

Утверждено  
Приложение № 1  
к приказу Федерального фонда  
обязательного медицинского страхования  
от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2026 г. № \_\_\_н

Изменения,  
которые вносятся в приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 19 августа 2025 года № 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»

1. В приказе Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 19 августа 2025 года № 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»:

1) В Приложении № 1 пункт 2 изложить в следующей редакции:

«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<sup>1</sup> статьи 16 Федерального закона порядке;

численность застрахованных лиц страховой медицинской организации в субъекте Российской Федерации согласно региональному сегменту единого

регистра застрахованных лиц<sup>2</sup> на первое число месяца, следующего за отчетным периодом;

количество письменных обоснованных жалоб и обращений за разъяснениями (консультациями) застрахованных лиц, связанных с вопросами получения медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, по которым страховыми медицинскими организациями осуществлено сопровождение (предоставлена информация по вопросам обязательного медицинского страхования, консультации) за отчетный период;

общее количество письменных обоснованных жалоб и обращений за разъяснениями (консультациями) застрахованных лиц, связанных с вопросами получения медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, рассмотренных страховой медицинской организацией за отчетный период;

количество застрахованных лиц от 18 лет и старше, индивидуально проинформированных страховой медицинской организацией о прохождении профилактических мероприятий и прошедших один из видов профилактических мероприятий (диспансеризацию (в том числе углубленную диспансеризацию, для оценки репродуктивного здоровья), профилактические медицинские осмотры)»;

количество застрахованных лиц от 18 лет и старше, включенных на информационном ресурсе в списки застрахованных лиц, подлежащих информированию о прохождении одного из видов профилактических мероприятий (диспансеризацию (в том числе углубленную диспансеризацию, для оценки репродуктивного здоровья), профилактические медицинские осмотры) и индивидуально проинформированных страховой медицинской организацией о прохождении одного из видов профилактических мероприятий (диспансеризацию (в том числе углубленную диспансеризацию, для оценки репродуктивного здоровья), профилактические медицинские осмотры), за отчетный период;

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

количество застрахованных лиц от 18 лет и старше, включенных на информационном ресурсе в списки застрахованных лиц, подлежащих информированию о диспансерном наблюдении, индивидуально

---

<sup>22</sup> Часть 7 статьи 34 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон)

проинформированных страховой медицинской организацией о диспансерном наблюдении за отчетный период;

количество рассмотренных страховой медицинской организацией обоснованных жалоб застрахованных лиц, урегулированных страховой медицинской организацией в досудебном порядке за отчетный период;

количество рассмотренных страховой медицинской организацией обоснованных жалоб застрахованных лиц, урегулированных страховой медицинской организацией в судебном порядке за отчетный период;

количество обращений застрахованных лиц, по которым страховой медицинской организацией оказана помощь в предъявлении претензий к медицинским организациям в связи с отказом в оказании медицинской помощи или некачественным оказанием медицинской помощи и взиманием денежных средств за оказание медицинской помощи путем предоставления консультаций;

количество рассмотренных страховой медицинской организацией 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 медицинских организаций на авансирование, направленных в территориальный фонд в установленном Правилами обязательного медицинского страхования<sup>3</sup> 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 медицинских организаций на авансирование с необоснованным превышением установленного Правилами ОМС и Программой размера авансирования) за отчетный период;

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

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

---

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

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 экспертных заключений страховой медицинской организации по результатам проведенных в соответствии со статьей 40 Федерального закона экспертиз качества медицинской помощи, подтвержденных результатами проведенных территориальным фондом повторных медико-экономических экспертиз и 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<sup>4</sup>, за отчетный период;

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

количество экспертных заключений медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи, оспоренных по претензии медицинской организации, поступивших в территориальный фонд в рамках обжалования медицинской организацией заключения страховой медицинской организации по результатам контроля, за отчетный период.»;

2) Приложение № 2 изложить в редакции согласно приложению № 2.

---

<sup>4</sup> Часть 11 статьи 40 Федерального закона.