



Менеджмент и экономика здравоохранения / Management and health economics

© АРТЮХОВ И. П., КАПИТОНОВ В. Ф., СЕНЧЕНКО А. Ю., КАПИТОНОВ Ф. В.

УДК 616-084

DOI: 10.20333/2500136-2019-2-110-116

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ В УСЛОВИЯХ АКТИВНОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ

И. П. Артюхов, В. Ф. Капитонов, А. Ю. Сенченко, Ф. В. Капитонов

Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск 660022,
Российская Федерация

Цель исследования. Изучить влияние проводимых диспансеризации и профилактических осмотров на показатели заболеваемости населения.

Материал и методы. Изучены показатели заболеваемости населения Красноярского края в целом по территории и сравнительная характеристика ее показателей у населения, проживающего в городских поселениях и сельской местности, до изменения в форме 12 (ЗНО) и после внесения изменений (СЗ). Рассчитаны средние показатели заболеваемости по обращаемости (за 2012-2014 гг.) и суммарной заболеваемости (за 2015-2017 гг.). Для расчета заболеваемости городского населения нами было взято население г. Красноярска, составляющего 48,4 % всего населения городских поселений края, а для сельской местности население 21 района, численность которого составляла 48,7 % всех сельских жителей края. Доля впервые выявленных заболеваний при диспансеризации и профилактических осмотрах, рассчитывалась за период с 2015 по 2017 год, с года издания Приказа МЗ РФ № 87н «Об унифицированной форме медицинской документации и форме статистической отчетности, используемых при диспансеризации определенных групп взрослого населения и профилактических осмотров, порядка по их заполнению».

Результаты. Установлено, что средние показатели общей суммарной заболеваемости (за 2015-2017 гг.) населения Красноярского края, по сравнению со средними показателями заболеваемости по обращаемости (за 2012-2014 гг.) снизились на 25,2 %, у жителей городских поселений на 30,1 % и сельских жителей – 140,5 %. Снижение общей заболеваемости у жителей городских поселений произошло за счет уменьшения показателя ранее известной заболеваемости на 43,6 %, в то время как показатели первичной заболеваемости увеличились на 13,5 %. У жителей сельской местности, снижение произошло как за счет первичной на 104,1 %, так и ранее известной заболеваемости на 36,4 %. В целом по краю, средняя доля впервые выявленных заболеваний в суммарной заболеваемости при проведении профилактических осмотров составляла 2,4 %, а при проведении диспансеризации 1,5 %, от всех первично зарегистрированных заболеваний. В городских поселениях при проведении профилактических осмотров 2,4 % и диспансеризации 1,4 %, в сельской местности соответственно 2,2 % и 3,1 %. Полученные результаты по возрастным группам, имеют аналогичные изменения.

Заключение. Полученные данные по динамике заболеваемости населения свидетельствуют: о снижении доступности медицинской помощи; низкой медицинской и профилактической активности населения. Отрицательные темпы прироста средних показателей ранее известных заболеваний показывают, что основная цель диспансеризации взрослого населения, направленная на раннее выявление хронических неинфекционных заболеваний (состояний), являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения Российской Федерации не достигнута. Заболеваемость, рассчитываемую по форме 12 государственного статистического наблюдения, начиная с 2015 года, следует считать суммарной, так как в нее входят заболевания, выявленные при обращении за медицинской помощью и выявленные при диспансеризации и профосмотрах.

Ключевые слова: население, заболеваемость по обращаемости, суммарная заболеваемость, возрастные группы, диспансеризация, профилактические осмотры.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Для цитирования: Артюхов ИП, Капитонов ВФ, Сенченко АЮ, Капитонов ФВ. Заболеваемость населения в условиях активной диспансеризации. *Сибирское медицинское обозрение*. 2019;(2):110-116. DOI: 10.20333/2500136-2019-2-110-116

MORBIDITY OF POPULATION IN THE CONDITIONS OF ACTIVE CLINICAL EXAMINATION

I. P. Artyukhov, V. F. Kapitonov, A. Yu. Senchenko, F. V. Kapitonov

Professor V. F. Voyno-Yasensky Krasnoyarsk State Medical University, Krasnoyarsk 660022, Russian Federation

The aim of the research is to study the effect of clinical and preventive examinations on morbidity rates among population.

Material and methods. Morbidity indicators among population of the Krasnoyarsk Territory were studied in general along with comparative features of the mentioned indicators among the population living in urban settlements and rural areas, before the changes in form 12 (population morbidity due to the apply) and after the changes (total population morbidity). The average morbidity indicators due to the apply (for 2012–2014) and total morbidity

(for 2015–2017) are calculated. To estimate urban population morbidity, we considered population of Krasnoyarsk city which amounts 48.4 % of total population of urban settlements of the territory; as for rural areas, the population of 21 regions were considered, the population of which amounts 48.7 % of all rural inhabitants. The proportion of newly diagnosed diseases during clinical and preventive examinations was calculated for the period from 2015 to 2017, since publication of the Order of Ministry of Healthcare of the Russian Federation No. 87 н “On unified form of medical documentation and on the form of statistical reportings used in clinical examination of certain groups of adult population as well as in preventive examinations, on rules of filling them in”.

Results. It was established that the average overall morbidity (during 2015-2017) among population of Krasnoyarsk Territory, compared with the average morbidity attendance (during 2012-2014), decreased by 25.2, the data among residents of urban settlements decreased by 30, 1 ‰ and among villagers – by 140.5 ‰. The decrease in the overall morbidity among residents of urban settlements occurred due to the decrease in the rate of previously known morbidity by 43.6, while the indicators of primary morbidity increased by 13.5. The decline among residents of rural areas occurred both due to primary morbidity by 104.1, and due to previously known one by 36.4. Generally, the average proportion of newly diagnosed diseases in the total morbidity around the territory during preventive examinations was 2.4 %, while during clinical examination it was 1.5 % of all primary registered diseases. The average proportion in urban settlements, when conducting preventive examinations, was 2.4 %, as for clinical examination – 1.4 %, in rural areas, respectively it was 2.2 % and 3.1 %. The results obtained by age groups have similar changes.

Conclusion. The obtained data on morbidity dynamics among the population indicate the following: decrease in medical care availability; low medical and preventive activity among the population. Negative growth rates of averages of previously known diseases show that the main purpose of clinical examination among adult population, aimed at early detection of chronic non-infectious diseases (conditions), which is the main cause of disabilities and premature mortality of the population of the Russian Federation, has not been achieved. The incidence, calculated according to form 12 of state statistical observation, starting from 2015, should be considered summed one, since it includes the diseases identified when applying for medical help and during clinical and professional examinations.

Key words: population; morbidity due to the apply; total morbidity; age groups; clinical examination; preventive examinations.

Conflict of interest. The authors declare the absence of obvious and potential conflicts of interest associated with the publication of this article.

Citation: Artyukhov IP, Kapitonov VF, Senchenko AYu, Kapitonov FV. Morbidity of population in the conditions of active clinical examination. *Siberian Medical Review*.2019;(2):110-116. DOI: 10.20333/2500136-2019-2-110-116

Введение

Показатели заболеваемости являются одним из важнейших критериев, характеризующих здоровье населения и, в тоже время, служат критерием доступности медицинской помощи, а также индикатором медицинской и профилактической активности населения [1, 2, 3].

Наиболее часто, для разработки программ по сохранению здоровья населения, для определения потребности населения в различных видах медицинской помощи, при организации и проведении профилактических и противоэпидемиологических мероприятий, для оценки и анализа деятельности врача используют показатели заболеваемости по обращаемости населения [4, 5, 6].

В Российской Федерации, начиная с 2013 года, были утверждены новые порядки проведения профилактического медицинского осмотра и диспансерного наблюдения определенных групп взрослого населения (Приказы МЗ России № 1011н, от 06.12.2012 и № 1344н от 21.12.2012), впоследствии измененные Приказом МЗ России № 36ан от 03.02. 2015 года [7,8,9].

Одной из основных целей диспансеризации взрослого населения является раннее выявление хронических неинфекционных заболеваний (состояний), являющихся основной преждевременной смертности населения и причиной инвалидности Российской Федерации [10, 11].

Приказом Росстата № 355 от 21.07.2016 были утверждены изменения в форме № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов,

проживающих в районе обслуживания медицинской организации), в которую, в частности, были добавлены графы первично выявленных заболеваний при профилактических осмотрах и проведении диспансеризации».

Изменения показателей заболеваемости, после включения в форму №12 данных о числе выявленных заболеваний при проведении профилактических осмотров и диспансеризации, вызывает интерес, так как по ним можно судить об эффективности проводимых мероприятий.

Цель исследования. Изучить влияние проводимых диспансеризации и профилактических осмотров на показатели заболеваемости населения.

Материал и методы

В связи с тем, что, начиная с 2015 года, в 12 форму стали вноситься выявленные заболевания при профилактических осмотрах и диспансеризации, прежнее название заболеваемость населения по обращаемости (ЗНО), рассчитываемую по этой форме, следует по нашему мнению называть суммированная заболеваемость (СЗ).

Нами были изучены показатели заболеваемости населения Красноярского края (Кк) как в целом по территории, так и сравнительная характеристика ее показателей у населения, проживающего в городских поселениях и сельской местности, до изменения в форме 12 (ЗНО) и после внесения изменений (СЗ).

Для исключения годичных колебаний, были рассчитаны средние показатели заболеваемости по обращаемости (за 2012-2014 гг.) и суммированной заболеваемости (за 2015-2017 гг.).

Для расчета заболеваемости городского населения нами было взято население г. Красноярск, составляющего 48,4 % всего населения городских поселений края, а для сельской местности население 21 района, численность которого составляла 48,7 % всех сельских жителей края.

Доля впервые выявленных заболеваний при диспансеризации и профилактических осмотрах, рассчитывалась за период с 2015 по 2017 год, с года издания Приказа МЗ РФ № 87н «Об унифицированной форме медицинской документации и форме статистической отчетности, используемых при диспансеризации определенных групп взрослого населения и профилактических осмотров, порядка по их заполнению».

Сбор первичной информации осуществлялся с помощью программы «СтатЭкспресс», анализа отчетных данных (форма государственного статистического наблюдения № 12).

Анализ полученной информации осуществлялся с использованием абсолютных и относительных показателей, средних значений и ошибок среднего, коэффициентов соотношения, темпов прироста (убыли). Подчинение данных закону нормального распределения оценивалось с помощью критерия Колмогорова-Смирнова. В связи с тем, что все данные подчинялись закону нормального распределения, оценка значимости различий относительных показателей проводилась по критерию t.

Результаты и обсуждение

Всего в среднем, в Кк за период с 2012 по 2014 год, проживало 2 845 894 , а 2015-2017 год 2 866 855 человек, жителей города Красноярск соответственно 1 009 469 и 1 068 293, и анализируемых сельских районах 337 183 и 321 487 человек.

Нами установлено, что средние показатели общей СЗ (за 2015-2017 гг.) населения Кк, по сравнению со средними показателями ЗНО (за 2012-2014 гг.) снизились на 25,2 промилльных пункта, у жителей городских поселений на 30,1 и сельских жителей – 140,5 промилльных пункта.

Снижение средних показателей общей СЗ в целом по краю произошло в основном за счет показателя первичной заболеваемости на 25,1 промилльных пункта, в то время как ранее известной заболеваемости остался прежним. Снижение общей заболеваемости у жителей городских поселений происходило за счет уменьшения показателя ранее известной заболеваемости на 43,6 промилльных пункта, в то время как показатели первичной заболеваемости увеличились на 13,5 промилльных пункта. У жителей сельской местности, снижение произошло как за счет первичной на 104,1, так и ранее известной заболеваемости на 36,4 промилльных пункта. (табл. 1).

Анализ показал, что в целом по краю, средняя доля впервые выявленных заболеваний в СЗ при проведении профилактических осмотров составляла 2,4 %, а при проведении диспансеризации 1,5 %, от всех первично зарегистрированных заболеваний. В городских поселениях при проведении профилактических осмотров 2,4 % и диспансеризации 1,4 %, в сельской местности соответственно 2,2 % и 3,1 %.

Показатели общей СЗ заболеваемости и ее составляющих у взрослых жителей городских поселений, а также сельской местности, имеют одинаковую направленность с показателями СЗ населения края в целом. Так, показатель общей средней СЗ взрослого населения края по сравнению с средней ЗНО снизилась на 26,9 промилльных пункта, у проживающего в городских поселениях и сельской местности, соответственно на 37,1 и 126,1 промилльных пункта. В показателях первичной заболеваемости взрослого населения отмечается их снижение в целом по Кк на 16,4 и, проживающих в сельской местности на 89,1, у жителей городских поселений прирост на 31,0 промилльных пункта. По ранее известной заболеваемости отмечается снижение показателя по всем территориям края (табл. 2).

Таблица 1

Сравнительная характеристика средних показателей ЗНО и СЗ населения Красноярского края

Table 1

Comparative characteristics of average indicators of morbidity due to the apply and total morbidity among population of Krasnoyarsk Territory

Население	ЗНО	СЗ	Темп прироста (± %)
Общая			
Край в целом	1667,6 ± 0,39	1642,4 ± 0,37	-1,5
Городское	1861,7 ± 1,6*	1831,6 ± 1,4*	-1,6
Сельское	1318,3 ± 1,2	1177,8 ± 0,65	-11,9
Первичная			
Край	813,8 ± 0,05	788,7 ± 0,06	-3,2
Городское	857,8 ± 0,12*	871,3 ± 0,10*	1,5
Сельское	615,3 ± 0,70	511,2 ± 0,78	-20,4
Ранее известная			
Край	853,8 ± 0,04	853,7 ± 0,04	-0,01
Городское	1003,9 ± 0,004*	960,3 ± 0,04*	-4,5
Сельское	703,0 ± 0,62	666,6 ± 0,69	-5,4

Примечание: * $p < 0,001$ между городскими поселениями и сельской местностью.

Note: * $p < 0,001$ between urban and rural areas.

Таблица 2

Сравнительная характеристика средних показателей ЗНО и СЗ у взрослого населения Красноярского края

Table 2

Comparative characteristics of average indicators of morbidity due to the apply and total morbidity among adult population of the Krasnoyarsk Territory

Население	ЗНО	СЗ	Темп прироста (± %)
Общая			
Край в целом	1539,6 ± 0,36	1512,7 ± 0,34	-1,8
Городское	1648,1 ± 1,27*	1611,0 ± 1,13*	-2,2
Сельское	1293,1 ± 1,44	1167,0 ± 0,78	-10,8
Первичная			
Край	587,7 ± 0,11	571,3 ± 0,11	-2,9
Городское	561,4 ± 0,29*	592,4 ± 0,28*	5,2
Сельское	495,9 ± 0,95	406,8 ± 0,97	-21,9
Ранее известная			
Край	951,9 ± 0,02	941,4 ± 0,02	-1,1
Городское	1086,7 ± 0,11*	1018,6 ± 0,02*	-6,7
Сельское	797,2 ± 0,61	760,2 ± 0,74	-4,9

Примечание: * $p < 0,001$ между городскими поселениями и сельской местностью.

Note: * $p < 0.001$ between urban and rural areas.

Анализ впервые выявленных заболеваний у взрослого населения (от 18 лет и старше) показал, что в целом по краю, средняя доля впервые выявленных заболеваний при проведении профилактических осмотров составляла 0,8 %, а при проведении диспансеризации 2,5 %, от всех первично зарегистрированных заболеваний СЗ. В городских поселениях при проведении профилактических осмотров 0,1 % и диспансеризации 2,6 %. в сельской местности соответственно 103 % и 4,9 %.

У детей от 15 до 17 лет (подростков), в отличие от взрослого населения, отмечается прирост средних показателей общей и ранее известной заболеваемости в целом по краю, а первичной снижение. Отмечено превышение показателей заболеваемости подростков городских поселений от их сверстников, проживающих в сельской местности: общей в 1,5 раза, первичной в 1,7 и ранее известной в 1,1-1,5 раза (табл. 3).

Впервые выявленные заболевания при проведении профилактических осмотров у детей в возрасте от 15 до 17 лет (подростков) в целом по краю, за 2015-2017 гг., в среднем составили 7,6 % от всех первично зарегистрированных заболеваний. В городских поселениях 8,5 %, в сельской местности 5,4 %.

Таблица 3

Сравнительная характеристика средних показателей ЗНО и СЗ детей от 15 до 17 лет Красноярского края

Table 3

Comparative characteristics of the average indicators of morbidity due to the apply and total morbidity among children from 15 to 17 years in Krasnoyarsk Territory

Население	ЗНО	СЗ	Темп прироста (± %)
Общая			
Край в целом	1963,8 ± 21,9	2026,5 ± 25,5	3,1
Городское	2163,1 ± 93,2*	2409,4 ± 136,2*	10,2
Сельское	1682,8 ± 108,9	1470,8 ± 68,97	-14,4
Первичная			
Край	1253,0 ± 3,67	1217,3 ± 3,25	-2,9
Городское	1417,9 ± 21,9*	1439,6 ± 25,4*	1,5
Сельское	957,0 ± 3,9	793,6 ± 16,3	-20,6
Ранее известная			
Край	710,8 ± 2,38	809,2 ± 1,9	12,2
Городское	745,2 ± 7,0	969,8 ± 1,17*	23,2
Сельское	725,8 ± 18,9	677,2 ± 21,8	-7,2

Примечание: * $p < 0,001$ между городскими поселениями и сельской местностью.

Note: * $p < 0.001$ between urban and rural areas.

При проведении диспансеризации 0,8 %, от всех первично зарегистрированных заболеваний по Кк в целом, в городских поселениях – 2,1 %, в сельской местности – 1,8 %.

У детей от 0 до 14 лет, средние показатели общей заболеваемости снизились: в целом по краю на 76,6; по городским поселениям на 70,0; по сельской местности на 188,7 промилльных пункта. В первичной заболеваемости детей, в отличие от взрослого населения отмечается снижение средних показателей по всем территориям. По ранее известной заболеваемости отмечается прирост средних показателей в целом по краю на 64,5, и у детей городских поселений на 138,1 промилльных пункта, в то время как у детей, проживающих в сельской местности, снижение показателя на 4,2 промилльных пункта (табл. 4).

Анализ впервые выявленных заболеваний у детей в возрасте от 0 до 14 лет показал, что в целом по краю, за 2015-2017 гг., доля впервые выявленных заболеваний при проведении профилактических осмотров составляла 4,1 %, от всех первично зарегистрированных заболеваний. В городских поселениях 5,0 %, в сельской местности 3,9 %. Массовых диспансерных осмотров у детей от 0 до 14 лет не проводилось.

Таблица 4
Сравнительная характеристика средних показателей ЗНО и СЗ детей от 0 до 14 лет Красноярского края

Table 4
Comparative characteristics of the average indicators of morbidity due to the apply and total morbidity among children from 0 to 14 years in Krasnoyarsk Territory

Население	ЗНО	СЗ	Темп прироста (± %)
Общая			
Край в целом	2222,8 ± 5,67	2146,2 ± 4,72	-3,4
Городское	2926,1 ± 38,1*	2856,1 ± 10,7*	-2,4
Сельское	1362,4 ± 7,8	1173,7 ± 3,2	-16,1
Первичная			
Край	1809,3 ± 3,0	1668,2 ± 2,1	-8,4
Городское	2399,5 ± 22,7*	2191,4 ± 15,1*	-9,5
Сельское	1058,8 ± 1,0	874,3 ± 1,7	-21,1
Ранее известная			
Край	413,5 ± 0,5	478,0 ± 0,48	13,5
Городское	526,6 ± 1,7*	664,7 ± 1,3*	20,8
Сельское	303,6 ± 3,4	299,4 ± 3,3	-1,4

Примечание: * $p < 0,001$ между городскими поселениями и сельской местностью.

Note: * $p < 0.001$ between urban and rural areas.

Проведенный нами анализ показал, что показатели заболеваемости жителей городских поселений, статистически значимо превышают аналогичные показатели населения, проживающего в сельской местности по всем возрастным группам, что не противоречит данным других авторов [3, 5, 12].

Полученные нами данные по динамике заболеваемости населения, характеризующиеся отрицательными темпами ее прироста, свидетельствуют о снижении доступности медицинской помощи; низкой медицинской и профилактической активности населения, что отмечают и другие исследователи [13, 14].

Так, Е. А. Андриянова и Ю. Ф. Позднова выявили, что 51,0 % опрошенных нежелание обращаться в поликлинику объясняет большими потерями времени, а 17,0 % график работы не позволяет посещать поликлинику [15].

Отрицательные темпы прироста средних показателей ранее известных заболеваний показывают, что основная цель диспансеризации взрослого населения, направленная на раннее выявление хронических неинфекционных заболеваний (состояний),

являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения Российской Федерации, в Красноярском крае не достигнута.

Незначительная доля впервые выявленных заболеваний, составляющая у населения Кк при проведении диспансеризации 1,5 %, а профилактических осмотров 2,4 %, от всех первично зарегистрированных заболеваний, показывает на низкую эффективность проводимых мероприятий, так как основная масса первично выявленных заболеваний регистрируется при обращении в амбулаторно-поликлинические учреждения.

Заключение

Таким образом, изучение заболеваемости населения Красноярского края и эффективности, проводимых диспансеризации и профилактических осмотров за 2012-2017 гг. показало:

- снижение общей заболеваемости населения Кк на 25,2, взрослых жителей на 26,9, детей от 0 до 14 лет на 76,6 и увеличение ее показателей у подростков на 62,7 промилльных пункта;

- снижение ранее известной заболеваемости у населения Кк в целом и возрастной группы от 18 лет и старше соответственно на 43,6 и 10,5 промилльных пункта;

- снижение темпов прироста у взрослого населения показателей ранее известной заболеваемости за 2015-2017 гг. составляло по краю 1,1 %, по городским поселениям 6,7 %, по сельской местности 4,9 %;

- у детей от 15 до 17 лет отмечается увеличение темпов прироста ранее известной заболеваемости: по краю на 12,2 %, городским поселениям на 23,2 %, а в сельской местности снижение на 7,2 %;

- у детей от 0 до 14 лет темпы прироста ранее известной заболеваемости увеличились: по краю на 13,5 %, городским поселениям на 20,8 %, в сельской местности снижение на 1,4 %.

- доля впервые выявленных заболеваний у населения Кк при проведении диспансеризации составила 1,5 %, а профилактических осмотров 2,4 %, от всех первично зарегистрированных заболеваний. В городских поселениях 1,4 % и 2,4 % соответственно, сельской местности 3,1 % и 2,2 %;

Заболѣваемость, рассчитываемую по форме 12 государственного статистического наблюдения, начиная с 2015 года, следует считать суммированной, так как в нее входят заболевания, выявленные при обращении за медицинской помощью и выявленные при диспансеризации и профосмотре.

Литература/ References

1. Капитонов ВФ, Анафьянова ТВ. Динамика заболеваемости населения Республики Хакасия в современных условиях. В мире научных открытий.

2013;(3):137-48. [Kapitonov VE, Anaf'anova TV. Dynamics of morbidity of the population of the Republic of Khakassia in modern conditions. In the World of Scientific Discoveries. 2013;(3):137-48. (In Russian)]

2. Мустафина ГТ, Бакиров АА, Валиев ИР, Павлова МЮ. Заболеваемость женщин по данным обращаемости: общая, первичная, накопленная. *Уральский медицинский журнал*. 2015;(9):78-81. [Mustafina GT, Bakirov AA, Valiev IR, Pavlov MYu. Morbidity of women according to the data of circulation: General, primary, accumulated. *Ural Medical Journal*. 2015;(9):78-81. (In Russian)]

3. Семенов ВЮ. Заболеваемость населения Российской Федерации: географические особенности. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2015;(6):6-9. [Semenov VYu. Morbidity of the population of the Russian Federation: geographical features. *Problems of Social Hygiene, Public Health and History of Medicine*. 2015;(6):6-9. (In Russian)]

4. Бантьева МН, Прилипко НС. Возрастные аспекты заболеваемости взрослого населения по обращаемости в амбулаторно-поликлинические учреждения. *Электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения»*. 2013;(4). [Bantseva MN, Prilipko NS. Age aspects of morbidity in the adult population of negotiability in out-patient clinics. *Online scientific journal "Social aspects of population health"*. 2013;(4). (In Russian)] <http://vestnik.mednet.ru/content/view/497/lang.ru>

5. Ниязбекова ЛС, Сейдуанова ЛБ, Салыбекова АК. Заболеваемость сельского населения по данным обращаемости. *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*. 2016;(10):219-21. [Niyazbekova LS, Saduanova LB, Salibekova AK. Morbidity of the rural population according to the data of circulation. *International Journal of Applied and Fundamental Research*. 2016;(10):219-21. (In Russian)]

6. Савина АА, Леонов СА, Сон ИМ, Фейгинова СИ. Вклад отдельных возрастных групп населения в формирование общей заболеваемости по данным обращаемости в федеральных округах Российской Федерации. *Электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения»*. 2018;(3) [Savina AA, Leonov SA, Son IM, Feiginova SI. Contribution of separate age groups of the population to formation of the General morbidity according to the circulation data in Federal districts of the Russian Federation. *Online scientific journal "Social aspects of population health"*. 2018;(3). (In Russian)] <http://vestnik.mednet.ru/content/view/978/30/lang.ru/>

7. Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра: Приказ Министерства здравоохранения РФ от 6 декабря 2012 г. № 1011н Система ГАРАНТ [About the statement of the Order of carrying out preventive medical examination:

Order of the Ministry of health of the Russian Federation of December 6, 2012 N 1011n. GUARANTOR System. (In Russian)] <http://base.garant.ru/70301500/#ixzz5Wv8UY-Пл>

8. Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения: Приказ Министерства здравоохранения РФ от 21 декабря 2012 г. N 1344н Система ГАРАНТ. [About the statement of the Order of carrying out dispensary supervision: Order of the Ministry of health of the Russian Federation of December 21, 2012 N 1344n. System GARANT. (In Russian)] <http://base.garant.ru/70321224/#ixzz5Wv9PYYSl>

9. Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения: Приказ Министерства здравоохранения РФ от 3 февраля 2015 г. N 36ан. Система ГАРАНТ. [On approval of procedure for conducting clinical examination of the certain groups of adult population: Order of the Ministry of health of the Russian Federation of February 3, 2015 N 36 an. System GARANT. (In Russian)] <http://base.garant.ru/70883132/#ixzz5Wv9zA08X>

10. Калинина АМ, Ипатов ПВ, Кушунина ДВ, Егоров ВА, Дроздова ЛЮ, Бойцов СА. Результаты выявления болезней системы кровообращения при диспансеризации взрослого населения: опыт первых 2 лет. *Терапевтический архив*. 2016;(1):46-52. [Kalinina AM, Ipatov PV, Kashunina DV, Egorov VA, Drozdova LYu, Boytsov SA. Results of detection of diseases of the circulatory system in the clinical examination of the adult population: experience of the first 2 years. *Therapeutic Archive*. 2016;(1):46-52. (In Russian)]

11. Яковлева ТВ, Вылегжанин СВ, Бойцов СА, Калинина АМ, Ипатов ПВ. Диспансеризация взрослого населения Российской Федерации: первый год реализации, опыт, результаты, перспективы. *Электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения»*. 2014;(4). [Yakovleva TV, Vylegzhanin VS, Boytsov SA, Kalinina AM, Ipatov PV. Clinical examination of the adult population of the Russian Federation: the first year of implementation, experience, results, prospects. *Online scientific journal "Social Aspects of Population Health"*. 2014;(4). (In Russian)] <http://vestnik.mednet.ru/content/view/579/30/lang.ru/>

12. Гусева НК, Соколов ВА, Соколова ИА, Дюютова МВ. Доступность и качество амбулаторно-поликлинической помощи. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2013;(2):16-9. [Guseva NK, Sokolov VA, Sokolova IA, Doyutova MV. Availability and quality of outpatient care. *Problems of Social Hygiene, Public Health and History of Medicine*. 2013;(2):16-9. (In Russian)]

13. Герасимова ЛИ, Матвеев РС, Викторов ВН. Анализ результативности амбулаторно-поликлинической службы. *Общественное здоровье и здравоохранение*.

2013;(1):52-5. [Gerasimova LI, Matveev RS, Viktorov VN. Analysis of result of polyclinic service *Public Health and Health Care*. 2013;(1):52-5. (In Russian)]

14. Щепин ВО, Дьячкова АС. Сроки ожидания амбулаторно-поликлинической помощи как показатель ее доступности. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2014;(4):23-7. [Shchepin VO, Diachkova AS. Waiting time for outpatient care as an indicator of its availability. *Problems of Social Hygiene, Public Health and History of Medicine*. 2014;(4):23-7. (In Russian)]

15. Андриянова ЕА, Позднова ЮА. Стратегии взаимодействия населения с учреждениями амбулаторно-поликлинической помощи. *Вестник медицинского института РЕАВИЗ: реабилитация, врач и здоровье*. 2013;(1):44-8. [Andriyanova EA, Pozdnova JuA. Strategies for community interaction with outpatient clinics. *Vestnik Medical Institute "Reaviz" Rehabilitation, Doctor and Health*. 2013;(1):44-8. (In Russian)]

Сведения об авторах

Артюхов Иван Павлович, д.м.н., профессор, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого; адрес: Российская Федерация, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1; тел.: +7(391)2201395; e-mail: rector@krasgmu.ru, <http://orcid.org/0000-0002-5939-6017>

Капитонов Владимир Федорович, д.м.н., профессор, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого; адрес: Российская Федерация, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1; тел.: +7(391)2216460; e-mail: Vkapit5@yandex.ru, <http://orcid.org/0000-0001-9212-3910>

Сенченко Алексей Юрьевич, к.м.н., доцент, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого; адрес: Российская Федерация, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1; тел.: +7(391)2216460; e-mail: sentchenko@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0002-0190-5800>

Капитонов Федор Владимирович, аспирант кафедры управления здравоохранения института последипломного образования, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого; адрес: Российская Федерация, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1; тел.: +7(391)2216460; e-mail: kapitonovfedor@yandex.ru, <http://orcid.org/0000-0002-6337-7257>

Author information

Ivan P. Artyukhov, Dr.Med.Sci., Professor, Professor V. F. Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University; Address: 1, Partizan Zheleznyak Str., Krasnoyarsk, Russian Federation 660022; Phone: +7 (391)2201395; e-mail: rector@krasgmu.ru, <http://orcid.org/0000-0002-5939-6017>

Vladimir F. Kapitonov, Dr.Med.Sci., Professor, Professor V. F. Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University; Address: 1, Partizan Zheleznyak Str., Krasnoyarsk, Russian Federation 660022; Phone: +7(391)2216460; e-mail: Vkapit5@yandex.ru, <http://orcid.org/0000-0001-9212-3910>

Alexey Yu. Senchenko, Cand.Med.Sci., Associate Professor, Professor V. F. Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University; Address: 1, Partizan Zheleznyak Str., Krasnoyarsk, Russian Federation 660022; Phone: +7(391)2216460; e-mail: sentchenko@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0002-0190-5800>

Fyodor V. Kapitonov, Postgraduate Student, Professor V. F. Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University; Address: 1, Partizan Zheleznyak Str., Krasnoyarsk, Russian Federation 660022; Phone: +7(391)2216460; e-mail: kapitonovfedor@yandex.ru, <http://orcid.org/0000-0002-6337-7257>

Поступила 07.12.2018 г.
Принята к печати 13.02.2019 г.
Received 07 December 2018
Accepted for publication 13 February 2019