

**ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ № 4
К ТАРИФНОМУ СОГЛАШЕНИЮ
О РЕАЛИЗАЦИИ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
ГОРОДА БАЙКОНУР НА 2021 ГОД**

г. Байконур

28.06.2021 г.

Администрация города Байконур в лице заместителя Главы администрации Адасева Николая Петровича, Отдел здравоохранения города Байконур в лице начальника Квач Жанны Викторовны, Территориальный фонд обязательного медицинского страхования города Байконур в лице директора Воскобойник Натальи Викторовны, Страховая медицинская организация в лице директора Байконурского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» Избаевой Жанаркуль Нуралиевны, Общественная организация «Первичная профсоюзная организация комплекса «Байконур» Общественной организации «Общероссийский профессиональный союз работников общего машиностроения» в лице председателя Соболевой Надежды Павловны, именуемые в дальнейшем Сторонами, в соответствии с решением Комиссии по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования жителей города Байконур от 25 июня 2021 г. (протокол № 6), заключили настоящее Дополнительное соглашение к Тарифному соглашению о реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования города Байконур на 2021 год от 15 января 2021 г. (далее - Дополнительное соглашение) о нижеследующем:

1. Внести в Тарифное соглашение о реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования города Байконур на 2021 год от 15 января 2021 г. (далее - Тарифное соглашение) следующие изменения:

1.1. Абзац 5 Тарифного соглашения дополнить словами: «(в действующей редакции)».

1.2. Абзац 1 подпункта 3.4 пункта 3 раздела III Тарифного соглашения читать в следующей редакции: «Средний размер (базовый подушевой норматив) финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации программы обязательного медицинского страхования города Байконур в условиях дневного стационара, на 1 застрахованное лицо в год составляет – 1 242,06 рублей».

1.3. Абзац 2 подпункта 3.4 пункта 3 раздела III Тарифного соглашения читать в следующей редакции: «Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в клинико-профильную группу (КПГ) в условиях дневного стационара (базовая ставка финансового обеспечения

медицинской помощи) составляет- 21 447,29 рублей (без учета коэффициента дифференциации – 17 533,52 рублей). Коэффициент приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи к базовой ставке в условиях дневного стационара составляет 78,11%».

1.4. Приложение № 19 «Коэффициенты управления по КПП, Коэффициенты относительной затратоемкости КСГ/КПП (для медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара)» изложить в новой редакции согласно Приложению № 1 к настоящему Дополнительному соглашению.

1.5. В связи с началом действия нового Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения, утвержденного приказом Минздрава России от 19.03.2021 № 231н с 25.05.2021 и приказом Минздрава России от 26.03.2021 № 254н «О внесении изменений в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 г. № 108н», который вступит в действие с 01.07.2021 **дополнить Раздел IV «Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества» абзацем** следующего содержания:

«В случае выявления по результатам контроля экспертных мероприятий (до 30.06.2021 включительно) нарушений (дефектов), предусмотренных приказом МЗРФ от 19.03.2021 № 231н устанавливать их соответствие нарушениям (дефектам), указанным в Приложении № 22 (действующем до 30.06.2021 включительно), на основании Приложения № 25 к настоящему Дополнительному соглашению «Таблица соответствия кодов нарушений/дефектов по Приказам Минздрава России от 19.03.2021 № 231н и ФОМС от 28.02.2019 № 36».

Действие пункта 1.5 распространяется на правоотношения, возникшие с 25 мая 2021 года по 30 июня 2021 года.

1.6. Пункт 2.3 раздела 2 Приложения 2 дополнить словами: «Медицинская помощь по замене речевого процессора оплачиваются в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2020 г. № 2299 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов» (в действующей редакции)».

2. Настоящее Дополнительное соглашение является неотъемлемой частью Тарифного соглашения, распространяется на правоотношения, возникшие с 01 июня по 31 декабря 2021 года. Положения Тарифного соглашения, не затронутые настоящим дополнительным соглашением, остаются без изменений.

**ПОДПИСИ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ СТОРОН,
УЧАСТВУЮЩИХ В ТАРИФНОМ СОГЛАШЕНИИ:**

От администрации
города Байконур


_____ Н.П. Адасев


От Отдела здравоохранения
Города Байконур


_____ Ж.В. Квач

От Территориального фонда
Обязательного медицинского
страхования города Байконур


_____ Н.В. Воскобойник

От Страховой медицинской
Организации АО «СК «СОГАЗ-Мед»


_____ Ж.Н. Избаева

От Первичной профсоюзной организации
комплекса «Байконур


_____ Н.П. Соболева

Коэффициенты управления по КПП, Коэффициенты относительной
затратоемкости КСГ/КПП (для медицинской помощи, оказанной в условиях
дневного стационара)

Базовая ставка финансового обеспечения на 2021 год	21 447,29 руб.	
Профиль КПП	Коэффициент относительной затратоемкости	Коэффициент специфики оказания медицинской помощи
Акушерство и гинекология	0,8	1,20
Неврология	1,05	1,04
Оториноларингология	0,98	1,03
Педиатрия	0,93	1,10
Терапия	0,74	1,29
Травматология	1,25	0,8
Урология	0,98	1,08
Хирургия	0,92	1,07

Приложение №25
 К Тарифному соглашению на 2021 год,
 принятому 15 января 2021 года
 Утверждено
 Дополнительным соглашением
 от 28.06.2021 № 4 к Тарифному
 соглашению на 2021 год

Таблица соответствия кодов нарушений/дефектов по приказам Минздрава
 России от 19.03.2021 № 231н и ФОМС от 28.02.2019 № 36

Перечень
 оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты
 медицинской помощи)

Код нарушения/дефекта по приказу ФОМС от 28.02.2019 №36	Код нарушения/дефекта по приказу Минздрава России от 19.03.2021 №231н	Перечень оснований по приказу Минздрава России от 19.03.2021 № 231н
Раздел 5	1.1.	Нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, несвоевременное включение в группу диспансерного наблюдения лиц, которым по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлены диагнозы, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение в соответствии с порядком проведения диспансерного наблюдения.
Раздел 5	1.2.	Невключение в группу диспансерного наблюдения лиц, которым по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлены диагнозы, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение в соответствии с порядком проведения диспансерного наблюдения.
Раздел 5	1.3.	Госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации для оказания медицинской помощи в неотложной и экстренной форме на койки терапевтического и хирургического профилей.
Раздел 5	1.4.	Нарушения, связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров счетов, в том числе:
Раздел 5	1.4.1.	наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета;
Раздел 5	1.4.2.	сумма счета не соответствует итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по реестру счетов;
Раздел 5	1.4.3.	наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению, в том числе отсутствие указаний о включении в группу диспансерного наблюдения лица, которому установлен диагноз, при котором предусмотрено диспансерное наблюдение, отсутствие сведений о страховом случае с летальным исходом при наличии сведений о смерти застрахованного лица в период оказания ему медицинской помощи, по данным персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах и (или) о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам;
Раздел 5	1.4.4.	некорректное заполнение полей реестра счетов;

Раздел 5	1.4.5.	заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку);
Раздел 5	1.4.6.	дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты;
Раздел 5	1.5.	Введение в реестр счетов недостоверных персональных данных застрахованного лица, приводящее к невозможности его полной идентификации (включая ошибки в серии и номере полиса обязательного медицинского страхования, адресе);
Раздел 5	1.6.	Нарушения, связанные с включением в реестр счетов медицинской помощи, не входящей в программу обязательного медицинского страхования, в том числе:
Раздел 5	1.6.1.	включение в реестр счетов видов медицинской помощи, а также заболеваний и состояний, не входящих в программу обязательного медицинского страхования;
Раздел 5	1.6.2.	предъявление к оплате медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования;
Раздел 5	1.6.3.	предъявление к оплате медицинской помощи сверх размера финансового обеспечения распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования;
Раздел 5	1.6.4.	включение в реестр счетов медицинской помощи, подлежащей оплате из других источников финансирования, в том числе тяжелые несчастные случаи на производстве, оплачиваемые Фондом социального страхования Российской Федерации, медицинских услуг, оказываемой частными медицинскими организациями в рамках пилотного проекта по вовлечению частных медицинских организаций в оказание медико-социальных услуг лицам в возрасте 65 лет и старше, являющимся гражданами Российской Федерации, в том числе проживающим в сельской местности.
Раздел 5	1.7.	Нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на оплату медицинской помощи, в том числе:
Раздел 5	1.7.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, отсутствующим в тарифном соглашении;
Раздел 5	1.7.2.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, не соответствующим утвержденным в тарифном соглашении.
Раздел 5	1.8.	Нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелицензированных видов медицинской деятельности, в том числе с нарушением лицензионных требований:
Раздел 5	1.8.1.	включение в реестр счетов страховых случаев по видам медицинской деятельности, отсутствующим в действующей лицензии медицинской организации;
Раздел 5	1.8.2.	предоставление реестров счетов в случае прекращения действия лицензии медицинской организации на осуществление медицинской деятельности;
Раздел 5	1.8.3	предоставление на оплату реестров счетов в случае нарушения лицензионных условий и требований при оказании медицинской помощи: в том числе, данные лицензии не соответствуют фактическим адресам осуществления медицинской организацией лицензируемого вида деятельности (на основании информации лицензирующих органов).
Раздел 5	1.9.	Включение в реестр счетов страховых случаев, при которых медицинская помощь оказана медицинским работником, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации специалиста по профилю оказания медицинской помощи.
Раздел 5	1.10.	Нарушения, связанные с повторным включением в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи, в том числе:
Раздел 5	1.10.1.	позиция реестра счетов оплачена ранее (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, которые были

		оплачены ранее);
Раздел 5	1.10.2.	дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре:
Раздел 5	1.10.3.	стоимость отдельной медицинской услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией;
Раздел 5	1.10.4.	стоимость медицинской услуги включена в норматив финансового обеспечения оплаты медицинской помощи, оказанной амбулаторно, на прикрепленное население, застрахованное по обязательному медицинскому страхованию;
Раздел 5	1.10.5.	включение в реестр счетов медицинской помощи, оказанной амбулаторно, в период пребывания застрахованного лица в условиях стационара (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также оказания медицинской помощи (консультаций) в других медицинских организациях в экстренной и неотложной форме):
Раздел 5	1.10.6.	включение в реестр счетов нескольких страховых случаев, при которых медицинская помощь оказана застрахованному лицу стационарно в один период оплаты с пересечением или совпадением сроков лечения.
1.1.3.	2.1.	Нарушение сроков ожидания медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования.
1.1.3.	2.2.	Нарушение условий оказания скорой медицинской помощи, выразившееся в несоблюдении установленного программой обязательного медицинского страхования времени доезда бригады скорой медицинской помощи, при летальном исходе до приезда бригады скорой помощи.
	2.3.	Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с программами обязательного медицинского страхования, в том числе:
1.2.1.	2.3.1.	с отсутствием последующего ухудшения состояния здоровья:
1.2.2.	2.3.2.	с последующим ухудшением состояния здоровья:
3.2.5.	2.3.3.	приведший к летальному исходу.
1.1.3.	2.4.	Несвоевременное включение в группу диспансерного наблюдения застрахованного лица, которому по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлен диагноз, при котором предусмотрено диспансерное наблюдение.
1.2.	2.5.	Непроведение диспансерного наблюдения застрахованного лица (за исключением случаев отказа застрахованного лица, проинформированного лечащим врачом и (или) страховым представителем о возможности прохождения диспансерного наблюдения, от его прохождения), включенного в группу диспансерного наблюдения, в соответствии с порядком и периодичностью проведения диспансерного наблюдения и перечнем включаемых в них исследований, в том числе:
1.2.1.	2.5.1.	с отсутствием последующего ухудшения состояния здоровья:
1.2.2.	2.5.2.	с последующим ухудшением состояния здоровья (за исключением случаев отказа застрахованного лица, проинформированного лечащим врачом и/или страховым представителем о возможности прохождения диспансерного наблюдения, от его прохождения);
1.2.2.	2.5.3.	приведший к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица, проинформированного лечащим врачом и (или) страховым представителем о возможности прохождения диспансерного наблюдения, от его прохождения).
5.5.3.	2.6.	Предоставление на оплату реестров счетов в случае нарушения лицензионных условий и требований при оказании медицинской помощи: в том числе, данные лицензии не соответствуют фактическим адресам осуществления медицинской организацией лицензируемого вида деятельности (по факту выявления с учетом информации лицензирующих органов).
3.5.	2.7.	Представление в реестрах счетов повторных случаев госпитализации застрахованного лица по одному и тому же заболеванию с длительностью три дня и менее в течение четырнадцати календарных дней при оказании медицинской помощи в указанный период в амбулаторных условиях (за

		исключением случаев, при которых стоимость отдельной медицинской услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией).
5.7.5.	2.8.	Необоснованное представление в реестрах счетов случаев оказания застрахованному лицу медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара в период пребывания в условиях круглосуточного стационара (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях при экстренных и неотложных состояниях).
1.4.	2.9.	Взимание платы с застрахованных лиц за оказанную медицинскую помощь, входящую в базовую либо территориальную программу обязательного медицинского страхования, при оказании медицинской помощи в рамках базовой либо территориальной программы обязательного медицинского страхования.
1.5.	2.10.	Приобретение пациентом или его представителем в период оказания медицинской помощи по назначению врача лекарственных препаратов для медицинского применения, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов ¹ , и (или) медицинских изделий, включенных в перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека ² , на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, и/или использование медицинской организацией лекарственных препаратов, предоставленных пациентом или иной организацией, действующей в интересах пациента, из иных источников финансирования (за исключением оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях).
5.8.	2.11.	Отсутствие в реестре счетов сведений о страховом случае с летальным исходом при наличии сведений о смерти застрахованного лица в период оказания ему медицинской помощи в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации медицинской организации.
4.1.	2.12.	Непредставление медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных причин в течение 5 рабочих дней после получения медицинской организацией соответствующего запроса от Федерального фонда обязательного медицинского страхования, или территориального фонда обязательного медицинского страхования, или страховой медицинской организации.
4.3.	2.13.	Отсутствие в документации (несоблюдение требований к оформлению) информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях ³ .
4.4.	2.14.	Наличие признаков искажения сведений, представленных в медицинской документации (дописки, исправления, «вклейки», полное переоформление с искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания; расхождение сведений об оказании медицинской помощи в различных разделах медицинской документации и (или) учетно-отчетной документации, запрошенной на проведение экспертизы).
4.5.	2.15.	Дата оказания медицинской помощи, зарегистрированная в первичной медицинской документации и реестре счетов, не соответствует таблице учета рабочего времени врача (в том числе, оказание медицинской помощи в период отпуска, обучения, командировок, выходных дней).
	2.16.	Несоответствие данных медицинской документации данным реестра

¹ Распоряжение Правительства Российской Федерации от 12 октября 2019 г. №2406-р (Собрание законодательства Российской Федерации, 2019, №42, ст.5979;2020, №48, ст.7813)

² Распоряжение Правительства Российской Федерации 31 декабря 2018 г. № 3053-р (Собрание законодательства Российской Федерации, 2019, № 2, ст. 196; №41, ст.5780)

³ В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, №48, ст.6724; 2020, № 29, ст.4516).

		счетов, в том числе:
4.6.1.	2.16.1.	оплаченный случай оказания медицинской помощи выше тарифа, установленного тарифным соглашением;
4.6.2.	2.16.2.	включение в счет на оплату медицинской помощи при отсутствии в медицинской документации сведений, подтверждающих факт оказания медицинской помощи застрахованному лицу.
4.2.	2.17.	Отсутствие в карте стационарного больного протокола врачебной комиссии в случаях назначения застрахованному лицу лекарственного препарата, не входящего в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов.
1.1.3.	2.18.	Нарушение сроков ожидания медицинской помощи, установленных территориальной либо базовой программой обязательного медицинского страхования.
	3.1.	Установление неверного диагноза, связанное с отсутствием обоснования клинического диагноза в первичной медицинской документации или несоответствие результатов обследования клиническому диагнозу:
3.2.1.	3.1.1.	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;
3.2.2.	3.1.2.	приведшее к удлинению или укорочению сроков лечения сверх установленных (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях);
3.2.3.	3.1.3.	приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания;
3.2.4.	3.1.4.	приведшее к инвалидизации;
3.2.5.	3.1.5.	приведшее к летальному исходу (в том числе при наличии расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов);
	3.2.	Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых 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, в том числе по результатам проведенного диспансерного наблюдения, рекомендаций по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных медицинскими работниками национальных медицинских исследовательских центров в ходе консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий:
3.2.1.	3.2.1.	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;
3.2.3.	3.2.2	приведшее 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 медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях);
3.2.4.	3.2.3.	приведшее к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях);
	3.2.4.	приведшее к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях);
3.2.6.	3.2.5.	рекомендаций медицинских работников национальных медицинских исследовательских центров по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных при проведении указанными центрами консультаций/консилиумов с применением консультаций с применением телемедицинских технологий, при необоснованном невыполнении данных рекомендаций;
3.2.6.	3.2.6.	по результатам проведенного диспансерного наблюдения.
3.3.1.	3.3.	Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, стандартами медицинской помощи мероприятий, приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося

		заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания.
3.4.	3.4.	Преждевременное с клинической точки зрения прекращение оказания медицинской помощи при отсутствии клинического эффекта (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях).
3.5.	3.5.	Нарушения при оказании медицинской помощи (в частности, преждевременная выписка из медицинской организации), вследствие которых при отсутствии положительной динамики в состоянии здоровья потребовалось повторное обоснованное обращение застрахованного лица за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение четырнадцати дней со дня окончания оказания медицинской помощи амбулаторно, тридцати дней стационарно (повторная госпитализация).
3.6.	3.6.	Нарушение по вине медицинской организации преемственности в оказании медицинской помощи (в том числе несвоевременный перевод пациента в медицинскую организацию более высокого уровня), приведшее к удлинению сроков оказания медицинской помощи и (или) ухудшению состояния здоровья застрахованного лица.
3.8.	3.7.	Госпитализация застрахованного лица в плановой или неотложной форме с нарушением требований к профильности оказанной медицинской помощи (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации в неотложной и экстренной форме с последующим переводом в течение суток в профильные медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций).
3.7	3.8.	Госпитализация застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме амбулаторно, в дневном стационаре, отсутствие пациента в медицинской организации на дату проверки.
3.9.	3.9.	Необоснованное повторное посещение врача одной и той же специальности в один день при оказании медицинской помощи амбулаторно, за исключением повторного посещения для определения показаний к госпитализации, операции, консультациям в других медицинских организациях, в связи с выпиской лекарственных препаратов группам населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей бесплатно и с 50-процентной скидкой, наблюдения беременных женщин, посещений, связанных с выдачей справок и иных медицинских документов.
3.12.	3.10.	Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов, обусловленное непроведением необходимых диагностических исследований в связи с несоответствием оснащения медицинской организации (структурного подразделения медицинской организации).
4.2.	3.11.	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.
1.1.1.	3.12.	Нарушение нрав застрахованных лиц на выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, базовой программы обязательного медицинского страхования; на выбор врача.
3.10.	3.13.	Необоснованное назначение лекарственных препаратов; одновременное назначение лекарственных препаратов со схожим фармакологическим действием; нерациональная лекарственная терапия, в том числе несоответствие дозировок, кратности и длительности приема лекарственных препаратов клиническим рекомендациям и стандартам медицинской помощи, связанные с риском для здоровья пациента.