

УДК 614.2

DOI 10.24412/2312-2935-2022-4-663-688

## ДИНАМИКА ПЕРВИЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В ДАЛЬНЕВОСТОЧНОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ

*Л.В. Руголь, А.В. Поликарпов, Н.А. Голубев., Е.В. Огрызко*

*ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва*

**Актуальность** Показатели первичной заболеваемости отражают не только состояние здоровья населения, но и доступность и качество медицинской помощи, в первую очередь – первичной медико-санитарной, которые определяются состоянием сети медицинских организаций на территории региона, кадрового обеспечения, оснащенности медицинским оборудованием, организацией работы.

**Цель:** оценить уровень и структуру первичной заболеваемости сельского населения субъектов РФ в Дальневосточном федеральном округе (ДФО).

**Материал и методы.** Данные Росстата, Минздрава России, ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России. Используются аналитический, статистический методы и сравнительного анализа.

**Результаты** Зафиксирована разнонаправленная динамика показателя первичной заболеваемости сельского населения в ДФО в течение периода наблюдения 2015-2021 годы с тенденцией к его снижению в целом за период на 9,8%. До 2019 года значения показателей первичной заболеваемости всего населения в среднем по РФ и по ДФО были сопоставимы, в том числе для сельского населения, но в 2020 и 2021 гг. показатель первичной заболеваемости сельского населения в ДФО значительно снизился по сравнению со среднероссийским, соответственно на 11,9% и 13,8%. Первичная заболеваемость городского населения, напротив, имела тенденцию к росту, как в среднем по РФ, так и по ДФО, причем темп прироста показателя по ДФО оказался выше, чем в среднем по РФ (17,7% и 11,2% соответственно). Снижение показателей первичной заболеваемости сельского населения в целом по ДФО за анализируемый период наблюдалось по всем классам болезней. Структура первичной заболеваемости городского и сельского населения различна и значительно различалась по субъектам РФ в ДФО.

**Обсуждение.** Снижение показателя первичной заболеваемости сельского населения в ДФО в 2020-2021 годах свидетельствует об ухудшении в условиях пандемии изначально сниженной доступности медицинской помощи сельскому населению по сравнению с городским в связи с особенностями ее организации в сельской местности. Рост показателя первичной заболеваемости сельского населения в некоторых субъектах РФ в ДФО может свидетельствовать об ошибках кодирования при регистрации случаев заболеваний, обусловленных дефектами ведения медицинской документации, проблемами преемственности при оказании медицинской помощи данной категории населения, отсутствием должного учета обращений, а также о недостатках в организации профилактической работы.

**Выводы.** Разнонаправленная динамика первичной заболеваемости городского и сельского населения ДФО свидетельствует об ошибках при планировании сети медицинских организаций, проблемах в доступности ПМСП для сельских жителей данного региона.

**Ключевые слова:** первичная заболеваемость, структура заболеваемости, сельское население, доступность медицинской помощи

## DYNAMICS OF PRIMARY INCIDENCE IN POPULATION GROUPS

*L.V. Rugol, A.V. Polikarpov, N.A. Golubev, E.V. Ogryzko*

*Russian Research Institute of Health, Moscow*

**Relevance** Primary morbidity rates reflect not only the state of health of the population, but also the availability and quality of medical care, primarily primary health care, which are determined by the state of the network of medical organizations in the region, staffing, and medical equipment.

**Purpose** to assess the level and structure of primary morbidity in the rural population of the constituent entities of the Russian Federation in the Far Eastern Federal District

Material and methods included statistical

**Material and methods.** Data from Rosstat, Ministry of Health of Russia, Federal State Budgetary Institution "RIH" of the Ministry of Health of Russia. Used analytical, statistical methods and comparative analysis

**Results** A multidirectional dynamics of the primary morbidity rate of the rural population of the Far Eastern Federal District was recorded during the observation period - 2015-2021 with a downward trend in the indicator as a whole over the period by 9.8%. Until 2019, the values of the primary morbidity rates of the population as a whole in the Russian Federation and in the Far Eastern Federal District were comparable, including for the rural population, but in 2020 and 2021. the indicator of primary morbidity of the rural population in the Far Eastern Federal District has significantly decreased compared to the national average, by 11.9% and 13.8%, respectively. The primary morbidity of the urban population, on the contrary, tended to increase, both on average in the Russian Federation and in the Far Eastern Federal District, and the rate of increase in the indicator for the Far Eastern Federal District was higher than the average for the Russian Federation (17.7% and 11.2%, respectively). A decrease in the primary morbidity rates of the rural population as a whole in the Far Eastern Federal District for the analyzed period was observed for all classes of diseases. The structure of the primary morbidity of the rural population is different for the urban and rural population and differed in the subjects of the Russian Federation in the Far Eastern Federal District.

**Discussion** The decrease in the primary morbidity rate of the rural population in the Far Eastern Federal District in 2020-2021 indicates a deterioration in the context of the pandemic, the initially reduced availability of medical care to the rural population compared to the urban population due to the peculiarities of organizing medical care for the population in rural areas. The increase in the primary morbidity rate of the rural population in some subjects of the Russian Federation in the Far Eastern Federal District during the observation period may indicate coding errors in the registration of cases of diseases due to defects in medical records, problems of continuity in the provision of medical care to this category of the population, and the lack of proper accounting of applications.

**Findings.** The multidirectional dynamics of the primary incidence of the urban and rural population of the Far Eastern Federal District indicates shortcomings in the organization of preventive work among the population, the imperfection of the network of medical organizations in rural areas, and problems in the availability of PHC for rural residents of this region.

**Key words:** primary morbidity, morbidity structure, rural population, access to medical care

**Введение** Произошедшие в России в 90-х годах прошлого столетия радикальные изменения политической системы, экономики и условий жизни людей привели к негативным тенденциям в состоянии здоровья населения, которые, несмотря на ряд предпринятых мер по стабилизации и улучшению демографической ситуации, реализацию национальных проектов и ведомственных программ, не привели к заметному улучшению показателей здоровья населения. После непродолжительного подъема показателя рождаемости и снижения показателя смертности населения тенденции демографических показателей в России изменились и в настоящее время вновь отмечается отрицательный естественный прирост, снижение численности и старение населения, особенно в сельской местности [1-2].

Показатели заболеваемости всего населения и отдельных возрастных групп демонстрируют в последние годы либо тенденцию к росту, особенно по некоторым классам болезней, либо стагнацию, относительно высокой остается заболеваемость с впервые установленным диагнозом [1,3].

Высокий уровень первичной заболеваемости и тенденция к ее росту свидетельствуют об отсутствии результативной профилактической работы на уровне оказания первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) населению [3-7].

Попытки развить профилактическую медицину в нашей стране предпринимались и раньше: периодические и целевые осмотры, скрининги, организация в поликлиниках смотровых и кабинетов профилактики, программа диспансеризации всего населения. Однако зачастую эти мероприятия носили формальный характер, часть профилактических и диспансерных осмотров населения оказывалась приписками в целях получения медицинскими организациями дополнительного финансирования, в итоге профилактическое направление отечественного здравоохранения оказалось до конца нереализованным и цель не достигнута [8].

Источниками информации о заболеваемости населения являются: регистрация случаев заболевания при обращении за медицинской помощью, госпитализации, заболеваний, выявленных при проведении профилактических медицинских осмотрах, случаев заболевания и смерти по данным патологоанатомических и судебно-медицинских исследований. Основную долю случаев заболеваемости фиксируют медицинские организации или подразделения медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, т.е. оказывающих ПМСП, которые ведут учет первичной и общей заболеваемости [9]. Сведения о зарегистрированных заболеваниях по итогу года включаются в форму федерального статистического наблюдения №12, которая предоставляется медицинской организацией в орган

государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья, и затем в Минздрав России [10,11].

Первичную заболеваемость определяют, как совокупность нигде ранее не учтенных, впервые выявленных случаев заболеваний в течение года. Количественная характеристика первичной заболеваемости определяется ее уровнем, как правило числом случаев на 1000 или 100 тыс. населения всего и/или соответствующей возрастной категории населения, а качественная – ее структурой.

Следует отметить, что показатели первичной заболеваемости отражают не только состояние здоровья населения, но и доступность ПМСП и ее качество, которые определяются такими характеристиками, как сеть медицинских организаций, оказывающих ПМСП, их укомплектованность медицинскими кадрами, уровень квалификации медицинского персонала, оснащенность медицинским оборудованием, а также уровень профилактической работы.

Эти и другие задачи по приоритетности профилактической направленности системы мер, особенно в сельской местности, преодолению структурных проблем в отрасли не могут быть решены только лишь за счет работы системы здравоохранения, для этого требуется эффективное межведомственное взаимодействие [12,13].

Недаром в последнее время много внимания уделяется состоянию сети медицинских организаций, оказывающих ПМСП, их оснащенности современным оборудованием и решению кадровых проблем, в том числе нивелированию кадрового дисбаланса [14].

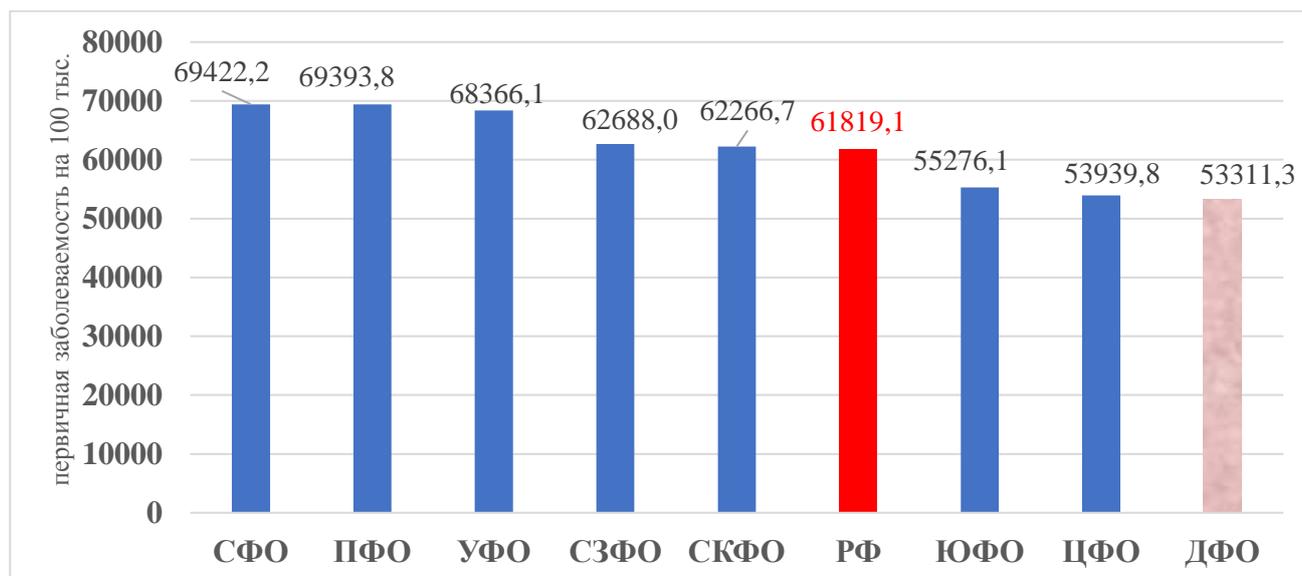
В свете оценки результатов реализации федеральных проектов в сфере здравоохранения и ведомственной программы модернизации ПМСП, предусматривающей строительство новых объектов здравоохранения с рациональным их размещением на территории субъектов РФ, важен анализ динамики первичной заболеваемости населения, особенно отдаленных от центра территорий с низкой плотностью населения.

Проведенный рядом авторов сравнительный анализ общей и первичной заболеваемости в субъектах РФ привел к выводу о недостаточной выявляемости заболеваний в острой стадии и на ранних стадиях хронических, что может быть следствием не вполне удовлетворительной доступности ПМСП в ряде субъектов РФ и невысокого качества диагностики вследствие неудовлетворительной оснащенности медицинским оборудованием и недостаточной квалификации персонала [9,12,13,15,16,17]. Продолжает расти показатель соотношения общей и первичной заболеваемости, который служит индикатором уровня профилактической работы [14].

**Цель:** оценить уровень и структуру первичной заболеваемости сельского населения субъектов РФ в Дальневосточном федеральном округе (ДФО), определить их тенденцию как основу определения потребности сельского населения в медицинской помощи в рамках территориального планирования.

**Материал и методы.** В исследовании использованы методы: аналитический, статистический, сравнительного анализа. Используются официальные статистические данные Росстата, Минздрава России и ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России в целом по Российской Федерации и субъектам РФ в ДФО. Проведен анализ данных отчетных форм федерального статистического наблюдения №12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации» в целом по РФ, субъектам РФ, входящим в ДФО, за период 2015-2021 годы. Методика расчета показателей базировалась на методических рекомендациях Минздрава России [15,16], с учетом пересчета показателей ДФО за 2015-2017 гг. включая Республику Бурятия и Забайкальский край. Статистическая обработка данных проводилась с использованием прикладных программ Statistica 15.0 и электронных таблиц в формате Excell 2019 с расчетом показателей в целом по РФ, ДФО и всем субъектам РФ, входящим в округ.

**Результаты.** Среди федеральных округов Российской Федерации ДФО по показателю первичной заболеваемости сельского населения в ранговом убывании занимал последнее место в 2021 году (рис. 1).



**Рисунок 1.** Показатели первичной заболеваемости сельского населения в федеральных округах РФ в 2021 году (на 100 тысяч сельского населения).

До 2019 года включительно показатель первичной заболеваемости сельского населения в ДФО был сопоставим с аналогичным показателем в среднем по РФ, но с 2020 года его уровень значительно снизился по сравнению со среднероссийским, в 2020 году он был на 11,9% ниже (48695,9 на 100 тыс. в ДФО против 55289,7 на 100 тыс. сельского населения в среднем по РФ), в 2021 году - на 13,8% (53311,3 на 100 тыс. сельского населения в ДФО и 61819,1 на 100 тыс. в среднем по РФ (рисунок 1, таблица 1).

**Таблица 1**

Динамика первичной заболеваемости групп населения в субъектах РФ ДФО  
за 2015-2021 гг. (на 100 тыс. соответствующего населения)

Группы населения	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2021/2015, %; разы
<b>Российская Федерация</b>								
все население	77815,7	78532,6	77914,7	78213,1	78024,3	75989,7	85531,6	9,92
городское	84119,9	85275,8	84545,4	85118,9	84821,0	83003,2	93544,7	11,20
сельское	59790,5	59130,5	58614,4	58036,4	58047,0	55280,7	61819,1	3,39
<b>Дальневосточный федеральный округ</b>								
все население	74740,7	75504,8	76501,9	77008,5	77213,0	74803,2	83691,7	11,98
городское	80676,1	81627,7	83295,0	83080,0	84027,1	84486,1	94952,5	17,70
сельское	59098,0	59264,4	58384,6	60720,3	58865,1	48695,9	53311,3	-9,79
<b>Республика Бурятия</b>								
все население	60453,1	61398,2	63258,6	63273,2	63391,3	66447,2	76826,9	27,09
городское	70874,8	71745,6	74531,6	72959,1	73899,3	84249,8	87145,9	22,96
сельское	45491,4	46544,5	47034,8	49312,5	48177,9	40641,7	61902,9	36,08
<b>Республика Саха (Якутия)</b>								
все население	102664,3	104384,0	102191,0	101526,2	103291,7	89963,9	105922,5	3,17
городское	106805,3	108394,7	106078,6	104831,6	106871,1	96595,1	114282,0	7,00
сельское	94854,7	96786,6	94561,6	95174,4	96336,9	76968,6	89474,5	-5,67
<b>Забайкальский край</b>								
все население	69517,5	66045,3	70563,9	72689,2	75686,3	72762,6	78864,7	13,45
городское	81006,2	77566,9	83990,0	85753,5	90160,4	88827,0	95463,0	17,85
сельское	45611,0	41702,7	42501,6	44510,2	44495,0	38205,3	43022,4	-5,68
<b>Камчатский край</b>								
все население	81479,0	77628,6	81818,0	79959,4	77618,6	72231,2	83092,5	1,98
городское	81403,8	76612,3	79752,1	79369,7	76354,3	75539,5	97860,8	20,22
сельское	81740,6	81217,8	88707,5	82088,9	82217,0	60104,0	28624,1	-2,9 раз
<b>Приморский край</b>								
все население	70477,1	73029,0	73220,5	76472,0	77847,1	77863,8	85311,0	21,05
городское	73050,2	76001,3	76293,3	78576,3	82851,2	89012,3	97983,2	34,13
сельское	61885,0	63035,4	63676,9	69306,7	60731,6	39722,3	41918,7	-32,26
<b>Хабаровский край</b>								
все население	66723,3	67335,4	69408,7	69159,4	68536,5	69404,3	75088,4	12,54
городское	71275,9	72693,0	76783,6	74171,4	73622,2	74475,8	81352,9	14,14
сельское	46120,2	42900,2	36314,3	46186,6	45261,8	46147,9	46343,3	0,48

Группы населения	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2021/2015, %; разы
<b>Амурская область</b>								
все население	83919,0	83616,3	84699,1	85290,7	84678,4	80713,5	92157,9	9,82
городское	99481,8	98836,4	102459,6	103695,6	101656,6	95282,5	119116,8	19,74
сельское	51911,6	52298,8	48638,4	47161,6	49207,8	50048,4	35269,2	-32,06
<b>Магаданская область</b>								
все население	70416,7	67190,8	67595,0	65763,6	67912,4	64493,9	78580,8	11,59
городское	71500,2	68593,6	69042,8	67073,0	69694,3	66101,5	81175,4	13,53
сельское	47531,7	36655,7	42826,7	34487,6	24323,6	25057,2	14704,3	-3,2 раз
<b>Сахалинская область</b>								
все население	80058,9	83991,1	78832,6	75503,7	68376,1	62958,6	67699,1	-15,44
городское	81703,2	85836,0	79805,5	77197,5	69631,7	64839,2	70269,7	-13,99
сельское	72834,0	75758,0	73157,9	67728,0	62547,0	54159,6	55634,9	-23,61
<b>Еврейская автономная область</b>								
все население	66987,8	70772,6	68307,2	65722,4	63969,4	62529,5	73736,7	10,07
городское	85245,9	88172,7	84844,0	79617,7	78421,2	76203,6	88177,6	3,44
сельское	27492,6	32757,8	33476,7	35085,8	32190,7	32831,9	42638,1	1,55 раз
<b>Чукотский автономный округ</b>								
все население	107627,8	128937,1	133655,8	127836,3	114914,3	118218,7	119538,8	11,07
городское	99156,6	119582,8	123813,6	118334,6	100982,2	112595,5	112933,4	13,89
сельское	126275,6	150380,3	159067,9	150749,4	149360,8	132221,4	135834,8	7,57

При разнонаправленной динамике по годам в течение периода наблюдения к 2021 году первичная заболеваемость сельского населения в ДФО снизилась по сравнению с 2015 годом на 9,8% (с 59 098,0 на 100 тыс. сельского населения в 2015 году до 53 311,3 на 100 тыс. в 2021 году). Темп снижения показателя увеличился в 2020 году - по сравнению с 2019 годом показатель первичной заболеваемости сельского населения ДФО снизился на 17,3 % (с 58 865,1 на 100 тыс. сельского населения в 2019 году до 48 695,9 на 100 тыс. в 2020 году). И в 2021 году показатель первичной заболеваемости сельского населения в ДФО оказался в 1,8 раз ниже аналогичного показателя для городского населения указанного федерального округа (53311,3 на 100 тыс. сельского населения против 94 952,5 на 100 тыс. городского населения). При этом следует отметить, что динамика первичной заболеваемости городского населения в ДФО за 2015-2021гг. имела противоположную сельскому населению тенденцию – отмечен рост показателя, как и в среднем по РФ, но с опережающим темпом прироста - на 17,7 % (с 80 676,1 на 100 тыс. городского населения в 2015 году до 94 952,5 на 100 тыс. в 2021 году). В 2021 году первичная заболеваемость городского населения в ДФО на 1,5% превышала показатель в среднем по РФ, в то время как в 2014 году была на 4,1 % ниже среднероссийского показателя (таблица 1).

Сравнительный анализ показателей первичной заболеваемости сельского населения в субъектах РФ в ДФО за 2015-2021 гг. выявил снижение показателей в семи из одиннадцати субъектов РФ, в то время как среди городских жителей этих субъектов отмечен рост аналогичного показателя. В Магаданской области заболеваемость сельского населения снизилась за анализируемый период на 69,1%, или в 3,2 раза, при одновременном росте заболеваемости городского населения на 13,53%; в Камчатском крае – снизилась на 65%, или в 2,9 раз, при росте показателя среди городского населения – на 20,2 %; в Приморском крае – на 32,3% при росте показателя среди городского населения на 34,1 %; в Амурской области – на 32,1% при росте показателя среди городского населения на 19,7%; в Забайкальском крае – на 5,7 % при росте показателя среди городского населения на 17,8 %; в Республике Саха (Якутия) – на 5,7 % при росте заболеваемости среди городского населения – на 7,0%. В остальных субъектах ДФО тенденции заболеваемости сельского и городского населения за 2015-2021 гг. совпали, при этом в Сахалинской области отмечалось снижение показателей для сельского населения и для городского населения (на 14,0%), но с опережающим темпом снижения для сельского – на 23,6%; остальные четыре субъекта РФ продемонстрировали рост показателя для обеих групп населения. В Республике Бурятия заболеваемость сельского населения за анализируемый период увеличилась даже в большей степени, чем городского - на 36,1 % при росте показателя среди городского населения – на 23,0 %; аналогично и в Еврейской автономной области – рост показателя среди сельского населения составил 55,1%, а городского - 3,4 %; в Чукотском автономном округе и в Хабаровском крае рост показателя первичной заболеваемости городского населения наоборот превысил рост показателя для сельского населения, составив соответственно 13,9% и 7,6 % для Чукотского АО и 14,1% и 0,5% - для Хабаровского края (таблица 1).

Снижение показателей первичной заболеваемости сельского населения в целом по ДФО за анализируемый период наблюдалось по всем классам болезней, при этом максимальный темп снижения отмечен по классу «симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях (с 81,9 на 100 тыс. сельского населения 2015 году до 11,4 в 2021 году – в 7,2 раза), далее, в ранговом убывании: по классу «беременность, роды и послеродовой период» (с 5940,5 на 100 тыс. сельских женщин фертильного возраста в 2015 году до 2960,0 в 2021 году – снижение в 2 раза); «врождённые аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения» (с 91,5 на 100 тыс. сельского населения в 2015 году до 49,4 на 100 тыс. в 2021 году – снижение на 46,0%); «некоторые инфекционные и паразитарные

болезни» (с 1639,6 на 100 тыс. сельского населения в 2015 году до 926,1 на 100 тыс. сельского населения в 2021 году – снижение на 43,5%); «психические расстройства и расстройства поведения» (с 500,7 на 100 тыс. сельского населения в 2015 году до 293,7 на 100 тыс. в 2021 году – снижение на 41,3%); «болезни кожи и подкожной клетчатки» (с 2382,7 до 1468,9 – на 38,4%); «болезни органов пищеварения» (с 3683,3 до 2298,4 – на 37,6%); «болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм» (с 452,8 на 100 тыс. сельского населения до 284,7 – снижение на 37,1%); «травмы, отравления..» (с 5222,1 до 3358,5 – на 35,7%), «болезни глаза и его придаточного аппарата» (с 2263,1 до 1456,7 – на 35,6%). Минимальный темп снижения отмечен по классу «болезни органов дыхания» (с 30908,4 на 100 тыс. сельского населения в 2015 году до 28377,5 в 2021 году – на 8,2 %); первичная заболеваемость по классу «болезни системы кровообращения» снизилась на 14,6% (с 2088,9 на 100 тыс. сельского населения до 1784,0) (таблица. 2).

Структуры первичной заболеваемости всего и городского населения в среднем по ДФО в 2021 году во многом были схожи, первые 6 ранговых мест совпали с небольшим различием долей, при этом болезни органов дыхания составили наибольшую долю – 48,8% для всего населения и 47,9% - для городского. На втором ранговом месте в обеих группах населения оказались травмы и отравления: 10,7% и 11,6% соответственно; на третьем – Covid-19 – 8,7% для всего населения и 8,2% для городского; на четвертом месте в обеих группах населения оказались болезни органов пищеварения с практически одинаковой долей – 4,38 для всего населения и 4,40 для городского; пятое и шестое места соответственно заняли болезни кожи и подкожной клетчатки и болезни мочеполовой системы: 3,95% и 3,86% для всего населения и 4,20% и 4,01%. – для городского.

**Таблица 2**

Динамика первичной заболеваемости сельского населения в ДФО за 2015-2021 гг. по классам болезней (на 100 тыс. сельского населения)

<i>Наименование классов болезней МКБ-10</i>	<i>2015</i>	<i>2016</i>	<i>2017</i>	<i>2018</i>	<i>2019</i>	<i>2020</i>	<i>2021</i>	<i>% 2021/2015</i>
Всего	59098,0	59264,5	58384,6	60720,3	58865,1	48695,9	53311,3	-9,8
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	1639,6	1526,8	1597,9	1644,3	1516,1	1074,1	926,1	-43,5
Новообразования	549,4	584,7	567,1	590,7	553,3	385,3	441,5	-19,6

<i>Наименование классов болезней МКБ-10</i>	<i>2015</i>	<i>2016</i>	<i>2017</i>	<i>2018</i>	<i>2019</i>	<i>2020</i>	<i>2021</i>	<i>% 2021/2015</i>
Болезни крови, кроветворных органов	452,8	457,5	393	391,6	382,5	269,6	284,7	-37,1
Болезни эндокринной системы,	744,2	772,1	750,6	733,1	723,4	509,4	566,5	-23,9
Психические расстройства	500,7	339,8	291,3	289,6	325,3	273,7	293,7	-41,3
Болезни нервной системы	942,4	920,6	930,2	942,9	959,6	710,8	789,9	-16,2
Болезни глаза и его придаточного аппарата	2263,1	2339,6	2344,9	2345,8	2143,3	1407,5	1456,7	-35,6
Болезни уха и сосцевидного отростка	1329,1	1329,3	1319,5	1449,2	1366,3	964,5	1078,5	-18,9
Болезни системы кровообращения	2088,9	2326	2164,6	2137,7	2178,7	1710,8	1784	-14,6
Болезни органов дыхания	30908,4	32005,8	31946,5	33689,6	33071,1	27626	28377,5	-8,2
Болезни органов пищеварения	3683,3	3484,1	3384,4	3422,8	3093,1	2472,7	2298,4	-37,6
Болезни кожи и подкожной клетчатки	2382,7	1906,1	1968,7	2192,9	2045,1	1622,2	1468,9	-38,4
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	1897,2	1790,9	1785,5	2014	2035,5	1475,4	1522,5	-19,8
Болезни мочеполовой системы	2554,1	2448	2250,6	2388,1	2308,0	1668,1	1682,5	-34,1
Беременность, роды и послеродовой период	5940,5	5075,2	4961,9	4469,5	3776,7	3154,4	2960,0	-50,2
Врожденные аномалии (пороки развития)	91,5	92,8	76,9	85,4	75,4	53,6	49,4	-46,0

Наименование классов болезней МКБ-10	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	% 2021/2015
Симптомы, признаки и отклонения от нормы	81,9	9,2	5,4	11,1	4,0	5,8	11,4	-86,1
Травмы, отравления	5222,1	5376,1	5174,8	5087,3	4947,9	3517,4	3358,5	-35,7

В структуре первичной заболеваемости сельского населения в среднем по ДФО в 2021 году на первое место вышли болезни органов дыхания, которые заняли наибольшую долю – 53,2%, на второе место – заболевания, обусловленные Covid-19 (11,4%); на третье – травмы и отравления (6,3 %); на четвертое место – болезни органов пищеварения (4,3%); пятое – болезни системы кровообращения (3,4%); шестое – болезни мочеполовой системы (3,2%). На эти классы болезней, за исключением Covid-19, приходилось 70,4% случаев первичных заболеваний, зарегистрированных у сельских жителей ДФО, и 70,5% - у городских (таблица. 3).

**Таблица 3**

Структура первичной заболеваемости населения ДФО в 2021 году (городского и сельского)  
 (абс. число, в % к всего)

Наименование классов болезней МКБ-10 пересмотра	Все население		Городское население		Сельское население	
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
Всего	6799157	100	5627939	100	1171218	100
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	177272	2,6	156927	2,8	20345	1,7
Новообразования	71360	1,05	61660	1,1	9700	0,8
Болезни крови, кроветворных органов	23440	0,3	17186	0,3	6254	0,5
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	77558	1,14	65112	1,2	12446	1,1
Психические расстройства	35801	0,5	29349	0,5	6452	0,6
Болезни нервной системы	99929	1,5	82575	1,5	17354	1,5

Болезни глаза и его придаточного аппарата	183962	2,7	151959	2,7	32003	2,7
Болезни уха и сосцевидного отростка	147743	2,2	124048	2,2	23695	2,0
Болезни системы кровообращения	185566	2,7	146372	2,6	39194	3,4
Болезни органов дыхания	3318418	48,8	2694980	47,9	623438	53,2
Болезни органов пищеварения	297879	4,38	247385	4,4	50494	4,3
Болезни кожи и подкожной клетчатки	268741	3,95	236470	4,2	32271	2,8
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	183502	2,7	150053	2,7	33449	2,9
Болезни мочеполовой системы	262527	3,86	225563	4,0	36964	3,2
Беременность, роды и послеродовой период	107081	1,6	91453	1,6	15628	1,3
Врожденные аномалии (пороки развития),	4967	0,07	3881	0,07	1086	0,09
Симптомы, признаки и отклонения от нормы	1320	0,02	1070	0,02	250	0,02
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	724490	10,7	650705	11,6	73785	6,3
COVID-19	592671	8,7	459673	8,2	132998	11,4

Обращает на себя внимание факт превышения доли новой коронавирусной инфекции COVID-19 в структуре первичной заболеваемости сельского населения в ДФО в 2021 году (11,4%) над долей случаев COVID-19 в структуре первичных заболеваний, зарегистрированных у городских жителей (8,2%).

Доля болезней органов дыхания среди сельского населения в субъектах ДФО варьировала от 37,3% в Магаданской области до 65,5 % – в Чукотском автономном округе (таблица 4).

Динамика первичной заболеваемости болезнями органов дыхания среди субъектов РФ в ДФО отличалась вариабельностью и разнонаправленностью. Самые высокие показатели

первичной заболеваемости сельского населения по классу «болезни органов дыхания» в 2021 году регистрировались в следующих субъектах ДФО: в Чукотском автономном округе – 89009,5 на 100 тыс. сельского населения, что почти в 3,1 раза оказалось выше аналогичного среднего показателя по округу, в Республике Саха (Якутия) – 52 676,2 на 100 тыс. сельского населения – в 1,9 раза выше среднего показателя по округу.

**Таблица 4**

Доля болезней органов дыхания в структуре первичной заболеваемости сельского населения субъектов РФ в ДФО в 2021 году (в %)

<i>Субъекты Дальневосточного федерального округа</i>	<i>Доля %</i>	<i>Субъекты Дальневосточного федерального округа</i>	<i>Доля %</i>
ДФО	53,2	Хабаровский край	64,3
Республика Бурятия	43,3	Амурская область	55,0
Республика Саха (Якутия)	58,9	Магаданская область	37,3
Забайкальский край	50,5	Сахалинская область	59,4
Камчатский край	43,2	Еврейская автономная область	52,0
Приморский край	50,7	Чукотский автономный округ	65,5

Показатели по Сахалинской области (33043,8 на 100 тыс. сельского населения) и Хабаровскому краю (29775,9 на 100 тыс. сельского населения) превышали показатель в среднем по ДФО на 16,4 % и 4,9 % соответственно. Самые низкие показатели первичной заболеваемости сельского населения болезнями органов дыхания в ДФО в 2021 году были зарегистрированы в Магаданской области (5491,1 на 100 тыс. сельского населения – в 5,2 раза ниже аналогичного показателя по округу) и Камчатском крае (12373,8 на 100 тыс. сельского населения – в 2,3 раза меньше) (таблица 5).

Снижение первичной заболеваемости сельского населения болезнями органов дыхания отмечена в следующих субъектах РФ в ДФО: в Магаданской области (в 4,4 раз), Камчатском крае (в 3,5 раз), Амурской области (в 1,5 раз), Приморском (на 23,5%) и Забайкальском (на 8,9%) краях, Сахалинской области (на 6,4%), Хабаровском крае (на 2,3 %), Республике Саха (Якутия) (на 1,1 %). В Еврейской автономной области этот показатель вырос на 64,4%, или в 1,6 раза, в Республике Бурятия – на 25,2 %, в Чукотском автономном округе – на 8,2 % (таблица 5).

Доля болезней органов пищеварения в структуре первичной заболеваемости сельского населения субъектов РФ в ДФО в 2021 году варьировала от 1,8% в Камчатском крае до 5,7% в Республике Саха (Якутия) (таблица 6).

**Таблица 5**

Динамика первичной заболеваемости сельского населения субъектов РФ в ДФО болезнями органов дыхания (на 100 тыс. сельского населения)

Субъекты ДФО	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	темпы прироста/убыли, %, разы
ДФО	30908,4	32005,8	31946,5	33689,6	33071,1	27626,0	28377,5	-8,2
Республика Бурятия	21424,0	21760,4	22114,0	24019,3	23827,9	18722,5	26818,2	25,2
Республика Саха (Якутия)	53254,4	56737,5	59175,8	58981,2	61215,5	47800,6	52676,2	-1,1
Забайкальский край	23819,8	22475,4	23192,4	25023,2	27056,8	21549,5	21710,3	-8,9
Камчатский край	42717,2	39186,5	42082,2	42122,8	41684,0	32188,1	12373,8	-3,4 раза
Приморский край	27770,5	31237,5	30780,2	33264,4	27558,8	19885,4	21249,7	-23,5
Хабаровский край	30481,1	27218,1	23150,9	30160,7	29923,3	31328,4	29775,9	-2,3
Амурская область	28343,9	29018,8	28276,3	27920,4	28797,4	30235,0	19396,9	-31,6
Магаданская область	23998,8	18093,9	20206,8	15019,6	11510,3	11303,2	5491,1	-4,4 раза
Сахалинская область	35294,8	41742,8	37402,4	37939,7	34618,3	29941,7	33043,8	-6,4
Еврейская автономная область	13485,3	18525,9	18422,1	18618,0	16830,2	17247,2	22175,4	1,6 раза
Чукотский автономный округ	82231,8	92883,7	105470,9	96048,0	94941,6	86149,9	89009,5	8,2

**Таблица 6**

Доля болезней пищеварения в структуре первичной заболеваемости сельского населения субъектов РФ в ДФО в 2021 году (%)

Субъекты Дальневосточного федерального округа	Доля, %	Субъекты Дальневосточного федерального округа	Доля, %
<b>ДФО</b>	<b>4,3</b>	Хабаровский край	2,3
Республика Бурятия	5,1	Амурская область	2,0
Республика Саха (Якутия)	5,7	Магаданская область	4,1
Забайкальский край	4,3	Сахалинская область	5,0
Камчатский край	1,8	Еврейская автономная область	4,5
Приморский край	3,2	Чукотский автономный округ	4,6

Самые высокие показатели первичной заболеваемости сельского населения болезнями органов пищеварения в 2021 году среди субъектов РФ в ДФО были зарегистрированы в Чукотском автономном округе (6286,3 на 100 тыс. сельского населения – в 2,7 раз выше среднего показателя по ДФО), Республике Саха (Якутия) (5137,8 на 100 тыс. сельского населения в 2,2 раза выше среднего показателя по округу), Республике Бурятия (3162,6 на 100 тыс. сельского населения – в 1,4 раза выше). Самый низкий показатель первичной заболеваемости болезнями органов пищеварения зарегистрирован в Камчатском крае (505,4 на 100 тыс. сельского населения – 4,5 раз ниже среднего показателя по ДФО) и Магаданской области (608,1 на 100 тыс. сельского населения (таблица 7).

В динамике за 2015 – 2021 гг. отмечено снижение показателя первичной заболеваемости болезнями органов пищеварения среди сельского населения во всех субъектах РФ в ДФО, за исключением Республики Бурятия и Еврейской автономной области: в Камчатском крае - в 8,4 раза, Магаданской области – в 4,8 раза, Сахалинской области – в 3,4 раза, Амурской области – в 2,5 раз, Приморском крае – в 2,2 раза, Республике Саха (Якутия) – на 38,3%, Хабаровском крае – на 37,7% и Забайкальском – на 35,8%. Рост показателей первичной заболеваемости болезнями органов пищеварения среди сельского населения зафиксирован в Еврейской автономной области – в 2,3 раза и в Республике Бурятия – на 16,4 % (таблица 7).

**Таблица 7**

Динамика первичной заболеваемости сельского населения болезнями органов пищеварения в субъектах РФ ДФО (на 100 тыс. сельского населения)

Субъекты ДФО	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	темпы прироста/убыли, %, разы
Дальневосточный федеральный округ	3683,3	3484,1	3384,4	3422,8	3093,1	2472,7	2298,4	-37,6%
Республика Бурятия	2715,9	3366,9	3418,5	3581,5	3354,7	3088,7	3162,6	16,4%
Республика Саха (Якутия)	8323,1	8247	6876,1	6632,7	5862,1	4779,2	5137,8	-38,3%
Забайкальский край	2915,3	2609,7	2886,1	2507,7	2264,8	1839,2	1871,1	-35,8%
Камчатский край	4224,2	4390,6	4567,8	2666	3013,9	2061,4	505,4	-8,4 раз
Приморский край	2925,6	2057,8	2278,6	3455,7	2855,8	1846	1328,8	-2,2 раза
Хабаровский край	1742,7	1500,3	1263,9	1484,7	1553,8	1135,2	1085	-37,7%

Амурская область	1750,9	1636,3	1590,3	1437,8	1373,6	1031,5	702,1	-2,5 раз
Магаданская область	2915,3	1856,2	1460,9	1482,8	868,7	640,1	608,1	-4,8 раз
Сахалинская область	9345	7445,1	7797,4	6229,7	5274,8	4318,5	2772,6	-3,4 раз
Еврейская автономная область	832,2	1060,5	1296,8	1274,3	1331	1430,7	1916,3	2,3 раз
Чукотский автономный округ	6358,3	8759,9	10413	8228	8963,3	8042,2	6286,3	-1,1%

Доля травм и отравлений в структуре первичной заболеваемости сельского населения в субъектах РФ в ДФО в 2021 году оказалась вариабельной и составила от 4,6 % в Еврейской автономной области до 17,5% в Камчатском крае и 26,1 % в Магаданской области (таблица 8).

**Таблица 8**

Доля травм и отравлений в структуре первичной заболеваемости сельского населения субъектов РФ в ДФО в 2021 году (в %)

<i>Субъекты РФ в Дальневосточном федеральном округе</i>	<i>Доля, %</i>	<i>Субъекты РФ в Дальневосточном федеральном округе</i>	<i>Доля, %</i>
ДФО в среднем	6,3	Хабаровский край	5,7
Республика Бурятия	6,4	Амурская область	5,2
Республика Саха (Якутия)	6,2	Магаданская область	26,1
Забайкальский край	4,8	Сахалинская область	5,8
Камчатский край	17,5	Еврейская автономная область	4,6
Приморский край	7,6	Чукотский автономный округ	6,4

Самые высокие показатели заболеваемости по классу «травмы и отравления» среди сельского населения в ДФО в 2021 году были зарегистрированы в Чукотском автономном округе (8694,4 на 100 тыс. сельского населения) – в 2,6 раза выше среднего показателя по ДФО; Республике Саха (Якутия) (5533,4 на 100 тыс. сельского населения) – в 1,65 раз выше, Камчатском крае (5007,6 на 100 тыс. сельского населения) – в 1,49 раз выше. Самые низкие показатели первичной заболеваемости по данному классу зарегистрированы в Амурской области (1821,5 на 100 тыс. сельского населения) – в 1,8 раз ниже среднего показателя по округу и Еврейской автономной области (1944,5 на 100 тыс. сельского населения) – в 1,7 раз ниже.

За последние семь лет при общей тенденции к снижению показателя частоты травм и отравлений среди сельского населения практически во всех субъектах РФ в ДФО отмечается разнонаправленная ее тенденция по годам. В Приморском крае к 2021 году показатель снизился в 2,2 раза по сравнению с 2015 годом, при этом в 2016 и 2019 гг. отмечался рост по сравнению

с предыдущими годами, в Амурской области показатель снизился за анализируемый период в 2,1 раза, но в 2016 отмечался подъем заболеваемости на 4,3%, в Сахалинской области показатель снижался планомерно ежегодно, в целом за период - в 1,9 раза, что свидетельствует об определенных организационных мероприятиях в субъекте, направленных на снижение показателя (таблица 9).

Таблица 9

Динамика первичной заболеваемости сельского населения по классу «Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин» в субъектах РФ в ДФО (на 100 тыс. сельского населения)

<i>Субъекты Дальневосточного федерального округа</i>	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	<i>темп прироста /убыли, %</i>
Дальневосточный ФО	5222,1	5376,1	5174,8	5087,3	4947,9	3517,4	3358,5	-35,7
Республика Бурятия	3617,2	3693,4	4036,3	4298,1	3539,4	2378,0	3953,8	9,3
Республика Саха (Якутия)	8843,5	8398,7	8432,3	8341,8	8407,7	5928,9	5533,4	-37,4
Забайкальский край	2583,7	2387,4	2474,9	2265,6	2180,2	2065,3	2063,9	-20,1
Камчатский край	8493,7	9753,9	11227	11368	10757	5970,7	5007,6	-41,0
Приморский край	7043,7	8070,1	7168,1	6561	7183,2	4188,4	3179,4	-54,9
Хабаровский край	3820,8	3772,8	3324,4	4345,4	3643	3215,5	2626,9	-31,2
Амурская область	3844,6	4010,9	3472,8	2946,6	2850,7	2517,6	1821,5	-52,6
Магаданская область	4853,9	4211,5	5712,4	4867	4795,9	4700,5	3832,7	-21,0
Сахалинская область	5979,4	5804,1	4594,2	4034,1	3730,8	3348,2	3202,9	-46,4
Еврейская автономная область	2905,1	1824,1	2027,5	1839,7	1980,4	2269,0	1944,5	-33,1
Чукотский автономный округ	10955	13021	12577	13210	12271	9993,4	8694,4	-20,6

Напротив, в Камчатском крае до 2018 года включительно отмечался ежегодный прирост заболеваемости по классу «травмы и отравления» с последующим снижением, показавшем высокий темп снижения в 2020 году по сравнению с 2019 годом, в итоге за период показатель снизился в 1,7 раза. В Республике Саха (Якутия) динамика показателя была разнонаправленной в течение периода наблюдения, в итоге в 2020 году было отмечено снижение показателя по

сравнению с 2019 годом почти на 30%, а в 2021 году еще на 6,7%, в целом за период показатель снизился в 1,6 раза. В Хабаровском крае и Еврейской автономной области показатели снизились в 1,5 раз (таблица 9).

Разнонаправленная динамика со снижением показателя к 2021 году на 21% по сравнению с 2015 годом зафиксирована и в Магаданской области, аналогичная динамика показателя отмечалась в Чукотском автономном округе с итоговым его снижением за период на 20,6%. В Забайкальском крае, при общей тенденции к снижению показателя с итоговым значением за период на 20,1%, отмечался его рост в 2017 году на 3,7%. Напротив, в Республике Бурятия при ежегодном приросте показателя до 2018 года включительно с последующим высоким темпом снижения в 2019 и 2020 годах, в отличие от остальных субъектов РФ в ДФО, зафиксирован значительный его прирост в 2021 году (на 66,3%), что в итоге вылилось в рост показателя за весь период по сравнению с 2015 годом на 9,3 %. (таблица 9).

**Обсуждение.** Показатель первичной заболеваемости всего населения в целом по ДФО оказался ниже среднероссийского на протяжении всего периода наблюдения, так в 2021 году показатель по ДФО был на 2,1% ниже среднероссийского, а в 2020 – на 1,6%. На фоне более низкого по сравнению с городским уровнем первичной заболеваемости сельского населения в ДФО и в среднем по РФ на протяжении всего периода наблюдения в 2020 и 2021 годах показатель в ДФО значительно снизился по сравнению с показателем в среднем по РФ, а уровень первичной заболеваемости городского населения ДФО, также оставаясь на более низком уровне с 2015 по 2019 годы, в 2020 и 2021 годах превысил среднероссийский уровень соответственно на 1,8% и 1,5%. Тенденции первичной заболеваемости всего и городского населения в целом по ДФО за анализируемый период были схожими со среднероссийскими, но по отдельным субъектам РФ в округе динамика показателей по годам для групп населения и темпы этих изменений оказались очень вариабельными (таблица 1). По всей вероятности, снижение первичной заболеваемости сельского населения в ДФО в 2020 году обусловлено режимом самоизоляции и особенностями работы системы здравоохранения в условиях пандемии новой коронавирусной инфекции COVID-19 с ограничениями в оказании плановой медицинской помощи, кадровыми перестановками на фоне дефицита врачебных кадров в ряде субъектов РФ в ДФО. Из-за особенностей организации оказания медицинской помощи населению в сельской местности нередко изначально сниженная доступность медицинской

помощи для сельского населения по сравнению с городским, в условиях пандемии еще более снижалась, что подтверждено и другими исследованиями [18,19].

Противоположная тенденция показателя первичной заболеваемости сельского населения в Еврейской автономной области с его ростом в 1,55 раз к концу периода наблюдения, причем, почти с ежегодным приростом, может свидетельствовать об ошибках кодирования при регистрации случаев заболеваний, обусловленных дефектами ведения медицинской документации, проблемами преемственности при оказании медицинской помощи сельскому населению, которое вынуждено самостоятельно обращаться в различные медицинские организации при отсутствии должного учета этих обращений в медицинских организациях, к которым население прикреплено. Превалирующий темп роста показателя для сельского населения в Республике Бурятия (на 36,1%) вероятнее всего также обусловлен ошибками кодирования и регистрации случаев заболеваний среди сельского населения.

Отмечено различие в структуре первичной заболеваемости городского и сельского населения, что должно учитываться при формировании сети медицинских организаций, их структуры и штатного обеспечения.

Снижение уровня первичной заболеваемости без уточненного диагноза (симптомы и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках), высокий уровень которой ранее отмечался другими авторами [13], является благоприятным признаком повышения качества диагностики на амбулаторном этапе за счет повышения квалификации врачебного персонала, улучшения оснащенности медицинских организаций, оказывающих ПМСП современным медицинским оборудованием в рамках реализации Национального проекта.

Снижение показателей первичной заболеваемости по классам «беременность, роды и послеродовой период» и «врождённые аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения» связано со снижением рождаемости, сокращением объемов плановой помощи и профилактических осмотров по время пандемии. Снижение показателя по классу «некоторые инфекционные и паразитарные болезни» можно объяснить более строгим соблюдением правил личной гигиены, рекомендованных в связи с пандемией. Снижение первичной заболеваемости по классу «травмы и отравления...», особенно проявившемся в 2020-2021 гг., также можно объяснить введением ограничительных мероприятий во время пандемии. Снижение первичной заболеваемости по другим классам болезней можно объяснить сокращением объемов плановой помощи, сворачиванием программ диспансеризации и

профилактических осмотров населения, особенно отразившихся на сельском населении из-за ухудшения доступности медицинской помощи ввиду ограничительных мероприятий.

Рост первичной заболеваемости населения болезнями органов дыхания в некоторых субъектах РФ в ДФО в 2020-2021 годах может быть связан как с дефектами кодирования случаев заболеваний, связанных с COVID-19, а также с отдаленными осложнениями после перенесенного COVID-19 на фоне дефектов проведения реабилитации.

**Выводы** Анализ данных отчетных форм ФСН №12 по субъектам РФ, в том числе входящих в ДФО, выявил разный уровень первичной заболеваемости населения в федеральных округах и в субъектах РФ, входящих в ДФО, разные тенденции показателя и темп его изменения в группах населения и в субъектах РФ за 2015-2021 годы.

Разнонаправленная динамика первичной заболеваемости городского и сельского населения ДФО свидетельствует о недостатках при формировании сети медицинских организаций в сельской местности, проблемах в доступности ПМСП для сельских жителей данного региона. Структура первичной заболеваемости и ее динамика должна служить ориентиром при планировании профилактических мероприятий в регионе, формировании структуры подразделений медицинских организаций и их штатного расписания.

### Список литературы

1. Руголь Л.В., Сон И.М., Стародубов В.И., Погонин А.В. Некоторые итоги реформирования здравоохранения. Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание] 2018; 64(6). URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1023/30/lang,ru/.DOI:https://dx.doi.org/10.21045/2071-5021-2018-64-6-1>.

2. Сергейко И.В., Немсцверидзе Э.Я., Трифонова Н.Ю., Пикалов С.М., Люцко В.В. Реформы законодательства в сфере здравоохранения: обзор нормативных документов и комментарии. Современные проблемы науки и образования. 2014; 2:280.

3. Бантьева М.Н., Прилипко Н.С. Возрастные аспекты заболеваемости взрослого населения по обращаемости в амбулаторно-поликлинические учреждения. Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание] 2013; 32(4). URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/497/30/>.

4. Михайлова Ю.В., Иванов И.В., Шикина И.Б., Поликарпов А.В., Вечорко В.И. Методологические аспекты проведения независимой оценки медицинских организаций

субъектов РФ, оказывающих медицинскую помощь прикрепленному населению в амбулаторных условиях. Социальные аспекты здоровья населения. 2016; 3(49):1.

5. Гриднев О.В., Абрамов А.Ю., Люцко В.В. Анализ контроля за эффективностью работы трехуровневой системы первичной медико-санитарной помощи населению города Москвы. Современные проблемы науки и образования. 2014; 2:364.

6. Михайлова Ю.В., Сон И.М., Поликарпов А.В., Шикина И.Б., Голубев Н.А., Вечорко В.И., Иванов И.В. Оценка качества оказания и доступности медицинской помощи с использованием индексов благополучия показателей медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь и имеющих прикрепленное население. Социальные аспекты здоровья населения. 2016; 5(51):1. DOI: 10.21045/2071-5021-2016-51-5-1

7. Михайлова Ю.В., Иванов И.В., Шикина И.Б., Поликарпов А.В., Голубев Н.А., Вечорко В.И. Экспертные методы при выборе показателей для независимой оценки качества медицинской помощи в медицинских организациях, оказывающих амбулаторную помощь. Вестник Росздравнадзора. 2016; 4,74-77.

8. Комаров Ю.М. О рациональной системе организации охраны здоровья и оказания медицинской помощи. Оргздрав: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ 2018; (1): 39-46.

9. Шарафутдинов М.А. Территориальные особенности заболеваемости населения муниципальных районов Республики Башкортостан болезнями мочеполовой системы. Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание] 2011; 3(19): 10. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/308/30/lang,ru/>.

10. Поликарпов А.В. Оптимизация службы медицинской статистики на различных уровнях в современных условиях / А.В. Поликарпов, Н. А. Голубев, Е. В. Огрызко // Врач и информационные технологии. 2015; 2: 72-80. EDN UKJODD.

11. Трансформация медицинской статистики в период пандемии новой коронавирусной инфекции (COVID-19) / О. С. Кобякова, А. В. Поликарпов, Н. А. Голубев [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2021. – Т. 29. – № 6. – С. 1439-1445. – DOI 10.32687/0869-866X-2021-29-6-1439-1445. – EDN DXRDUP.

12. Павлов К.В., Степчук М.А., Пинкус Т.М. Оценка динамики и определение перспектив развития медицинской помощи населению региона. Вопросы территориального развития [сетевое издание] 2017; 37(2). URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=29025373> (Дата обращения 16 августа 2022).

13. Шишкин С.В., Шейман И.М., Абдин А.А. и др. Российское здравоохранение в новых экономических условиях: вызовы и перспективы. Доклад НИУ ВШЭ по проблемам развития системы здравоохранения. Москва: Изд. дом Высшей школы экономики; 2017. 84 с.
14. Руголь Л.В., Сон И.М., Стародубов В.И., Меньшикова Л.И. Проблемы организации стационарной медицинской помощи и подходы к ее модернизации. Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание] 2020; 66(1):1. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1128/30/lang,ru/> DOI: 10.21045/2071-5021-2020-66-1-1
15. Алгоритмы расчета основных показателей деятельности медицинских организаций: метод. рекомендации / Е. П. Какорина, Г. А. Александрова, А. В. Поликарпов [и др.]. Москва : Общество с ограниченной ответственностью Издательская группа "ГЭОТАР-Медиа", 2016. – 400 с. – ISBN 978-5-9704-3880-0. – EDN WNYCAD.
16. Модернизация "Автоматизированной системы информирования руководителя" (АС ИР) / В.И. Стародубов, А.В. Поликарпов, Н.А. Голубев, А.А. Лисненко // Врач и информационные технологии. 2016; 1: 35-43. EDN VPPXRD.
17. Калининская А.А., Стрючков В.В., Евсюков А.А., Кудрявцев А.А. Медико-демографические особенности сельского населения. Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. 2010; 2: 97-101.
18. Жеребцова Т.А., Люцко В.В., Леонтьев С.Л. и др. Совершенствование организации первичной медико-санитарной помощи в Свердловской области. Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики 2022; 3. URL: <http://healthproblem.ru/magazines?text=831> (дата обращения: 17.08.2022).
19. Камалова Ф.М. Сравнительный анализ стандартизованных показателей общей заболеваемости сельского населения. Здоровье человека в XXI веке. Качество жизни: Сборник научных статей, Казань, 17–18 марта 2022 года, Казань: ИД «МеДДоК», 2022. С. 502-506.

### Referens

1. Rugol' L.V., Son I.M., Starodubov V.I., Pogonin A.V. Nekotorye itogi reformirovaniya zdravookhraneniya [Some results of healthcare reforming]. Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya [Social aspects of population health] [serial online]. 2018[cited 2020 Sep. 10]; 64(6). Available from: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1023/30/lang,ru/> (In Russian).

2. Sergeyko I.V., Nemtsveridze E.Ya., Trifonova N.Yu., Pikalov S.M., Lyutsko V.V. Reformy zakonodatel'stva v sfere zdravoohraneniya: obzor normativnyh dokumentov i kommentarii. [Healthcare law reforms: review of regulatory documents and comments]. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya*. [Modern problems of science and education]. 2014; 2:280. (In Russian)

3. Bant'eva M.N., Prilipko N.S. Vozrastnye aspekty zabolevaemosti vzroslogo naseleniya po obrashchaemosti v ambulatorno-poliklinicheskie uchrezhdeniya [Age aspects of adult morbidity based on health encounters at outpatient health care facilities]. *Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya* [Social aspects of population health] [setevoe izdanie] 2013; 32(4). URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/497/30/> (In Russian).

4. Mikhailova Yu.V., Ivanov I.V., Shikina I.B., Polikarpov A.V., Vechorko V.I. Metodologicheskie aspekty provedeniya nezavisimoy ocenki medicinskih organizacij sub"ektov RF, okazyvayushchih medicinskuyu pomoshch' prikreplennomu naseleniyu v ambulatornyh usloviyah. [Methodological aspects of conducting an independent assessment of medical organizations of the constituent entities of the Russian Federation providing medical care to the attached population on an outpatient basis]. *Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya*. [Social aspects of population health]. 2016; 3(49):1. (In Russian)

5. Gridnev O.V., Abramov A.Yu., Lyutsko V.V. Analiz kontrolya za effektivnost'yu raboty trekhurovnevoj sistemy pervichnoj mediko-sanitarnoj pomoshchi naseleniyu goroda Moskvy. [Analysis of the effectiveness of the three-level primary health care system for the population of Moscow]. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya*. [Modern problems of science and education]. 2014; 2:364. (In Russian)

6. Mikhailova Yu.V., Son I.M., Polikarpov A.V., Shikina I.B., Golubev N.A., Vechorko V.I., Ivanov I.V. Ocenka kachestva okazaniya i dostupnosti medicinskoj pomoshchi s ispol'zovaniem indeksov blagopoluchiya pokazatelej medicinskih organizacij, okazyvayushchih pervichnyuyu mediko-sanitarnuyu pomoshch' i imeyushchih prikreplennoe naselenie. [Assessment of the quality of care and availability of medical care using indices of the well-being of indicators of medical organizations providing primary health care and having an attached population]. *Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya*. [Social aspects of population health]. 2016; 5(51):1. DOI: 10.21045/2071-5021-2016-51-5-1 (In Russian)

7. Mikhailova Yu.V., Ivanov I.V., Shikina I.B., Polikarpov A.V., Golubev N.A., Vechorko V.I. Ekspertnye metody pri vybore pokazatelej dlya nezavisimoy ocenki kachestva medicinskoj pomoshchi v medicinskih organizacijah, okazyvayushchih ambulatornyuyu pomoshch'. [Expert methods when

choosing indicators for independent assessment of the quality of medical care in medical organizations providing outpatient care]. Vestnik Roszdravnadzora. [Roszdravnadzor Bulletin]. 2016; 4,74-77. (In Russian)

8. Komarov Ju.M. O racional'noj sisteme organizacii ohrany zdorov'ja i okazaniya medicinskoj pomoshhi [On the rational system of organization of health protection and medical care]. Orgzdrav: novosti, mnenija, obuchenie. Vestnik VShOUZ 2018; (1): 39-46 (In Russian).

9. Sharafutdinov M.A. Territorial'nye osobennosti zabolevaemosti naseleniya munitsipal'nykh rayonov Respubliki Bashkortostan bolezniami mochepolovoy sistemy [Urogenital diseases in municipal population of the Republic of Bashkortostan and local demographic variability] Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya [Social aspects of population health] [setevoe izdanie] 2011; 3(19): 10. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/308/30/lang,ru/> (In Russian).

10. Polikarpov, A. V. Optimizatsiia sluzhby meditsinskoj statistiki na razlichnykh urovniakh v sovremennykh usloviyakh / A. V. Polikarpov, N. A. Golubev, E. V. Ogrы`zko // Vrach i informatsionny`e tekhnologii. – 2015. – № 2. – С. 72-80. – EDN UKJODD.

11. Transformatsiia meditsinskoj statistiki v period pandemii novoi koronavirusnoi infektsii (COVID-19) / O. S. Kobiakova, A. V. Polikarpov, N. A. Golubev [i dr.] // Problemy` sotsial`noi` gigieny`, zdavookhraneniia i istorii meditsiny. – 2021. – Т. 29. – № 6. – С. 1439-1445. – DOI 10.32687/0869-866X-2021-29-6-1439-1445. – EDN DXRDUP.

12. Pavlov K.V., Stepchuk M.A., Pinkus T.M. Otsenka dinamiki i opredelenie perspektiv razvitiya meditsinskoj pomoshchi naseleniyu regiona [Assessment of dynamics and delineation of prospects for the development of medical aid for the region's population]. Voprosy territorial'nogo razvitiya [Territorial development issues] [setevoe izdanie] 2017; 37(2). URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=29025373> / (In Russian).

13. Shishkin S.V., Sheyman I.M., Abdin A.A., ets. Rossiyskoe zdavookhranenie v novykh ekonomicheskikh usloviyakh: vyzovy i perspektivy. Doklad NIU VShE po problemam razvitiya sistemy zdavookhraneniya. Moskva: Izd. dom Vyshey shkoly ekonomiki; 2017. 84 s.

14. Rugol' L.V., Son I.M., Starodubov V.I., Men'shikova L.I. Problemy organizacii stacionarnoj medicinskoj pomoshchi i podhody k ee modernizacii [Problems related to inpatient care organization and approaches towards its modernization]. Social'nye aspekty zdorov'ya naseleniya [Social aspects of population health] [setevoe izdanie] 2020; 66(1):1 Available from: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1128/30/lang,ru/> (In Russian).

15. Algoritmy rascheta osnovnykh pokazatelei deiatel`nosti meditsinskih organizatsii` : metod.

реkomendatcii / E. P. Kakorina, G. A. Alexanderova, A. V. Polikarpov [i dr.]. - Moskva : Obshchestvo s ogranichennoi` otvetstvennost`iu Izdatel`skaia gruppa "GEOTAR-Media", 2016. – 400 с. – ISBN 978-5-9704-3880-0. – EDN WNYCAD.

16. Modernizatsiia "Avtomatizirovannoi` sistemy informirovaniia rukovoditelia" (AS IR) / V. I. Starodubov, A. V. Polikarpov, N. A. Golubev, A. A. Leesnenko // Vrach i informatcionnye tekhnologii. – 2016. – № 1. – С. 35-43. – EDN VPPXRD.

17. Kalininskaya A.A., Stryuchkov V.V., Evsyukov A.A., Kudryavtsev A.A. Mediko-demograficheskie osobennosti sel'skogo naseleniya [Medico-demographic features of the rural population.]. Vestnik Vserossiyskogo obshchestva spetsialistov po mediko-sotsial'noy ekspertize, reabilitatsii i reabilitatsionnoy industrii [Bulletin of the All-Russian Society of Specialists in Medical and Social Expertise, Rehabilitation and the Rehabilitation Industry]. 2010; 2: 97-101. (In Russian).

18. Zherebtsova T.A., Lyutsko V.V., Leont'ev S.L. i dr. Sovershenstvovanie organizatsii pervichnoy mediko-sanitarnoy pomoshchi v Sverdlovskoy oblasti [Improving the organization of primary health care in the sverdlovsk region]. Sovremennye problemy zdravookhraneniya i meditsinskoy statistiki [Current problems of health care and medical statistics] 2022; 3.URL: <http://healthproblem.ru/magazines?text=831>. (In Russian).

19. Kamalova F.M. Sravnitel'nyy analiz standartizovannykh pokazateley obshchey zaboлеваemosti sel'skogo naseleniya. Zdorov'e cheloveka v XXI veke. Kachestvo zhizni: Sbornik nauchnykh statey, Kazan', 17–18 marta 2022 goda, Kazan': ID «MeDDoK», 2022. S. 502-506 (In Russian).

**Финансирование.** Исследование не имело спонсорской поддержки

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

**Acknowledgments.** The study had no sponsorship

**Conflict of interests.** The authors declare no conflict of interest

#### Сведения об авторах

**Руголь Людмила Валентиновна** - кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, 127254, Россия, Москва, ул. Добролюбова, 11, e-mail: rugollv@mail.ru, ORCID 0000-0003-2983-8774, SPIN: 6503-9081; Scopus: 57209984723

**Поликарпов Александр Викторович** - кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России; 127254, Россия, Москва, ул. Добролюбова, 11, e-mail: pov\_alex@rambler.ru; ORCID 0000-0002-6696-8714; SPIN: 2092-5448; Scopus: 57189604405

**Голубев Никита Алексеевич** - кандидат медицинских наук, начальник управления статистики ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России; 127254, Россия, Москва, ул. Добролюбова, 11, e-mail: golubev@mednet.ru; ORCID 0000-0002-8862-5085; SPIN: 2678-0756; Scopus: 57208506759

**Огрызко Елена Вячеславовна** – доктор мед. наук, главный специалист ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России; 127254, Россия, Москва, ул. Добролюбова, 11, e-mail: ogrev@mednet.ru; ORCID 0000-0002-7653-3191; SPIN: 2007-7857 Scopus: 6506986770

#### **Information about authors:**

**Rugol Liudmila Valentinovna** - candidate of medical Sciences, leading researcher, Russian Research Institute of Health, Moscow, 127254, Moscow, Dobrolyubova str., 11, e-mail: rugollv@mail.ru, ORCID 0000-0003-2983-8774, SPIN: 6503-9081; Scopus: 57209984723

**Polikarpov Aleksandr Viktorovich**, PhD, Russian Research Institute of Health, Moscow, 127254, Moscow, Dobrolyubova str., 11, e-mail: pov\_alex@rambler.ru; ORCID 0000-0002-6696-8714; SPIN: 2092-5448; Scopus: 57189604405

**Golubev Nikita Alekseevich**, PhD, Russian Research Institute of Health, Moscow, 127254, Moscow, Dobrolyubova str., 11, e-mail: golubev@mednet.ru; ORCID 0000-0002-8862-5085; SPIN: 2678-0756; Scopus: 57208506759

**Ogryzko Elena Vyacheslavovna**, Dr. of Sci. (Med.), Russian Research Institute of Health, Moscow, 127254, Moscow, Dobrolyubova str., 11, e-mail: ogrev@mednet.ru; ORCID 0000-0002-7653-3191; SPIN: 2007-7857 Scopus: 6506986770

Статья получена: 01.08.2022 г.  
Принята к публикации: 29.09.2022 г.