

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ № 27
к договору от 11.01.2016 г. №31 на оказание и оплату
медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию

г. Грозный

«28» декабря 2018г.

Страховая медицинская организация Акционерное общество «Медицинская акционерная страховая компания» (АО «МАКС-М»), действующая на основании лицензии ОС N 2226-01 от 23.01.2017г., выданной Центральным Банком Российской Федерации, в порядке, установленном законодательством РФ в лице директора филиала АО «МАКС-М» в г. Грозный Тапаева Ахмеда Шариповича, действующего на доверенности № 22 (МЕД) от 01 января 2018 года, далее именуемая страховой медицинской организацией, с одной стороны, и медицинская организация

Государственное бюджетное учреждение «Поликлиника №1 г. Грозного» (ГБУ «Поликлиника №1 г. Грозного»),

включенная в реестр медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, и действующая на основании лицензии № ЛО-95-01-001196 от 01 марта 2018 года выданной, Министерством здравоохранения Чеченской Республики, далее именуемая Организация, в лице главного врача **Ахмадовой Марины Мусаевны** действующего на основании Устава - с другой стороны, далее именуемые Сторонами, в соответствии с Федеральным законом от 29 ноября 2010г. №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон) заключили настоящее дополнительное соглашение к договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию №31 от 11.01.2016 г. (далее – Договор) о нижеследующем:

1. Изложить Приложение №1 «Объемы медицинской помощи по территориальной программе обязательного медицинского страхования на 2019 году» к Договору в редакции Приложения №1 к настоящему дополнительному соглашению в соответствии с Протоколом (Решением) заседания Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования №18 от 26.12.2018 г.

2. Изложить Приложение №3 "Перечень оснований для отказа в оплате (уменьшении оплаты) медицинской помощи" к Договору в редакции Приложения №2 к настоящему дополнительному соглашению в соответствии с Приложением № 22 к Тарифному соглашению в системе ОМС Чеченской Республики на 2019 г.

3. Остальные условия договора, незатронутые настоящим дополнительным соглашением, остаются неизменными и стороны подтверждают по ним свои обязательства.

4. Настоящее дополнительное соглашение вступает в силу с момента подписания, и распространяет свое действие на правоотношения, возникшие с 01.01.2019г., является неотъемлемой частью Договора, составлено в двух экземплярах, каждый из которых имеет одинаковую юридическую силу, один для Страховой медицинской организации, один для Организации.

Страховая медицинская организация:

Организация:



Ахмадова М. М

Объемы медицинской помощи по территориальной программе обязательного медицинского страхования на 2019 год*

ГБУ Поликлиника №1 г.Грозного
(наименование медицинской организации)
для лиц, застрахованных в филиале АО МАКС-М в г. Грозный
(наименование страховой медицинской организации)

Виды медицинской помощи	№ строки	Единица измерения	Объемы медицинской помощи по территориальной программе обязательного медицинского страхования					Стоимость объемов медицинской помощи по территориальной программе обязательного медицинского страхования по источникам её финансового обеспечения, руб.						
			Всего на 2019 год	в том числе:				Всего на 2019 год	в том числе:					
				январь-март	апрель-июнь	июль-сентябрь	октябрь-декабрь		январь-март	апрель-июнь	июль-сентябрь	октябрь-декабрь		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13		
Медицинская помощь в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования:	1		x	x	x	x	x	84 393 395	21 098 348	21 098 348	21 098 348	21 098 351		
-Скорая медицинская помощь (сумма строк 13+23+33)	2	вызов	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-		
- в амбулаторных условиях	сумма строк	14+24+34	3	посещение с профилактич. и иными целями	69 583	17 396	17 396	17 396	17 395	32 968 445	8 242 111	8 242 111	8 242 111	8 242 112
		15+25+35	4	посещение по неотлож. мед. помощи	10 880	2 720	2 720	2 720	2 720	6 543 388	1 635 847	1 635 847	1 635 847	1 635 847
		16+26+36	5	обращение по заболеванию	27 501	6 875	6 875	6 875	6 876	33 491 485	8 372 871	8 372 871	8 372 871	8 372 872
- В стационарных условиях (сумма строк 17+27+37), в том числе:	6	случай госпитализации	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-		
медицинская реабилитация (в строке 7 -сумма строк 18+28+38; в строке 8 - сумма строк 19+29+39)	7	койко-день	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-		
высокотехнологичная медицинская помощь (сумма строк 20+30+40)	8	случай госпитализации	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-		
-В условиях дневных стационаров (сумма строк 21+31+41)	9	случай госпитализации	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-		
- паллиативная медицинская помощь (ровно строке 42)	10	случай лечения	591	148	148	148	147	11 390 077	2 847 519	2 847 519	2 847 519	2 847 520		
1. Медицинская помощь, предоставляемая в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования:	11	койко-день	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-		
-Скорая медицинская помощь	12	вызов	x	x	x	x	x	84 393 395	21 098 348	21 098 348	21 098 348	21 098 351		
- в амбулаторных условиях	13	вызов	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-		
	14	посещение с профилактич. и иными целями	69 583	17 396	17 396	17 396	17 395	32 968 445	8 242 111	8 242 111	8 242 111	8 242 112		
	15	посещение по неотлож. мед. помощи	10 880	2 720	2 720	2 720	2 720	6 543 388	1 635 847	1 635 847	1 635 847	1 635 847		
- В стационарных условиях, в том числе:	16	обращение по заболеванию	27 501	6 875	6 875	6 875	6 876	33 491 485	8 372 871	8 372 871	8 372 871	8 372 872		
	17	случай госпитализации	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-		
	18	койко-день	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-		
медицинская реабилитация	19	случай госпитализации	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-		
высокотехнологичная медицинская помощь	20	случай госпитализации	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-		
-В условиях дневных стационаров	21	случай лечения	591	148	148	148	147	11 390 077	2 847 519	2 847 519	2 847 519	2 847 520		
2. Дополнительные расходы, на медицинскую помощь, включаемые в тариф сверх базовой программы обязательного медицинского страхования (расширение статей расходов):	22		x	x	x	x	x	-	-	-	-	-		
-Скорая медицинская помощь	23	вызов	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-		
- в амбулаторных условиях	24	посещение с профилактич. и иными целями	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-		
	25	посещение по неотлож. мед. помощи	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-		
	26	обращение по заболеванию	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-		
- В стационарных условиях, в том числе:	27	случай госпитализации	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-		
	28	койко-день	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-		
	29	случай госпитализации	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-		
высокотехнологичная медицинская помощь	30	случай госпитализации	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-		
-В условиях дневных стационаров	31	случай лечения	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-		
3. Медицинская помощь по видам и заболеваниям сверх базовой программы обязательного медицинского страхования:	32		x	x	x	x	x	-	-	-	-	-		
-Скорая медицинская помощь	33	вызов	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-		
- в амбулаторных условиях	34	посещение с профилактич. и иными целями	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-		
	35	посещение по неотлож. мед. помощи	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-		
	36	обращение по заболеванию	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-		
- В стационарных условиях, в том числе:	37	случай госпитализации	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-		
	38	койко-день	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-		
	39	случай госпитализации	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-		
высокотехнологичная медицинская помощь	40	случай госпитализации	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-		
-В условиях дневных стационаров	41	случай лечения	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-		
- паллиативная медицинская помощь	42	койко-день	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-		

* - В пределах объемов, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации на основании протокола №18 от 26.12.2018г.

Перечень оснований для частичной или полной неоплаты медицинской помощи и применения штрафных санкций по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования Чеченской Республики на 2019 год

№ п/п	Перечень дефектов, нарушений	Коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи	Коэффициент для определения размера штрафа	Коэффициент для определения размера штрафа
Раздел 1. Нарушения, ограничивающие доступность медицинской помощи для застрахованных лиц				
1.1.	Нарушение прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи в медицинской организации, в том числе:			
1.1.1.	на выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования;			0,3
1.1.2.	на выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации;			0,3
1.1.3.	нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке.			0,3
1.2.	Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой ОМС, в том числе:			
1.2.1.	не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания;			1,0
1.2.2.	повлекший за собой причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания.			3,0
1.3.	Необоснованный отказ застрахованным лицам в бесплатном оказании медицинской помощи при наступлении страхового случая за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования, в том числе:			
1.3.1.	не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания;			1,0
1.3.2.	повлекший за собой причинение вреда здоровью, в том числе приведший к инвалидизации, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке).			3,0
1.4.	Взимание платы с застрахованных лиц за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования.	1,0		1,0
1.5.	Приобретение пациентом или лицом, действовавшим в интересах пациента, лекарственных препаратов и/или медицинских изделий в период пребывания в стационаре по назначению врача, включенных в "Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств", согласованного и утвержденного в установленном порядке; на основании стандартов медицинской помощи и (или) клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи.	0,5		0,5
Раздел 2. Отсутствие информированности застрахованного населения				
2.1.	Отсутствие официального сайта медицинской организации в сети «Интернет».			1,0
2.2.	Отсутствие на официальном сайте медицинской организации в сети «Интернет» следующей информации:			
2.2.1.	о режиме работы медицинской организации;			0,5
2.2.2.	об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, в том числе о сроках ожидания медицинской помощи;			0,5
2.2.3.	о видах оказываемой медицинской помощи;			0,5
2.2.4.	о показателях доступности и качества медицинской помощи;			0,5
2.2.5.	о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, применяемых при оказании стационарной медицинской помощи, а также скорой и неотложной медицинской помощи бесплатно;			0,5
2.2.6.	о перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой со свободных цен.			0,5
2.3.	Отсутствие информационных стендов в медицинских организациях.			1
2.4.	Отсутствие в медицинских организациях на информационных стендах следующей информации:			
2.4.1.	о режиме работы медицинской организации;			0,5
2.4.2.	об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, в том числе о сроках ожидания медицинской помощи;			0,5
2.4.3.	о видах оказываемой медицинской помощи в данной медицинской организации;			0,5
2.4.4.	о показателях доступности и качества медицинской помощи;			0,5
2.4.5.	о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, применяемых при оказании стационарной медицинской помощи, а также скорой и неотложной медицинской помощи бесплатно;			0,5
2.4.6.	о перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой со свободных цен.			0,5
Раздел 3. Дефекты медицинской помощи / нарушения при оказании медицинской помощи				
3.1.	Доказанные в установленном порядке случаи нарушения врачебной этики и деонтологии работниками медицинской организации (устанавливаются по обращениям застрахованных лиц).	0,1		1,0
3.2.	Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи:			
3.2.1.	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;		0,1	
3.2.2.	приведших к удлинению сроков лечения сверх установленных (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства и (или) отсутствия письменного согласия на лечение, в установленных законодательством Российской Федерации случаях);		0,3	
3.2.3.	приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке);		0,4	
3.2.4.	приведших к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке);		0,9	1,0
3.2.5.	приведших к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке).		1,0	3,0
3.3.	Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи мероприятий:			
3.3.2.	приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке).		0,4	
3.4.	Преждевременное с клинической точки зрения прекращение проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта (кроме оформленных в установленном порядке случаев отказа от лечения).		0,5	
3.5.	Повторное обоснованное обращение застрахованного лица за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение 30 дней со дня завершения амбулаторного лечения и 90 дней со дня завершения лечения в стационаре, вследствие отсутствия положительной динамики в состоянии здоровья, подтвержденное проведенной целевой или плановой экспертизой (за исключением случаев этапного лечения).		0,5	
3.6.	Нарушение по вине медицинской организации преемственности в лечении (в том числе несвоевременный перевод пациента в медицинскую организацию более высокого уровня), приведшее к удлинению сроков лечения и (или) ухудшению состояния здоровья застрахованного лица.		0,8	1,0
3.7.	Госпитализация застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме в амбулаторно-поликлинических условиях, в условиях дневного стационара.		0,7	0,3
3.8.	Госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации по неотложным показаниям.		0,6	
3.10.	Повторное посещение врача одной и той же специальности в один день при оказании амбулаторной медицинской помощи, за исключением повторного посещения для определения показаний к госпитализации, операции, консультациям в других медицинских организациях.		1,0	

3.11.	Неправильное действие или бездействие медицинского персонала, обусловившее развитие нового заболевания застрахованного лица (развитие ятрогенного заболевания).	0,9	1,0
3.12.	Необоснованное назначение лекарственной терапии; одновременное назначение лекарственных средств – синонимов, аналогов или антагонистов по фармакологическому действию и т.п., связанное с риском для здоровья пациента и/или приводящее к удорожанию лечения.	0,3	
3.13.	Невыполнение по вине медицинской организации обязательного патологоанатомического вскрытия в соответствии с действующим законодательством.	0,3	0,3
3.14.	Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 2-3 категории вследствие дефектов при оказании медицинской помощи, установленных по результатам экспертизы качества медицинской помощи.	0,9	1,0
Раздел 4. Дефекты оформления первичной медицинской документации в медицинской организации			
4.1.	Непредставление первичной медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных причин.	1,0	
4.2.	Дефекты оформления первичной медицинской документации, препятствующие проведению экспертизы качества медицинской помощи (невозможность оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер и условия предоставления медицинской помощи).	0,1	
4.3.	Отсутствие в первичной документации: информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства и (или) письменного согласия на лечение, в установленных законодательством Российской Федерации случаях.	0,1	
4.4.	Наличие признаков искажения сведений, представленных в медицинской документации (дописки, исправления, "вклейки", полное переоформление истории болезни с искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания).	0,9	
4.5.	Дата оказания медицинской помощи, зарегистрированная в первичной медицинской документации и реестре счетов, не соответствует таблице учета рабочего времени врача (оказание медицинской помощи в период отпуска, учебы, командировок, выходных дней и т.п.).	1,0	
4.6.	Несоответствие данных первичной медицинской документации данным реестра счетов	1,0	1,0
4.6.1.	Некорректное применение тарифа по клинко-статистической группе, требующее его замены по результатам экспертизы.		
Раздел 5. Нарушения в оформлении и предъявлении на оплату счетов и реестров счетов			
5.1.	Нарушения, связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров счетов, в том числе:		
5.1.1.	наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета;	1,0	
5.1.2.	сумма счета не соответствует итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по реестру счетов;	1,0	
5.1.3.	наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению;	1,0	
5.1.4.	некорректное заполнение полей реестра счетов;	1,0	
5.1.5.	заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку);	1,0	
5.1.6.	дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты.	1,0	
5.2.	Нарушения, связанные с определением принадлежности застрахованного лица к страховой медицинской организации:		
5.2.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи лицу, застрахованному другой страховой медицинской организацией;	1,00	
5.2.2.	введение в реестр счетов недостоверных персональных данных застрахованного лица, приводящее к невозможности его полной идентификации (ошибки в серии и номере полиса ОМС, адресе и т.д.);	1,00	
5.2.3.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи застрахованному лицу, получившего полис ОМС на территории другого субъекта РФ;	1,00	
5.2.4.	наличие в реестре счета неактуальных данных о застрахованных лицах;	1,00	
5.2.5.	включение в реестры счетов случаев оказания медицинской помощи, предоставленной категориям граждан, не подлежащим страхованию по ОМС на территории РФ.	1,00	
5.3.	Нарушения, связанные с включением в реестр медицинской помощи, не входящей в территориальную программу ОМС:		
5.3.1.	включение в реестр счетов видов медицинской помощи, не входящих в Территориальную программу ОМС.	1,0	
5.3.2.	Предъявление к оплате случаев оказания медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы.	1,0	
5.3.3.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи, подлежащих оплате из других источников финансирования (тяжелые несчастные случаи на производстве, оплачиваемые Фондом социального страхования).	1,0	
5.4.	Нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на медицинскую помощь:		
5.4.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, отсутствующим в тарифном соглашении;	1,0	-
5.4.2.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, не соответствующим утвержденным в тарифном соглашении.	1,0	-
5.5.	Нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелегализованных видов медицинской деятельности:		
5.5.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по видам медицинской деятельности, отсутствующим в действующей лицензии медицинской организации;	1,00	
5.5.2.	предоставление реестров счетов в случае прекращения в установленном порядке действия лицензии медицинской организации;	1,00	
5.5.3.	предоставление на оплату реестров счетов, в случае нарушения лицензионных условий и требований при оказании медицинской помощи: данные лицензии не соответствуют фактическим адресам осуществления медицинской организацией лицензируемого вида деятельности и др. (по факту выявления, а также на основании информации лицензирующих органов).	1,00	
5.6.	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи специалистом, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации по профилю оказания медицинской помощи.	1,00	
5.7.	Нарушения, связанные с повторным или необоснованным включением в реестр счетов медицинской помощи:		
5.7.1.	позиция реестра счетов оплачена ранее (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, которые были оплачены ранее);	1,00	
5.7.2.	дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре;	1,00	
5.7.3.	стоимость отдельной услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией;	1,00	
5.7.4.	стоимость услуги включена в норматив финансового обеспечения оплаты амбулаторной медицинской помощи на прикрепленное население, застрахованное в системе ОМС;	1,00	
5.7.5.	включения в реестр счетов медицинской помощи: - амбулаторных посещений в период пребывания застрахованного лица в круглосуточном стационаре (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях в рамках стандартов медицинской помощи); - пациенто-дней пребывания застрахованного лица в дневном стационаре в период пребывания пациента в круглосуточном стационаре (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях);	1,0	
5.7.6.	Включение в реестр счетов нескольких случаев оказания стационарной медицинской помощи застрахованному лицу в один период оплаты с пересечением или совпадением сроков лечения.	1,0	