



Профессиональный союз работников здравоохранения Российской Федерации

**ВОЛОГОДСКАЯ ОБЛАСТНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФСОЮЗА
ОБЛАСТНОЙ КОМИТЕТ**

160035, г. Вологда, ул.Лермонтова,19, тел. 72-05-86
E-mail: obkommed-vologda@rambler.ru

05.04.2017 № 01-38/120

На № _____ от _____

«О внесении изменений
В Тарифное соглашение
на 2017г.»

Председателю
организации Профсоюза

Уважаемые председатели!

Областной комитет Профсоюза доводит до Вас информацию о том, Комиссией по разработке Территориальной программы ОМС от 24.03.2017 года согласованы изменения в «Тарифное соглашение по оплате медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования Вологодской области на 2017 год» и утверждена новая редакция «Схемы взаимодействия медицинских организаций, имеющих прикрепленное население» (далее Схема).

Наиболее существенными и важными является следующие изменения:

С 01 апреля из Схемы исключены взаиморасчеты между медицинскими организациями через страховые медицинские организации (АО «Страховая компания Согаз-Мед» и ООО «РГС-Медицина»).

1. При отсутствии возможности у территориальной медицинской организации для предоставления необходимого вида медицинской помощи (отсутствие лицензии на данный вид помощи, отсутствие необходимого специалиста, отсутствие необходимого оборудования) пациент направляется в ту медицинскую организацию, где имеются необходимые условия и возможности. При этом оплата производится в соответствии с заключенными договорами по тарифам, не выше установленных Тарифным соглашением на 2017 год.

2. При посещении пациентами узких специалистов в рамках городских приемов или диагностических и лабораторных исследований в рамках централизованных исследований, расчеты между медицинскими организациями не производятся.

**По видам медицинской помощи в Тарифное соглашение на 2017 год
внесены изменения:**

1. По амбулаторно-поликлинической медицинской помощи

1.1. В соответствии с письмом ФФ ОМС от 16.02.2017 года №1860/26-2И с **01 апреля 2017 года:**

-медицинские организации, финансируемые по подушевым нормативам по амбулаторно - поликлинической помощи, объединены в однородные группы;
-для однородных групп установлены интегрированные коэффициенты и подушевые нормативы финансирования.

Медицинские организации области, финансируемые по подушевым нормативам, по амбулаторно-поликлинической помощи, распределены на 17 групп, каждая группа имеет единый интегрированный коэффициент.

Медицинские организации группировались таким образом, чтобы был сохранен объем финансового обеспечения, в том числе на содержание ФАПов и служб дошкольного образования (ДШО), затрат на лабораторные исследования, проводимые централизованно.

1.2. Другие изменения вносятся в Тарифное соглашение с **1 января 2017 года:**

1.2.1. В соответствии с фактическим выполнением объемов медицинскими организациями, оказывающими **стоматологическую помощь**, изменено количество УЕТ в посещении, медицинские организации разделены на 4 группы:

- 1 группа – 2,9 УЕТ в посещении;
- 2 группа – 3,8 УЕТ в посещении;
- 3 группа – 4,5 УЕТ в посещении;
- 4 группа – 5,4 УЕТ в посещении.

В соответствии с установленными группами изменилось среднее число посещений по поводу заболеваний в одном обращении:

- 1-2 группа – 2,8 посещений в одном обращении;
- 3 группа – 2,5 посещений в одном обращении;
- 4 группа – 2,3 посещений в одном обращении.

В соответствии с этим изменились и плановые задания медицинских организаций по обращениям в связи с заболеваниями при сохранении годовых финансовых планов.

1.2.2. В связи с тем, что плановые задания по МРТ и КТ исследованиям выведены на услуги, а не на посещение с профилактической и иной целью, в Разделе II.1. «Сведения о применении способов оплаты медицинской помощи, оказанной в лабораторных условиях», пункт 2 дополнен: «Объемы отдельных медицинских услуг не подлежат учету в объеме посещений и входят в общий объем финансирования амбулаторно-поликлинической помощи».

Обратить внимание, что МРТ и КТ исследования выведены на услуги для всех медицинских организаций, в том числе и для тех, у которых затраты на данные виды исследований уже предусматривались в тарифах через коэффициенты накладных расходов.

Тарифы на УЕТ, МРТ и КТ исследования установлены Тарифным соглашением на 2017 год.

В соответствии с приказом Минздрава от 30.09.2015 года № 683н в тарифах

полной комплексной услуги Центра здоровья предусмотрены профилактические осмотры гигиениста стоматологического с 1 апреля 2017г.

2. По скорой медицинской помощи с 01.04.2017 года:

2.1. В соответствии с письмом ФФ ОМС от 16.02.2017 г. № 1860/26-2/и

- медицинские организации, финансируемые по подушевым нормативам по скорой медицинской помощи объединены в однородные группы;

- для однородных групп установлены интегрированные коэффициенты, подушевые нормативы финансирования и финансовое обеспечение при этом не изменяются.

3. По медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях:

В соответствии с изменениями в «Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС, доведенными письмом Министерства здравоохранения и ФФ ОМС, от 27.02.2017 года №11-7/10/2-1294; 2204/26-4/и изменениями в «Инструкцию по группировке случаев, в том числе правила учета дополнительных классификационных критериев, подходам к оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования», доведенных письмом ФФ ОМС от 07.03.2017 года №2715/26-2/и письмом ФФ ОМС от 16.02.2017 г. № 1860/26-2/и с 1 апреля 2017 года, исключены понижающие управленческие коэффициенты по КСГ: №31; 32; 33; 146.

4. По медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара:

В соответствии с изменениями в «Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС, доведенными письмом Министерства здравоохранения и ФФ ОМС, от 27.02.2017 года №11-7/10/2-1294; 2204/26-4/и изменениями в «Инструкцию по группировке случаев, в том числе правила учета дополнительных классификационных критериев, подходам к оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования», доведенных письмом ФФ ОМС от 07.03.2017 года № 2715/26-2/и письмом ФФ ОМС от 16.02.2017 г. № 1860/26-2/и с 1 апреля 2017 года:

-исключены понижающие управленческие коэффициенты по КСГ: 52; 53; 54.

-из раздела II.3. «Сведения о применении способов оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара», исключен пункт:

«При оплате по КСГ случаи, при которых длительность госпитализации составляет 2 дня и менее, если пациенту была выполнена хирургическая операция, либо другое вмешательство, являющиеся основным

классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случаи оплачиваются в размере 40% от стоимости, определенной Тарифным соглашением для данной КСГ...»

-внесены другие изменения в Тарифное соглашение на 2017 год с **01 апреля 2017 года:**

а) установлен управленческий понижающий коэффициент для ряда КСГ дневного стационара № 3, 4, 16, 17, 18, 33, 34, 38, 47, 48, 56, 58, 58, 59, 62, 63, 64, 72, 73, 76, 77, 78, 79, 82, 83, 84, 85, 86, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 102, 103 в размере 0,5 от 100% тарифа.

б) установлены тарифы в размере 100% по КСГ 65 «Операции на органе зрения – уровень 4 и КСГ 66 «Операции на органе зрения – уровень 5».

Областной комитет Профсоюза предлагает Вам обсудить на заседаниях профкома в Ваших коллективах представленные ТФ ОМС изменения, внесенные в Тарифное соглашение на 2017 год, касающиеся работы Ваших медицинских организаций, согласованные Тарифной Комиссией 23.03.2017 года по сроку действия с 01 января 2017 года и с 01 апреля 2017 года.

Заведующий отделом
социальной работы -
специалист по оплате труда

Т.Н. Махова