

«МКТ-Экспертиза качества»

Программа «МКТ-Экспертиза качества» предназначена для организации и проведения контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (ОМС) страховыми медицинскими организациями (СМО).

Программа «МКТ-Экспертиза качества» принимает счета за пролеченных больных из программы «МКТ - Обработка реестров счетов» в рамках Территориальной программы государственных гарантий, в том числе затраты на «модернизацию», формирует заявки в медицинскую организацию на проведение медико-экономической экспертизы (МЭЭ) и экспертизы качества медицинской помощи (ЭКМП), а также статистическую отчетность.

Программа «МКТ-Экспертиза качества» разработана в полном соответствии с приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от «01» декабря 2010 г. №230 и другими нормативными документами.

Основные функции программы:

1. Импорт информации о принятых к оплате счетах за пролеченных больных.

Импорт информации о принятых к оплате счетах за пролеченных больных производится из подсистемы «МКТ-Обработка счетов в страховой медицинской организации», в том числе импортируются «затраты на модернизацию».



В связи с тем, что в различных субъектах существуют собственные варианты обработки счетов, в данной программе экспертиза качества отделена от медико-экономического контроля. Это позволяет конвертировать счета любого формата в структуры пригодные для обработки в программе «МКТ-Экспертиза качества».

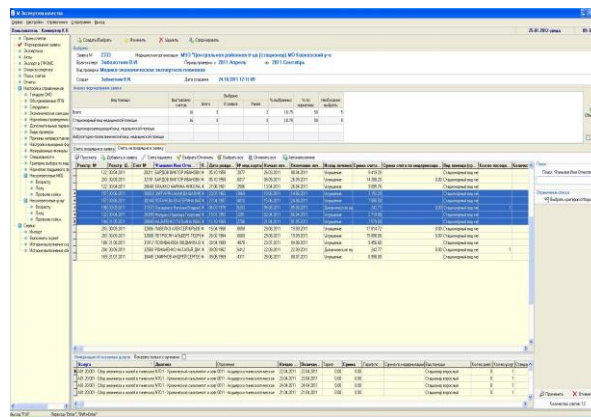
2. Выбор критериев отбора персональных счетов для проведения МЭЭ и ЭКМП.

Отбор персональных счетов для проведения МЭЭ и ЭКМП производится в соответствии с выбранными методами и следующими критериями (фильтрами):

- Период лечения (от ... до ...);
- Качественные показатели (тип информации в счетах):
- Счета, выставленные только по посещениям (койко-дням),
- Счета, выставленные по «законченному случаю лечения», но без наполнения,
- Счета, у которых длительность лечения превышает базовую (на К%);
- Счета, у которых длительность лечения меньше базовой (на К%).
- Условия оказания медицинской помощи;
- Результат лечения;
- Исход обращения;
- МКБ-Х;
- Продолжительности лечения;
- МКБХ (от ... до .) (группа);
- Несоответствие услуги и профиля койки;
- Несоответствие МКБ-Х и профиля койки;
- Несоответствие МКБ-Х полу пациента;
- Несоответствие МКБ-Х возрасту пациента;
- Несоответствие услуги возрасту или полу пациента;



- Код услуги;
- На сумму от ... до ...;
- Количество койко-дней (посещений) от ... до ...;
- Даты начала и окончания лечения;
- Не выполнены услуги со 100% применяемостью;
- Отделение;
- Фамилия Имя Отчество;
- Возраст больного;
- Дата реестра;
- Номер реестра;
- Период проверки (от ... до ...);
- Повторное обращение по поводу одного и того же заболевания: в течение 30 дней – при оказании



The screenshot shows a software interface with a menu on the left and a main window displaying a table of medical services. The table has columns for 'Код услуги', 'На сумму от ... до ...', 'Количество койко-дней', 'Даты начала и окончания лечения', and 'Не выполнены услуги со 100% применяемостью'. Below the table, there are sections for 'Повторное обращение по поводу одного и того же заболевания' and 'Повторная госпитализация по поводу одного и того же заболевания'.

амбулаторно-поликлинической помощи,

- Повторная госпитализация по поводу одного и того же заболевания в течение 90 дней;
- Получение жалобы от застрахованного лица или его представителя на доступность и качество медицинской помощи в медицинской организации;
- В случае необработанного счета из запроса предусмотрена возможность его повторного включения в запрос;



- Выбор «двойников» по поликлиникам;
- считается «двойником» счёт по поликлинике при нахождении пациента в дневном стационаре в данной поликлинике за один и тот же период времени;
- считается «двойником» счёт по поликлинике при нахождении пациента в стационаре любой медицинской организации за один и тот же период времени.

Добавление счетов в заявку можно производить вручную или автоматически. Существует несколько способов заполнения заявки автоматически:

- По заданным критериям;
- Случайным образом;
- С наибольшими суммами.



При автоматическом заполнении выбирается столько счетов, сколько необходимо для выполнения процента по каждому виду медицинской помощи. Настройка критериев для автоматического выбора производится в режиме «Критерии выбора по видам проверки».

3. Проведение медико-экономической экспертизы.

Плановая медико-экономическая экспертиза проводится по счетам, предоставленным к оплате в течение одного месяца после оказания застрахованному лицу медицинской помощи по ОМС, в иных случаях может осуществляться в течение года после предъявления счетов на оплату. Объем проверок при плановой медико-экономической экспертизе от числа принятых к оплате счетов составляет не менее:

- 8% – стационарной медицинской помощи;
- 8% – медицинской помощи, оказанной в дневном стационаре;
- 0,8% – амбулаторно-поликлинической медицинской помощи.

В случае, если в течение месяца количество дефектов медицинской помощи и/или нарушений при оказании медицинской помощи превышает 30 процентов от числа случаев оказания медицинской помощи в медицинской организации, по которым была проведена медико-экономическая экспертиза, в следующем месяце объем проверок от числа принятых к оплате счетов по случаям оказания медицинской помощи в данной медицинской организации должен быть увеличен не менее, чем в два раза по сравнению с предыдущим месяцем. Режим доступен «Главному эксперту» или «Администратору».

Счета, отобранные для экспертизы, не могут быть отобраны повторно. Предусмотрена возможность в случае необходимости отказаться от заявленных счетов, т.е. вернуть необработанные счета в базу данных для возможной повторной выборки.

Плановая тематическая экспертиза проводится в отношении определенной совокупности случаев оказания медицинской помощи, отобранных по тематическим признакам (например, частота и виды послеоперационных

осложнений, продолжительность лечения, стоимость медицинских услуг) в медицинской организации в соответствии с планом, согласованным Территориальным фондом обязательного медицинского страхования.

Целевая экспертиза проводится в течение от одного месяца до одного года после оказания медицинской помощи в случаях:

- повторных обращений по поводу одного и того же заболевания: в течение 30 дней – при оказании амбулаторно-поликлинической помощи, в течение 90 дней – при повторной госпитализации;
- заболеваний с удлинённым или укороченным сроком лечения более чем на 50 процентов от установленного стандартом медицинской помощи или средне сложившегося для всех застрахованных лиц в отчетном периоде с заболеванием, для которого отсутствует утвержденный стандарт медицинской помощи;
- получения жалоб от застрахованного лица или его представителя на доступность медицинской помощи в медицинской организации.

После отбора счетов в медицинскую организацию формируется заявка для подготовки первичной **документации для проведения экспертизы.**

В результате проведения экспертизы, врач-эксперт может установить сумму, не подлежащую оплате, или наложить штраф в установленном для каждой экономической санкции проценте от норматива подушевого финансирования. В программе «МКТ-Экспертиза качества» предусмотрено ведение истории нормативов подушевого финансирования и экономических санкций.

После проведения экспертизы формируются акты для передачи в ТФОМС. Счета, по которым была проведена МЭЭ, становятся недоступными для отбора, а акты недоступными для изменения.

4. Проведение экспертизы качества медицинской помощи.

Плановая экспертиза качества медицинской помощи проводится с целью оценки соответствия объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи группам застрахованных лиц, разделённым по возрасту, заболеванию (МКБ10) или группе заболеваний МКБ10.xxxx-МКБ10.xxxx, больничной летальности, средней продолжительности лечения.

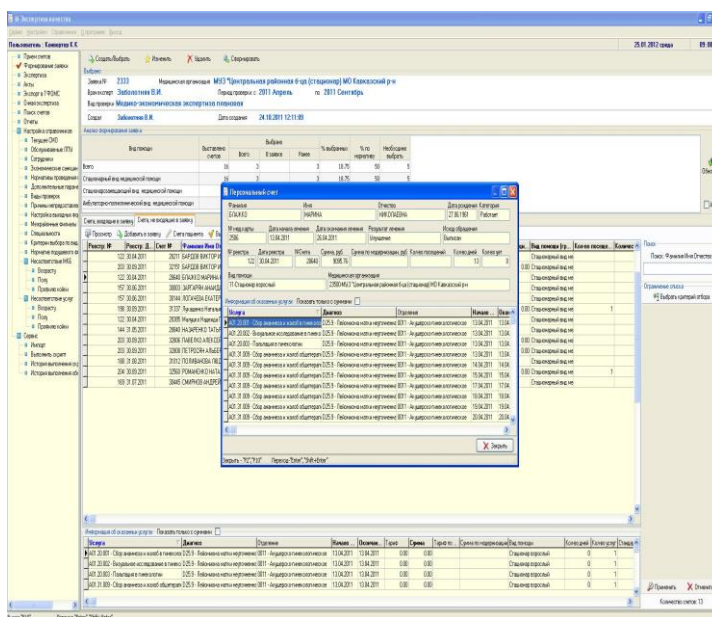
Объём плановой экспертизы качества медицинской помощи составляет:

- в стационаре – 5% от числа законченных случаев лечения (койко-дней);
- в дневном стационаре – 3% от числа законченных случаев лечения (койко-дней);
- при оказании амбулаторно-поликлинической помощи – 0,5% от числа законченных случаев лечения (посещений) по результатам медико-экономического контроля.

Целевая экспертиза качества медицинской помощи проводится в случаях:

- получения жалоб от застрахованного лица или его представителя на доступность и качество медицинской помощи в медицинской организации;
- необходимости подтверждения объема и качества медицинской помощи по случаям, отобранным при медико-экономическом контроле и медико-экономической экспертизе;
- летальных исходов при оказании медицинской помощи;
- внутрибольничного инфицирования и осложнения заболевания;
- первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей;
- повторного обоснованного обращения по поводу одного и того же заболевания: в течение 30 дней – при оказании амбулаторно-поликлинической помощи, в течение 90 дней – при повторной госпитализации;
- заболеваний с удлинённым или

укороченным сроком лечения более чем на 50 процентов от установленного стандартом медицинской помощи или средне сложившегося для всех застрахованных лиц в отчетном периоде с заболеванием, для которого отсутствует утвержденный стандарт медицинской помощи.



Очная экспертиза качества медицинской помощи проводится в том случае, если застрахованное лицо находится на стационарном или стационарно-замещающем лечении и счет пока не представлен.

Проведение очной экспертизы включает:

- создание акта очной экспертизы;
- занесение информации о застрахованном лице;
- проведение экспертизы без снятия указания количественных показателей: койко-дней, посещений, УЕТ, пациенто-дней и сумм.

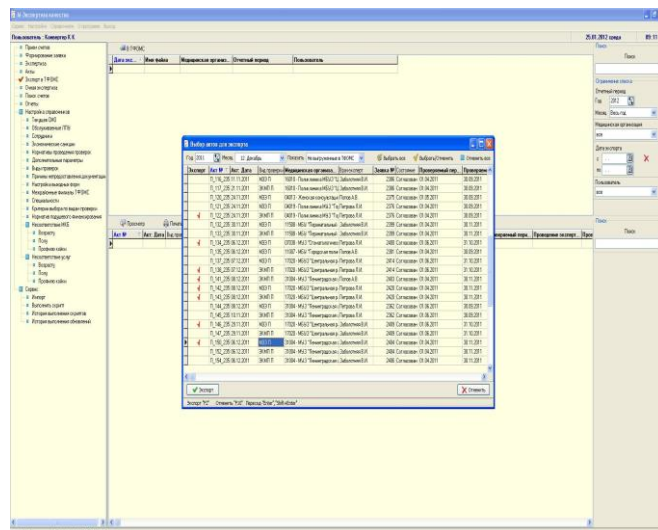
Предусмотрена возможность проведения экспертизы качества медицинской помощи и медико-экономической экспертизы по жалобе в случае, если счёт ещё не предоставлен медицинской организацией.

5. *Сотрудники:*

- информация о главном эксперте (администраторе);
- ведение регистра экспертов;
- отчёт о работе экспертов.

6. *Формирование отчётов:*

- заявка Запрос на предоставление медицинской документации на имя руководителя ЛПУ;
- перечень счетов, включенных в заявку запрос для врача-эксперта;
- структура заболеваемости по МКБ;
- сведения об удержаниях по актам;
- список заявок;
- анализ отобранных счетов для заявок в разрезе отделений;



- сведения по проведению экспертизы по стационарному виду помощи в разрезе медицинских организаций и отделений;

- сведения о выявленных нарушениях в разрезе медицинских организаций;
- сведения о выявленных нарушениях в разрезе муниципальных образований;
- акт медико-экономической экспертизы;
- акт медико-экономической экспертизы (целевой);
- реестр актов медико-экономической экспертизы;
- реестр актов ЭКМП;
- акт экспертизы качества медицинской помощи (целевой);
- акт экспертизы качества медицинской помощи (плановой);
- экспертное заключение (протокол оценки качества медицинской помощи);
- контрольные формы к отчету “Организация защиты прав застрахованных лиц в сфере ОМС” по приказу ФФОМС № 145 от 16.08.2011 г., включающие таблицы 3.3, 3.4, 3.6, 3.7;
- раздел “Сведения об оказанной застрахованному лицу медицинской помощи” ФФОМС № 146 от 16.08.2011 г.;
- сведения о начисленных медицинской организации штрафных санкций;
- сведения о применении штрафных санкций;
- таблица-отчет по проведению МЭЭ и ЭКМП (в разрезе количества);
- таблица-отчет по проведению МЭЭ и ЭКМП (в разрезе сумм).



Ссылка в Интернет <http://medcomtech.ru/Products/Expertk/expertk.html>