



**Государственное автономное
учреждение здравоохранения
«СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ
ПОЛИКЛИНИКА»
города Орска**

462431, г. Орск, ул. Краева, 12
телефон: (3537) 21-51-22
телефакс: (3537) 21-51-22
E-mail: stpol@mail.orska.ru
ОКПО 11928426, ОГРН 1025601933466
ИНН/КПП 5614004574/561401001

ПРИКАЗ

22 марта 2016 г. № 40.1

г. Орск

**Об утверждении изменений № 1 в порядок оказания медицинской
стоматологической помощи льготной категории граждан**

В соответствии с Постановлением Правительства Оренбургской области № 990-П от 24.12.2015 года « Об утверждении территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам на территории Оренбургской области медицинской помощи на 2016 год», руководствуясь распоряжением МЗ ОО № 41 от 14.01.2016 года «О порядке и условиях бесплатного изготовления и ремонта зубных протезов льготной категории граждан», распоряжением МЗ ОО № 588 от 15.03.2016 года « О внесении изменений в распоряжение Министерства Здравоохранения Оренбургской области от 14.01.2016 года № 41», информационным письмом МЗ ОО по льготному зубопротезированию № 2460/10 от 16.03.2016 года

Приказы в аю:

1. Утвердить Изменение № 1 в Порядок оказания медицинской стоматологической помощи льготным категориям граждан в ортопедическом отделении ГАУЗ «СП» г.Орска, утверждённый приказом № 107 от 30.09.2014 года, с марта 2016 года.
2. Заведующему ортопедическим отделением Трубину А.А. ознакомить под роспись врачей, зубных техников, медицинских регистраторов с утверждённым Изменением № 1.
3. Программисту Бондаренко Д.В., разместить распоряжение МЗ ОО № 41 от 14.01.2016 года «О порядке и условиях бесплатного изготовления и ремонта зубных протезов льготной категории граждан», распоряжение МЗ ОО № 588 от 15.03.2016 года «О внесении изменений в распоряжение МЗ ОО от 14.01.2016 года № 41» на сайте учреждения в сети «Интернет».

4. Главному бухгалтеру Томиной А.А. ознакомить бухгалтеров по расчёту с рабочими и служащими с утвержденным Изменением № 1.
5. Специалисту по кадрам Неудачиной Г.Г. ознакомить всех вышеуказанных должностных лиц под роспись.
6. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на зам.главного врача по мед.части Швыркову Л.Т.

Главный врач



Е.И. Прыткова

ИЗМЕНЕНИЕ №1

В Порядок оказания медицинской стоматологической помощи
льготным категориям граждан в ортопедическом отделении в ГАУЗ
«СП» г. Орека.

1. Срок эксплуатации зубных протезов до замены - не менее трех лет. Внеочередное повторное зубопротезирование проводится в зависимости от медицинских показаний или технического состояния изделия согласно заключению экспертной комиссии.

2. Ремонт зубных протезов в течение года со дня изготовления протеза осуществляется за счет средств медицинской организации, изготовившей протез, последующий ремонт - за счет средств бюджета Оренбургской области.

3. При бесплатном изготовлении и ремонте зубных протезов использовать следующий перечень материалов:

- слепочные альгинатные массы импортного производства;
- гипс отечественного производства;
- пластмасса для изготовления съемных протезов отечественного производства;
- воск отечественного производства;
- металлы отечественного производства;
- припой отечественного производства;
- лаки отечественного производства;
- гильзы отечественного производства;
- искусственные зубы импортного производства;
- кламерная проволока отечественного производства;
- паковочные массы импортного производства;
- тигли импортного производства;
- цементы для фиксации протезов отечественного производства;
- другие стоматологические материалы и изделия медицинского назначения в соответствии с «Нормами расходов материалов и инструментов на единицу изделия» приказа МЗ СССР от 12.06.1984 № 670 «О мерах по дальнейшему улучшению стоматологической помощи населению».

4. Тарифы по видам ортопедических работ для бесплатного изготовления и ремонта зубных протезов.

Вид работы	Стоимость (руб.)
1. Одночная штампованная коронка	984,00
2. Одночная пластмассовая коронка	929,00
3. Штампованная коронка с пластмассовой облицовкой	1221,00
4. Частичный съемный пластмассовый протез из пластмассы с искусственными зубами от 1 до 6	2646,00
5. Частичный съемный пластмассовый протез из пластмассы с искусственными зубами от 6 до 13	2946,00
6. Полный съемный пластмассовый протез на верхнюю челюсть	3939,00

7. Полный съемный пластинчатый протез на нижнюю челюсть	3930,00
8. Мостовидные штампованно - паяные протезы из стали и протезы из стали с пластмассовой облицовкой, промежуточная часть не более 1-го зуба из стандартного, индивидуального	2384,00
9. Мостовидные штампованно — паяные протезы из стали и протезы из стали с пластмассовой облицовкой, промежуточная часть не более 2-х зубов из стандартного, индивидуального	3088,00
10. Мостовидные штампованно - паяные протезы из стали и протезы из стали с пластмассовой облицовкой, промежуточная часть не более 3-х зубов из стандартного, индивидуального	3795,00
11. Биогельные протезы на гипсовой модели	6134,00
12. Ремонт съемного пластинчатого протеза - 1 перелом банна	490,00
13. Ремонт съемного пластинчатого протеза- 2 перелома банна	561,00
14. Ремонт съемного пластинчатого протеза после удаления зуба - приварка искусственного 1-го зуба, 1-го кламера	855,00
15. Ремонт пластмассовой облицовки штампованной коронки	442,00

5. Врачам ортопедического отделения:

- перед началом ортопедического лечения провести разъяснительную работу с пациентами о порядке и условиях бесплатного изготовления и ремонта зубных протезов льготной категории граждан в соответствии с утвержденными перечнями (Приложение №4 - №6) распоряжения министерства здравоохранения Оренбургской области от 15.03.2016г. №588 «О внесении изменений в распоряжение министерства здравоохранения Оренбургской области от 14.01.2016г. №41» и информационным письмом МЗ ОО по льготному зубопротезированию №2460/10 от 16.03.2016г.;

- после согласования плана лечения с пациентом оформить информированное добровольное согласие на ортопедическое лечение и информированное добровольное согласие на ортопедическое лечение в рамках льготного зубопротезирования (Приложение №1);

- в случае отказа пациента от предложенных видов конструкций и материалов, которые будут использованы при изготовлении и ремонте зубных протезов оформить отказ от видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которое граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи (Приложение №2);

- не позднее 20 числа месяца сдать заведующему ортопедическим отделением для проверки медицинскую карту, заказ-наряд.

6. Работникам бухгалтерии по льготному зубопротезированию:

-на основании нарядов по законченному случаю оформить реестр лиц, имеющих право на меры социальной поддержки по зубопротезированию и сводный счет;

-ежемесячно до 1-го числа следующего за отчетным месяцем подготовить для представления в организационно-методический отдел ГАУЗ «Оренбургская областная клиническая стоматологическая поликлиника» на экспертизу Заявку с приложением Сводного счета и Реестр финансирования расходов, связанных с предоставлением меры социальной поддержки по бесплатному изготовлению и ремонту зубных протезов.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА
ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ В РАМКАХ ЛЬГОТНОГО
ЗУБОПРОТЕЗИРОВАНИЯ

(Фамилия, Имя, Отчество – ПОЛНОСТЬЮ)

Я, согласен (на) на льготное зубопротезирование в объеме не превышающим среднюю стоимость (7290 рублей) протезирования льготных категорий граждан, установленных приложением №6 в распоряжении МЗ ОО №588 от 15.03.2016г. «О внесении изменений в распоряжение МЗ ОО №41 от 14.01.2016г.

Я, предупрежден (а) о том, что протезирование будет проводиться из материалов и изделий медицинского назначения, определенных министерством здравоохранения Оренбургской области.

Я, предупрежден (а) о том, что протезирование будет проводиться в соответствии с установленными тарифами по видам ортопедических работ для бесплатного изготовления и ремонта зубных протезов.

Я, предупрежден (а) о том, что при наличии инвалидности теряю право на бесплатное зубопротезирование, так как пользуюсь льготой, установленной законодательством для инвалидов.

Я, предупрежден (а) о том, что имею право на бесплатное изготовление зубных протезов один раз в три года.

Я, ознакомлен (а) и согласен (на) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною понятны и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме.

С предложенным ортопедическим лечением согласен (на).

Дата _____ Подпись пациента _____

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА
ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ В РАМКАХ ЛЬГОТНОГО
ЗУБОПРОТЕЗИРОВАНИЯ

(Фамилия, Имя, Отчество – ПОЛНОСТЬЮ)

Я, согласен (на) на льготное зубопротезирование в объеме не превышающим среднюю стоимость (7290 рублей) протезирования льготных категорий граждан, установленных приложением №6 в распоряжении МЗ ОО №588 от 15.03.2016г. «О внесении изменений в распоряжение МЗ ОО №41 от 14.01.2016г.

Я, предупрежден (а) о том, что протезирование будет проводиться из материалов и изделий медицинского назначения, определенных министерством здравоохранения Оренбургской области.

Я, предупрежден (а) о том, что протезирование будет проводиться в соответствии с установленными тарифами по видам ортопедических работ для бесплатного изготовления и ремонта зубных протезов.

Я, предупрежден (а) о том, что при наличии инвалидности теряю право на бесплатное зубопротезирование, так как пользуюсь льготой, установленной законодательством для инвалидов.

Я, предупрежден (а) о том, что имею право на бесплатное изготовление зубных протезов один раз в три года.

Я, ознакомлен (а) и согласен (на) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною понятны и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме.

С предложенным ортопедическим лечением согласен (на).

Дата _____ Подпись пациента _____

**Отказ от видов медицинских вмешательств, включенных
в Перечень определенных видов медицинских вмешательств,
на которые граждане дают информированное добровольное
согласие при выборе врача и медицинской организации
для получения первичной медико-санитарной помощи**

Я, _____
(Ф. И. О. гражданина)

« ____ » _____ г. рождения, зарегистрированный
по адресу: _____
(Адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

при оказании мне первичной медико-санитарной помощи в

_____ (наименование медицинской организации)

отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее — виды медицинских вмешательств):

_____ (наименование вида медицинской вмешательства)

Медицинским работником _____
(Ф. И. О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния). Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой вид (такие виды) медицинского вмешательства.

_____ (подпись)

_____ (Ф. И. О. гражданина или законного представителя гражданина)

_____ (подпись)

_____ (Ф. И. О. медицинского работника)

« ____ » _____ г.
(Дата оформления)