**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 /невключение 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, связанные с оказанием медицинской помощи, уменьшая последующие платежи по счетам медицинской организации на сумму выявленных нарушений или требует возврата сумм в страховую медицинскую организацию.