**УТВЕРЖДАЮ  
Главный специалист по  
профилактической медицине  
Минздрава России  
С.А.Бойцов  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_2015 года**

**Диспансеризация определенных групп взрослого населения**

**Методические рекомендации**

(3-е издание с дополнениями и уточнениями)

**Аннотация**

Методические рекомендации содержат описание организации проведения диспансеризации взрослого населения в медицинских организациях первичной медико-санитарной помощи в соответствии с [приказом Минздрава России от 3 февраля 2015 года N 36ан "Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения"](https://docs.cntd.ru/document/420256200#64U0IK).

Диспансеризация представляет собой комплекс мероприятий, в том числе медицинский осмотр врачами нескольких специальностей и применение необходимых методов обследования, осуществляемых в целях раннего выявления хронических неинфекционных заболеваний (состояний), являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения России и факторов риска их развития, а также в целях формирования групп состояния здоровья и выработки рекомендаций для пациентов. Диспансеризация проводится 1 раз в три года и включает в себя помимо универсального для всех возрастных групп пациентов набора методов методы углубленного обследования, предназначенные для раннего выявления наиболее вероятных для данного возраста и пола хронического неинфекционного заболевания.

Регулярная диспансеризация является важнейшей массовой и высокоэффективной медицинской технологией сбережения здоровья и снижения преждевременной смертности населения.

Рекомендации выполняют задачу методической помощи в проведении основных мероприятий диспансеризации, а также разъяснения и комментариев к отдельным пунктам [Порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения"](https://docs.cntd.ru/document/420256200#6560IO), утвержденного [приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 3 февраля 2015 года N 36ан](https://docs.cntd.ru/document/420256200#64U0IK).

Методические рекомендации предназначены для руководителей медицинских организаций, осуществляющих диспансеризацию определенных групп взрослого населения, а также врачебного и среднего медицинского персонала непосредственно участвующих в их проведении.

***Авторы методических рекомендаций:*** Бойцов С.А., Ипатов П.В., Калинина A.M., Вергазова Э.К., Ткачева О.Н., Гамбарян М.Г., Еганян Р.А., Медик Я.В., Бабаева С.В., Соловьева С.Б., Старинский В.В., Биличенко Т.Н., Федоров Е.Д.

***Образец для цитирования:***

Бойцов С.А., Ипатов П.В., Калинина A.M., Вергазова Э.К., Ткачева О.Н., Гамбарян М.Г., Еганян Р.А., Медик Я.В., Бабаева С.В., Соловьева С.Б., Старинский В.В., Биличенко Т.Н., Федоров Е.Д.

Организация проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения. Методические рекомендации по практической реализации [приказа Минздрава России от 3 февраля 2015 года N 36ан "Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения"](https://docs.cntd.ru/document/420256200#64U0IK). М. 2015 - 111 с. Утверждены главным специалистом по профилактической медицине Минздрава России 23 марта 2015 года.

Интернет ресурс: http://www.gnicpm.ru и http://ropniz.ru/

**Список сокращений**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| SCORE - Systematic Coronary Risk Estimation | СД - сахарный диабет |
| АГ - артериальная гипертония | ССЗ - сердечно-сосудистые заболевания |
| АД - артериальное давление | ТГ - триглицериды |
| АСБ - атеросклеротическая бляшка | ТИМ - толщины комплекса интима-медиа |
| ВОЗ - Всемирная организация здравоохранения | ФР - факторы риска |
| ЗОЖ - здоровый образ жизни | ХНИЗ - хронические неинфекционные заболевания |
| ИБС - ишемическая болезнь сердца | ХОБЛ - хроническая обструктивная болезнь легких |
| ИМТ - индекс массы тела | ХС - холестерин |
| ИМ - инфаркт миокарда | ХС ЛВП - холестерин липопротеинов высокой плотности |
| ЛПУ - лечебно-профилактические учреждения | ХС ЛНП - холестерин липопротеинов низкой плотности |
| МТ - масса тела | ЭКГ - электрокардиография |
| НИЗ - неинфекционные заболевания |  |

**Введение**

Современные системы скрининга - раннего выявления заболеваний (эквивалент российской диспансеризации) в настоящее время внедрены во многих развитых странах. По рекомендации Всемирной организации здравоохранения скрининговые программы должны содержать не только тесты на раннее выявление заболеваний, но и тесты на выявление факторов риска хронических неинфекционных заболеваний, являющихся основными причинами смерти населения. Отказ от курения, контроль артериального давления, рациональное питание, достаточный уровень физической активности, ограничение употребления алкоголя, нормализация массы тела расценивается как важнейшие условия для улучшения прогноза и снижения уровня инвалидности и смертности населения.

Диспансеризация в нашей стране имеет многолетнюю историю. Программа всеобщей диспансеризации населения была принята в 1986 году (приказ МЗ СССР от 30.05.86 N 770), согласно которой в поликлиниках были созданы отделения и кабинеты профилактики, увеличена численность участковых врачей и педиатров, улучшено лабораторно-инструментальное оснащение. По результатам диспансеризации рекомендовалось выделять группы здоровых, практически здоровых и больных. Впервые указывалось, что в каждой из вышеперечисленных групп следует учитывать лиц с факторами риска возникновения определенных заболеваний (производственного, бытового, генетического характера) и давались рекомендации по их диспансерному наблюдению.

Однако запланированное *ежегодное всеобщее обследование населения* не было достаточно обосновано с позиции ресурсного и организационного обеспечения и оказалось весьма затратным, в значительной степени затрудняющим текущую работу поликлиник и в конечном итоге недостаточно эффективным. От участия в диспансеризации практически был отстранен участковый врач, поскольку он не нес достаточной ответственности за ее проведение. Организация диспансеризации, контроль ее проведения, учет и анализ результатов - все это было возложено на отделения (кабинеты) профилактики. Отсутствие необходимого уровня ответственности и прямой заинтересованности в результатах диспансеризации участкового врача является основным и очень серьезным недостатком не только советской системы диспансеризации, но и организованной в последние годы дополнительной диспансеризации работающих граждан.

Опыт проведения дополнительной диспансеризации работающего населения, стартовавшей в нашей стране с 2006 года по месту работы граждан, показал, что отказ от участково-территориального принципа ее организации привел к тому, что медицинские осмотры работающих не стали реальным способом контроля за их здоровьем, поскольку в большинстве случаев диспансеризация заключалась только в обследовании и выявлении болезней без реализации последующего комплекса лечебно-профилактических и реабилитационных мер.

С учетом имеющегося отечественного и зарубежного опыта, исходя из реальных возможностей государства и существующей системы здравоохранения в 2012 году была разработана принципиально новая система всеобщей диспансеризации населения, которая позволила обеспечить устойчивое ее функционирование, не нарушающее повседневный режим работы амбулаторно-поликлинического учреждения (подразделения) при непосредственном участии и личной ответственности участкового врача (фельдшера) за ее результаты. [Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 3 декабря 2012 года N 1006н "Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения"](https://docs.cntd.ru/document/902387264#64U0IK) (Зарегистрировано в Минюсте РФ 1 апреля 2013 года, регистрационный N 27930), разработанная система диспансеризации введена в действие на всей территории страны.

Указанный порядок диспансеризации взрослого населения предусматривает проведение ее путем углубленного обследования граждан в целях:

- раннего выявления хронических неинфекционных заболеваний (состояний), являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения Российской Федерации, основных факторов риска их развития, туберкулеза, а также потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача;

- определения группы состояния здоровья, необходимых профилактических, лечебных, реабилитационных и оздоровительных мероприятий для граждан, имеющих заболевания (состояния) или факторы риска их развития, а также для здоровых граждан;

- проведения краткого профилактического консультирования больных и здоровых граждан, а также проведения индивидуального углубленного профилактического консультирования и групповых методов профилактики (школ пациентов) для граждан с высоким и очень высоким суммарным сердечно-сосудистым риском;

- определения группы диспансерного наблюдения граждан, с выявленными заболеваниями (состояниями), а также здоровых граждан, имеющих высокий и очень высокий суммарный сердечно-сосудистый риск.

К основным особенностям разработанного Порядка диспансеризации относятся:

- участковый принцип ее организации (правда следует иметь в виду, что в соответствии с [Порядком выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи](https://docs.cntd.ru/document/902348734#6500IL), утвержденным [приказом Минздрава России от 26 апреля 2012 года N 406н](https://docs.cntd.ru/document/902348734#64U0IK), гражданин может проходить диспансеризацию в медицинской организации, выбранной им для получения первичной врачебной или доврачебной медико-санитарной помощи, что в определенной мере может нарушать стройную систему территориального принципа организации врачебных участков);

- возложение ответственности за организацию и проведение диспансеризации *населения, находящегося на медицинском обслуживании в медицинской организации*, на ее руководителя и на отделение (кабинет) медицинской профилактики (в том числе входящий в состав центра здоровья), а ответственности за организацию и проведение диспансеризации *населения терапевтического, в том числе цехового, участка* - на врача-терапевта участкового, врача-терапевта цехового врачебного участка, врача общей практики (семейного врача) (далее - участковый врач-терапевт);

- двухэтапный принцип проведения диспансеризации; первый этап диспансеризации (скрининг) проводится с целью выявления у граждан признаков хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, а также определения медицинских показаний к выполнению дополнительных обследований и осмотров врачами-специалистами для уточнения диагноза на втором этапе диспансеризации; первый этап заканчивается приемом (осмотром) врача-терапевта, включающим определение группы состояния здоровья, группы диспансерного наблюдения и проведение краткого профилактического консультирования; второй этап диспансеризации проводится с целью дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания (состояния), проведения углубленного профилактического консультирования и включает в себя проведение по определенным на первом этапе показаниям целого ряда инструментально-лабораторных методов исследования и осмотров специалистов;

- конкретизация понятия "факторы риска", к которым относятся повышенный уровень артериального давления, дислипидемия, гипергликемия, курение табака, пагубное потребления алкоголя, нерациональное питание, низкая физическая активность, избыточная масса тела и ожирение;

- дифференцированный набор инструментально-лабораторных методов исследования в целях повышения вероятности раннего выявления наиболее часто встречающихся для данного пола и возраста хронических неинфекционных заболеваний;

- уменьшения числа групп здоровья с шести до трех и новый принцип их определения, позволяющий четко обозначить порядок действий в отношении каждого гражданина;

- обязательное проведение профилактического консультирования в целях коррекции факторов риска уже в процессе диспансеризации.

В течение 2012-2013 годов диспансеризацию прошло более 40 млн. взрослых граждан России, в ее осуществлении приняло участие более 3 тыс. медицинских организаций и десятки тысяч медицинских работников. Накоплен и обобщен большой опыт проведения диспансеризации, выявлен и ряд недостатков, к наиболее существенным, из которых в первую очередь относятся:

избыточное проведение исследований на выявление злокачественных новообразований у граждан старших возрастных групп, когда существующие научные исследования, проведенные в последние годы, не подтверждают их клинико-экономическую эффективность и целесообразность;

отсутствие в программе диспансеризации обследования граждан старших возрастных групп на выявление у них инвалидизирующих заболеваний органа зрения и слуха, тяжелой сердечной недостаточности, ограничений движений и самообслуживания, депрессивных расстройств, рекомендованных к проведению всемирной организацией здравоохранения;

большой и недостаточно обоснованный объем учетно-отчетной документации по диспансеризации, оформление которой требует отвлечения больших сил и средств.

Устранение указанных недостатков и оптимизация объема обследования, входящего в программу диспансеризации явилась предметом обсуждения шести заседаний профильной комиссии Минздрава России по медицинской профилактике, двух конгрессов терапевтов (2013 и 2014), национального конгресса кардиологов (2014), а также двух всероссийских конференций "Неинфекционные заболевания и здоровье населения России" (2013 и 2014) и др. Оптимизации онкологического компонента диспансеризации были посвящены многочисленные сессии конгресса онкологов (2014), два совместных круглых стола онкологов, онкоурологов и колопроктологов с участием ведущих специалистов по скринингу Европы и США (2014 и 2015).

Подготовленный рабочей группой Минздрава России проект изменений Порядка проведения диспансеризации взрослого населения прошел широкое общественное обсуждение, в котором приняли участие Комитет Государственной Думы по охране здоровья и Комитет Совета Федерации по социальной политике и здравоохранению; Общественная палата Российской Федерации (29 октября 2013 года провела общественные слушания на тему: "Диспансеризация и здоровый образ жизни"); Национальная медицинская палата (представила более 60 предложений по совершенствованию Порядка); известные общественные организации "ЛИГА ЗДОРОВЬЯ НАЦИИ", "ОПОРА РОССИИ", "ОПОРА ЗДОРОВЬЯ" "ЗА ЗДОРОВУЮ РОССИЮ" и др.

Кроме того, проект обсуждаемого Порядка находился в свободном доступе на сайте Правительства РФ, в результате чего поступило еще 29 предложений по его совершенствованию. Большой интерес и обсуждение вызвала диспансеризация в странах Европы, США и Всемирной организации здравоохранения.

Настоящие методические рекомендации подготовлены в целях оказания практической помощи как ответственным лицам организаторам проведения диспансеризации населения, так и врачебному и среднему медицинскому персоналу, непосредственно участвующему в этом процессе. В процессе дальнейшего накопления опыта по диспансеризации населения предполагается совершенствование их нормативно-правовой базы и соответствующее обновление настоящих методических рекомендаций.

Методические рекомендации разделены на три основные части.

[Часть I "ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОВЕДЕНИЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ"](https://docs.cntd.ru/document/420265578#6560IO) изложена по принципу комментариев, методических приемов и практических примеров реализации отдельных, требующих пояснений, пунктов [Порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения (далее - Порядок диспансеризации)](https://docs.cntd.ru/document/420256200#6560IO), утвержденного [приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 03.02.2015 N 36ан](https://docs.cntd.ru/document/420256200#64U0IK), а также [приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 3 марта\* 2015 года N 87н "О формах медицинской документации и статистической отчетности, используемых при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения и профилактических медицинских осмотров"](https://docs.cntd.ru/document/420263167#6520IM).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* Вероятно, ошибка оригинала. Следует читать "от 6 марта". - Примечание изготовителя базы данных.

[Часть II "ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ В РАМКАХ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ"](https://docs.cntd.ru/document/420265578#7DO0K9) представляет собой краткое изложение основных принципов, положений и приемов проведения краткого и углубленного (индивидуального и группового) профилактического консультирования для выявления и коррекции основных факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний (далее - ХНИЗ).

[Часть III "ПРИЛОЖЕНИЯ"](https://docs.cntd.ru/document/420265578#8P00LR), включает нормативно-правовые и методические материалы, конкретные примеры практической реализации основных организационных и лечебно-диагностических мероприятий по проведению диспансеризации взрослого населения.

**1. Организационные аспекты проведения диспансеризации**

**Разъяснения к отдельным пунктам**[**Порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения**](https://docs.cntd.ru/document/420256200#6560IO)**, утвержденного**[**приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 3 февраля 2015 года N 36ан**](https://docs.cntd.ru/document/420256200#64U0IK)**, с рекомендациями по их практическому использованию**

**Пункт 3 Порядка диспансеризации.**

*3. Диспансеризация взрослого населения проводится путем углубленного обследования состояния здоровья граждан в целях:*

*1) раннего выявления хронических неинфекционных заболеваний (состояний), являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения Российской Федерации (далее - хронические неинфекционные заболевания), основных факторов риска их развития (повышенный уровень артериального давления, дислипидемия, повышенный уровень глюкозы в крови, курение табака, пагубное потребление алкоголя, нерациональное питание, низкая физическая активность, избыточная масса тела или ожирение), а также потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача;*

К хроническим неинфекционным заболеваниям, являющимся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения Российской Федерации относятся болезни системы кровообращения (в первую очередь ишемическая болезнь сердца и цереброваскулярные заболевания), злокачественные новообразования, сахарный диабет, хронические болезни легких (прежде всего хроническая обструктивная болезнь легких), глаукома. Указанные болезни обуславливают 75% всей инвалидности и смертности населения нашей страны. Чрезвычайно важно, что все эти болезни имеют общую структуру факторов риска их развития, причем большинство из них поддаются коррекции. Концепция факторов риска стала научной основой профилактики - неопровержимо доказано, что распространенность факторов риска развития основных неинфекционных заболеваний среди населения непосредственно связана с уровнем смертности от них. При этом опыт большого числа стран мира показал, что воздействия в течение 10 лет направленные на снижение распространенности указанных факторов риска обуславливают снижение смертности от хронических неинфекционных заболеваний в среднем на 59%.

**Раздел 2. Перечень медицинских мероприятий, проводимых в рамках диспансеризации у женщин в определенные возрастные периоды. Число медицинских мероприятий, составляющее 100% и 85% от объема обследования, установленного для данного возраста женщины**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Осмотр, исследование, иное | | | | Возраст (лет) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| медицинское мероприятие | | | | 21 | 24 | 27 | 30 | 33 | 36 | 39 | 42 | 45 | 48 | 51 | 54 | 57 | 60 | 63 | 66 | 69 | 72 | 75 | 78 | 81 | 84 | 87 | 90 | 93 | 96 | 99 |
| Первый этап диспансеризации | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Опрос (анкетирование) на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача | | | | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
| 2. Антропометрия (измерение роста стоя, массы тела, окружности талии), расчет индекса массы тела | | | | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
| 3. Измерение артериального давления | | | | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
| 4. Определение уровня общего холестерина в крови (допускается экспресс-метод) | | | | + | + | + | + | + | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  |
| 5. Определение уровня глюкозы в крови экспресс-методом (допускается лабораторный метод) | | | | + | + | + | + | + | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  |
| 6. Опре- деле- ние | относительного суммарного сердечно- сосудистого риска | | | + | + | + | + | + | + | + |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | абсолютного суммарного сердечно- сосудистого риска у граждан, не имеющих заболеваний, связанных с атеросклерозом | | |  |  |  |  |  |  |  | + | + | + | + | + | + | + | + |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. Электро- кардиография (в покое) | | | для женщин |  |  |  |  |  |  |  |  | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   Для мужчин в возрасте до 35 лет и для женщин в возрасте до 45 лет при первичном прохождении диспансеризации. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8. Осмотр фельдшером (акушеркой), включая взятие мазка (соскоба) с поверхности шейки матки (наружного маточного зева) и цервикального канала на цитологическое исследование (для женщин) | | | | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. Флюорография легких | | | | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
| 10. Маммография обеих молочных желез (для женщин) | | | |  |  |  |  |  |  | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11. Клинический анализ крови (в объеме не менее определения концентрации гемоглобина в эритроцитах, количества лейкоцитов и скорости оседания эритроцитов) | | | | + | + | + | + | + | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  |
| 12. Клинический анализ крови развернутый (с периодичностью 1 раз в 6 лет вместо клинического анализа крови) | | | |  |  |  |  |  |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |
| 13. Анализ крови биохимический общетерапевтический (в объеме не менее определения уровня креатинина, общего билирубина, аспартат- аминотрансаминазы, аланин- аминотрансаминазы, глюкозы, холестерина) | | | |  |  |  |  |  |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |
| 14. Общий анализ мочи | | | | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
| 15. Исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим методом (допускается проведение бензидиновой или гваяковой пробы) | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16. Ультразвуковое исследование (УЗИ) на предмет исключения новообразо- ваний органов брюшной полости, малого таза | | Для женщин УЗИ подже- лудочной железы, почек, матки и яичников | |  |  |  |  |  |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |  | + |
| 17. Измерение внутриглазного давления | | | |  |  |  |  |  |  | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
| 18. Прием (осмотр) врача-терапевта, включающий установление диагноза, определение группы состояния здоровья, группы диспансерного наблюдения, проведение краткого профилактического консультирования, включая рекомендации по здоровому питанию, уровню физической активности, отказу от курения табака и пагубного потребления алкоголя, определение медицинских показаний для обследований и консультаций в рамках второго этапа диспансеризации | | | | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
| **Всего (100%) мероприятий,** число | | | | **11** | **11** | **11** | **11** | **11** | **11** | **13** | **13** | **14** | **15** | **15** | **15** | **15** | **15** | **15** | **14** | **14** | **13** | **13** | **11** | **11** | **11** | **11** | **11** | **11** | **11** | **11** |
| Округленное число мероприятий, составляющее 85% от всего объема | | | | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 10 | 11 | 11 | 12 | 13 | 13 | 13 | 13 | 13 | 13 | 12 | 12 | 11 | 11 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 |

Электронный текст документа

подготовлен ЗАО "Кодекс" и сверен по:

сайт ТФОМС Ярославской области

www.tfoms.yar.ru

по состоянию на 06.04.2015