|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | |  |  | | --- | --- | |  | Приложение № 4.1.1  к Тарифному соглашению в системе ОМС  Калининградской области  от 30 декабря 2019 года | |

**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 на 2020 год**

Настоящее приложение к Тарифному соглашению в системе обязательного медицинского страхования Калининградской области разработано в соответствии и на основании подпункта 4 пункта 2 Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения, утвержденных Приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 21 ноября 2018 г. N 247 "Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения", пунктов 147-149 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28 февраля 2019 г. № 108н "Правила обязательного медицинского страхования", Приказа Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 28 февраля 2019 г. № 36 "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию", Методических рекомендаций по организации и проведению контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оказанной пациентам с подозрением на онкологическое заболевание и/или   
с установленным диагнозом онкологического заболевания».

Общий размер санкций (С), применяемых к медицинским организациям, рассчитывается по формуле:

С=Н +Сшт,

где:

Н - размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи;

 - размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

Размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Н) рассчитывается   
по формуле:

Н=РТ Х Кно,

где:

РТ - размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи;

Кно- коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи устанавливается в соответствии с [перечнем](garantF1://12082428.1800) оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) к порядку организации и проведения контроля (далее - Перечень оснований), предусмотренным в порядке организации и проведения контроля:

|  |  |
| --- | --- |
| Размер | Код дефекта согласно [Перечню](garantF1://12082428.1800) оснований |
| 0,1 | [3.1](garantF1://12082428.18301); [3.2.1](garantF1://12082428.80321); [4.2](garantF1://12082428.1842); [4.3](garantF1://12082428.1843) |
| 0,3 | [3.2.2](garantF1://12082428.80322); [3.5](garantF1://12082428.8035); [3.10](garantF1://12082428.183010) |
| 0,4 | [3.2.3](garantF1://12082428.8032323) |
| 0,5 | [1.5](garantF1://12082428.8015); [3.4](garantF1://12082428.18304); [4.4](garantF1://12082428.18404) |
| 0,6 | [3.8](garantF1://12082428.18308) |
| 0,7 | [3.7](garantF1://12082428.18307) |
| 0,8 | [3.6](garantF1://12082428.8036) |
| 0,9 | [3.2.4](garantF1://12082428.80324); [3.12](garantF1://12082428.8012) |
| 1,0 | [1.4](garantF1://12082428.180014); [3.2.5](garantF1://12082428.80325); [4.1](garantF1://12082428.18401); [4.5](garantF1://12082428.1845); [4.6.2](garantF1://12082428.8462); [раздел 5](garantF1://12082428.18005) |

В случаях, когда по результатам медико-экономической экспертизы или экспертизы качества медицинской помощи устанавливается некорректное применение тарифа, требующего его замены ([пункт 4.6.1](garantF1://12082428.18461) Перечня оснований), страховая медицинская организация осуществляет оплату медицинской помощи с учетом разницы тарифа, предъявленного к оплате, и тарифа, который следует применить.

Размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (Сшт), рассчитывается по формуле:

,

1) при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях:

,

где:

- подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, установленный Тарифным соглашением субъекта Российской Федерации на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля;

 - коэффициент для определения размера штрафа;

2) при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации:

,

где:

 - подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, установленный Тарифным соглашением субъекта Российской Федерации на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля;

 - коэффициент для определения размера штрафа;

3) при оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания:

Сшт = РПпп базовый Х К шт,

где:

РПпп базовый - подушевой норматив финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания за счет средств обязательного медицинского страхования, установленный Тарифным соглашением субъекта Российской Федерации на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля;.

Кшт - коэффициент для определения размера штрафа;

4) при оказании медицинской помощи в условиях стационара и в условиях дневного стационара:

Сшт = РПст Х Кшт,

где:

РПст - подушевой норматив финансирования, установленный в соответствии с территориальной программой на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля;

Кшт - коэффициент для определения размера штрафа.

Коэффициент для определения размера штрафа (Кшт) устанавливается в соответствии с [Перечнем](garantF1://12082428.1800) оснований:

|  |  |
| --- | --- |
| Размер | Код дефекта согласно [Перечню](garantF1://12082428.1800) оснований |
| 0,3 | [1.1.1](garantF1://12082428.101001); [1.1.2](garantF1://12082428.101002); [1.1.3](garantF1://12082428.101003); [2.2.1](garantF1://12082428.80221); [2.2.2](garantF1://12082428.80222); [2.2.3](garantF1://12082428.80223); [2.2.4](garantF1://12082428.80224); [2.2.5](garantF1://12082428.80225); [2.2.6](garantF1://12082428.80226); [2.4.1](garantF1://12082428.80241); [2.4.2](garantF1://12082428.80242); [2.4.3](garantF1://12082428.80243); [2.4.4](garantF1://12082428.80244); [2.4.5](garantF1://12082428.80245); [2.4.6](garantF1://12082428.80246); [3.7](garantF1://12082428.18307); [4.6.1](garantF1://12082428.18461) |
| 0,5 | [1.5](garantF1://12082428.8015) |
| 1,0 | [1.2.1](garantF1://12082428.80121); [1.3.1](garantF1://12082428.80131); [1.4](garantF1://12082428.180014); [2.1](garantF1://12082428.8021); [2.3](garantF1://12082428.8023); [3.1](garantF1://12082428.18301); [3.6](garantF1://12082428.8036); [3.2.4](garantF1://12082428.80324); [3.12](garantF1://12082428.8012); [4.1](garantF1://12082428.18401), [4.6.2](garantF1://12082428.18462) |
| 3,0 | [1.2.2](garantF1://12082428.80122); [1.3.2](garantF1://12082428.18132); [3.2.5](garantF1://12082428.80325) |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Код нарушения/ дефекта | Перечень оснований |
| **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; |
| 1.1.2 | на выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации; |
| 1.1.3. | нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, предоставляемой  в плановом порядке, времени доезда бригад скорой медицинской помощи при оказании скорой медицинской помощи  в экстренной форме, 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; |
| 1.1.4. | 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. |
| 1.2. | Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования, в том числе: |
| 1.2.1. | не повлекший за собой ухудшение состояния здоровья, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания,  не создавший риска возникновения нового заболевания; |
| 1.2.2. | повлекший за собой ухудшение состояния здоровья, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания,  либо создавший риск возникновения нового заболевания; |
| 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 ухудшение состояния здоровья, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания,  не создавший риска возникновения нового заболевания; |
| 1.3.2. | повлекший за собой ухудшение состояния здоровья, 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). |
| 1.4. | Взимание платы с застрахованных лиц за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования. |
| 1.5. | Приобретение пациентом или лицом, действовавшим в интересах пациента, в период оказания медицинской помощи  по назначению врача лекарственных препаратов для медицинского применения, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов21, и(или) медицинских изделий, включенных в перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека22, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи. |
| **Раздел 2. Отсутствие информированности застрахованного населения** | |
| 2.1. | Отсутствие официального сайта медицинской организации в сети Интернет. |
| 2.2. | Отсутствие на официальном сайте медицинской организации в сети Интернет следующей информации: |
| 2.2.1. | о режиме работы медицинской организации; |
| 2.2.2. | об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - территориальная программа), в том числе о сроках ожидания медицинской помощи; |
| 2.2.3. | о видах оказываемой медицинской помощи; |
| 2.2.4. | о критериях доступности и качества медицинской помощи; |
| 2.2.5. | о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов; |
| 2.2.6. | о перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются  по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей с пятидесятипроцентной скидкой23. |
| 2.3. | Отсутствие информационных стендов в медицинских организациях. |
| 2.4. | Отсутствие на информационных стендах в медицинских организациях следующей информации: |
| 2.4.1. | о режиме работы медицинской организации; |
| 2.4.2. | об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе о сроках ожидания медицинской помощи; |
| 2.4.3. | о видах оказываемой медицинской помощи в данной медицинской организации; |
| 2.4.4. | о критериях доступности и качества медицинской помощи; |
| 2.4.5. | о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов; |
| 2.4.6. | о перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются  по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей с пятидесятипроцентной скидкой. |
| **Раздел 3. Нарушения при оказании медицинской помощи** | |
| 3.1. | Случаи нарушения врачебной этики и деонтологии медицинскими работниками (устанавливаются по обращениям застрахованных лиц). |
| 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 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. | не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица; |
| 3.2.2. | приведшее к удлинению сроков лечения сверх установленных (за исключением случаев отказа застрахованного лица  от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях24). |
| 3.2.3. | 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. | приведшее к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства,  в установленных законодательством Российской Федерации случаях); |
| 3.2.5. | приведшее к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства,  в установленных законодательством Российской Федерации случаях); |
| 3.2.6. | 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; |
| 3.3. | Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, стандартами медицинской помощи мероприятий: |
| 3.3.1. | 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). |
| 3.4. | 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. | 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 тридцати дней со дня окончания оказания медицинской помощи амбулаторно, стационарно (повторная госпитализация); повторный вызов скорой медицинской помощи в течение двадцати четырех часов от момента предшествующего вызова. |
| 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. |
| 3.7. | Госпитализация застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме амбулаторно, в дневном стационаре. |
| 3.8. | Госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации по неотложным показаниям. |
| 3.9. | 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. |
| 3.10. | Необоснованное назначение лекарственных препаратов; одновременное назначение аналогичных лекарственных препаратов, связанное с риском для здоровья пациента и/или приводящее к удорожанию оказания медицинской помощи. |
| 3.11. | Невыполнение по вине медицинской организации патологоанатомического вскрытия в соответствии с действующим законодательством. |
| 3.12. | Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 2 - 3 категории вследствие нарушений при оказании медицинской помощи, установленных по результатам экспертизы качества медицинской помощи. |
| **Раздел 4. Дефекты оформления медицинской документации в медицинской организации** | |
| 4.1. | Непредставление медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи  в медицинской организации без объективных причин. |
| 4.2. | 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. |
| 4.3. | Отсутствие в документации информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство26 или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях. |
| 4.4. | Наличие признаков искажения сведений, представленных в медицинской документации (дописки, исправления, "вклейки", полное переоформление с искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятий, клинической картине заболевания). |
| 4.5. | Дата оказания медицинской помощи, зарегистрированная в первичной медицинской документации и реестре счетов,  не соответствует табелю учета рабочего времени врача (оказание медицинской помощи в период отпуска, учебы, командировок, выходных дней и т.п.). |
| 4.6. | Несоответствие данных медицинской документации данным реестра счетов, в том числе: |
| 4.6.1. | Некорректное применение тарифа, требующее его замены по результатам экспертизы. |
| 4.6.2. | Включение в счет на оплату медицинской помощи при отсутствии в медицинской документации сведений, подтверждающих факт оказания медицинской помощи застрахованному лицу. |
| **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; |
| 5.1.2. | сумма счета не соответствует итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по реестру счетов; |
| 5.1.3. | 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; |
| 5.1.4. | некорректное заполнение полей реестра счетов; |
| 5.1.5. | заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку); |
| 5.1.6. | дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты. |
| 5.2. | Нарушения, связанные с определением принадлежности застрахованного лица к страховой медицинской организации,  в том числе: |
| 5.2.1. | включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи лицу, застрахованному другой страховой медицинской организацией; |
| 5.2.2. | введение в реестр счетов недостоверных персональных данных застрахованного лица, приводящее к невозможности его полной идентификации (ошибки в серии и номере полиса обязательного медицинского страхования, адресе и т.д.); |
| 5.2.3. | включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи застрахованному лицу, получившему полис обязательного медицинского страхования на территории другого субъекта Российской Федерации; |
| 5.2.4. | наличие в реестре счета неактуальных данных о застрахованных лицах; |
| 5.2.5. | включение в реестры счетов случаев оказания медицинской помощи, предоставленной категориям граждан, не подлежащим страхованию по обязательному медицинскому страхованию на территории Российской Федерации. |
| 5.3. | Нарушения, связанные с включением в реестр счетов медицинской помощи, не входящей в территориальную программу обязательного медицинского страхования, в том числе: |
| 5.3.1. | Включение в реестр счетов видов медицинской помощи, не входящих в территориальную программу обязательного медицинского страхования; |
| 5.3.2. | Предъявление к оплате медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования; |
| 5.3.3. | Включение в реестр счетов медицинской помощи, подлежащей оплате из других источников финансирования (тяжелые несчастные случаи на производстве, оплачиваемые Фондом социального страхования). |
| 5.4. | Нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на оплату медицинской помощи, в том числе: |
| 5.4.1. | Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, отсутствующим в тарифном соглашении; |
| 5.4.2. | Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской по тарифам на оплату медицинской помощи, не соответствующим утвержденным в тарифном соглашении. |
| 5.5. | Нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелицензированных видов медицинской деятельности, в том числе: |
| 5.5.1. | Включение в реестр счетов страховых случаев по видам медицинской деятельности, отсутствующим в действующей лицензии медицинской организации; |
| 5.5.2. | Предоставление реестров счетов в случае прекращения в установленном порядке действия лицензии медицинской организации на осуществление медицинской деятельности; |
| 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). |
| 5.6. | Включение в реестр счетов страховых случаев, при которых медицинская помощь оказана медицинским работником,  не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации по профилю оказания медицинской помощи. |
| 5.7. | Нарушения, связанные с повторным или необоснованным включением в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи,  в том числе: |
| 5.7.1. | Позиция реестра счетов оплачена ранее (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, которые были оплачены ранее); |
| 5.7.2. | Дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре; |
| 5.7.3. | Стоимость отдельной медицинской услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией; |
| 5.7.4. | Стоимость медицинской услуги включена в норматив финансового обеспечения оплаты медицинской помощи, оказанной амбулаторно, на прикрепленное население, застрахованное в системе обязательного медицинского страхования. |
| 5.7.5. | Включения в реестр счетов медицинской помощи:  - амбулаторных посещений в период пребывания застрахованного лица в условиях стационара, дневного стационара (кроме дня поступления и выписки из стационара, дневного стационара, а также консультаций в других медицинских организациях);  - дней лечения застрахованного лица в условиях дневного стационара в период пребывания пациента в условиях стационара (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях). |
| 5.7.6. | 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. |
| 5.8. | Отсутствие в реестре счетов сведений о страховом случае с летальным исходом. |