

О внесении изменений в Требования к структуре и содержанию тарифного соглашения, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 декабря 2020 г. № 1397н

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации · № 11н · от 14.01.2022 · Утратил силу

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ

МОСКВА

14 января 2022 г. № 11н

Утратил силу - Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.02.2023 № 44н

О внесении изменений в Требования к структуре и содержанию тарифного соглашения, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 декабря 2020 г. № 1397н

Зарегистрирован Минюстом России 19 января 2022 г.

Регистрационный № 66925

В соответствии с частью 2 статьи 30 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, № 49, ст. 6422; 2020, № 50, ст. 8075) и подпунктом 5.2.136² Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 19 июня 2012 г. № 608 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2012, № 26, ст. 3526; 2020, № 52, ст. 8827), приказываю:

Утвердить прилагаемые изменения, которые вносятся в Требования к структуре и содержанию тарифного соглашения, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 декабря 2020 г. № 1397н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 31 декабря 2020 г., регистрационный № 62007).

Министр М.А.Мурашко

УТВЕРЖДЕНЫ

приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации
от 14 января 2022 г. № 11н

Изменения,

которые вносятся в Требования к структуре и содержанию тарифного соглашения, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 декабря 2020 г. № 1397н

1. Подпункт 4 пункта 2 после слов "затраты на оказание медицинской помощи" дополнить словами "в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования".

2. В пункте 5:

а) подпункт 1.1 изложить в следующей редакции:

"1.1) по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного

(операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее - молекулярно-генетические исследования и патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала), тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), углубленной диспансеризации, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), установленных в приложении к настоящим Требованиям, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях за единицу объема медицинской помощи.

В рамках подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц при финансовом обеспечении первичной (первичной специализированной) медико- санитарной помощи могут выделяться подушевые нормативы финансирования на прикрепившихся лиц по профилю "Акушерство и гинекология" и (или) "Стоматология", по которым осуществляется оплата первичной (первичной специализированной) медико-санитарной помощи соответственно по профилю "Акушерство и гинекология" и "Стоматология". В подушевые нормативы финансирования на прикрепившихся лиц по профилям "Акушерство и гинекология" и "Стоматология" включаются расходы на медицинскую помощь соответственно по профилю "Акушерство и гинекология" и "Стоматология", оказываемую в иных медицинских организациях за единицу объема медицинской помощи. В случае выделения подушевых нормативов финансирования по профилю "Акушерство и гинекология" и (или) "Стоматология" оплата иной медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях (за исключением отдельных диагностических (лабораторных) исследований - компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, а также молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), углубленной диспансеризации, медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц), осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, рассчитанному с учетом выделения объемов финансового обеспечения оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях по профилю "Акушерство и гинекология" и (или) "Стоматология" в отдельные подушевые нормативы финансирования на прикрепившихся лиц.

Финансовое обеспечение профилактических медицинских осмотров и диспансеризации включается в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц и осуществляется с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, включая показатели установленного объема профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, проводимых в соответствии с порядками, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации в соответствии с Федеральным законом № 323-ФЗ";

б) подпункт "б" подпункта 1.2 изложить в следующей редакции:

"б) при оплате следующих диагностических (лабораторных) исследований: компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) (методом полимеразной цепной реакции в случае наличия у застрахованных граждан признаков острого простудного заболевания неясной этиологии при появлении симптомов, не исключающих наличие новой коронавирусной инфекции (COVID-19), либо наличия у застрахованных граждан новой коронавирусной инфекции (COVID-19), в том числе для оценки результатов проводимого лечения, либо положительного результата исследования на выявление возбудителя новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), полученного с использованием

экспресс-теста (при условии передачи гражданином или уполномоченной на экспресс-тестирование организацией указанного теста медицинской организации), а также молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала;"

в) подпункт 1.2 дополнить подпунктами "в" и "г" следующего содержания:

"в) при оплате медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, в том числе по направлениям, выданным иной медицинской организацией, и источником финансового обеспечения которой являются средства подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, получаемые иной медицинской организацией;

г) при оплате углубленной диспансеризации;"

г) подпункт 2.1 изложить в следующей редакции:

"2.1) за случай (законченный случай) лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний, состояний (в том числе клинко-статистическую группу заболеваний (КСГ));"

д) подпункт 2.2 признать утратившим силу;

е) подпункт 2.3 изложить в следующей редакции:

"2.3) за прерванный случай оказания медицинской помощи.

Способ оплаты медицинской помощи за прерванный случай ее оказания применяется в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар и с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, по объективным причинам, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения 3-х дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно, проведенным в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;"

ж) подпункт 3.1 изложить в следующей редакции:

"3.1) по подушевому нормативу финансирования;"

з) подпункт 3 дополнить подпунктом 3.2 следующего содержания:

"3.2) за единицу объема медицинской помощи (медицинскую услугу) - вызов скорой медицинской помощи (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц);"

и) в подпункте 4:

в абзаце первом и третьем слова "патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала и молекулярно-генетических исследований с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии" заменить словами "молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала), тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), углубленной диспансеризации";

после абзаца третьего дополнить новым абзацем четвертым следующего содержания:

"Подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц включает, в том числе расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий."

3. В пункте 6.2:

- а) в абзаце первом после слов "медицинской организации" дополнить словами "(структурного подразделения)";
- б) в подпунктах 1 и 2 после слов "в медицинской организации" дополнить словами "(структурном подразделении)";
- в) в подпункте 3 после слов "в медицинской организации" дополнить словами "(структурном подразделении)", после слов "третьего уровня" слова "(структурном подразделении)" исключить.

4. В пункте 6.3:

- а) подпункты 1 и 2 изложить в следующей редакции:

"1) размер среднего подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, размеры средних подушевых нормативов финансирования на прикрепившихся лиц по профилям "Акушерство и гинекология" и "Стоматология" (в случае их установления) и размер среднего подушевого норматива финансирования, применяемого при оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации;

2) значение базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, исключающего влияние применяемых коэффициентов специфики оказания медицинской помощи, уровня медицинской организации, коэффициента дифференциации по территориям оказания медицинской помощи, стоимости медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания, стоимости медицинской помощи, оказываемой в фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктах, по подушевым нормативам финансирования на прикрепившихся лиц по профилям "Акушерство и гинекология" и "Стоматология", стоимости проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации застрахованных лиц, а также выплаты медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности (в размере не менее 5 и не более 10 процентов от базового норматива финансирования на прикрепившихся лиц);";

- б) дополнить подпунктами 2(1) и 2(2) следующего содержания:

"2(1) размер базового подушевого норматива финансирования, применяемого при оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, исключающего влияние применяемых коэффициентов уровня медицинской организации, коэффициента дифференциации по территориям оказания медицинской помощи, стоимости медицинской помощи, оплачиваемой за вызов скорой медицинской помощи;

2(2) размер базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц по профилю "Акушерство и гинекология", "Стоматология", исключающего влияние применяемых коэффициентов специфики оказания медицинской помощи, уровня медицинской организации, коэффициента дифференциации по территориям оказания медицинской помощи, а также выплаты медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности (в размере не менее 5 и не более 10 процентов от базового норматива финансирования на прикрепившихся лиц по профилю "Акушерство и гинекология", "Стоматология");";

- в) подпункт 3 изложить в следующей редакции:

"3) значения следующих коэффициентов специфики оказания медицинской помощи медицинской организацией к базовому подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, базовому подушевому нормативу (Финансирования на прикрепившихся лиц по профилю "Акушерство и гинекология", "Стоматология", учитывающих:

3.1) уровень и структуру заболеваемости обслуживаемого населения, половозрастной состав обслуживаемого населения, в том числе оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях лицам в возрасте 65 лет и старше, плотность расселения обслуживаемого населения, транспортная доступность, климатические и географические особенности территории обслуживания населения;

3.2) наличие подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и

расходов на их содержание и оплату труда персонала;

3.3) проведение медицинской организацией профилактического медицинского осмотра и диспансеризации застрахованных лиц;";

г) подпункты 5 и 6 изложить в следующей редакции:

"5) значение коэффициентов дифференциации по территориям оказания медицинской помощи, применяемых к базовому подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, базовому подушевому нормативу финансирования, применяемому при оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, базовому подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц по профилю "Акушерство и гинекология", "Стоматология", базовому нормативу финансовых затрат на оплату медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания (вызов скорой медицинской помощи) по видам медицинской помощи, базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации;

6) значения коэффициента уровня медицинской организации, применяемого к базовому подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, базовому подушевому нормативу финансирования, применяемому при оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, базовому подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц по профилю "Акушерство и гинекология", "стоматология", базовому нормативу финансовых затрат на оплату медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания (вызов скорой медицинской помощи) по видам медицинской помощи, базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации;";

д) подпункт 7 признать утратившим силу;

е) подпункт 8 изложить в следующей редакции:

"8) размер базового норматива финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации;";

ж) в подпункте 10 слова "(в случае, если в тарифном соглашении определен способ оплаты медицинской помощи, указанный в подпункте 1.1 пункта 5 настоящих Требований, применяемый с учетом показателей результативности деятельности медицинских организаций)" исключить.

5. В пункте 6.4:

а) в подпункте 1 слова "или КПГ" и "и КПГ" исключить;

б) дополнить подпунктом 1.1 следующего содержания:

"1.1) средний норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара;";

в) в подпункте 2 слова "(в случае, если коэффициент дифференциации не является единым для всей территории субъекта Российской Федерации)" исключить, слова "принимающих значение" заменить словом "составляющие";

г) в подпункте 3 слова "или КПГ" исключить;

д) в подпункте 4 слова "(в случае, если коэффициент дифференциации не является единым для всей территории субъекта Российской Федерации)" исключить;

е) подпункт 6 изложить в следующей редакции:

"6) значения коэффициента сложности лечения пациента:

6.1) при предоставлении спального места и питания законному представителю несовершеннолетних (детей до 4 лет, детей старше 4 лет при наличии медицинских показаний), за исключением случая, указанного в подпункте 6.2 настоящего пункта, - 0,20;

6.2) при предоставлении спального места и питания законному представителю несовершеннолетних (детей до 4 лет, детей старше 4 лет при наличии медицинских показаний), получающих медицинскую помощь по профилю "Детская онкология" и (или) "Гематология", - 0,60;

6.3) при оказании медицинской помощи пациенту в возрасте старше 75 лет в случае проведения

консультации врача-гериатра и за исключением случаев госпитализации на геронтологические профильные койки - 0,20;

6.4) при развертывании индивидуального поста - 0,20;

6.5) при наличии у пациента тяжелой сопутствующей патологии, требующей оказания медицинской помощи в период госпитализации, - 0,60;

6.6) при проведении сочетанных хирургических вмешательств или проведении однотипных операций на парных органах в зависимости от сложности вмешательств или операций:

уровень 1 - 0,05;

уровень 2 - 0,47;

уровень 3 - 1,16;

уровень 4 - 2,07;

уровень 5 - 3,49;

При расчете тарифа на оплату медицинской помощи значения коэффициента сложности лечения пациента применяются к размеру базовой ставки, скорректированному с учетом коэффициента дифференциации по территориям оказания медицинской помощи;

6.7) для случаев, не указанных в подпунктах 6.1 - 6.6 настоящего пункта, - 0;";

ж) в абзаце первом подпункта 7 слова "и КПП" исключить;

з) в подпункте 10:

в абзаце первом слова "или Kill " исключить;

дополнить новым абзацем следующего содержания:

"В случае выделения в структуре затрат в группе заболеваний, состояний, в том числе КСГ, доли заработной платы и прочих расходов (в том числе приведенной в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи) при расчете тарифа на оплату медицинской помощи коэффициент дифференциации по территориям оказания медицинской помощи, коэффициент уровня медицинской организации и коэффициент специфики оказания медицинской помощи применяется только к расходам на оплату медицинской помощи, соответствующим выделенной доле заработной платы и прочих расходов (за исключением случая применения коэффициента дифференциации по территориям оказания медицинской помощи к базовой ставке при использовании коэффициента сложности лечения пациента);";

и) подпункт 11 изложить в следующей редакции:

"11) размеры оплаты случаев оказания медицинской помощи, предусмотренных подпунктом 3 пункта 5 настоящих Требований.

11.1) при выполнении хирургического вмешательства и (или) тромболитической терапии:

при длительности лечения 3 дня и менее - от 80 до 90% от стоимости КСГ;

при длительности лечения более 3 дней - от 80 до 100% от стоимости КСГ;

11.2) при невыполнении хирургического вмешательства и (или) тромболитической терапии:

при длительности лечения 3 дня и менее - от 20 до 50% от стоимости КСГ, при длительности

лечения более 3 дней - от 50 до 80% от стоимости КСГ. Значения коэффициентов специфики оказания медицинской помощи, уровня оказания медицинской помощи, предусмотренные в разделе 5 настоящих Требований, в разрезе медицинских организаций и (или) их структурных подразделений по видам оказываемой ими медицинской помощи приводятся в приложениях к тарифному соглашению."

6. Абзацы первый и третий пункта 7 после слов "затраты на оказание медицинской помощи" дополнить словами "в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования".

7. Дополнить приложением следующего содержания:

"Приложение

к Требованиям к структуре и содержанию тарифного соглашения

Показатели результативности деятельности медицинских организаций, финансируемых по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, при выполнении территориальной программы обязательного медицинского страхования в части первичной (первичной специализированной) медико-санитарной помощи

1. Доля врачебных посещений с профилактической целью за период, от общего числа посещений за период (включая посещения на дому).
2. Доля взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения, выявленными впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения с впервые в жизни установленным диагнозом за период.
3. Доля взрослых пациентов с установленным диагнозом злокачественное новообразование, выявленным впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественное новообразование за период.
4. Доля взрослых пациентов с установленным диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких, выявленным впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом хроническая обструктивная легочная болезнь за период.
5. Доля взрослых пациентов с установленным диагнозом сахарный диабет, выявленным впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом сахарный диабет за период.
6. Выполнение плана вакцинации взрослых граждан по эпидемиологическим показаниям за период (коронавирусная инфекция COVID-19).
7. Доля взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения*, имеющих высокий риск преждевременной смерти, состоящих под диспансерным наблюдением, от общего числа взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения*, имеющих высокий риск преждевременной смерти, за период.
8. Число взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения*, имеющих высокий риск преждевременной смерти, которым за период оказана медицинская помощь в неотложной форме и (или) скорая медицинская помощь, от общего числа взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения*, имеющих высокий риск преждевременной смерти, за период.
9. Доля взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом болезни системы кровообращения за период.
10. Доля взрослых пациентов с установленным диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких за период.
11. Доля взрослых пациентов с установленным диагнозом сахарный диабет, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом сахарный диабет за период.
12. Доля взрослых пациентов, госпитализированных за период по экстренным показаниям в связи с обострением (декомпенсацией) состояний, по поводу которых пациент находится под диспансерным наблюдением, от общего числа взрослых пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением за период.
13. Доля взрослых пациентов, повторно госпитализированных за период по причине заболеваний сердечно-сосудистой системы или их осложнений в течение года с момента предыдущей госпитализации, от общего числа взрослых пациентов, госпитализированных за период по причине

заболеваний сердечно-сосудистой системы или их осложнений.

14. Доля взрослых пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением по поводу сахарного диабета, у которых впервые зарегистрированы осложнения за период (диабетическая ретинопатия, диабетическая стопа), от общего числа взрослых пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением по поводу сахарного диабета за период.

15. Смертность прикрепленного населения в возрасте от 30 до 69 лет за период.

16. Число умерших за период, находящихся под диспансерным наблюдением, от общего числа взрослых пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением.

17. Охват вакцинацией детей в рамках Национального календаря прививок.

18. Доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани за период, от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани за период.

19. Доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней глаза и его придаточного аппарата за период, от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней глаза и его придаточного аппарата за период.

20. Доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней органов пищеварения за период, от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней органов пищеварения за период.

21. Доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней системы кровообращения за период от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней системы кровообращения за период.

22. Доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ за период, от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ за период.

23. Смертность детей в возрасте 0 - 17 лет за период.

24. Доля женщин, отказавшихся от искусственного прерывания беременности, от числа женщин, прошедших доабортное консультирование за период.

25. Доля беременных женщин, вакцинированных от коронавирусной инфекции COVID-19, за период, от числа женщин, состоящих на учете по беременности и родам на начало периода.

26. Доля женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование шейки матки, выявленным впервые при диспансеризации, от общего числа женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование шейки матки за период.

27. Доля женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование молочной железы, выявленным впервые при диспансеризации, от общего числа женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование молочной железы за период.

28. Доля беременных женщин, прошедших скрининг в части оценки антенатального развития плода за период, от общего числа женщин, состоявших на учете по поводу беременности и родов за период.

* По набору кодов по Международной классификации болезней 10-го пересмотра."