



**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

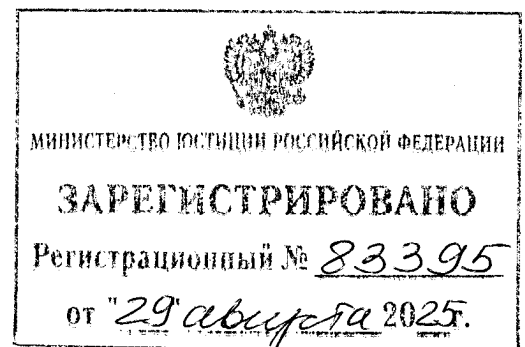
П Р И К А З

19 августа 2025г.

Москва

№ 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 14¹ части 8 статьи 33 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» п р и к а з ы в а ю:

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 № 1 к настоящему приказу;

порядок расчета показателей оценки деятельности страховых медицинских организаций согласно приложению № 2 к настоящему приказу.

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

Председатель

И.В. Баланин

Приложение № 1
к приказу Федерального фонда
обязательного медицинского страхования
от «13» августа 2025 № 1404

**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 страхования¹ (далее соответственно – страховые медицинские организации, Федеральный фонд, территориальные фонды, показатели, договор).

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 5¹ статьи 16 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 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

¹ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 августа 2025 г. № 469н «Об утверждении формы типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 20 августа 2025 г., регистрационный № 83233) (далее – Приказ Минздрава России № 469н).

регистра застрахованных лиц² на первое число месяца, следующего за отчетным периодом;

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

² Пункт 16 части 7 статьи 34 Федерального закона.

контрольные органы за отчетный период;

количество заявок на авансирование, направленных в территориальный фонд в установленном Правилами обязательного медицинского страхования³ и программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утверждаемой в соответствии с частью 4 статьи 80 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 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;

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 помощи⁴, за отчетный период;

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

³ Пункт 6 части 1 статьи 7 Федерального закона (далее – Правила ОМС).

⁴ Часть 11 статьи 40 Федерального закона.

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 № 3ПЗ «Организация защиты прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования», утвержденная приказом Федерального фонда от 30 июля 2024 г. № 118н⁵ (далее – форма 3ПЗ);

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. № 157н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 21 марта 2024 г., регистрационный № 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 страхования⁶ (далее – ГИС ОМС) ежеквартально нарастающим итогом – на 20 день, следующий за отчетным периодом; за январь - декабрь – на 40 день, следующий за отчетным периодом, следующие сведения⁷:

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

⁵ Зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 27 августа 2024 г., регистрационный № 79297.

⁶ Пункт 7 части 2 статьи 44¹ Федерального закона.

⁷ ФСБУ.

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 4¹ части 4 статьи 38 Федерального закона на основании указанных в пункте 2 настоящего Порядка сведений в соответствии с утвержденным приложением № 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 страхования⁸ (далее – перечень санкций), и контроля, проводимого Федеральным фондом в соответствии с пунктом 7 части 8 статьи 33 Федерального закона.

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.

⁸ Приказ Минздрава России № 469н.

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 № 2
к приказу Федерального фонда
обязательного медицинского страхования
от « 19 » августа 20 25 № 140н

Порядок расчета показателей оценки деятельности страховых медицинских организаций

№	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 персонафицированного учета сведений о застрахованных лицах	$\frac{\text{ЧЗЛ}_{\text{дост}} \times 100}{\text{ЧЗЛ}_{\text{см}}},$ где:	При выявлении территориальным фондом обязательного медицинского страхования (далее – ТФОМС) /Федеральным

¹ Далее – страховая медицинская организация.

² Приложение № 2 к типовому договору о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, форма которого утверждена приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 августа 2025 г. № 469н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 20 августа 2025 г., регистрационный № 83233).

		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. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон) порядке; 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.	фондом обязательного медицинского страхования (далее – ФОМС) нарушений в соответствии с пунктами 1 и 2 перечня санкций.
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	где: $\frac{\text{КСЭрез} \times 100}{\text{КСЭ}}$ 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	При выявлении ТФОМС /ФОМС нарушений в соответствии с пунктами 3, 5, 16 перечня санкций.

	медицинскими организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, оказывающими медицинскую помощь, финансовое обеспечение которой осуществляется в соответствии с пунктом 11 статьи 5 Федерального закона	(по которым вопрос урегулирован) за отчетный период³; 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 период⁴;	При выявлении ТФОМС/ФОМС нарушений в соответствии с пунктами 3, 5, 16 перечня санкций.
3.	Эффективность информирования о прохождении диспансеризации взрослого населения	ППМ_{инфдвн} x 100 ИИдвн где: 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 период⁵;	

³ Таблица 3 формы № 3ПЗ «Организация защиты прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования», утвержденной приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 30 июля 2024 г. № 118н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 27 августа 2024 г., регистрационный № 79297) (далее – форма № 3ПЗ).

⁴ Таблица 1 формы № 3ПЗ.

⁵ Таблица 10 формы № 3ПЗ.

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

⁶ Таблица 10 формы № 3ПЗ.

⁷ Таблица 10 формы № 3ПЗ.

⁸ Таблица 10 формы № 3ПЗ.

		застрахованных лиц, урегулированных страховой медицинской организацией в досудебном порядке за отчетный период⁹; КОЖсуд – количество поступивших в страховую медицинскую организацию обеснованных жалоб застрахованных лиц, урегулированных страховой медицинской организацией в судебном порядке за отчетный период¹⁰; КОЖзл – количество поступивших в страховую медицинскую организацию обеснованных жалоб застрахованных лиц за отчетный период¹¹	
6.	Эффективность защиты прав застрахованных лиц	$\frac{\text{КОЖзлсмo} \times 100000}{\text{ЧЗЛсмo}}$ где: КОЖзлсмo – количество обеснованных 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 период¹²; ЧЗЛсмo – численность застрахованных лиц страховой медицинской организации в субъекте Российской Федерации согласно региональному сегменту единого регистра	При выявлении ТФОМС/ФОМС нарушений в соответствии с пунктом 6 перечня санкций

⁹ Таблица 2 формы № 3ПЗ.

¹⁰ Таблица 2 формы № 3ПЗ.

¹¹ Таблица 1 формы № 3ПЗ.

¹² Таблица 1 формы № 3ПЗ

		застрахованных лиц на первое число месяца, следующего за отчетным периодом	
7.	Соблюдение установленного законодательством порядком авансирования медицинских организаций в рамках реализации ТПОМС	$\frac{K3A_{\text{собр}} \times 100}{K3A_{\text{всего}}}$ где: $K3A_{\text{собр}}$ – количество заявок на авансирование, направленных в территориальный фонд в установленном Правилами обязательного медицинского страхования¹³ и программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи¹⁴ (далее – Программа) объеме и порядке (без учета заявок на авансирование с необоснованным превышением установленного Правилами ОМС размера авансирования) за отчетный период; $K3A_{\text{всего}}$ – общее количество заявок на авансирование, направленных страховой медицинской организацией в территориальный фонд за отчетный период.	При выявлении ТФОМС/ФОМС нарушений в соответствии с подпунктом 4.1 и пунктами 10, 12, 13 перечня санкций.
8.	Контроль за использованием медицинскими организациями средств ОМС (дебиторская	1 квартал текущего года: $1 - ((DT/СЧпо) - 1/12 \times 190\%),$ 2-4 квартал текущего года $1 - ((DT/СЧпо) - 1/12),$ где:	При выявлении ТФОМС/ФОМС нарушений в соответствии с подпунктом 4.2 и пунктами 5, 11, 14, 15 перечня санкций

¹³ Пункт 6 части 1 статьи 7 Федерального закона (далее – Правила ОМС).

¹⁴ Часть 4 статьи 80 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

	задолженность МО)	ДТ – объём средств обязательного медицинского страхования, направленных страховой медицинской организацией в медицинскую организацию за отчётный период по заявкам на авансирование, не закрытым счетами¹⁵; 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 отчётный период¹⁶; 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.	При выявлении ТФОМС/ФОМС нарушений в соответствии с подпунктами 9.1, 9.2, 9.3, 9.6 перечня санкций
9.	Эффективность экспертной деятельности СМО по результатам контроля ТФОМС за качеством проведения СМО контроля объемов,	$\frac{\text{КЭКМПподтв} \times 100}{\text{КЭКМПтфмс}}$ где: КЭКМПподтв - количество заключений страховой медицинской организации по результатам проведенных в	

¹⁵ Федеральный стандарт бухгалтерского учета ФСБУ 4/2023 «Бухгалтерская (финансовая) отчетность», утвержденный приказом Министерства финансов Российской Федерации от 4 октября 2023 г. № 157н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 21 марта 2024 г., регистрационный № 77591) (далее - ФСБУ).

¹⁶ ФСБУ.

	сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи	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 период¹⁷; КЭКМПтфомс - 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 период¹⁸.	
10.	Качество проводимого СМО контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи (по результатам контроля ТФОМС по претензии МО в рамках обжалования	КЗСМОподтв x 100 КПМОтфомс где: КЗСМОподтв – количество заключений страховой медицинской организации, подтвержденных результатами проведенной территориальным фондом повторной медико-экономической экспертизы/экспертизы качества медицинской	При выявлении ТФОМС/ФОМС нарушений в соответствии с подпунктами 9.4, 9.5, 9.6 перечня санкций

¹⁷ Таблица 7 формы № 3ПЗ.

¹⁸ Таблица 7 формы № 3ПЗ.

	медицинской организацией заключения СМО по результатам контроля)	помощи по претензии медицинской организации в рамках обжалования заключения страховой медицинской организации по результатам контроля, за отчетный период ¹⁹ ; КПОМОтфомс – количество претензий медицинской организации, поступивших в территориальный фонд в рамках обжалования медицинской организацией заключения страховой медицинской организации по результатам контроля, за отчетный период ²⁰ .	
--	--	--	--

¹⁹ Таблица 9 формы № 3ПЗ.

²⁰ Таблица 9 формы № 3ПЗ.