



ТФОМС

ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Особенности кодирования медицинской помощи в 2020 году



**Заместитель директора
по медико-экспертной работе
Третьяков Дмитрий Александрович**



Условия оказания МП:

Круглосуточный стационар st.....(st19.029)
Дневной стационар ds.....(ds19.023)

Код профиля: st04..... (04) Гастроэнтерология
st31..... (31) Хирургия

ds05..... (05) Гематология
ds19..... (19) Онкология

Код КСГ: st10.001 Детская хирургия (Уровень 1)

ds23.001 Болезни органов дыхания

Код разгруппированных КСГ:
ds24.001.2 Остеопатии с применением
антирезорбтивных препаратов

Круглосуточный

стационар		КЗ
Код КСГ	Наименование КСГ	
st15.019	Эпилепсия (уровень 3)	3,16
st15.020	Эпилепсия (уровень 4)	4,84

Дневной

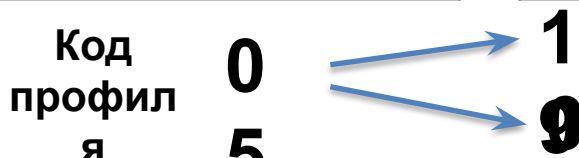
стационар		КЗ
Код КСГ	Наименование КСГ	
ds19.033	Госпитализация в диагностических целях с проведением биопсии и последующим проведением молекулярно-генетического и/или иммуногистохимического исследования	2,44

2019

2020

Код КСГ	Год	Наименование КСГ
st05.006.1 - st05.006.3/ ds05.003		Лекарственная терапия при остром лейкозе, взрослые
st05.007	ds05.004.1	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, взрослые (уровень 1)
	ds05.004.2	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, взрослые (уровень 2)
st05.009/ ds05.006		Лекарственная терапия злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы
st05.010/ ds05.007		Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети
st05.011/ ds05.008		Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, дети

Код КСГ	Год	Наименование КСГ
st19.059.1 - st19.059.3/ ds19.034		Лекарственная терапия при остром лейкозе, взрослые
st19.060	ds19.035.1	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, взрослые (уровень 1)
	ds19.035.2	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, взрослые (уровень 2)
st19.061/ ds19.036		Лекарственная терапия злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы
st08.002/ ds08.002		Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети
st08.003/ ds08.003		Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, дети



Стационар

2019/2020 год

359/364

Клинико-статистических
групп/подгрупп (КСГ)

Методические рекомендации по способам
оплаты МП за счет средств ОМС

414/380

Клинико-статистических
групп/подгрупп (КСГ)

Тарифное соглашение по ОМС на
территории СО

Случаи, для которых установлен коэффициент сложности лечения пациента	Значение коэффициента
<p>Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (критерии применения КСЛП представлены в Инструкции (письмо ФОМС от 13.12.2019 №17151/26-1/и))</p>	<p>1,4</p>
<p>Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции на фоне лечения нарушений, возникающих в перинатальном периоде</p>	<p>1,05</p>
<p>Проведение молекулярно-генетического исследования и/или иммуногистохимического исследования в целях диагностики злокачественных новообразований</p>	<p>1,06</p>

- При назначении антимикробных препаратов в парентеральной форме при условии проведения услуг с целью подтверждения антибиотикорезистентности
- В случаях **совпадения сроков** госпитализации по поводу основного заболевания и **первой** иммунизации против РСВ инфекции
- При выполнении диагностических исследований как после биопсии, так и после хирургического лечения по поводу ЗНО

Критерии применения КСЛП

применение
услуги/услуг

диагноз
услуги/услуг
подтверждает
наличие
инфекционного
процесса



применение не менее
одного ЛП в
парентеральной форме
из перечня МНН в
составе схем
антибактериальной и/или
антимикотической
терапии в течение не
менее чем 5 суток

№ п/п	Перечень МНН	МНН в перечне ЖНВЛП*
A1312	Линезолид	Да
A2319	Цефтаролина фосамил	Да
A713	Даптомицин	Да
A2027	Телаванцин	Да
A2025	Тедизолид	Да
A706	Далбаванцин	Нет
A2318	Цефтазидим+[Авибактам]	Да
A2320	Цефтолозан+[Тазобактам]	Да
A2074	Тигециклин	Да
A1394	Меропенем	Да
A839	Дорипенем	Нет
A2253	Фосфомицин	Да
A1791	Полимиксин В	Нет
A55	Азтреонам	Нет
A553	Вориконазол	Да
A1129	Каспофунгин	Да
A1444	Микафунгин	Да
A2221	Флуконазол	Да
A2489	Амфотерицин В липосомальный	Нет
A192	Амфотерицин В [липидный комплекс]	Нет
A202	Анидулафунгин	Нет
A2707	Цефепим+[Сульбактам]	Нет

* В случае необходимости применения ЛП, не входящих в перечень ЖНВЛП, решение об их назначении принимается врачебной комиссией.

Критерии применения КСЛП



проведение первой иммунизации против РСВ инфекции

сроки проведения иммунизации

госпитализация по поводу лечения нарушений, возникающих в перинатальном периоде, и являющихся показанием к иммунизации

проведение иммунизации против РСВ инфекции производится в МО, имеющих отделения второго этапа выхаживания новорожденных в соответствии с приказом МЗ СО от 02.03.2017 № 307-п «О профилактике РСВ инфекции у недоношенных детей, проживающих в Свердловской области».



услуга А25.30.035.101
«Первая иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)»

МКБ-10

основного диагноза услуги *P07.0 «Крайне малая масса тела при рождении»*
и
P27.1 «Бронхолегочная дисплазия, возникшая в перинатальном периоде»

Критерии применения КСЛП

Код услуги	Наименование услуги	Тариф, руб.				Примечание
		Коэффициент дифференциации - 1,105		Коэффициент дифференциации - 1,14		
		Дети	Взрослые	Дети	Взрослые	
1	2	3	4	5	6	7
Молекулярно-генетические исследования с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии, средний тариф - 16 665 руб.						
A08.30.040	Определение мутаций в генах MLH1, MSH2, MSH6, PMS2 иммуногистохимическим методом	7 636	7 636	7 715	7 715	Исследование методом ИГХ
A08.30.039	Определение экспрессии белка PDL1 иммуногистохимическим методом	6 196	6 196	6 235	6 235	Исследование методом ИГХ
A27.30.903	Молекулярно-генетическое исследование мутаций в гене Хромогранин, CD 56, Ki67, синаптофизин в биопсийном (операционном) материале	2 389	2 389	2 429	2 429	Исследование методом ИГХ
A08.30.038	Определение индекса пролиферативной активности экспрессии Ki67 иммуногистохимическим методом	2 107	2 107	2 133	2 133	Исследование методом ИГХ
A27.30.017.102	Молекулярно-генетическое исследование транслокаций гена ALK иммуногистохимическим методом	5 924	5 924	5 964	5 964	Исследование методом ИГХ
A08.30.013.101	Молекулярно-генетическое исследование белка к рецепторам HER2/neu с применением иммуногистохимических методов	2 339	2 339	2 371	2 371	Исследование методом ИГХ
A27.30.001	Определение микросателлитных повторов ДНК в биопсийном (операционном) материале методом ПЦР	6 328	6 328	6 376	6 376	Исследование методом ПЦР
A27.30.016	Молекулярно-генетическое исследование мутаций в гене EGFR в биопсийном (операционном) материале	15 718	15 718	15 757	15 757	Исследование методом ПЦР
A27.30.057	Определение метилирования гена MGMT в биопсийном (операционном) материале	9 185	9 185	9 225	9 225	Исследование методом ПЦР
A26.30.037.102	Молекулярно-биологическое исследование биопсийного (операционного) материала на вирус папилломы человека (Papilloma virus) высокого канцерогенного риска методом ПЦР	3 318	3 318	3 359	3 359	Исследование методом ПЦР
A27.30.022.101	Молекулярно-генетическое исследование транслокации t(11;22) в биопсийном (операционном) материале методом ПЦР	4 544	4 544	4 590	4 590	Исследование методом ПЦР

госпитализация по поводу хирургического лечения

Код диагноза МКБ-10

Класс C



Код фактически выполненной услуги в соответствии с Приложением 8 к Тарифному соглашению

Дневной стационар

2019/2020 год

150/153

**Клинико-статистических
групп/подгрупп (КСГ)**

Методические рекомендации по способам
оплаты МП за счет средств ОМС

189/185

**Клинико-статистических
групп/подгрупп (КСГ)**

Тарифное соглашение по ОМС на
территории СО

2019 год

ds36.004.1 - ds36.004.15

2020 год

ds36.004.1 - ds36.004.24

+ 9 КСГ

Нетакимаб *,**
Бенрализумаб*,**
Реслизумаб *,**
Меполизумаб *,**
Дупилумаб *
Сарилумаб *

Омализумаб 450 мг **
Омализумаб 600 мг **
Голимумаб 100 мг **

* Распоряжение Правительства РФ от 12 октября 2019 г. № 2406-р «Об утверждении перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения на 2020 год»;

** Согласование цен с Министерством здравоохранения Свердловской области

КСГ 2019	КСГ 2020	ЛП	Иммуновоспалительные заболевания			Тяжелая неконтролируемая атопическая БА/Атопическая эозинофильная БА	Идиопатическая хроническая крапивница	Иммунизация против РСВ инфекции
			Ревматологический профиль	Гастроэнтерологический профиль	Дерматологический профиль			
ds36.004.1	ds36.004.1	Этанерцепт	+		+			
	ds36.004.2	Нетакимаб			+			
ds36.004.2	ds36.004.3	Адалимумаб	+	+	+			
	ds36.004.4	Сарилумаб *	+					
ds36.004.3	ds36.004.5	Омализумаб 300 мг				+	+	
ds36.004.4	ds36.004.6	Секукинумаб 150 мг	+					
	ds36.004.7	Реслизумаб				+		
ds36.004.6	ds36.004.8	Тоцилизумаб	+					
ds36.004.5	ds36.004.9	Абатацепт	+					
ds36.004.7	ds36.004.10	Белимумаб	+					
ds36.004.8	ds36.004.11	Цертолизумаб	+	+				
	ds36.004.12	Омализумаб 450 мг				+		
	ds36.004.13	Меполизумаб				+		
	ds36.004.14	Дупилумаб *			+	+		
ds36.004.9	ds36.004.15	Голимумаб 50 мг	+	+				
	ds36.004.16	Омализумаб 600 мг				+		
ds36.004.10	ds36.004.17	Секукинумаб 300 мг			+			
ds36.004.11	ds36.004.18	Ритуксимаб	+					
ds36.004.12	ds36.004.19	Инфликсимаб	+	+	+			
ds36.004.13	ds36.004.20	Паливизумаб						+
ds36.004.14	ds36.004.21	Ведолизумаб		+				
	ds36.004.22	Голимумаб 100 мг	+	+				
	ds36.004.23	Бенрализумаб				+		
ds36.004.15	ds36.004.24	Устекинумаб	+	+	+			



ds 24.001.2 «Остеопатии с применением стимуляторов остеогенеза»



код МКБ-10
M80.0-M80.9; M81.0-
M81.6, M81.8-M81.9;
M82.0, M82.1, M82.8



Услуга по назначению лекарственного препарата

- A25.30.033.111 «Применение лекарственного препарата: Золедроновая кислота»

или

- A25.30.033.144 «Применение лекарственного препарата: Деносумаб».

ds 24.001.2 «Остеопатии с применением антирезорбтивных препаратов»

Код схемы	МНН лекарственных препаратов	Наименование и описание схемы	Количество дней введения в тарифе
sh265	Золедроновая кислота	Золедроновая кислота 1 раз в 3-4 недели	1
sh269	Деносуаб	Деносуаб 120 мг 1 раз в 4 недели	1



Случаи лекарственного лечения злокачественных новообразований у взрослых (кроме ЗНО кроветворной и лимфоидной ткани) (C00-C80, C97, D00-D09)

ds36.006.1	Злокачественное новообразование без специального противоопухолевого лечения (уровень 1)	
ds36.006.2	Злокачественное новообразование без специального противоопухолевого лечения (уровень 2)	МНН: Золедроновая кислота
ds36.006.3	Злокачественное новообразование без специального противоопухолевого лечения (уровень 3)	МНН: Деносуаб

Амбулаторно- поликлиническая помощь

Код услуги	Наименование услуги	Тариф, руб.	
		Коэффициент дифференциации 1,105 взрослые	Коэффициент дифференциации 1,14 взрослые
A06.03.061.101	Денситометрия методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии	422	435

Категории пациентов:

- лица, имеющие переломы на фоне проводимого лечения остеопороза;
- необходимость оценки динамики минеральной плотности костной ткани в конце курсового лечения (через несколько лет от начала терапии) для решения вопроса о его прекращении;
- лицам с индивидуальной 10-летней вероятностью переломов в интервале между низкой и высокой вероятностью переломов. 10-летняя вероятность переломов рассчитывается с помощью программы FRAX, находящейся в свободном доступе в сети Интернет. Оценка результата FRAX проводится при сопоставлении с таблицей 1 «Порог вмешательства по FRAX для оценки показаний к денситометрии» отдельно для мужчин и женщин. При показателях FRAX для основных переломов (major osteoporotic) между нижней и верхней точками порога вмешательства показано проведение денситометрии.



**Медицинские
организации, имеющие
соответствующее
оборудование**

Порог вмешательства по FRAX для оценки показаний к денситометрии

анкета:

1. Возраст (от 40 до 90 лет) или дата рождения

Возраст: Дата рождения:

 год: месяц: день:

2. Пол

 Мужской женский

3. Вес (кг)

4. Рост (см)

5. Предшествующий перелом

 нет да

6. Перелом бедра у родителей

 нет да

7. Курение в настоящее время

 нет да

8. Глюкокортикоиды

 нет да

9. Ревматоидный артрит

 нет да

10. Вторичный остеопороз

 нет да

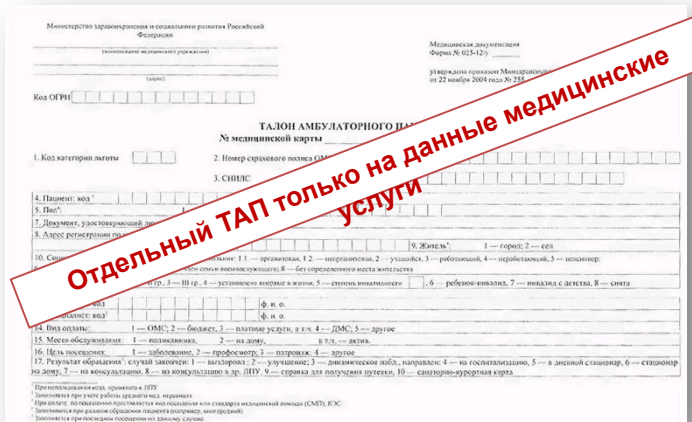
11. Алкоголь от 3 единиц и более в день

 нет да

12. Минеральная плотность кости (МПК)

 Выбирать BMD

Возрастные группы	Женщины		Мужчины	
	нижняя точка порога	верхняя точка порога	нижняя точка порога	верхняя точка порога
40-44	5,2	13,7		
45-49	6,1	15,7		
50-54	6,9	17	4,7	11,5
55-59	7,9	18,7	4,7	11,4
60-64	8,9	20,9	4,8	11,2
65-69	9,8	22,3	4,7	10,7
70-74	11,4	24,2	4,7	10,5
75-79	13,4	26,9	5,4	11,2
80-84	14	27,1	6,3	12,2
85-90	11,6	22,2	6,4	12,6



Стандарт 1194
«Услуги магнитно-резонансной томографии, в т.ч. с контрастированием»

В01.003.004
«Анестезиологическое пособие (включая раннее послеоперационное ведение) для детей»

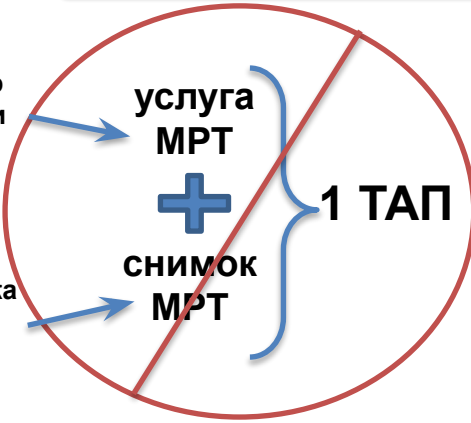
Услуги магнитно-резонансной томографии

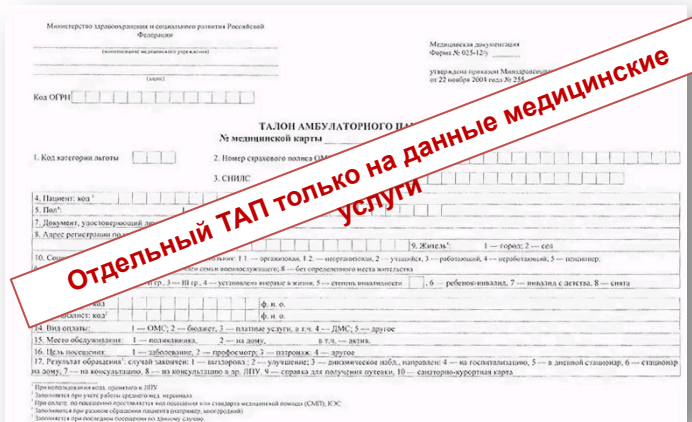
до 3 услуг МРТ разных анатомических областей + 1 услуга анестезиологического пособия = 1 ТАП

В иной МО
A06.30.002.006 «Описание и интерпретация магнитно-резонансных томограмм с применением телемедицинских технологий в референс-центре».

расходы по проведению снимка и интерпретации его результатов

расходы только на производство снимка без стоимости интерпретации его результатов





Стандарт 1192
«Услуги компьютерных томографических исследований, в т.ч. с контрастированием»

Услуги компьютерной томографии (в т.ч. спиральной)

В01.003.004 «Анестезиологическое пособие (включая раннее послеоперационное ведение)» для детей

до 3 услуг КТ исследований разных анатомических областей



1 услуга анестезиологического пособия

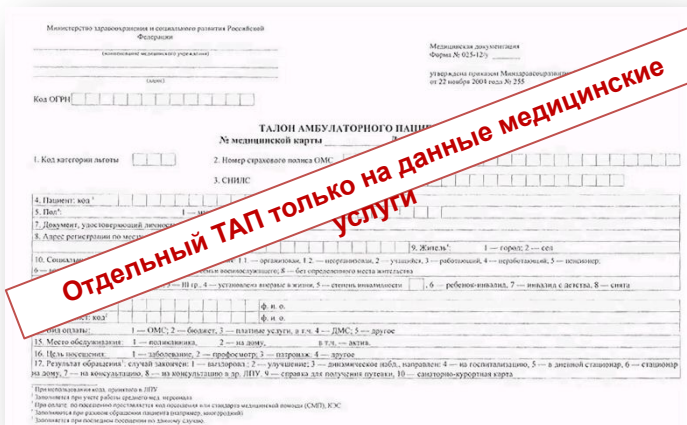
1 ТАП

В иной МО
A06.30.002.005 «Описание и интерпретация компьютерных томограмм с применением телемедицинских технологий в референс-центре».

расходы по проведению снимка и интерпретации его результатов

расходы только на производство снимка без стоимости интерпретации его результатов





Стандарт 1706 «Эндоскопические диагностические исследования»	
A08.30.006.101 «Гистологическое исследование с целью выявления онкологических заболеваний»	A03.16.001 «Эзофагогастродуоденоскопия»
A03.18.001 «Колоноскопия»	A03.09.001 «Фибробронхоскопия для взрослых»
A03.19.002 «Ректороманоскопия»	A03.08.004 «Эндоскопическая риноскопия»
B01.003.004 «Анестезиологическое пособие (включая раннее послеоперационное ведение)» при проведении эндоскопии под наркозом взрослым и детям	

Услуги приема врача-специалиста и биопсии*

1 ТАП

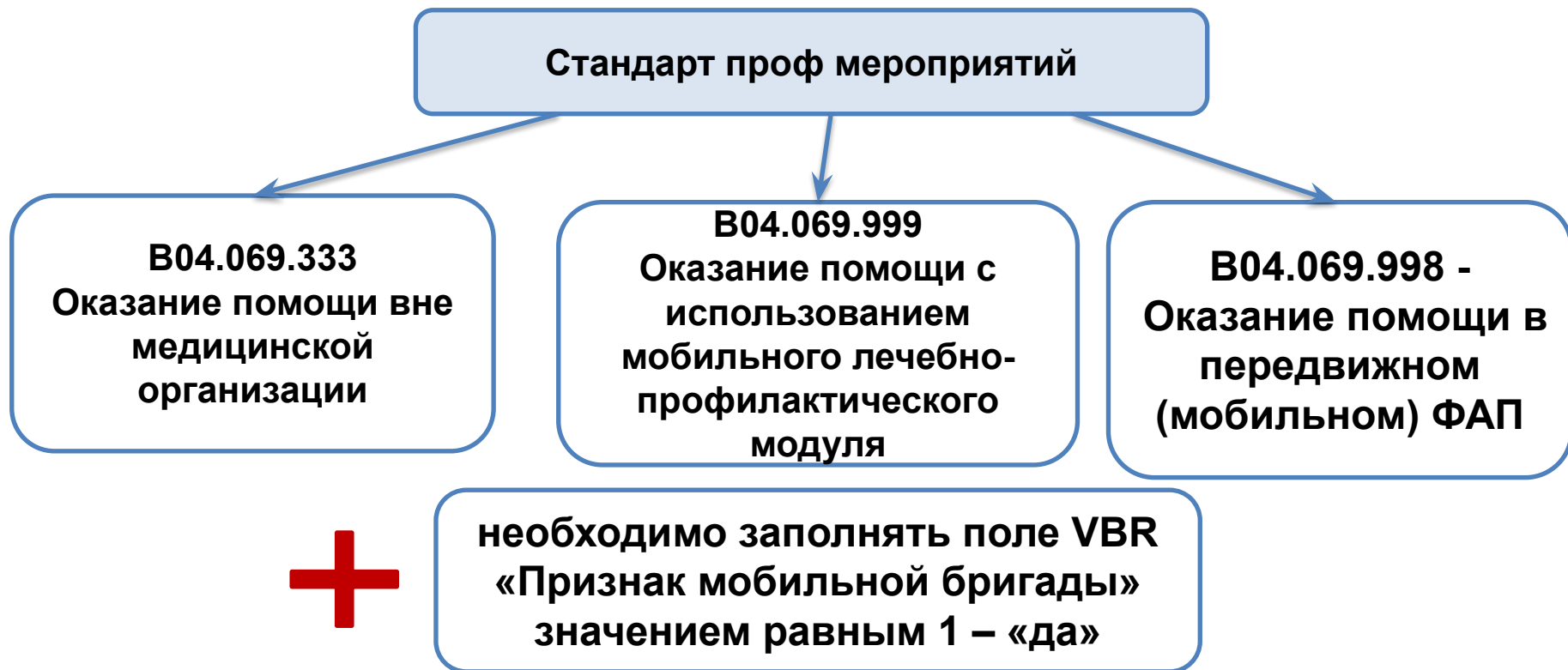
+

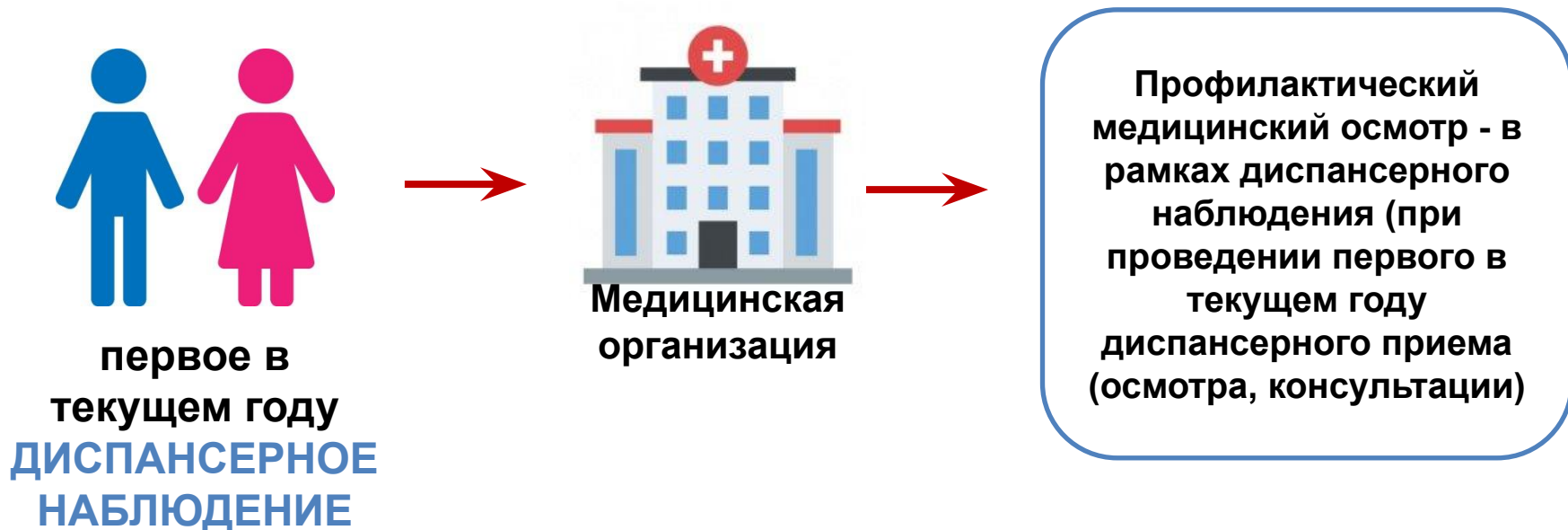
1 ТАП

max 6 услуг

min 1 услуга
эндоскопического исследования

*на одну услугу эндоскопии может быть более одной услуги биопсии.







**6846 - Профилактический медицинский осмотр мужчин
(19, 21, 23, 25, 27, 29, 31, 33 года)**

ИЛИ

**6862 - Профилактический медицинский осмотр мужчин
(19, 21, 23, 25, 27, 29, 31, 33 года) - в рамках диспансерного
наблюдения (при проведении первого в текущем году
диспансерного приема (осмотра, консультации))**



6151 - Диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в возрасте 3-4 года включительно (до 4-х лет 11 мес.)

В04.065.006 - Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога профилактический

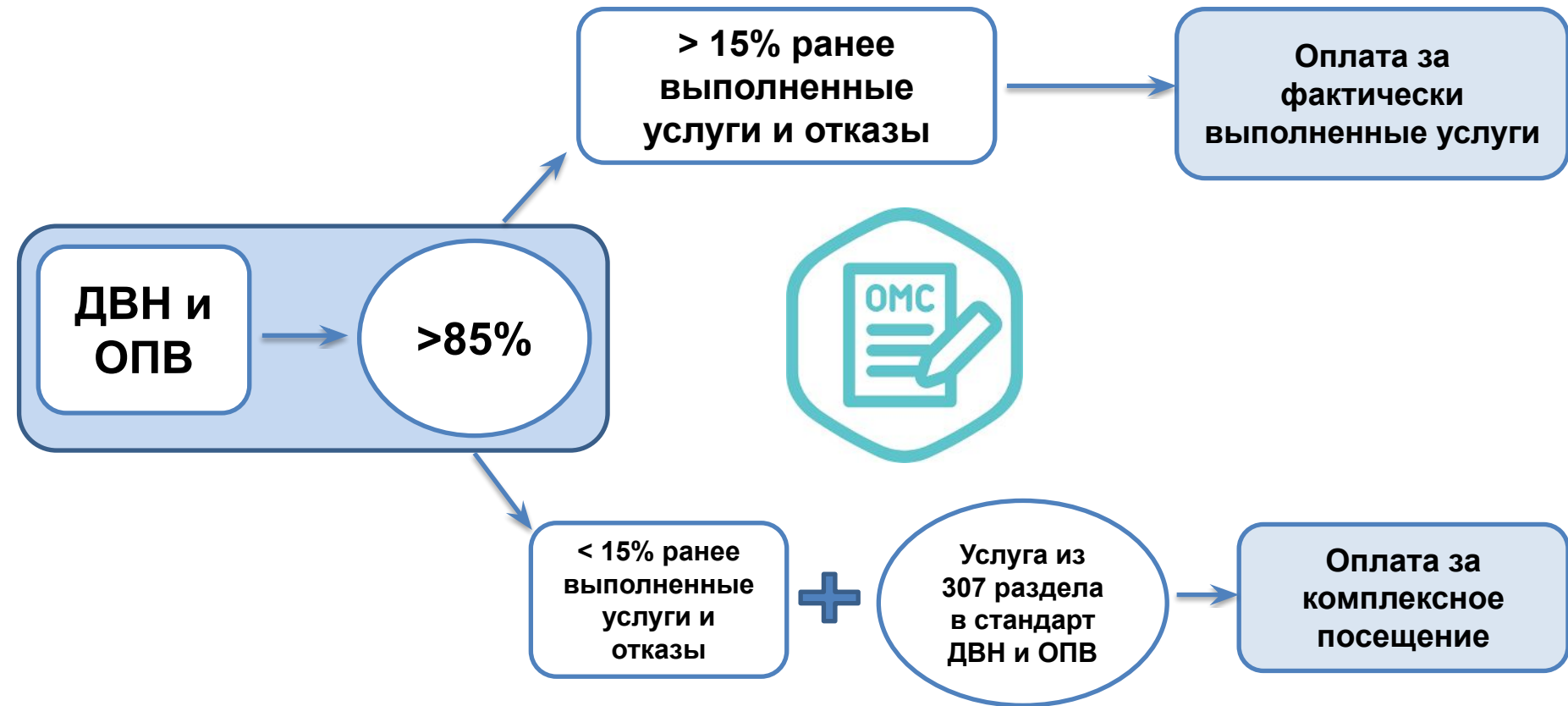
В04.064.002 - Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского профилактический

ИЛИ

6152 - Диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в возрасте 3-4 года включительно (до 4-х лет 11 мес.) - в образовательной организации

В04.064.002.950 - Посещение врача-стоматолога-детского без оказания стоматологической услуги по заболеванию или профилактический осмотр врача-стоматолога-детского при массовых медицинских осмотрах (школы, детские сады, учебные заведения и др.)

В04.065.006.950 - Посещение врача-стоматолога без оказания стоматологической услуги по заболеванию или профилактический осмотр врача-стоматолога при массовых медицинских осмотрах (школы, детские сады, учебные заведения и др.)





Проведения профилактических медицинских осмотров и/или диспансеризации в выходные дни (начало или конец случая приходится на субботу или воскресенье)



1,03

к тарифу комплексного посещения или случая

Стоматологическая ПОМОЩЬ



ПРАВИТЕЛЬСТВО СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

14.01.2020

ПРИКАЗ

№ 10-12

г. Екатеринбург

Об организации мероприятий по ранней диагностике онкологических заболеваний в полости рта

В целях раннего выявления предраковых заболеваний и злокачественных новообразований органов и тканей полости рта

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:
 - 1) форму протокола осмотра полости рта (приложение № 1);
 - 2) форму Журнала регистрации пациентов, у которых выявлены предраковые заболевания и злокачественные новообразования органов и тканей полости рта (приложение № 2);
 - 3) форму отчета о результатах проведения скринингов, направленных на выявление предраковых заболеваний и злокачественных новообразований органов и тканей полости рта (приложение № 3).
2. Главным врачам государственных учреждений здравоохранения Свердловской области, подведомственных Министерству здравоохранения Свердловской области, оказывающих стоматологическую помощь населению обеспечить:
 - 1) открытие смотровых кабинетов, оснащенных аппаратом для проведения люминесцентной стоматоскопии в срок до 31.01.2020;
 - 2) обучение медицинского персонала методике диагностики онкологической патологии с применением люминесцентной стоматоскопии в срок до 31.01.2020;
 - 3) информирование населения о проведении скринингов, направленных на раннее выявление онкологических заболеваний в полости рта;
 - 4) проведение осмотра полости рта с применением люминесцентной стоматоскопии пациентам, первично обратившимся на прием к врачу стоматологу (зубному врачу) любого профиля 1 раз в год, начиная с 01.01.2020 с занесением результатов в медицинскую карту стоматологического больного в соответствии с приложением № 1 к настоящему приказу;
 - 5) при подозрении, выявлении злокачественных новообразований челюстно-лицевой области врачом стоматологом (зубным врачом) направление пациента для обследования, подтверждения или исключения диагноза злокачественного новообразования согласно требованиям, установленным приказом Министерства здравоохранения Свердловской области от 28.11.2019 № 2381-п «Об организации оказания медицинской помощи взрослому населению Свердловской области по профилю «Онкология» с занесением данных пациента в Журнал регистрации пациентов, у которых выявлены предраковые заболевания

Об организации мероприятий по ранней диагностике онкологических заболеваний в полости рта

- 1) в срок до 20.01.2020 внести отчетную форму в региональную информационную систему здравоохранения Свердловской области «Мониторинг деятельности медицинских учреждений» для заполнения медицинскими организациями в соответствии с приложением № 3 к настоящему приказу;
- 2) ежемесячно в срок до 20 числа месяца, следующего за отчетным направлять сводную отчетную форму и список медицинских организаций, не заполнивших показатели отчетной формы главному внештатному специалисту стоматологу Министерства здравоохранения Свердловской области М.П. Харитоновой на электронный адрес: nocar@sosp.ru.
5. Главному внештатному специалисту-стоматологу Министерства здравоохранения Свердловской области М.П. Харитоновой оказывать организационно-методическую помощь медицинским организациям по вопросам организации мероприятий по ранней диагностике онкологических заболеваний в полости рта в соответствии с настоящим приказом.
6. Контроль за выполнением настоящего приказа возложить на заместителя Министра здравоохранения Свердловской области И.И. Базите.

Министр

А.И. Цветков

Специальность врача

Стоматология общей практики
Стоматология терапевтическая
Стоматология хирургическая



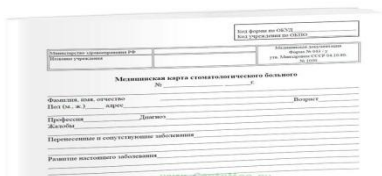
Услуги

A03.07.001.101

Люминесцентная стоматоскопия,
осуществленная врачом-стоматологом

A03.07.001.102

Люминесцентная стоматоскопия,
осуществленная зубным врачом



законченный случай лечения

+

A03.07.001.101

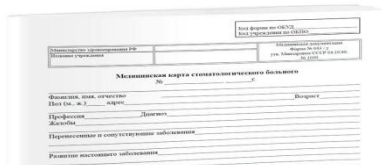
Люминесцентная стоматоскопия,
осуществленная **врачом-стоматологом**

1 раз в календарном году

ИЛ
И

A03.07.001.102

Люминесцентная стоматоскопия,
осуществленная **зубным врачом**



незаконченный случай лечения

+

A03.07.001.101

Люминесцентная стоматоскопия,
осуществленная **врачом-стоматологом**

ИЛ
И

A03.07.001.102

Люминесцентная стоматоскопия,
осуществленная **зубным врачом**

A03.07.001.101

Люминесцентная стоматоскопия,
осуществленная **врачом-стоматологом**

или

A03.07.001.102

Люминесцентная стоматоскопия,
осуществленная **зубным врачом**

самостоятельная услуга

УЧЕТНЫЕ ФОРМЫ ПРОВЕДЕНИЯ ЛЮМИНЕСЦЕНТНОЙ СТОМАТОСКОПИИ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ ПОЛОСТИ РТА

Приложение № 2
к приказу
Министерства здравоохранения
Свердловской области
от 14.01.2020 № 10-12

Форма Журнала регистрации пациентов, у которых выявлены предраковые заболевания и злокачественные новообразования органов и тканей полости рта

№ п/п	Ф.И.О. пациента	Дата рождения	Адрес местожительства	Данные визуального онкоскрининга (наличие/отсутствие патологии)		Данные скрининга с применением люминесцентной стоматоскопии (наличие/отсутствие патологии)		Стоматологический диагноз	Результаты гистологического исследования, дата	Онкологический диагноз
				+	-	+	-			

Приложение № 1
к приказу
Министерства здравоохранения
Свердловской области
от 14.01.2020 № 10-12

Форма протокола осмотра полости рта

ФИО пациента _____
Дата рождения _____

Отметить участки аномального свечения:

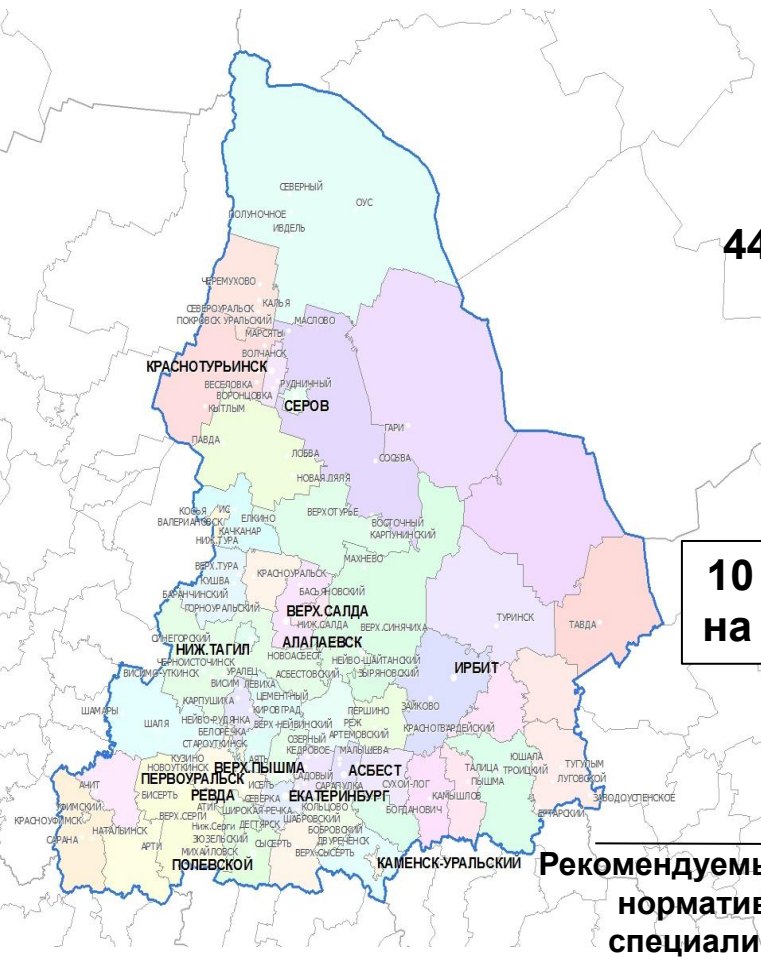
1. Красная флуоресценция: + (локальная), ++ (красно-жарчечевая), +++ (красно-красная)
2. Затемненные участки: - (незначительное затемнение), -- (среднее затемнение), --- (полная потеря свечения)

Врач, проводивший осмотр _____ Дата _____

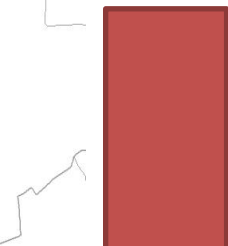
Благодарю за внимание!



ТФОМС
СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ



442 эксперта



**10 экспертов
на 100 000 ЗЛ**

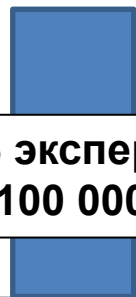
194 эксперта



**4,8 экспертов
на 100 000 ЗЛ**

01.01.2019

232 эксперта



**5,26 экспертов
на 100 000 ЗЛ**

01.01.2020

**Рекомендуемый ФФОМС расчетный
норматив обеспеченности
специалистами экспертами**



Федеральный фонд обязательного медицинского страхования

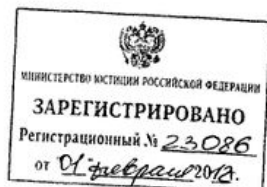
ПРИКАЗ

13 декабря 2011 г.

г. Москва

№ 230

Об утверждении Порядка ведения территориального реестра экспертов качества медицинской помощи территориальным фондом обязательного медицинского страхования и размещения его на официальном сайте территориального фонда обязательного медицинского страхования в сети «Интернет»



В соответствии с частью 7 статьи 40 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, № 49, ст. 6422; 2011, № 25, ст. 3529; № 49 (ч.1), ст. 7032; № 49 (ч.1), ст. 7047)

ПРИКАЗЫВАЮ:

Утвердить Порядок ведения территориального реестра экспертов качества медицинской помощи территориальным фондом обязательного медицинского страхования и размещения его на официальном сайте территориального фонда обязательного медицинского страхования в сети «Интернет» согласно приложению.

Председатель

А.В. Юрин

Экспертом качества медицинской помощи является врач-специалист, имеющий:

- **высшее профессиональное образование,**
- **свидетельство об аккредитации специалиста или сертификат специалиста,**
- **стаж работы по соответствующей врачебной специальности не менее 10 лет,**
- **прошедший подготовку по вопросам экспертной деятельности в сфере обязательного медицинского страхования.**

ТФОМС Свердловской области

- ТЕРРИТОРИАЛЬНАЯ ПРОГРАММА
- ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ
- ДОКУМЕНТЫ
- РЕЕСТР СТРАХОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ
- ПУНКТЫ ВЫДАЧИ ПОЛИСОВ ОМС
- РЕЕСТР МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ
- РЕЕСТР ЭКСПЕРТОВ
- ЗАДАТЬ ВОПРОС

ЕСТЬ ВОПРОСЫ ПО ОМС? НАРУШЕНЫ
ОБРАТИТЕСЬ В СВОЮ СТРАХОВУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ОРГАНИЗАЦИЮ

- Филиал ООО "СК "Ингосстрах-М" в г. Екатеринбурге (343) 311-15-99
- Екатеринбургский филиал АО "СК "СОГАЗ-МЕД" 8-800-100-07-02
- Свердловский филиал ООО ВТБ МС 8-800-100-800-5

ВСЕРОССИЙСКАЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ И ПРОФИЛАКТИКА

ГРАФИК РАБОТЫ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, ДЛЯ ПРОХОЖДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ И ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ

ИНФОРМАЦИЯ О МОБИЛЬНЫХ БРИГАДАХ НА 2019 ГОД

Заявка кандидата на включение в реестр экспертов качества

Информационные сообщения

27.01.2020 Заявка на включение в реестр экспертов качества медицинской помощи ТФОМС Свердловской области
[Все сообщения](#)

Последние документы

23.01.2020 [Приказ ТФОМС Свердловской области от 23 января 2020 №20](#)

0 Мероприятия по реализации Тарифного соглашения на территории Свердловской области на 2020 год
[Скачать](#) (6,01 Мб, pdf) Скачано: 126 раз

22.01.2020 [Приказ Министерства здравоохранения СО и ТФОМС СО от 22 января 2020г. №60-п/13](#)

Об утверждении перечня зон обслуживания станций (отделений) скорой медицинской помощи в разрезе медицинских организаций (участков, пунктов), оказывающих перичную медико-санитарную помощь, и численности застрахованных лиц в зоне их обслуживания
[Скачать](#) (390,3 Кб, pdf) Скачано: 16 раз

17.01.2020 [Приказ ТФОМС Свердловской области от 17 января 2020 г. № 7](#)

Об утверждении финансового результата централизованного расчета по средствам подушевого финансирования медицинских организаций за декабрь 2019 года
[Скачать](#) (1,5 Мб, pdf) Скачано: 12 раз

Видео-новости

[Видео архив](#)

Статистика

Звонки	1953335
	1166
Хосты	1728490
	202

Новости

27.01.2020

Мероприятия

25.12.2019 [Добрав предновогодня в традиция сложилась в филиале по Южному округу.](#)
В преддверии Нового года, в рамках благотворительности, коллектив филиала подготовил подарки для детей из малообеспеченных семей
Количество показов: 80

24.12.2019 [Новый формат совещаний с медицинскими организациями практикуется теперь и в Горнозаводском округе](#)
23 декабря 2019г. специалистами филиала по Горнозаводскому управленческому округу впервые были организованы и проведены два совещания с медицинскими организациями округа в режиме видеоконференцсвязи
Количество показов: 61

[Все мероприятия](#)





№ п/п	Наименование этапов проведения ЭКО	Дифференцирующий признак в реестре МП (код и наименование услуг в реестре счетов)	
1	Проведение первого этапа ЭКО (стимуляция суперовуляции), I - II (стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки), I - III (стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки, ЭКО и культивирование эмбрионов) без последующей криоконсервации эмбрионов (неполный цикл) – КСЛП 0,6	A11.20.019; A11.20.019, A11.20.027, A11.20.028	<ul style="list-style-type: none">• Получение яйцеклетки; • Получение яйцеклетки,• Экстракорпоральное оплодотворение ооцитов,• Культивирование эмбрионов
2	Проведение I - III этапов ЭКО (стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки, ЭКО и культивирование эмбрионов) с последующей криоконсервацией эмбрионов (неполный цикл) - КСЛП 1	A11.20.019, A11.20.027, A11.20.028, A11.20.031	<ul style="list-style-type: none">• Получение яйцеклетки,• Экстракорпоральное оплодотворение,• Культивирование эмбрионов,• Криоконсервация эмбрионов

№ п/п	Наименование этапов проведения ЭКО	Дифференцирующий признак в реестре МП (код и наименование услуг в реестре счетов)	
3	Полный цикл экстракорпорального оплодотворения без применения криоконсервации эмбрионов КСЛП 1	A11.20.019, A11.20.017	<ul style="list-style-type: none"> • Получение яйцеклетки, • Экстракорпоральное оплодотворение, культивирование и внутриматочное введение эмбриона
4	Полный цикл экстракорпорального оплодотворения с криоконсервацией эмбрионов КСЛП 1,1	A11.20.019, A11.20.017, A11.20.031	<ul style="list-style-type: none"> • Получение яйцеклетки, • Экстракорпоральное оплодотворение, культивирование и внутриматочное введение эмбриона, • Криоконсервация эмбрионов
		A11.20.019, A11.20.027, A11.20.028, A11.20.031, A11.20.030.001	<ul style="list-style-type: none"> • Получение яйцеклетки, • Экстракорпоральное оплодотворение, • Культивирование эмбрионов • Криоконсервация эмбрионов, • Внутриматочное введение криоконсервированного эмбриона