**Перечень санкций к медицинским организациям**

**и оснований для их применения по результатам контроля**

Санкции, применяемые к медицинским организациям, при выявлении нарушений в результате проведения контрольных мероприятий (в соответствии со ст.41 Федерального закона от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации"):

1) неоплата или уменьшение оплаты медицинской помощи в виде исключения позиции из реестра счетов, подлежащих оплате объемов медицинской помощи, или уменьшения сумм, представленных к оплате, в процентах от стоимости оказанной медицинской помощи по страховому случаю;

2) уплата медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества;

3) возврат сумм, не подлежащих оплате, в страховую медицинскую организацию, территориальный фонд в соответствии с договором по обязательному медицинскому страхованию, или в Федеральный фонд в соответствии с договором в рамках базовой программы.

Кроме того, допускается однократное повторное выставление медицинской организацией ранее отклоненной от оплаты позиции реестра счета, устранение медицинской организацией выявленных нарушений без применения к ней санкций в течение срока, установленного в заключении о результатах контроля, устранение нарушений при последующем оказании медицинской помощи застрахованным лицам.

Выявленные в результате контроля нарушения при оказании медицинской помощи, являются основаниями для отказа в оплате медицинской помощи / уменьшения оплаты:

1) нарушение условий оказания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке застрахованным лицам (выявляются страховыми медицинскими организациями в случае несоблюдения медицинскими организациями условий договора по обязательному медицинскому страхованию, порядков оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций), в том числе сроков ожидания медицинской помощи, оказываемой в плановой форме, включая сроки ожидания оказания медицинской помощи в стационарных условиях, проведения отдельных диагностических обследований и консультаций врачей-специалистов);

2) невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых или выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, 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 или преждевременное с клинической точки зрения прекращение проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта, устанавливаемое при полном или частичном несоответствии оказанной застрахованному лицу медицинской помощи, в том числе не учитывающие состояние здоровья застрахованного лица;

3) нарушение преемственности при оказании медицинской помощи, необоснованная или непрофильная госпитализация застрахованного лица, включая отсутствие медицинских показаний для оказания медицинской помощи круглосуточно или госпитализации в медицинскую организацию (отделение медицинской организации), не имеющую лицензии на медицинскую деятельность по данному виду работ (услуг);

4) отсутствие объективных причин непредоставления медицинской документации, подтверждающей оказание застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации;

5) нарушения при оказании медицинской помощи в экстренной и неотложной формах, в том числе сроков ожидания указанной медицинской помощи.

6) несвоевременное включение в группу диспансерного наблюдения застрахованного лица, которому впервые установлен диагноз, при котором предусмотрено диспансерное наблюдение.

7) отсутствие в медицинской документации результатов обследований, осмотров, консультаций специалистов, дневниковых записей, позволяющих оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер, условия предоставления медицинской помощи и провести оценку качества оказанной медицинской помощи.

При выявлении нарушений договорных обязательств в отношении объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи страховая медицинская организация (Федеральный фонд, территориальный фонд) частично или полностью не возмещает затраты медицинской организации по оказанию медицинской помощи, уменьшая последующие платежи по счетам медицинской организации на сумму выявленных нарушений при оказании медицинской помощи или требует возврата сумм в страховую медицинскую организацию.