnost' i kachestvo meditsinskoy pomoshchi v otsenkakh naseleniya. Preprint WP8/2015/03*. Moscow: Publishing House of the Higher School of Economics; 2015. (In Russ).
 17. Rodina TS. The peculiarities of dental pathology in people of elder age groups. *I.P. Pavlov Russian Medical Biological Herald*. 2015;(3):140-7. (In Russ).
 18. Khoreva OO. Sovershenstvovaniye organizatsii stomatologicheskoy pomoshchi grazhdanam pozhilogo vozrasta i invalidam, prozhivayushchim v organizatsiyakh sotsial'nogo obsluzhivaniya [dissertation]. Moscow; 2017. (In Russ).
 19. Paraskevich VL. *Dental'naya implantologiya. Osnovy teorii i praktiki*. Minsk: Unipress LLC; 2002. (In Russ).
 20. Hobkirk JA, Watson RM, Searson LJJ, Mirgazizova MZ, editor. *Introducing Dental Implants*; translated from English. Moscow: MEDpress-inform; 2007. (In Russ).
 21. Boykov MI, Butova VG, Zuev MV. Designing the real costs of providing dental care to the population in the system of Compulsory Medical Insurance. *Stomatology*. 2016;95(6-2):117-8. (In Russ).
 22. Viktorov VN, Kozlova NE, Denisova TG, et al. Development of dental services abroad. *Zdravooхранenie Chuvashii*. 2013;(3):92-7. (In Russ).
 23. Liaropoulos L, Goranitis I. Health care financing

- and the sustainability of health systems. *International Journal for Equity in Health*. 2015;14:80. doi:10.1186/s12939-015-0208-5
24. Butova VG, Boikov MI, Bychkov VI. Formation of health services in the program of state guarantees of free provision of medical care for dental problems. *Rossiyskiy Stomatologicheskii Zhurnal*. 2015;19(5):32-5. (In Russ).
 25. Danilov EO. Problemy organizatsii stomatologicheskoy pomoshchi v sisteme OMS. *The Dental Institute*. 2008;(3):22-3. (In Russ).
 26. Shevchenko R. Guzel' Ulumbekova: neobkhodimo stroit' effektivnyuyu sistemu OMS. *Medvestnik*. Available at: <https://medvestnik.ru/content/articles/Guzel-Ulumbekova-neobkhodimo-stroit-effektivnyuyu-sistemu-OMS.html>. Accessed: 2020 August 10. (In Russ).
 27. Babenko AI, Kostrubin SA, Babenko EA. Appealing of adult population to territorial dental polyclinic and demand for medical technologies. *Medicine in Kuzbass*. 2017;16(4):85-91. (In Russ).
 28. Bezdetko GI. Sovershenstvovaniye organizatsionnykh form okazaniya meditsinskoy pomoshchi po ortopedicheskoy stomatologii v ambulatornykh usloviyakh [dissertation]. Moscow; 2019.
 29. Vagner VD, Bulycheva EA. The quality of dental care: characteristics and criteria. *Stomatology*. 2017;96(1):23-4. (In Russ). doi:10.17116/stomat201796123-24
 30. Gaidarov GM, Lomakina EA, Alekseeva NY. Efficiency of the system of management accounting and reporting in a medical organization when providing dental care to the population. *Acta Biomedica Scientifica (East Siberian Biomedical Journal)*. 2018;3(1):99-104. (In Russ). doi:10.29413/ABS.2018-3.1.15
 31. Chernavskiy AF, Leonova OM. Reorganization of dentistry institutions as a resource of dental service development. *Vestnik Tambovskogo Universiteta. Seriya Estestvennye i Tekhnicheskie Nauki*. 2017;22(6-2):1586-92. (In Russ). doi:10.20310/1810-0198-2017-22-6-1586-1592
 32. Yur'yev VK, Moiseyeva KE, Glushchenko VA, et al. *Osnovy organizatsii stomatologicheskoy pomoshchi naseleniyu*. Saint-Petersburg: SPbSPMU; 2011. (In Russ).
 33. Leontiev VK. Models of the stomatological help to the population in the conditions of the market (the concept of an optimum variant). *Nauchnye Vedomosti Belgorodskogo Gosudarstvennogo Universiteta. Seriya: Medicina. Farmatsiya*. 2011;(16-1):5-11. (In Russ).
 34. Dukhanina IV, Khan AI, Zolotareva OV, et al. Model of organizing on-site dental care to agricultural workers. *Modern Problems of Science and Education*. 2015;(4). Available at: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=21305>. Accessed: 2020 August 10. (In Russ).
 35. Butova VG, Boikov MI. Out-patient dental service visit costs in obligatory insurance system. *Stomatology*. 2016;95(2):68-72. (In Russ). doi:10.17116/stomat201695268-72
 36. Viktorov VN, Zagrebayeva EA. Problemy ucheta i planirovaniya stomatologicheskoy pomoshchi v sisteme OMS. *Ekonomika i Menedzhment v Stomatologii*. 2017;(52):54-60. (In Russ).
 37. Luchinskiy AV. Realizatsiya gosudarstvennykh garantiy na okazaniye stomatologicheskoy pomoshchi grazhdanam Rossiyskoy Federatsii v ambulatornykh usloviyakh [dissertation]. Moscow; 2017. (In Russ).
 38. Uspenskaya IV, Petina IA, Yurina SV. *Finansovoye obespecheniye i poryadok oplaty pervichnoy mediko-sanitarnoy pomoshchi, okazyvayemoy ambulatorno*. Ryazan': EPD RyazSMU; 2017. (In Russ).
 39. Naygovzina NB, Luchinskiy AV. Technological features of metal-ceramic prosthesis frameworks manufactured from domestic alloys of precious and base metals. *Stomatology*. 2016;95(4):76-82. (In Russ). doi:10.17116/stomat201695476-82
 40. Pirogov MV. Dental care in compulsory health insurance system. Planning and payment. *Economist of Medical Institution*. 2016;(11):4-23. (In Russ).
 41. Kharitonova MP, Rusakova IV, Egorova OV. Povysheniye effektivnosti okazaniya meditsinskoy pomoshchi pri perekhode na novuyu sistemu ucheta raboty vrachey stomatologov po kliniko-statisticheskim gruppam (g. Ekaterinburg). *Ekonomika i Menedzhment v Stomatologii*. 2015;(46):20-5. (In Russ).
 42. Shipova VM, Abayev ZM; Khabriyeva RU, editor. *Normy truda v stomatologii*. Moscow: GEOTAR-Media; 2016. (In Russ).
 43. Shipova VM. Normirovaniye truda v stomatologii. *Zamestitel' Glavnogo Vracha*. 2015;(7):24-35. (In Russ).
 44. Lyubova OYu. *Obrashchenie k glavnym vneshtatnym specialistam stomatologam sub'ektov RF glavnogo vracha GAUZ AO «Arhangel'skaya oblastnaya klinicheskaya stomatologicheskaya poliklinika», glavnogo vneshtatnogo specialista stomatologa Ministerstva zdravoohraneniya Arhangel'skoj oblasti*. Arhangel'sk; 2015. (In Russ).
 45. Shipova VM; Khabriyev RU, editor. *Sovremennyye podkhody k planirovaniyu i razvitiyu seti meditsinskikh organizatsiy*. Moscow: GEOTAR-Media; 2014. (In Russ).
 46. Butova VG, Baikov MI, Alpatova LM, et al. Problems of development of the territorial state benefits to citizens of the medical care in case of dental diseases. *The Dental Institute*. 2014;(2):10-3. (In Russ).
 47. Shipova VM, Vorontsov TN. Current problems of health care planning. *Byulleten' Natsional'nogo Nauchno-Issledovatel'skogo Instituta Zdorov'ya imeni N.A. Semashko*. 2014;(1):306-10. (In Russ).
 48. Borisenko II, Butova VG, Boykov MI, et al. The payment of dental help, given in ambulatory conditions for clinical and statistical groups. *Russian Journal of Dentistry*. 2016;20(1):42-7. (In Russ). doi:10.18821/1728-28022016;20(1):42-47
 49. Obuhova OV, Kadyrov FN. Effective ways to pay for health care of the government guarantee program. *Menedzher Zdravoohraneniya*. 2013; (11):6-13. (In Russ).

50. Lindenbraten AL, Grishina NK, Saitgareev RR, et al. The main directions of improving primary health care in terms of per capita financing. *Polish Journal of Science*. 2018;(5):16-8. (In Russ).
51. Sheiman IM. Problems of transition to the capitation method of primary care payment. *Public Administration Issues*. 2016;(4):143-64. (In Russ).
52. Yurina SV. *Struktura stomatologicheskoy patologii, tendentsii v okazanii i oplate pervichnoy stomatologicheskoy pomoshchi*. In: *Innovatsionnyye tehnologii v meditsine: vzglyad molodogo spetsialista: materialy III Vserossiyskoy nauchnoy konferentsii molodykh spetsialistov, aspirantov, ordinatov; Ryazan', 14-15 September 2017*. Ryazan'; 2017. P. 109-11. (In Russ).
53. Butova VG, Boikov MI, Zuev MV. Payment options of medical help delivered in ambulatory conditions in specialization «dentistry» in conditions of compulsory medical insurance. *The Dental Institute*. 2015;(2):26-8. (In Russ).
54. Kontseptsiya razvitiya sistemy zdravookhraneniya v Rossiyskoy Federatsii do 2020. Available at: http://nrma.ru/Reform/zdr_conception_2020.shtml. Accessed: 2020 August 10. (In Russ).
55. Meshcheryakov DG. *Teoreticheskoye obosnovaniye i razrabotka mekhanizmov povysheniya effektivnosti stomatologicheskoy pomoshchi naseleleniyu* [dissertation]. Moscow; 2006. (In Russ).

Информация об авторах [Authors Info]

Успенская Ирина Владимировна – д.м.н., профессор кафедры экономики, права и управления здравоохранением, Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова; заместитель директора по экономическим вопросам, Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Рязанской области, Рязань, Российская Федерация.
SPIN: 6094-2737, ORCID ID: 0000-0002-3163-5688.

Irina V. Uspenskaya – MD, PhD, Professor of Department of Economics, Law and Healthcare Management, Ryazan State Medical University; Deputy Director for Economic Affairs, Territorial Compulsory Medical Insurance Fund of the Ryazan Region, Ryazan, Russian Federation.
SPIN: 6094-2737, ORCID ID: 0000-0002-3163-5688.

Юрина Светлана Васильевна – ассистент кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом организации здравоохранения ФДПО, Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова; заместитель директора по медицинским вопросам, Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Рязанской области, Рязань, Российская Федерация.
SPIN: 2731-5534, ORCID ID: 0000-0002-5107-3379.

Svetlana V. Yurina – Assistant of the Department of Social Health and Healthcare with a Course of Healthcare Organization of Faculty of Additional Professional Education, Ryazan State Medical University; Deputy Director for Medical Affairs, Territorial Compulsory Medical Insurance Fund of the Ryazan Region, Ryazan, Russian Federation.
SPIN: 2731-5534, ORCID ID: 0000-0002-5107-3379.

***Манухина Елена Васильевна** – к.м.н., доцент кафедры экономики, права и управления здравоохранением, Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова; директор, Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Рязанской области, Рязань, Российская Федерация. e-mail: manuxina.ev@tfoms-rzn.ru
SPIN: 5924-6540, ORCID ID: 0000-0001-9784-9454.

Elena V. Manukhina – MD, PhD, Associate Professor of the Department of Economics, Law and Health Management, Ryazan State Medical University; Director, Territorial Compulsory Medical Insurance Fund of the Ryazan Region, Ryazan, Russian Federation. e-mail: manuxina.ev@tfoms-rzn.ru
SPIN: 5924-6540, ORCID ID: 0000-0001-9784-9454.

Пешков Михаил Владимирович – к.м.н., ассистент кафедры терапевтической и детской стоматологии, Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова; зав. терапевтическим отделением, Стоматологическая поликлиника №1, Рязань, Российская Федерация.
SPIN: 2006-6551, ORCID ID: 0000-0002-0610-1078.

Michail V. Peshkov – MD, Assistant of the Department of Therapeutic and Pediatric Dentistry, Ryazan State Medical University; Head of the Therapeutic Department, Dental Polyclinic №1, Ryazan, Russian Federation.
SPIN: 2006-6551, ORCID ID: 0000-0002-0610-1078.

Тишкина Лариса Николаевна – аспирант кафедры экономики, права и управления здравоохранением, Рязанский государственный университет им. акад. И.П. Павлова; врач стоматолог ортопед, Стоматологическая поликлиника №1, Рязань, Российская Федерация.
SPIN: 8698-4018, ORCID ID: 0000-0003-4021-3695.

Larisa N. Tishkina – PhD-Student of the Department of Economics, Law and Healthcare Management, Ryazan State Medical University; Dentist Orthopedist Dental Polyclinic №1, Ryazan, Russian Federation.
SPIN: 8698-4018, ORCID ID: 0000-0003-4021-3695.

Цитировать: Успенская И.В., Юрина С.В., Манухина Е.В., Пешков М.В., Тишкина Л.Н. Обзор научной литературы и нормативной правовой документации по организации и оплате стоматологической помощи // Наука молодых (Eruditio Juvenium). 2021. Т. 9, №1. С. 107-120. doi:10.23888/HMJ202191107-120

To cite this article: Uspenskaya IV, Yurina SV, Manukhina EV, Peshkov MV, Tishkina LN. Review of scientific literature and normative legal documentation for organization of and payment for dental care. *Science of the young (Eruditio Juvenium)*. 2021;9(1):107-20. doi:10.23888/HMJ202191107-120

Поступила / Received: 10.08.2020
Принята в печать / Accepted: 01.03.2021