



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

(Минздрав России)

МИНИСТЕРСТВО ЮСТИЦИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ЗАРЕГИСТРИРОВАНО

Регистрационный № 67559

от 28 февраля 2022

П Р И К А З

21 февраля 2022 г.

№ 100Н

Москва

О внесении изменений

в приложение № 5 к Правилам обязательного медицинского страхования, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 г. № 108н, и Порядок проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2021 г. № 231н

В соответствии с частью 1 статьи 40 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, № 49, ст. 6422; 2020, № 50, ст. 8075) и подпунктом 5.2.136³ пункта 5 Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 19 июня 2012 г. № 608 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2012, № 26, ст. 3526; Официальный интернет-портал правовой информации (pravo.gov.ru), 8 февраля 2022 г., № 0001202202080001), **п р и к а з ы в а ю:**

1. Утвердить прилагаемые изменения, которые вносятся в приложение № 5 к Правилам обязательного медицинского страхования, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 г. № 108н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 17 мая 2019 г., регистрационный № 54643), с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 9 апреля 2020 г. № 299н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 апреля 2020 г., регистрационный № 58074), от 25 сентября 2020 г. № 1024н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации

14 октября 2020 г., регистрационный № 60369), от 10 февраля 2021 г. № 65н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 17 марта 2021 г., регистрационный № 62797), от 26 марта 2021 г. № 254н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 22 апреля 2021 г., регистрационный № 63210), от 1 июля 2021 г. № 696н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 29 июля 2021 г., регистрационный № 64445), от 3 сентября 2021 г. № 908н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 октября 2021 г., регистрационный № 65295) и от 15 декабря 2021 г. № 1148н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 24 января 2022 г., регистрационный № 66968), и Порядок проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2021 г. № 231н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 13 мая 2021 г., регистрационный № 63410), с изменениями, внесенными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 июля 2021 г. № 696 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 29 июля 2021 г., регистрационный № 64445).

2. Установить, что подпункт 9 пункта 2 изменений, утвержденных настоящим приказом, вступает в силу с 1 июля 2022 г.

Министр



М.А. Мурашко

УТВЕРЖДЕНЫ
приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от «21» февраля 2022 г. № 1004

**Изменения,
которые вносятся в приложение № 5 к Правилам обязательного медицинского
страхования, утвержденным приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации от 28 февраля 2019 г. № 108н, и Порядок проведения
контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской
помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам,
а также ее финансового обеспечения, утвержденный приказом
Министерства здравоохранения Российской Федерации
от 19 марта 2021 г. № 231н**

1. В приложении № 5 к Правилам обязательного медицинского страхования, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 г. № 108н:

1) В разделе 1:

а) графу «Перечень оснований» пункта 1.2 дополнить словами «(в случае, если установление диагноза и постановка на диспансерное наблюдение должно быть осуществлено в рамках одного случая оказания медицинской помощи)»;

б) в графе «Перечень оснований» пункта 1.6.2 слова «решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования» заменить словами «медицинской организации в соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании»;

в) в графе «Перечень оснований» пункта 1.6.3 слова «решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования» заменить словами «медицинской организации в соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании»;

г) в графе «Перечень оснований» пункта 1.7.1 слова «отсутствующим в тарифном соглашении» заменить словами «неустановленным в соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании»;

д) в графе «Перечень оснований» пункта 1.7.2 слова «утвержденным в тарифном соглашении» заменить словами «установленным в соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании»;

е) графу «Перечень оснований» пункта 1.8.2 дополнить словами «по случаям оказания медицинской помощи, завершившимся после прекращения действия лицензии медицинской организации».

2) В разделе 2:

а) пункты 2.3, 2.3.1 - 2.3.3, 2.4 - 2.6 признать утратившими силу;

б) в графе «Перечень оснований» пункта 2.7 после слов «с длительностью три дня и менее» дополнить словами «(за исключением случаев, связанных с патологией беременности и родами)»;

в) графу «Перечень оснований» пункта 2.12 изложить в следующей редакции:
«Непредставление медицинской документации, учетно-отчетной

документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации, а также результатов внутреннего и внешнего контроля медицинской организации, безопасности оказания медицинской помощи без объективных причин в течение 10 рабочих дней после получения медицинской организацией соответствующего запроса от Федерального фонда обязательного медицинского страхования или территориального фонда обязательного медицинского страхования, или страховой медицинской организации, или специалиста-эксперта, эксперта качества медицинской помощи, действующего по их поручению.»;

г) в графе «Перечень оснований» пункта 2.16.1 слова «выше тарифа, установленного тарифным соглашением» заменить словами «не соответствует тарифу, установленному законодательством об обязательном медицинском страховании»;

д) дополнить пунктом 2.16.3 следующего содержания:

«

2.16.3.	некорректное (неполное) отражение в реестре счета сведений медицинской документации	1	
---------	---	---	--

»;

3) В разделе 3:

а) графу «Перечень оснований» пункта 3.1 изложить в следующей редакции:

«Установление неверного диагноза, связанное с невыполнением, несвоевременным или ненадлежащим выполнением необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи, в том числе по результатам проведенного диспансерного наблюдения, с учетом рекомендаций по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных медицинскими работниками национальных медицинских центров в ходе консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий:»;

б) графу «Перечень оснований» пункта 3.10 изложить в следующей редакции:

«Наличие расхождений клинического и патолого-анатомического диагнозов 2-3 категории, обусловленное непроведением необходимых диагностических исследований (за исключением оказания медицинской помощи в экстренной форме).»;

в) в графе «Перечень оснований» пункта 3.13 слова «клиническим рекомендациям и стандартам медицинской помощи» заменить словами «с учетом стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций»;

г) дополнить пунктами 3.14, 3.14.1-3.14.3, 3.15, 3.15.1-3.15.3 следующего содержания:

«

3.14.	Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с программами обязательного медицинского страхования, в том числе:		
3.14.1.	с отсутствием последующего ухудшения состояния здоровья;		1
3.14.2.	с последующим ухудшением состояния здоровья;		2

3.14.3.	приведший к летальному исходу.		3
3.15.	Непроведение диспансерного наблюдения застрахованного лица (за исключением случаев отказа застрахованного лица, проинформированного лечащим врачом и (или) страховым представителем о возможности прохождения диспансерного наблюдения, от его прохождения), включенного в группу диспансерного наблюдения, в соответствии с порядком и периодичностью проведения диспансерного наблюдения и перечнем включаемых в указанный порядок исследований, в том числе:		
3.15.1.	с отсутствием последующего ухудшения состояния здоровья;		1
3.15.2.	с последующим ухудшением состояния здоровья (за исключением случаев отказа застрахованного лица, проинформированного лечащим врачом и (или) страховым представителем о возможности прохождения диспансерного наблюдения, от его прохождения);		2
3.15.3.	приведший к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица, проинформированного лечащим врачом и (или) страховым представителем о возможности прохождения диспансерного наблюдения, от его прохождения).		3

».

2. В Порядке проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения, утвержденном приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2021 г. № 231н:

1) в абзаце третьем подпункта 3 пункта 6 после слов «порядками оказания медицинской помощи» дополнить словами «(за исключением стандартов оснащения и штатных нормативов медицинской организации, ее структурных подразделений) (далее – порядок оказания медицинской помощи)»;

2) пункт 8 изложить в следующей редакции:

«8. Контроль оказания застрахованному лицу медицинской помощи осуществляется с использованием сведений, размещенных в государственной информационной системе обязательного медицинского страхования, региональных информационных системах обязательного медицинского страхования, единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения, государственных информационных системах в сфере здравоохранения субъектов Российской Федерации (далее соответственно – ЕГИСЗ, ГИСЗ), данных первичной медицинской документации, учетно-отчетной документации медицинской организации, результатов внутреннего и ведомственного (при наличии) контроля качества и безопасности медицинской деятельности.»;

3) сноску «2» к пункту 8 исключить;

4) пункты 10 – 11 изложить в следующей редакции:

«10. Медико-экономический контроль проводится:

- 1) Федеральным фондом обязательного медицинского страхования – в соответствии с договором в рамках базовой программы;
- 2) территориальным фондом – в соответствии с договором по обязательному медицинскому страхованию.

11. При медико-экономическом контроле оценивается:

1) соответствие объемов и стоимости оказанной медицинской организацией медицинской помощи объемам предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи, распределенным медицинской организации решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (для медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования);

2) соответствие объемов и стоимости оказанной медицинской организацией медицинской помощи распределенным данной медицинской организации в соответствии с порядком, утверждаемым Правительством Российской Федерации в соответствии с частью 3² статьи 35 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» объемам предоставления медицинской помощи (для медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется в соответствии с пунктом 11 статьи 5 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»);

3) соответствие предъявленных на оплату счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи (далее – реестр счета) требованиям к их предъявлению и оформлению, установленным нормативными правовыми актами в сфере обязательного медицинского страхования и договорами по обязательному медицинскому страхованию или договорами в рамках базовой программы;

4) действительность полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица на дату оказания медицинской помощи, а также соответствие персональных данных застрахованного лица, приведенных в реестре счета, сведениям, размещенным в едином регистре застрахованных лиц;

5) соответствие видов, форм и условий оказания медицинской помощи видам, формам и условиям оказания медицинской помощи, предусмотренным территориальной программой обязательного медицинского страхования и распределенным решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования медицинской организации (для медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования), видам, формам и условиям оказания медицинской помощи, предусмотренным базовой программой обязательного медицинского страхования в целях финансового обеспечения, осуществляемого в соответствии с пунктом 11 статьи 5 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», и распределенным данной медицинской организации в соответствии с порядком, утверждаемым Правительством Российской Федерации в соответствии с частью 3² статьи 35 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (для медицинской помощи, оказываемой по договору в рамках базовой программы), видам, формам и условиям оказания медицинской помощи, предусмотренным базовой программой обязательного медицинского страхования

и лицензии медицинской организации на осуществление медицинской деятельности (для медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования);

б) наличие у медицинской организации заключенного в соответствии с законодательством Российской Федерации в сфере обязательного медицинского договора по обязательному медицинскому страхованию и (или) договора в рамках базовой программы, во исполнение которого (которых) медицинской организации предъявляются счета и реестры счетов;

7) корректность и обоснованность применения тарифов на оплату медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, установленных в соответствии с частью 2 статьей 30 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (для медицинской помощи, оказанной в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, и медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования), или в соответствии с частью 3¹ статьи 30 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (для медицинской помощи, оказываемой по договору в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования);

8) корректность и обоснованность применения способа оплаты медицинской помощи, установленного в тарифном соглашении для медицинской организации (для медицинской помощи, оказанной в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, и медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования).»;

5) дополнить пунктами 11.1 и 11.2 следующего содержания:

«11.1. В рамках медико-экономического контроля определяется страховая медицинская организация, в которой застраховано лицо, которому оказана медицинская помощь.

11.2. В рамках медико-экономического контроля осуществляется выявление следующих случаев оказания медицинской помощи для последующей организации проведения по ним медико-экономической экспертизы и (или) экспертизы качества медицинской помощи:

1) невключения или несвоевременного включения в группу диспансерного наблюдения застрахованных лиц, которым по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлены диагнозы, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение, а также несоблюдения установленной периодичности осмотров граждан, включенных в группы диспансерного наблюдения, в соответствии с порядком и периодичностью проведения диспансерного наблюдения⁴;

2) оказания онкологической медицинской помощи;

3) лечения застрахованных лиц с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 на всех этапах оказания медицинской помощи (U07.1, U07.2);

4) госпитализации застрахованного лица, медицинская помощь которому

должна быть оказана в стационаре другого профиля (далее – непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации для оказания медицинской помощи в неотложной и экстренной форме;

5) повторных обращений по поводу одного и того же заболевания: в течение четырнадцати дней – при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях; в течение тридцати дней – при оказании медицинской помощи в стационарных условиях (за исключением случаев медицинской помощи, предусматривающих цикличность ее оказания);

6) направления на оказание и оказание медицинской помощи с применением экстракорпорального оплодотворения;

7) оказания медицинской помощи с летальным исходом, в том числе поданных на оплату за счет средств обязательного медицинского страхования без указания в реестре счета признака летального исхода, по которым территориальный фонд/Федеральный фонд имеет сведения о смерти застрахованного лица в период оказания ему медицинской помощи.»;

6) пункт 12 изложить в следующей редакции:

«12. Выявленные в реестрах счетов нарушения отражаются в заключениях о результатах медико-экономического контроля по случаю оказания медицинской помощи и по счету на оплату медицинской помощи по форме, установленной Федеральным фондом⁵, с указанием суммы неоплаты и (или) уменьшения оплаты оказанной медицинской помощи и суммы выставленных штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.»;

7) подпункты 3 и 4 пункта 13 признать утратившими силу.

8) дополнить пунктом 13.1 следующего содержания:

«13.1. В случае получения территориальным фондом/Федеральным фондом от медицинской организации в соответствии с пунктом 71.1 настоящего Порядка протокола разногласий на заключение по результатам медико-экономического контроля, при обнаружении ошибок и недочетов при проведении медико-экономического контроля, а также в случае выявления некорректного применения тарифов на оплаты медицинской помощи территориальный фонд/Федеральный фонд в течение пятнадцати рабочих дней со дня выявления указанных фактов проводит повторный медико-экономический контроль.

Результаты повторного медико-экономического контроля оформляются и направляются в медицинскую организацию в порядке, предусмотренном настоящим Порядком для результатов медико-экономического контроля.»;

9) пункты 14-15 изложить в следующей редакции:

«14. Медико-экономическая экспертиза – установление соответствия фактических сроков оказания медицинской помощи, объемов медицинской помощи, предъявленных к оплате, записям в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации медицинской организации⁶.

15. Медико-экономическая экспертиза проводится специалистом-экспертом, функции которого определены пунктом 95 Порядка.

Специалист-эксперт не привлекается к медико-экономической экспертизе в медицинской организации, с которой он состоит в трудовых или иных договорных отношениях, и обязан отказаться от проведения медико-экономической экспертизы

в случаях, когда пациент является (являлся) его родственником или пациентом, в лечении которого специалист-эксперт принимал участие.»;

10) подпункт 4 пункта 17 изложить в следующей редакции:

«4) соблюдение при оказании медицинской помощи рекомендаций по применению методов профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации, данных при проведении консультаций/консилиумов, с применением телемедицинских технологий медицинскими работниками федеральных государственных учреждений, подведомственных Министерству здравоохранения Российской Федерации, участвующих в реализации федерального проекта «Развитие сети национальных медицинских исследовательских центров и внедрение инновационных медицинских технологий» национального проекта «Здравоохранение» (далее в целях настоящего Порядка – национальные медицинские исследовательские центры), в том числе наличие соответствующих записей лечащего врача в медицинской документации.»;

11) подпункт 6 пункта 18 изложить в следующей редакции:

«6) наличие в первичной медицинской документации и (или) в региональной информационной системе обязательного медицинского страхования сведений о рекомендациях медицинских работников национальных медицинских исследовательских центров по применению методов профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации, данных при проведении телемедицинских консультаций/консилиумов;»;

12) пункт 20 изложить в следующей редакции:

«20. Плановая медико-экономическая экспертиза проводится по медицинской помощи, оказанной не ранее двенадцати месяцев до даты проведения плановой медико-экономической экспертизы.»;

13) пункт 22 изложить в следующей редакции:

«22. Внеплановая медико-экономическая экспертиза проводится в следующих случаях (при непроведении по данным случаям оказания медицинской помощи плановой медико-экономической экспертизы):

1) повторных обращений по поводу одного и того же заболевания в течение четырнадцати дней при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях (за исключением случаев по обращениям в связи с выпиской лекарственных препаратов группам населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей бесплатно и с 50-процентной скидкой, наблюдения беременных женщин, посещений, связанных с выдачей справок и иных медицинских документов, получения застрахованными лицами услуг диализа по поводу хронической почечной недостаточности терминальной стадии), в течение тридцати дней при оказании медицинской помощи в стационарных условиях (при длительности госпитализации три дня и менее, за исключением медицинской помощи, предусматривающей цикличность ее оказания) при одновременном оказании застрахованным лицам в указанный период медицинской помощи в амбулаторных условиях (за исключением экстренной стоматологической помощи);

2) получения жалоб от застрахованного лица или его представителя на доступность медицинской помощи в медицинской организации, включая случаи несоблюдения сроков ожидания медицинской помощи, установленных

территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, по случаям оказания медицинской помощи, не завершившимся летальным исходом;

3) оказания медицинской помощи по профилю «онкология» с применением лекарственной противоопухолевой терапии, коэффициент относительной затратоемкости оказания которой превышает значение 5, в части своевременности назначения и проведения диагностических исследований и лечебных мероприятий, консилиума врачей после первичного установления онкологического заболевания, соблюдения цикличности и полноты проведения лекарственной противоопухолевой терапии;

4) несвоевременной постановки на диспансерное наблюдение застрахованных лиц, которым по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлены диагнозы, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение (в случае, если постановка диагноза и постановка на диспансерное наблюдение осуществляется обособленно), а также несоблюдения установленной периодичности осмотров граждан, включенных в группы диспансерного наблюдения, в соответствии с порядком и периодичностью проведения диспансерного наблюдения и перечнем включаемых в них исследований;

5) летального исхода вне медицинской организации до приезда бригады скорой медицинской помощи, в части соблюдения времени доезда до пациента бригады скорой медицинской помощи, установленного территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

6) оказания медицинской помощи застрахованным лицам без указания в реестре счета признака летального исхода, по которым территориальный фонд/Федеральный фонд имеет сведения о смерти застрахованного лица в период оказания ему медицинской помощи (по случаям оказания медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования – по поручению территориального фонда);

7) поручения Федерального фонда, территориального фонда, в том числе в соответствии с запросом Министерства здравоохранения Российской Федерации, Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, а также в соответствии с поручениями Президента Российской Федерации, Правительства Российской Федерации и на основании требования органов дознания и следствия, прокурора о проведении внеплановой проверки по поступившим в органы дознания и следствия, прокуратуры материалам и обращениям;

8) первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей, получения инвалидности или при переосвидетельствовании указанной категории лиц, а также отказа бюро медико-социальной экспертизы в связи с неполным обследованием застрахованного лица в соответствии с Перечнем медицинских обследований, необходимых для получения клинико-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы, являющимся приложением к приказу Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации и Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 июня 2021 г. № 402н/631н) (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 29 июля 2021 г., регистрационный № 64450), при получении

информации в рамках межведомственного взаимодействия в том числе с целью последующего проведения экспертизы качества медицинской помощи.»;

14) в пункте 23:

а) в абзаце первом слова «подпунктом 2» заменить словами «подпунктами 2, 7 и 8»;

б) в абзаце втором слово «акта» заменить словами «заклучения по результатам»;

15) абзац первый пункта 24 после слов «медицинской помощи» дополнить словами «по территориальной программе обязательного медицинского страхования или медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется в соответствии с пунктом 11 статьи 5 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации,»;

16) пункт 25:

а) изложить в следующей редакции:

«25. По итогам плановой или внеплановой медико-экономической экспертизы специалистом-экспертом составляется и направляется в территориальный фонд/Федеральный фонд или страховую медицинскую организацию экспертное заключение (протокол) о результатах медико-экономической экспертизы по форме, утверждаемой Федеральным фондом⁷. На основании экспертного заключения (протокола) страховой медицинской организацией/территориальным фондом/Федеральным фондом составляется заключение о результатах медико-экономической экспертизы по форме, утверждаемой Федеральным фондом⁷, в котором указывается сумма неоплаты и (или) уменьшения оплаты оказания медицинской помощи, и суммы выставленных штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

В случае составления экспертного заключения (протокола) и заключения о результатах медико-экономической экспертизы в форме документа на бумажном носителе, они составляются в двух экземплярах, один из которых передается в медицинскую организацию, другой остается в страховой медицинской организации/территориальном фонде/Федеральном фонде.

Возможно составление экспертного заключения (протокола) и заключения о результатах медико-экономической экспертизы в форме электронного документа в государственной информационной системе обязательного медицинского страхования/региональной информационной системе обязательного медицинского страхования с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи^{7.1}. В данном случае Федеральный фонд/территориальный фонд обеспечивают страховой медицинской организации/медицинской организации/специалисту-эксперту доступ к экспертному заключению (протоколу) и заключению о результатах медико-экономической экспертизе в государственной информационной системе обязательного медицинского страхования/региональной информационной системе обязательного медицинского страхования.

При выявлении отсутствия в медицинской документации предусмотренных подпунктом 6 пункта 18 Порядка сведений о рекомендациях медицинских работников национальных медицинских исследовательских центров соответствующая информация еженедельно обобщается и направляется