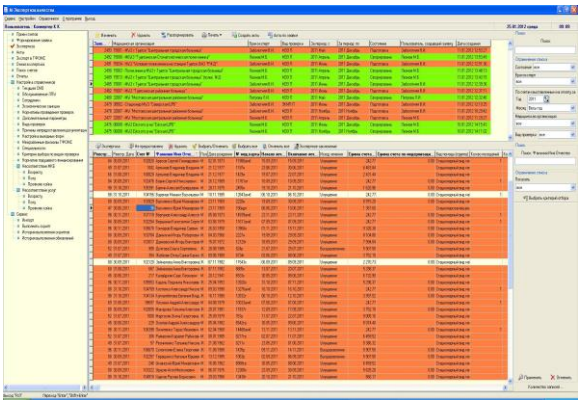
# «МКТ-Экспертиза качества»

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 отчётность.

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:

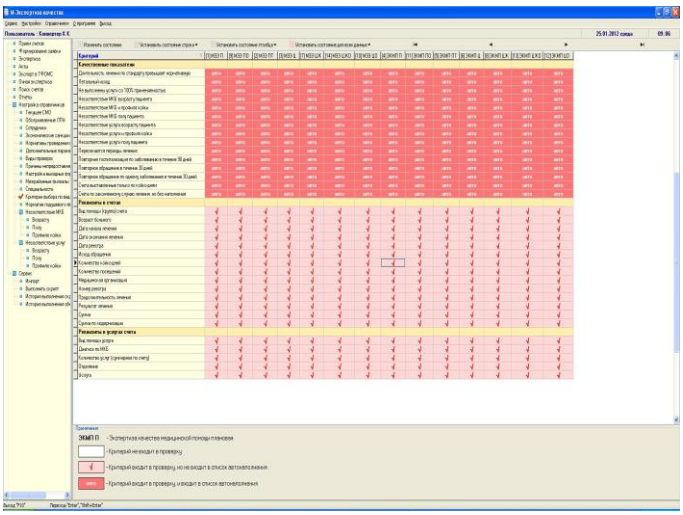
### *1. Импорт информации о принятых к оплате счетах за пролеченных больных.*

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».

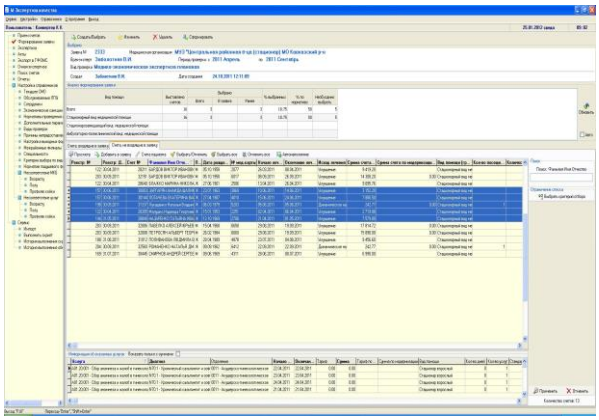
В связи с тем, что в различных субъектах существуют собственные варианты обработки счетов, в данной программе экспертиза качества отделена от медико-экономического контроля. Это позволяет конвертировать счета любого формата в структуры пригодные для обработки в программе «МКТ-Экспертиза качества».

### *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 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 удлиненным 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.

Объем плановой экспертизы качества медицинской помощи составляет:

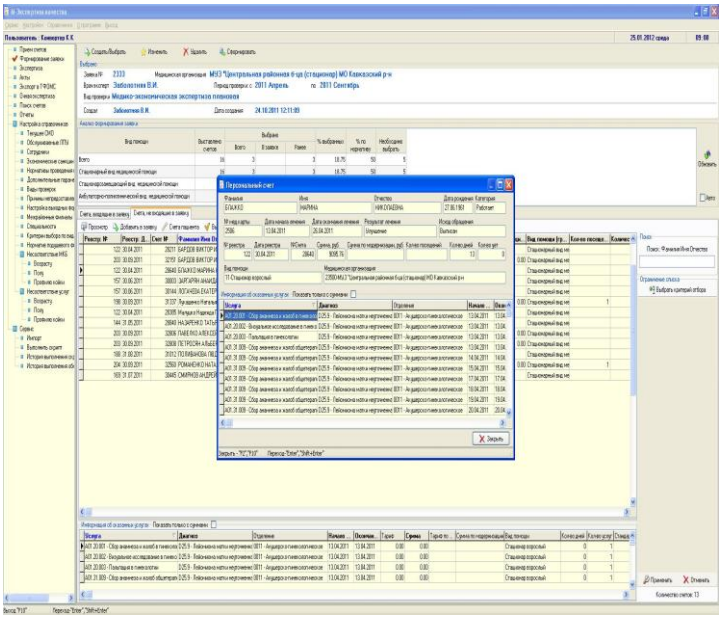
– в стационаре – 5% от числа законченных случаев лечения (койко-дней);

– 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 удлиненным 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 печатных форм:***

– запрос о предоставлении документации;

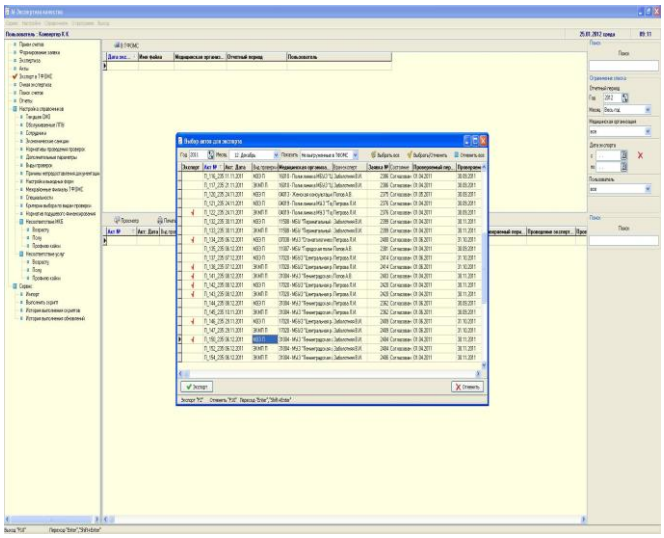
– информация по запрошенным счетам медицинской организации;

– претензии по заявке;

– экспертные заключения с санкциями по заявке;

– заключения;

– реестр заключений.



7. ***Формирование отчётов:***

– Структура заболеваемости по МКБ

– Реестр актов экспертной оценки

– Сведения об удержаниях по актам

– Список заявок

– Сведения об удержаниях по актам (всего по МЭЭ и ЭКМП)

– Сведения об организации защиты прав граждан и законных интересов граждан в системе ОМС

– Организация защиты прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования

– Результаты МЭЭ и ЭКМП в разрезе муниципальных образований края

– Рейтинг врачей-экспертов

– Работа экспертов

– Сведения о начисленных медицинской организации штрафных санкций

– Сведения о применении штрафных санкций

– Сведения об удержаниях по актам по юридическому лицу

– Экспертная деятельность за отчетный месяц

– Персонифицированная информация по случаям оказания медицинской помощи с летальным исходом

– Форма отчетности о случаях оказания медицинской помощи по приказу ФОМС

<u>Статистика случаев смертности</u>

*Смертность (летальность) в трудоспособном возрасте (от 18 до 60 лет) (РГС-1)*

*Смертность (летальность) детей старше года (РГС-3)*

*Смертность (летальность) лиц старше трудоспособного возраста (от 61 года и старше) (РГС-2)*

– Журнал учета движения актов экспертиз

– Результаты МЭЭ МП, оказанной ЗЛ лицу на территории субъекта РФ, в котором выдан полис ОМС

– Результаты ЭКМП МП, оказанной ЗЛ лицу на территории субъекта РФ, в котором выдан полис ОМС

– Результаты ЭКМП в разрезе профилей МП

– Результаты ЭКМП по ОКС

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