



КонсультантПлюс

Приказ ФФОМС от 19.08.2025 N 140н
"Об утверждении порядка осуществления
мониторинга деятельности страховых
медицинских организаций, в том числе
порядка и сроков предоставления
субъектами обязательного медицинского
страхования и участниками обязательного
медицинского страхования сведений,
необходимых для проведения указанного
мониторинга, и порядка расчета
показателей оценки деятельности
страховых медицинских организаций"
(Зарегистрировано в Минюсте России
29.08.2025 N 83395)

Документ предоставлен **КонсультантПлюс**

www.consultant.ru

Дата сохранения: 09.06.2026

Зарегистрировано в Минюсте России 29 августа 2025 г. N 83395

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

ПРИКАЗ
от 19 августа 2025 г. N 140н

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ МОНИТОРИНГА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТРАХОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, В ТОМ ЧИСЛЕ ПОРЯДКА И СРОКОВ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ СУБЪЕКТАМИ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ И УЧАСТНИКАМИ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ СВЕДЕНИЙ, НЕОБХОДИМЫХ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УКАЗАННОГО МОНИТОРИНГА, И ПОРЯДКА РАСЧЕТА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОЦЕНКИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТРАХОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

В соответствии с пунктом 14.1 части 8 статьи 33 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" приказываю:

1. Утвердить:

[порядок](#) осуществления мониторинга деятельности страховых медицинских организаций, в том числе порядок и сроки предоставления субъектами обязательного медицинского страхования и участниками обязательного медицинского страхования сведений, необходимых для проведения указанного мониторинга, согласно приложению N 1 к настоящему приказу;

[порядок](#) расчета показателей оценки деятельности страховых медицинских организаций согласно приложению N 2 к настоящему приказу.

2. Настоящий приказ вступает в силу с 1 января 2026 г.

Председатель
И.В.БАЛАНИН

Приложение N 1
к приказу Федерального фонда
обязательного медицинского страхования
от 19 августа 2025 г. N 140н

ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ МОНИТОРИНГА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТРАХОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, В ТОМ ЧИСЛЕ ПОРЯДОК И СРОКИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ СУБЪЕКТАМИ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО

СТРАХОВАНИЯ И УЧАСТНИКАМИ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ СВЕДЕНИЙ, НЕОБХОДИМЫХ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УКАЗАННОГО МОНИТОРИНГА

I. Общие положения

1. Мониторинг деятельности страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, осуществляется Федеральным фондом обязательного медицинского страхования на основании представленных территориальными фондами обязательного медицинского страхования показателей оценки деятельности страховых медицинских организаций, предусмотренных договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования <1> (далее соответственно - страховые медицинские организации, Федеральный фонд, территориальные фонды, показатели, договор).

<1> Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 августа 2025 г. N 469н "Об утверждении формы типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 20 августа 2025 г., регистрационный N 83233) (далее - Приказ Минздрава России N 469н).

2. Территориальный фонд осуществляет расчет показателей на основании следующих сведений:

количество застрахованных лиц страховой медицинской организации согласно региональному сегменту единого регистра застрахованных лиц, содержащих достоверные сведения о застрахованных лицах, за исключением застрахованных лиц, для которых страховая медицинская организация определена в установленном частью 5.1 статьи 16 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (далее - Федеральный закон) порядке;

численность застрахованных лиц страховой медицинской организации в субъекте Российской Федерации согласно региональному сегменту единого регистра застрахованных лиц <2> на первое число месяца, следующего за отчетным периодом;

<2> Пункт 16 части 7 статьи 34 Федерального закона.

количество обращений застрахованных лиц, связанных с вопросами получения медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, по которым страховыми медицинскими организациями оказано содействие в урегулировании вопроса (по которым вопрос урегулирован) за отчетный период;

общее количество обращений застрахованных лиц, связанных с вопросами получения медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, поступивших в страховую медицинскую организацию за отчетный период;

количество застрахованных лиц от 18 лет и старше, проинформированных страховой медицинской организацией о прохождении профилактических мероприятий и прошедших

первый этап диспансеризации взрослого населения за отчетный период;

количество застрахованных лиц от 18 лет и старше, индивидуально проинформированных страховой медицинской организацией о прохождении профилактических мероприятий за отчетный период;

количество застрахованных лиц от 18 лет и старше, проинформированных страховой медицинской организацией о диспансерном наблюдении и прошедших диспансерное наблюдение за отчетный период;

количество застрахованных лиц от 18 лет и старше, индивидуально проинформированных страховой медицинской организацией о диспансерном наблюдении за отчетный период;

количество поступивших в страховую медицинскую организацию обоснованных жалоб застрахованных лиц, урегулированных страховой медицинской организацией в досудебном порядке за отчетный период;

количество поступивших в страховую медицинскую организацию обоснованных жалоб застрахованных лиц, урегулированных страховой медицинской организацией в судебном порядке за отчетный период;

количество поступивших в страховую медицинскую организацию обоснованных жалоб застрахованных лиц за отчетный период;

количество обоснованных жалоб застрахованных лиц на страховую медицинскую организацию, поступивших в территориальный фонд и страховую медицинскую организацию от застрахованных лиц напрямую или через иные контрольные органы за отчетный период;

количество заявок на авансирование, направленных в территориальный фонд в установленном Правилами обязательного медицинского страхования <3> и программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утверждаемой в соответствии с частью 4 статьи 80 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" Правительством Российской Федерации (далее - Программа), объеме и порядке (без учета заявок на авансирование с необоснованным превышением установленного Правилами ОМС размера авансирования) за отчетный период;

<3> Пункт 6 части 1 статьи 7 Федерального закона (далее - Правила ОМС).

общее количество заявок на авансирование, направленных страховой медицинской организацией в территориальный фонд за отчетный период;

объем средств обязательного медицинского страхования, направленных страховой медицинской организацией в медицинскую организацию за отчетный период по заявкам на авансирование, не закрытым счетами;

общая сумма средств на оплату медицинской помощи по счетам медицинских организаций, предъявленным к оплате в соответствии с договорами на оказание и оплату медицинской

помощи по обязательному медицинскому страхованию за отчетный период;

количество заключений страховой медицинской организации по результатам проведенных в соответствии со статьей 40 Федерального закона экспертиз качества медицинской помощи, подтвержденных результатами проведенных территориальным фондом повторных экспертиз качества медицинской помощи в рамках осуществляемого территориальным фондом контроля за качеством проведения страховой медицинской организацией контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи <4>, за отчетный период;

<4> Часть 11 статьи 40 Федерального закона.

количество проведенных территориальным фондом повторных экспертиз качества медицинской помощи в рамках осуществляемого территориальным фондом контроля за качеством проведения страховой медицинской организацией контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи за отчетный период;

количество заключений страховой медицинской организации, подтвержденных результатами проведенной территориальным фондом повторной медико-экономической экспертизы/экспертизы качества медицинской помощи по претензии медицинской организации в рамках обжалования заключения страховой медицинской организации по результатам контроля, за отчетный период;

количество претензий медицинской организации, поступивших в территориальный фонд в рамках обжалования медицинской организацией заключения страховой медицинской организации по результатам контроля, за отчетный период.

3. Источниками указанных в [пункте 2](#) настоящего Порядка сведений являются:

а) единый регистр застрахованных лиц;

б) форма N ЗПЗ "Организация защиты прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования", утвержденная приказом Федерального фонда от 30 июля 2024 г. N 118н <5> (далее - форма ЗПЗ);

<5> Зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 27 августа 2024 г., регистрационный N 79297.

в) акты сверки расчетов, составляемые страховой медицинской организацией и территориальным фондом в соответствии с Правилами ОМС в рамках заключаемых в соответствии с частью 7 статьи 14 Федерального закона договоров;

г) данные страховых медицинских организаций согласно Федеральному стандарту бухгалтерского учета ФСБУ 4/2023 "Бухгалтерская (финансовая) отчетность", утвержденному приказом Министерства финансов Российской Федерации от 4 октября 2023 г. N 157н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 21 марта 2024 г., регистрационный N 77591) (далее - ФСБУ);

д) иные документы, касающиеся деятельности страховых медицинских организаций и необходимые для осуществления мониторинга деятельности страховых медицинских организаций.

II. Предоставление сведений страховыми медицинскими организациями и их оценка территориальным фондом

4. Страховая медицинская организация направляет в территориальный фонд посредством государственной информационной системы обязательного медицинского страхования <6> (далее - ГИС ОМС) ежеквартально нарастающим итогом - на 20 день, следующий за отчетным периодом; за январь - декабрь - на 40 день, следующий за отчетным периодом, следующие сведения <7>:

<6> Пункт 7 части 2 статьи 44.1 Федерального закона.

<7> ФСБУ.

объем средств обязательного медицинского страхования, направленных страховой медицинской организацией в медицинскую организацию за отчетный период по заявкам на авансирование, не закрытым счетами;

общая сумма средств на оплату медицинской помощи по счетам медицинских организаций, предъявленным к оплате в соответствии с договорами на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

5. Территориальный фонд в соответствии с пунктом 4.1 части 4 статьи 38 Федерального закона на основании указанных в [пункте 2](#) настоящего Порядка сведений в соответствии с утвержденным [приложением N 2](#) к настоящему приказу порядком расчета показателей оценки деятельности страховых медицинских организаций (далее - Порядок расчета) ежеквартально осуществляет оценку достижения страховой медицинской организацией показателей.

6. Расчет показателей осуществляется территориальным фондом до четвертого знака после запятой, итоговый показатель оценки деятельности страховой медицинской организации указывается с одним десятичным знаком после запятой.

7. В случае непредставления или несвоевременного представления страховой медицинской организацией в территориальный фонд указанных в [пункте 4](#) настоящего Порядка сведений в целом или по отдельным показателям такие показатели оценки деятельности страховой медицинской организации учитываются при осуществлении мониторинга деятельности страховой медицинской организации с нулевым значением.

8. Оценка достижения страховой медицинской организацией показателей рассчитывается как среднее значение показателей.

9. В случае значения показателя равного "0" данный показатель не учитывается территориальным фондом при расчете среднего значения.

10. Оценка достижения показателей осуществляется территориальным фондом для страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации весь отчетный период.

11. В случае реорганизации в отчетный период страховых медицинских организаций в форме присоединения или преобразования, в том числе присоединения к страховой медицинской организации, не включенной в реестр страховых медицинских организаций субъекта Российской Федерации, оценка достижения показателей осуществляется территориальным фондом, в том числе с учетом сведений для оценки деятельности реорганизованной страховой медицинской организации в отчетный период.

12. Оценку достижения страховой медицинской организацией показателей за январь - декабрь территориальный фонд осуществляет с применением коэффициента эффективности деятельности страховой медицинской организации (далее - коэффициент эффективности).

13. Коэффициент эффективности определяется территориальным фондом по результатам контроля, проводимого территориальным фондом в соответствии с пунктами 8 и 12 части 7 статьи 34 Федерального закона и повлекшего применение санкций, предусмотренных перечнем санкций за нарушение договорных обязательств страховой медицинской организацией, установленным типовым договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования <8> (далее - перечень санкций), и контроля, проводимого Федеральным фондом в соответствии с пунктом 7 части 8 статьи 33 Федерального закона.

<8> Приказ Минздрава России N 469н.

14. При выявлении нарушений в соответствии с пунктами перечня санкций согласно [Порядку](#) расчета территориальный фонд к рассчитанному согласно [пункту 5](#) настоящего Порядка показателю оценки деятельности страховых медицинских организаций применяет следующий коэффициент эффективности:

Кэфф = 0,9 - при выявлении одного из указанных нарушений;

Кэфф = 0,8 - при выявлении двух и более из указанных нарушений;

Кэфф = 1 - при отсутствии указанных нарушений.

15. Коэффициент эффективности 1,1 применяется к рассчитанному в соответствии с [пунктом 5](#) настоящего Порядка показателю оценки деятельности страховых медицинских организаций при полном отсутствии по результатам проведенного территориальным фондом контроля нарушений согласно перечню санкций.

III. Результаты мониторинга деятельности страховых медицинских организаций

16. Результаты оценки достижения показателей осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории субъекта Российской Федерации страховых медицинских организаций территориальный фонд направляет посредством ГИС ОМС

в Федеральный фонд ежеквартально нарастающим итогом - на 30 день, следующий за отчетным периодом; за январь - декабрь - на 50 день, следующий за отчетным периодом.

17. Федеральный фонд осуществляет мониторинг деятельности страховых медицинских организаций на основании показателей, представленных территориальными фондами в Федеральный фонд в соответствии с [пунктом 16](#) настоящего Порядка, начиная с первого квартала 2026 года.

18. В случае непредставления или несвоевременного представления территориальным фондом одного или нескольких показателей, Федеральный фонд осуществляет мониторинг деятельности такой страховой медицинской организации на основании показателей предыдущего отчетного периода.

19. Результат мониторинга деятельности страховых медицинских организаций определяется как среднее значение показателей в субъектах Российской Федерации, в которых страховая медицинская организация осуществляет свою деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

20. При поступлении от территориальных фондов субъектов Российской Федерации, в которых страховая медицинская организация осуществляет деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, информации об отсутствии нарушений деятельности страховой медицинской организации согласно перечню санкций, Федеральный фонд применяет коэффициент эффективности 1,1 к результату мониторинга деятельности страховых медицинских организаций.

21. На основании результатов мониторинга деятельности страховых медицинских организаций Федеральный фонд формирует рейтинг страховых медицинских организаций.

22. В случае совпадения результатов мониторинга деятельности у двух и более страховых медицинских организаций рейтинг страховых медицинских организаций формируется с учетом рассчитанных территориальным фондом показателей до четвертого знака после запятой, при этом рейтинг страховой медицинской организации указывается с одним десятичным знаком после запятой.

23. Рейтинг страховых медицинских организаций размещается Федеральным фондом на официальном сайте в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" с указанием значения результата (с одним десятичным знаком после запятой) ежеквартально нарастающим итогом - на 45 день, следующий за отчетным периодом; за январь - декабрь - на 60 день, следующий за отчетным периодом.

Приложение N 2
к приказу Федерального фонда
обязательного медицинского страхования
от 19 августа 2025 г. N 140н

ПОРЯДОК

РАСЧЕТА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОЦЕНКИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТРАХОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

N	Показатель	Формула расчета	Порядок определения коэффициента эффективности деятельности страховой медицинской организации, осуществляющей деятельность в сфере обязательного медицинского страхования <1> (согласно перечню санкций за нарушение договорных обязательств страховой медицинской организацией <2> (далее - перечень санкций)
1.	Ведение персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах	$\frac{\text{ЧЗЛдост} \times 100}{\text{ЧЗЛсмо}},$ <p>где:</p> <p>ЧЗЛдост - количество застрахованных лиц страховой медицинской организации согласно региональному сегменту единого регистра застрахованных лиц, содержащих достоверные сведения о застрахованных лицах, за исключением застрахованных лиц, для которых страховая медицинская организация определена в установленном частью 5.1 статьи 16 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (далее - Федеральный закон) порядке;</p> <p>ЧЗЛсмо - численность застрахованных лиц страховой медицинской организации в субъекте Российской Федерации согласно региональному сегменту единого регистра застрахованных лиц на первое число месяца, следующего за отчетным периодом.</p>	<p>При выявлении территориальным фондом обязательного медицинского страхования (далее - ТФОМС)/Федеральным фондом обязательного медицинского страхования (далее - ФОМС) нарушений в соответствии с пунктами 1 и 2 перечня санкций.</p>

2.	Эффективность сопровождения застрахованных лиц при оказании медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования (за пределами территории страхования), а также при оказании медицинской помощи медицинскими организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, оказывающими медицинскую помощь, финансовое обеспечение которой осуществляется в соответствии с пунктом 11 статьи 5 Федерального закона	$\frac{\text{КСЭрез} \times 100}{\text{КСЭ}}$ <p>где:</p> <p>КСЭрез - количество обращений застрахованных лиц, связанных с вопросами получения медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, по которым страховыми медицинскими организациями оказано содействие в урегулировании вопроса (по которым вопрос урегулирован) за отчетный период <3>;</p> <p>КСЭ - общее количество обращений застрахованных лиц, связанных с вопросами получения медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, поступивших в страховую медицинскую организацию за отчетный период <4>;</p>	При выявлении ТФОМС/ФОМС нарушений в соответствии с пунктами 3, 5, 16 перечня санкций.
3.	Эффективность информирования о прохождении диспансеризации взрослого населения	$\frac{\text{ППМинфдвн} \times 100}{\text{ИИдвн}}$ <p>где:</p>	При выявлении ТФОМС/ФОМС нарушений в соответствии с пунктами 3, 5, 16 перечня санкций.

		<p>ППМ_{инфдвн} - количество застрахованных лиц от 18 лет и старше, проинформированных страховой медицинской организацией о прохождении профилактических мероприятий и прошедших первый этап диспансеризации взрослого населения за отчетный период <5>;</p> <p>ИИ_{двн} - количество застрахованных лиц от 18 лет и старше, индивидуально проинформированных страховой медицинской организацией о прохождении профилактических мероприятий за отчетный период <6>.</p>	
4.	Эффективность информирования о прохождении диспансерного наблюдения	$\frac{\text{ППМинфдн} \times 100}{\text{ИИдн}}$ <p>где:</p> <p>ППМинфдн - количество застрахованных лиц от 18 лет и старше, проинформированных страховой медицинской организацией о диспансерном наблюдении и прошедших диспансерное наблюдение за отчетный период <7>;</p> <p>ИИдн - количество застрахованных лиц от 18 лет и старше, индивидуально проинформированных страховой медицинской организацией о диспансерном наблюдении за отчетный период <8>;</p>	При выявлении ТФОМС/ФОМС нарушений в соответствии с пунктами 3, 5, 16 перечня санкций.
5.	Защита прав застрахованных лиц в судебном и досудебном порядке	$\frac{(\text{КОЖдосуд} + \text{КОЖсуд}) \times 100}{\text{КОЖзл}}$ <p>где:</p> <p>КОЖдосуд - количество поступивших в страховую медицинскую организацию обоснованных жалоб застрахованных лиц, урегулированных страховой медицинской организацией в досудебном порядке за отчетный период <9>;</p>	При выявлении ТФОМС/ФОМС нарушений в соответствии с пунктами 6, 8 перечня санкций.

о...

		<p>КОЖсуд - количество поступивших в страховую медицинскую организацию обоснованных жалоб застрахованных лиц, урегулированных страховой медицинской организацией в судебном порядке за отчетный период <10>;</p> <p>КОЖзл - количество поступивших в страховую медицинскую организацию обоснованных жалоб застрахованных лиц за отчетный период <11></p>	
6.	Эффективность защиты прав застрахованных лиц	$\frac{\text{КОЖзлсмo} \times 100000}{\text{ЧЗЛсмo}}$ <p>где:</p> <p>КОЖзлсмo - количество обоснованных жалоб застрахованных лиц на страховую медицинскую организацию, поступивших в территориальный фонд и страховую медицинскую организацию от застрахованных лиц напрямую или через иные контрольные органы за отчетный период <12>;</p> <p>ЧЗЛсмo - численность застрахованных лиц страховой медицинской организации в субъекте Российской Федерации согласно региональному сегменту единого регистра застрахованных лиц на первое число месяца, следующего за отчетным периодом</p>	При выявлении ТФОМС/ФОМС нарушений в соответствии с пунктом 6 перечня санкций
7.	Соблюдение установленного законодательством порядком авансирования медицинских организаций в рамках реализации ТПОМС	$\frac{\text{КЗАсобл} \times 100}{\text{КЗАвсего}},$ <p>где:</p> <p>КЗАсобл - количество заявок на авансирование, направленных в территориальный фонд в установленном Правилами обязательного медицинского страхования <13> и программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи</p>	При выявлении ТФОМС/ФОМС нарушений в соответствии с подпунктом 4.1 и пунктами 10, 12, 13 перечня санкций.

о...

		<p><14> (далее - Программа) объеме и порядке (без учета заявок на авансирование с необоснованным превышением установленного Правилами ОМС размера авансирования) за отчетный период; КЗАвсего - общее количество заявок на авансирование, направленных страховой медицинской организацией в территориальный фонд за отчетный период.</p>	
8.	Контроль за использованием медицинскими организациями средств ОМС (дебиторская задолженность МО)	<p>1 квартал текущего года: $1 - ((ДТ/СЧпо) - 1/12 \times 190\%)$,</p> <p>2 - 4 квартал текущего года $1 - ((ДТ/СЧпо) - 1/12)$,</p> <p>где:</p> <p>ДТ - объем средств обязательного медицинского страхования, направленных страховой медицинской организацией в медицинскую организацию за отчетный период по заявкам на авансирование, не закрытым счетами <15>; СЧпо - общая сумма средств на оплату медицинской помощи по счетам медицинских организаций, предъявленным к оплате в соответствии с договорами на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию за отчетный период <16>;</p> <p>С отдельным расчетом для 1 и 2 - 4 кварталов, учитывающим особенности авансирования оказания медицинской помощи в декабре: 1/12 - допустимый размер дебиторской задолженности на конец отчетного периода; 190% - расчетное превышение допустимого значения 1/12, связанного с законодательной спецификой авансирования медицинских организаций в декабре предыдущего года.</p>	<p>При выявлении ТФОМС/ФОМС нарушений в соответствии с подпунктом 4.2 и пунктами 5, 11, 14, 15 перечня санкций</p>

9.	Эффективность экспертной деятельности СМО по результатам контроля ТФОМС за качеством проведения СМО контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи	$\frac{\text{КЭКМП}_{\text{подтв}} \times 100}{\text{КЭКМП}_{\text{тфомс}}}$ <p>где:</p> <p>КЭКМП_{подтв} - количество заключений страховой медицинской организации по результатам проведенных в соответствии со статьей 40 Федерального закона экспертиз качества медицинской помощи, подтвержденных результатами проведенных территориальным фондом повторных экспертиз качества медицинской помощи в рамках осуществляемого территориальным фондом контроля за качеством проведения страховой медицинской организацией контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, за отчетный период <17>;</p> <p>КЭКМП_{тфомс} - количество проведенных территориальным фондом повторных экспертиз качества медицинской помощи в рамках осуществляемого территориальным фондом контроля за качеством проведения страховой медицинской организацией контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи за отчетный период <18>.</p>	При выявлении ТФОМС/ФОМС нарушений в соответствии с подпунктами 9.1, 9.2, 9.3, 9.6 перечня санкций
10.	Качество проводимого СМО контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи (по результатам контроля ТФОМС по претензии МО в рамках обжалования медицинской организацией	$\frac{\text{КЗСМО}_{\text{подтв}} \times 100}{\text{КПМО}_{\text{тфомс}}}$ <p>где:</p> <p>КЗСМО_{подтв} - количество заключений страховой медицинской организации, подтвержденных результатами проведенной территориальным фондом повторной медико-экономической экспертизы/экспертизы качества медицинской помощи по претензии медицинской организации в рамках обжалования заключения страховой медицинской организации по результатам контроля, за</p>	При выявлении ТФОМС/ФОМС нарушений в соответствии с подпунктами 9.4, 9.5, 9.6 перечня санкций

заклучения СМО по результатам контроля)	отчетный период <19>; КПМОтфомс - количество претензий медицинской организации, поступивших в территориальный фонд в рамках обжалования медицинской организацией заключения страховой медицинской организации по результатам контроля, за отчетный период <20>.	
-----------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

<1> Далее - страховая медицинская организация.

<2> Приложение N 2 к типовому договору о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, форма которого утверждена приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 августа 2025 г. N 469н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 20 августа 2025 г., регистрационный N 83233).

<3> Таблица 3 формы N ЗПЗ "Организация защиты прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования", утвержденной приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 30 июля 2024 г. N 118н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 27 августа 2024 г., регистрационный N 79297) (далее - форма N ЗПЗ).

<4> Таблица 1 формы N ЗПЗ.

<5> Таблица 10 формы N ЗПЗ.

<6> Таблица 10 формы N ЗПЗ.

<7> Таблица 10 формы N ЗПЗ.

<8> Таблица 10 формы N ЗПЗ.

<9> Таблица 2 формы N ЗПЗ.

<10> Таблица 2 формы N ЗПЗ.

<11> Таблица 1 формы N ЗПЗ.

<12> Таблица 1 формы N ЗПЗ

<13> Пункт 6 части 1 статьи 7 Федерального закона (далее - Правила ОМС).

<14> Часть 4 статьи 80 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

<15> Федеральный стандарт бухгалтерского учета ФСБУ 4/2023 "Бухгалтерская (финансовая) отчетность", утвержденный приказом Министерства финансов Российской Федерации от 4 октября 2023 г. N 157н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 21 марта 2024 г., регистрационный N 77591) (далее - ФСБУ).

<16> ФСБУ.

<17> Таблица 7 формы N ЗПЗ.

<18> Таблица 7 формы N ЗПЗ.

<19> Таблица 9 формы N ЗПЗ.

<20> Таблица 9 формы N ЗПЗ.
