

---

## ОБЩЕСТВО И ГОСУДАРСТВО

---

### Диспансеризация населения: ожидания и реальность<sup>1</sup>

И.М. ШЕЙМАН\*, С.В. ШИШКИН\*\*, В.И. ШЕВСКИЙ\*\*\*,  
С.В. САЖИНА\*\*\*\*, О.Ф. ПОНКРАТОВА\*\*\*\*\*

\***Игорь Михайлович Шейман** – кандидат экономических наук, профессор, кафедра управления и экономики здравоохранения, Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики». Адрес: 101000, Москва, ул. Мясницкая, д. 20. E-mail: igor.sheim@g23.relcom.ru

\*\***Сергей Владимирович Шишкин** – доктор экономических наук, директор, Центр политики в сфере здравоохранения, Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики». Адрес: 101000, Москва, ул. Мясницкая, д. 20. E-mail: shishkin@hse.ru

\*\*\***Владимир Ильич Шевский** – заслуженный врач РФ, консультант, Центр политики в сфере здравоохранения, Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики». Адрес: 101000, Москва, ул. Мясницкая, д. 20. E-mail: v\_shevsky@mail.ru

\*\*\*\***Светлана Владимировна Сажина** – ведущий аналитик, Центр политики в сфере здравоохранения, Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики». Адрес: 101000, Москва, ул. Мясницкая, д. 20. E-mail: ssazhina@hse.ru

\*\*\*\*\***Оксана Федоровна Понкратова** – главный специалист-эксперт, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования. Адрес: 127994, Москва, ул. Новослободская, д. 37, корп. 4А. E-mail: OPonkratova@ffoms.gov.ru

**Цитирование:** Шейман И.М., Шишкин С.В., Шевский В.И., Сажина С.В., Понкратова О.Ф. (2021) Диспансеризация населения: ожидания и реальность // Мир России. Т. 30. № 4. С. 6–29. DOI: 10.17323/1811-038X-2021-30-4-6-29

*Диспансеризация населения позиционируется российским государством как важнейший инструмент политики в сфере здравоохранения. В отчетах органов государственной власти рост охвата населения диспансеризацией и числа выявленных заболеваний представляются как однозначные свидетельства ее успеха. Перспективы ее развития связываются с расширением числа участников и состава мероприятий по выявлению заболеваний. Считается, что это автоматически приведет к улучшению показателей здоровья населения. Между тем связь между профилактикой и показателями здоровья не так однозначна, как это следует из официальных заявлений. В статье рассматривается концептуальная*

---

<sup>1</sup> Работа подготовлена по результатам исследования, выполненного в рамках Программы фундаментальных исследований НИУ ВШЭ в 2019 г.

основа реализуемой программы диспансеризации, анализируются реальные практики и результаты ее проведения.

Декларируемые цели диспансеризации состоят в максимально широком охвате населения профилактическими мероприятиями и выявлении заболеваний. Анализ практики диспансеризации выполнен по данным онлайн-опроса, проведенного весной 2019 г., 1103 участковых врачей и врачей профилактических подразделений поликлиник, работающих в 81 регионе страны. Результаты опроса показывают, что действия по ведению выявленных в ходе диспансеризации больных, особенно с хроническими заболеваниями, очень ограничены. Почти половина опрошенных врачей не знает о результатах диспансеризации прикрепленного к ним населения; менее 8% считают, что объем последующих мероприятий по диспансерному наблюдению выявленных больных достаточен для полноценного лечения.

Результаты опроса и качественных интервью с врачами и руководителями московских поликлиник показали также, что первичное звено здравоохранения еще до пандемии COVID-19 было не готово к проведению эффективного диспансерного наблюдения за выявленными больными. Более того, диспансеризация обострила дефицит кадров медицинских организаций первичной медико-санитарной помощи. Особенностью программы диспансеризации является централизованная унифицированная модель планирования и проведения ее мероприятий. В ситуации сильного административного давления органов управления здравоохранением всех уровней врачи вынуждены имитировать реальную профилактику как в количественном, так и в качественном отношении.

Для повышения медико-экономической эффективности диспансеризации требуются увязка масштабов и содержания ее программы с возможностями первичного звена здравоохранения и ее превращение в комплекс взаимосвязанных мер по выявлению заболеваний и постоянному наблюдению за больными, прежде всего с хроническими заболеваниями.

**Ключевые слова:** общественное здравоохранение, медицинская профилактика, скрининг, профилактический осмотр, диспансеризация, динамическое диспансерное наблюдение, первичная медико-санитарная помощь

## Введение

Диспансеризация населения представляет собой набор профилактических осмотров и обследований (скринингов), проведение которой носит программный характер и подчинено достижению поставленных целей и задач с использованием четко определенных регламентов, поэтому именуется далее как Программа диспансеризации (сокращенно – Программа).

Ожидания в отношении реализации Программы очень высокие. Рост охвата населения диспансеризацией и числа выявленных заболеваний в официальных отчетах представляются как однозначные свидетельства успеха Программы. Вклад реализуемых профилактических мер в сохранение здоровья населения оценивается очень высоко – не менее 60% при незначительных затратах [Скворцова 2019]. Более того, в работах сотрудников Минздрава России ставится задача изменения соотношения профилактической и лечебной работы врачей первичного звена здравоохранения – повышения доли врачебных приемов с целью выявления заболеваний с 40 до 60% от общего числа врачебных приемов [Вергазова 2016].

Логика этих заявлений проста: нужно реализовать Программу, и общество будет более здоровым при относительно небольших затратах.

Между тем связь между профилактическими мероприятиями в рамках Программы и ее конечным эффектом отнюдь не так однозначна, как это следует из официальных заявлений. Далеко неочевидно, что принятый порядок проведения сплошной диспансеризации взрослого населения, нацеленный на максимизацию показателей выявления заболеваний, представляет собой оптимальную модель диспансеризации, дающую ожидаемый результат. В экономически развитых странах со значительно более щедрым финансированием здравоохранения также проводятся массовые обследования (скрининги) и профилактические осмотры, но значительно более избирательно. В этих странах органы управления здравоохранением также высоко оценивают роль раннего выявления заболеваний, но не считают это «волшебной палочкой», способной решить проблемы улучшения показателей здоровья населения с небольшими затратами.

Вопрос о конечном эффекте профилактических мероприятий и их оправданности для включения в государственные программы финансирования здравоохранения является предметом большого числа исследований. За рубежом хрестоматийной работой по этой теме является исследование Дж. Уилсона и Дж. Джангнера, в котором сформулированы 10 критериев оправданности проведения широких мер по выявлению заболеваний, среди которых особо отметим, что «соотношение стоимость/полезность должно быть не хуже, чем у программ оказания лечебной помощи по обращению» [Wilson, Jungner 1968]. Многочисленные западные исследования посвящены оценке ожидаемого выявления конкретных заболеваний и снижения смертности в результате проведения профилактических осмотров и скринингов (см. обобщающие работы [McKee, Rechel 2014; Rechel et al. 2018]). Они основаны на большом объеме фактических данных (в т. ч. данных экономического анализа) для оценки не только медицинской, но и медико-экономической эффективности профилактических мероприятий – приращения показателей здоровья на единицу затрат. При этом далеко не все эти работы заканчиваются позитивными рекомендациями: многие из предлагаемых форм выявления заболеваний не проходят тесты на высокую эффективность [Sagan et al. 2020].

Российские исследования данной темы можно разделить на три группы. Первая касается вопроса об обоснованности конкретных профилактических услуг. При этом некоторые исследования, например, О.Ю. Ребровой с соавторами, оспаривают включение в Программу ряда профилактических обследований [Реброва и др. 2017]. Вторая группа работ сконцентрирована на оценке предотвращенных экономических потерь, связанных с заболеваниями (затраты на их лечение, потери от утраты трудоспособности и преждевременной смертности). Эти исследования почти всегда демонстрируют позитивные результаты: например, в работе А.В. Концевой с соавторами сравниваются затраты на проведение профилактических мероприятий с дополнительным вкладом каждого гражданина в ВВП [Концевая и др. 2014]; делается вывод о том, что каждый рубль вложений в профилактику дает экономический эффект в размере от 6 до 11 руб. В третьей группе работ анализируются практики реализации Программы: планирование, организация и финансирование профилактической работы, охват населения и число выявленных заболеваний (например, [Яровой и др. 2013; Козлова 2019]). Особенностью большинства работ этой группы является безоговорочное признание правильности выбранной модели

диспансеризации. На материалах конкретного региона или медицинской организации оцениваются формы реализации принятых нормативных актов. По существу, эти работы являются иллюстрацией и пропагандой принятой концепции диспансеризации.

Цель данной статьи – выявить роль диспансеризации в системе оказания медицинской помощи в России. Это обеспечивается решением следующих задач:

- анализ целей и принципов проведения диспансеризации;
- оценка показателей, используемых для характеристики результатов диспансеризации;
- изучение реальных практик проведения диспансеризации и выявление проблем и институциональных факторов, ограничивающих результативность профилактических мероприятий;
- сравнение действующей модели диспансеризации в России с имеющимся международным опытом осуществления подобных программ;
- разработка рекомендаций по повышению результативности профилактических мероприятий в системе оказания медицинской помощи.

## **Методы исследования**

Концептуальные вопросы проведения профилактических мероприятий рассматриваются на основе анализа действующих нормативных актов, а также зарубежной и отечественной литературы. Показатели реализации Программы исследуются на основе доступных статистических данных.

Практические вопросы проведения диспансеризации оцениваются на основе онлайн-опроса участковых врачей и врачей профилактических подразделений поликлиник по специально разработанной анкете, содержащей 25 закрытых вопросов. Опрос был проведен в апреле-мае 2019 г. при содействии ООО «Медицинские информационные решения». На вопросы анкеты ответили 1103 врача, работающие в 81 регионе страны; из них 658 работают в административных центрах регионов, 172 – в других городах, остальные – в сельской местности.

В структуре выборки доминируют врачи-терапевты участковые, ведущие прием взрослого населения, на них приходится 63,2% респондентов. Доля врачей общей (семейной) практики составляет 9,9%, что примерно соответствует их доле в составе врачей участковой службы. Доля врачей-специалистов поликлиник составляет 18,7%. На фельдшеров (они также участвуют в проведении диспансеризации, преимущественно в сельской местности) приходится 8% всех респондентов. Врачи-педиатры в опросе не участвовали. Практически полный охват регионов России, всех типов населенных пунктов и участников проведения диспансеризации обеспечил возможность получения достаточно надежных выводов.

В дополнение к опросу проведено несколько качественных интервью с врачами и руководителями подразделений московских поликлиник из числа обучающихся в магистратуре НИУ ВШЭ, а также с руководителем крупной сети частных клиник, участвующих в проведении диспансеризации в Санкт-Петербурге и ряде других городов России.

Проведенные опросы и интервью относятся к периоду до пандемии COVID-19, характеризуя обычную ситуацию в российском здравоохранении.

## Концептуальная модель проведения диспансеризации

Понятие «концептуальная модель диспансеризации» мы используем здесь для обозначения декларируемых целей и принципов ее проведения. Основной нормативный акт по этому вопросу – приказ Минздрава России от 13.03.2019 № 124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» (далее – Приказ) – определяет диспансеризацию как «комплекс мероприятий, включающий в себя профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, проводимых в целях оценки состояния здоровья (включая определение группы здоровья и группы диспансерного наблюдения) и осуществляемых в отношении определенных групп населения»<sup>2</sup>.

Принятая концептуальная модель диспансеризации заметно отличается от действующей в советское время. Приказ Министерства здравоохранения СССР № 770 от 30.05.1986 «О порядке проведения всеобщей диспансеризации населения» делал акцент на *выявлении и постоянном ведении больных с целью улучшения их состояния (диспансерном наблюдении)*, которые увязывались с их последующим лечением [Гуревич и др. 2009]. Новая Программа диспансеризации, концептуальное оформление которой началось в 2008 г., сделала акцент на *максимально широкий охват населения профилактическими мероприятиями и выявлении заболеваний*, ставшими главными показателями успешности проведения программы. Также Приказ устанавливает определение группы здоровья и группы диспансерного наблюдения. Но, в отличие от прежнего подхода, это лишь оформление завершения профилактической работы с конкретным пациентом, сам же процесс диспансерного наблюдения выходит за рамки программы диспансеризации, т. е. прежняя широкая концепция диспансеризации как совокупности мероприятий по выявлению заболеваний и постоянному наблюдению за больными с этими заболеваниями уступила место узкой ограниченной трактовке – выявлению заболеваний и их классификации по степени тяжести.

Программа проводится ежегодно для лиц в возрасте 40 лет и старше и раз в три года – в возрасте от 18 до 39 лет. Установлены широкий набор профилактических мероприятий и два этапа их проведения; в случае необходимости пациенты направляются на дополнительные консультации врачей-специалистов и скрининг. Набор мероприятий дифференцирован по группам населения и возрасту. Основная часть детей проходят только профилактические осмотры.

Вместе с тем вопрос о том, будет ли организовано динамическое диспансерное наблюдение за выявленными больными и каково содержание этого наблюдения (состав лечебных мероприятий), не является предметом Программы.

Действующая Программа основана на жестком централизованном планировании ее проведения. Установлены нормативы объемов профилактических услуг и нормативы финансирования на единицу объема, которые едины для всех регионов. На основе этих нормативов медицинские организации в регионах получают план по охвату диспансеризацией прикрепленного населения. Используется показатель доли прикрепленного населения, подлежащего диспансеризации, а в ряде

<sup>2</sup> <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72130858/>

регионов – показатель доли прикрепленного к поликлинике населения. До поликлиник доводятся также нормативы «уровня выявления заболеваний»: так, в Красноярском крае Министерство здравоохранения устанавливает долю пациентов с впервые выявленными заболеваниями в общем числе осмотренных граждан: 1% – с ишемической болезнью сердца, 2,5% – артериальной гипертонией, 0,2% – сахарным диабетом, 0,15% – онкологическими заболеваниями. Планируется и доля пациентов, направленных на второй этап диспансеризации, – не менее 30% [Приказ Министерства здравоохранения Красноярского края № 564-орг]. За выполнением планов следят органы управления здравоохранением всех уровней, Федеральный и территориальные фонды ОМС.

Порядок оплаты диспансеризации в системе ОМС установлен централизованно и является единым. Профилактические мероприятия, осуществляемые на первом этапе, оплачиваются на основе комплексного тарифа за установленный стандартный набор проводимых исследований. Дополнительные исследования, проводимые на втором этапе, оплачиваются по тарифам за фактические объемы: консультацию, скрининг и прочее. Введено понятие «завершенного случая диспансеризации». Первый этап диспансеризации взрослого населения считается завершенным в случае выполнения в течение календарного года не менее 85% от объема обследования, установленного вышеупомянутым Приказом. Второй этап диспансеризации считается завершенным в случае прохождения осмотров врачами-специалистами, выполнения исследований и иных медицинских мероприятий, необходимость проведения которых определена по результатам первого этапа диспансеризации<sup>3</sup>.

Главная особенность выбранного способа оплаты первого этапа диспансеризации – жесткая увязка оплаты с набором конкретных профилактических мероприятий. Каждый врач обязан оказать установленный набор профилактических услуг, и имеющийся «люфт» крайне ограничен. Пациента обследуют в соответствии с Приказом – безотносительно к индивидуальной потребности, в ином случае этап программы оплачен не будет. Кроме того, финансирование поликлиник увязано с выполнением плановых показателей, и размер оплаты при их невыполнении снижается. В ряде регионов степень выполнения плана учитывается при распределении плановых объемов диспансеризации между медицинскими организациями.

Таким образом, действует централизованная унифицированная модель диспансеризации – единая для всех регионов, медицинских организаций и врачей, участвующих в проведении диспансеризации; отклонения, учитывающие индивидуальность каждого пациента, не допускаются.

## **Основные показатели реализации Программы диспансеризации**

Оценка результатов осложняется недостатком и крайней запутанностью статистической информации. Минздрав России ведет специальную учетную форму

<sup>3</sup> Письмо от 02.07.2019 Минздрава России № 11-7/и/2-5785 и Федерального фонда обязательного медицинского страхования № 8096/26-1/и «О внесении изменений в Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования».

по диспансеризации (учетная форма 131) с детальными данными по отдельным этапам и мероприятиям Программы. Федеральный фонд ОМС оценивает объемы финансирования по Программе, но эти данные недоступны для исследователей, поэтому мы вынуждены были использовать фрагментарные данные, время от времени появляющиеся в публичном пространстве: информацию об охвате населения, численности выявленных заболеваний и объемах финансирования. Это очень укрупненная информация, не позволяющая провести детальный анализ по отдельным профилактическим мероприятиям, половозрастным группам и в разрезе отдельных регионов. Опубликованный доклад подведомственного Минздраву России института также очень неполный [*Стародубов и др.* 2019].

Обработка собранных данных за отдельные годы дала возможность получить оценки динамики охвата населения профилактическими мероприятиями за 2013–2018 гг. (таблица 1). Численность охваченного населения выросла за этот период на 57%, а доля в общей численности населения – с 22,4 до 34,5%. Охват детей расширялся намного быстрее, чем взрослых (в 2,23 и 1,28 раза соответственно), что свидетельствует о значительных и растущих масштабах реализации Программы.

Таблица 1. Динамика охвата взрослого и детского населения РФ профилактическими мероприятиями, 2013–2018 гг., тыс. чел.

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Диспансеризация определенных групп взрослого населения	17939	20556	20684	20285	19940	22968
Профилактические медицинские осмотры взрослого населения	4149	4910	4521	4685	4992	5232
<b>Охват взрослых, всего</b>	<b>22088</b>	<b>25466</b>	<b>25205</b>	<b>24970</b>	<b>24932</b>	<b>28200</b>
<i>Доля охваченных взрослых в общей численности взрослого населения, %</i>	<i>19,0</i>	<i>21,6</i>	<i>21,4</i>	<i>21,3</i>	<i>21,3</i>	<i>24,2</i>
Диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации	295	253	232	212	194	191
Диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей	252	253	261	267	289	307
Профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних	8987	13301	14831	17335	18388	21912
Периодические медицинские осмотры несовершеннолетних	-	-	4272	4223	4086	-
Предварительные медицинские осмотры несовершеннолетних	503	1005	1118	1101	1045	-
<b>Охват детей до 18 лет, всего</b>	<b>10037</b>	<b>14812</b>	<b>20714</b>	<b>23138</b>	<b>24002</b>	<b>22410</b>
<i>Доля охваченных детей в общей численности детского населения, %</i>	<i>36,7</i>	<i>52,2</i>	<i>71,4</i>	<i>78,2</i>	<i>80,1</i>	<i>74,2</i>
<b>Охваченное взрослое и детское население, итого</b>	<b>32125</b>	<b>40277</b>	<b>45919</b>	<b>48108</b>	<b>48934</b>	<b>50610</b>
<i>Доля охваченных взрослых и детей в общей численности населения, %</i>	<i>22,4</i>	<i>27,5</i>	<i>31,3</i>	<i>32,8</i>	<i>33,3</i>	<i>34,5</i>

Источники: расчеты авторов по данным из [Федеральный фонд ОМС 2014; Федеральный фонд ОМС 2015; Федеральный фонд ОМС 2016; Федеральный фонд ОМС 2017; Федеральный фонд ОМС 2018; Федеральный фонд ОМС 2019; Статистический бюллетень 2014; Статистический бюллетень 2015; Статистический бюллетень 2016; Статистический бюллетень 2017; Статистический бюллетень 2018; Статистический бюллетень 2019].

Оценка числа выявленных заболеваний основана на отчетах Минздрава России, опубликованных за отдельные годы, достоверность которых невозможно проверить из-за недоступности исходной учетной информации. Особенно впечатляют отчеты о росте числа выявленных онкологических заболеваний – с 21,3 тыс. в 2013 г. до 55 тыс. в 2019 г., или в 2,6 раза [Минздрав России 2014, с. 33; Минздрав России 2020, с. 36]. Частота впервые выявленного рака молочной железы в период 2013–2018 гг. увеличилась с 39,2 на 100 тыс. жен. в 2013 г. [Яковлева и др. 2014] до 73,3 на 100 тыс. жен. в 2018 г. [Минздрав России (1) 2019, с. 27], или в 1,9 раза, а по остальным локализациям рака данные за отдельные годы несравнимы. В 2018 г. Минздрав России дал оценки доли рака, выявленного на 1–2-й стадиях: рак шейки матки – 67,9%, молочной железы – 68,7%, колоректального рака – 57,1% (сравнимые данные по другим годам отсутствуют).

По тем же данным, число выявленных сердечно-сосудистых заболеваний выросло с 1,6 млн в 2014 г. до 8,5 млн в 2018 г., или в 5,3 раза. Обращает на себя внимание динамика выявления сахарного диабета за два года, по которым есть опубликованные данные Минздрава: в 2015 г. было выявлено более 300 тыс. случаев, в 2016 г. – уже 531 тыс. случаев, или в 1,8 раза больше. Примерно такая же картина складывается по заболеваниям органов дыхания: отмечен прирост числа выявленных случаев с 500 тыс. до 710 тыс., или на 40% за один год. По официальным данным, общее число выявленных заболеваний всех видов выросло с «более 6,1 млн случаев» в 2015 г. до «более 8,4 млн случаев» (формулировки отчетов) в следующем 2016 г., или на 38% за один год. В 2018 г. этот показатель составлял «более 8,7 млн случаев» [Минздрав России 2016; Минздрав России 2017; Минздрав России (1) 2019].

Важно заметить, что в официальных отчетах декларируется, что профилактические медицинские осмотры и диспансеризация являются основным инструментом раннего выявления заболеваний [Минздрав России (2) 2019], однако есть основания считать, что это сильное преувеличение. Так, по данным онкологов, «вклад» диспансеризации в общее число впервые выявленных случаев онкологических заболеваний растет незначительно: в 2013 г. (год возобновления широкомасштабной диспансеризации) он составлял 25%, а в 2018 г. – лишь 36%<sup>4</sup>. Основная часть выявленных случаев приходится на обычную лечебную работу медиков.

По результатам диспансеризации определяются группы здоровья, характеризующие распределение населения по распространенности патологий разной сложности. Как следует из *таблицы 2*, за 2013–2018 гг. заметно увеличилась доля населения, относящаяся к третьей группе здоровья (с относительно худшим состоянием здоровья), и снизилась доля первой и второй групп.

Оценка финансирования Программы также осложняется ограниченностью информации. Фрагментарные данные за отдельные годы (данные за 2017 г. отсутствуют) иллюстрируют динамику роста объемов финансирования в целом и на душу населения (*таблица 3*).

Объем расходов на профилактику, складывающийся из затрат на диспансеризацию и профилактические осмотры, увеличился с 34,57 млрд руб. в 2013 г.

<sup>4</sup> Расчет авторов по данным [Минздрав России 2014, с. 33; Минздрав России (1) 2019, с. 27; Каприн, Старинский, Шахзадова 2014, с. 30; Каприн, Старинский, Шахзадова 2020, с. 28].



до 62,78 млрд руб. в 2018 г., или на 82%, и в расчете на душу населения этот рост составил почти 78%. Но есть сомнения в сопоставимости публикуемых данных за отдельные годы: объем финансирования в 2018 г. вряд ли снизился по сравнению с 2016 г., поскольку охват населения профилактическими мероприятиями за эти годы увеличился. Иные данные в публичном пространстве отсутствуют.

Таблица 2. Динамика распределения обследованного взрослого населения при проведении диспансеризации РФ по группам здоровья, 2013–2018 гг., % от численности обследованного населения

Группы здоровья	2013	2014	2015	2016	2018
I группа	33	33	32	31	29
II группа	23	21	21	18	17
III группа	44	46	47	51	54
Итого	100	100	100	100	100

Рассчитано по: [Минздрав России 2014; Минздрав России 2015; Минздрав России 2016; Минздрав России 2017; Минздрав России (1) 2019].

Таблица 3. Динамика объемов финансирования профилактических мероприятий (диспансеризация и профилактические осмотры взрослых и детей), 2013–2018 гг.

Годы	Всего расходы, млн руб.	Расходы на одного гражданина страны, руб.	Расходы на одного прошедшего диспансеризацию, руб.
2013	34570,75	240,63	893,06
2014	49189,48	336,30	1012,16
2015	58008,33	395,84	1263,28
2016	63629,13	433,43	1322,63
2018	62776,94	427,64	1240,41

Рассчитано по: [Федеральный фонд ОМС 2014; Федеральный фонд ОМС 2015; Федеральный фонд ОМС 2016; Федеральный фонд ОМС 2017; Федеральный фонд ОМС 2019].

Таким образом, располагаемые данные свидетельствуют о существенном расширении охвата населения диспансеризацией, высоких темпах выявления заболеваний, повышении доли населения с серьезными заболеваниями, а также росте объемов финансирования Программы. Однако эти данные не могут быть использованы для расчета оценок медико-экономической эффективности проведения диспансеризации в последние годы в силу их недостаточности и ненадежности.

## Проблемы реализации Программы диспансеризации

В ходе реализации Программы выявился ряд проблем, часть которых стала следствием общего состояния системы здравоохранения, другая – самого дизайна организации профилактических мероприятий. Далее эти проблемы будут рассмотрены с использованием доступных данных и результатов опроса врачей.

### *Неудовлетворительное состояние первичной медико-санитарной помощи*

Главная проблема – слабое кадровое обеспечение первичной медико-санитарной помощи (ПМСП): при нормативе 1700 жителей в расчете на одного участкового терапевта в среднем по стране на одного врача приходится 2930 чел. прикрепленного населения, а в ряде регионов – 4–5 тыс. чел. Сопоставление фактической и нормативной нагрузки участковых терапевтов показывает, что их дефицит составляет 33%, а участковых педиатров – 19%<sup>5</sup>. Эти оценки подтверждаются и результатами проведенного опроса врачей: фактическая нагрузка каждого пятого участкового терапевта составляет более 3000 жителей, и только 27% опрошенных врачей работают в условиях нормативной нагрузки.

Принятие широкомасштабной программы диспансеризации совпало по времени с обострением кадровых проблем ПМСП, когда участковые врачи и без стремительно возросшего объема диспансеризации работали с серьезной перегрузкой [Шейман и др. 2019]. *Основанный на здравом смысле тезис о том, что раннее выявление заболеваний всегда дает эффект, в сложившейся ситуации отнюдь не бесспорен.* При дефиците ресурсов для ПМСП неизбежно меняется их распределение: от обычной лечебной практики – к высокоприоритетной и жестко контролируемой диспансеризации; а само содержание последней сужается: постоянное наблюдение за больными с выявленными заболеваниями уступает место усилиям по их выявлению с неясно определенными последующими действиями.

### *Слабая увязка профилактических и лечебных мероприятий*

Проведенный опрос показал, что только 53% участковых врачей знают о результатах распределения прикрепленного к ним населения по группам здоровья по итогам диспансеризации, т. е. средства на осмотры и скрининги потрачены, заболевания выявлены, определены больные, требующие последующего

---

<sup>5</sup> Расчет на основе данных статистического сборника Минздрава России «Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения», 2019 г., прогнозной численности населения по данным Росстата и установленных норм нагрузки на одного участкового врача.

постоянного наблюдения, но почти половина врачей, ответственных за его проведение, не знают об этих больных.

Не менее показательна и оценка качества лечебных мероприятий. Лишь 7,7% опрошенных врачей считают, что объем диагностических и лечебных мероприятий близок или соответствует требованиям действующего Порядка проведения динамического диспансерного наблюдения<sup>6</sup>, остальные полагают, что эти требования выполняются в отношении только части больных, а иногда и вообще не выполняются (рисунок 1).

*«Какую примерно долю пациентов, находящихся на динамическом диспансерном наблюдении из населения, прикрепленного к Вам как к врачу участковой службы, Вам удастся наблюдать с учетом всех требований Порядка проведения диспансерного наблюдения, утвержденного приказом Минздрава России от 21.12.2012 № 1344н?»*

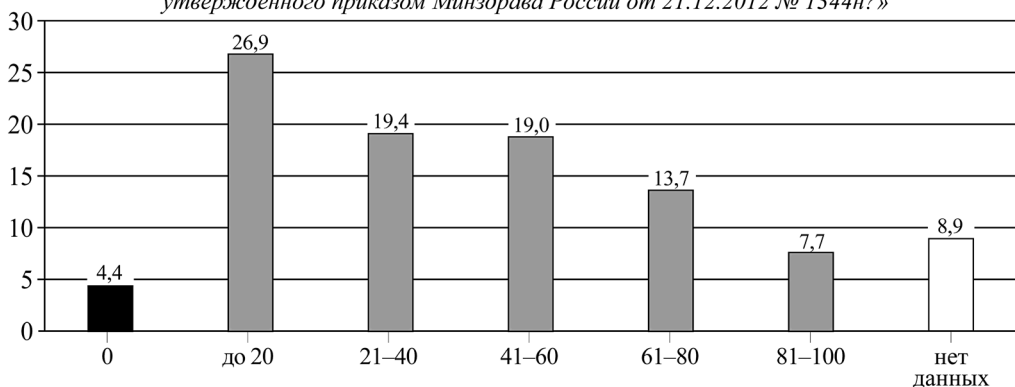


Рисунок 1. Распределение ответов, % от всех опрошенных

Эти данные подтверждаются и результатами других исследований: только 50% пациентов с заболеваниями системы кровообращения взяты на диспансерное наблюдение, 30,5% – по эндокринным заболеваниям, 42,5% – по болезням органов дыхания, 31,7% – органов пищеварения [Бойцов 2018]. Комплексной диспансеризации больных, по мнению автора, мешает дефицит кадров, высокая нагрузка врачей, непонимание цели диспансерного наблюдения.

По мере реализации Программы проблема разрыва между профилактической и лечебной работой стала очевидной. В декабре 2018 г. в докладе заместителя председателя Правительства РФ Т.А. Голиковой справедливо отмечалось, что «теперь, чтобы избежать расходования средств медицинских организаций без достижения определенного результата, вводится обязательность постановки на учет для последующего диспансерного наблюдения <...> во всех случаях проведения любых видов профосмотров» [Утверждена Программа государственных гарантий 2019, с. 11]. В отчете Минздрава России, представленном

<sup>6</sup> Приказ Минздрава России № 1344н от 21.12.2012 «Об организации динамического диспансерного наблюдения».

в апреле 2019 г., указывалось, что в 2018 г. установлено диспансерное наблюдение в 97,8% впервые выявленных случаев злокачественных новообразований, в 87,1% болезней системы кровообращения [Минздрав России (1) 2019, с. 27], иными словами, постановка задачи и ее выполнение практически совпали по времени, что заставляет думать о формальности установления диспансерного наблюдения.

Интервью с врачами и администраторами поликлиник показали, что новые требования по повышению доли больных, поставленных на диспансерный учет, никак не влияют на содержание и интенсивность диспансерного наблюдения. Врачи понимают, что выявленные больные составляют дополнительную нагрузку к имеющимся плановым больным, поэтому рапортуют о постановке на постоянное наблюдение преимущественно больных из относительно благополучной первой группы здоровья – они реже обращаются, не требуют значительных дополнительных обследований и консультаций, поэтому вышеупомянутые 87,1% болезней системы кровообращения могут охватывать самые легкие патологии. В отношении сложных больных у врачей есть серьезные и, скорее всего, обоснованные сомнения, что для их лечения поликлиника получит дополнительные средства от системы ОМС [Абдин 2019].

Исследование, проведенное ООО «Росгосстрах-Медицина» по результатам опроса 7043 больных после перенесенного острого коронарного синдрома и острого нарушения мозгового кровообращения, показало, что почти половина больных с высоким риском осложнений (прежде всего больных с артериальной гипертензией) вообще не наблюдалась врачами до наступления «катастрофического» состояния [Круглый стол 2018]. Совершенно очевидно, что такой уровень диспансерного наблюдения не может быть признан качественным.

### *Недостаточно высокая готовность населения к прохождению диспансеризации*

По данным опроса врачей, инициативу к проведению диспансеризации со стороны населения отмечают только 16,7% респондентов, со стороны врачей – 27,9%. Наиболее частым поводом для прохождения диспансеризации служит обращение пациентов по поводу заболевания к врачу участковой службы (44,4%) и к врачу-специалисту (7,3%).

### *Приписки данных об охвате населения*

Оценки охвата населения диспансеризацией, полученные в проведенном нами опросе, сильно расходятся с официальными данными. Минздрав России указывает, что в 2018 г. диспансеризацию прошли 92% лиц, подлежащих диспансеризации, однако сами врачи значительно менее оптимистично оценивают результаты реализации Программы. По данным нашего опроса, более половины (51,4%) участковых врачей считают, что охват диспансеризацией

их пациентов составляет менее 60%, а по мнению 17,4% опрошенных, охват диспансеризацией подлежащего диспансеризации населения составил менее 20% (рисунок 2).



Рисунок 2. Распределение ответов, % от всех опрошенных

Аналогичные результаты получены в ходе опроса медицинских работников, проведенного ООО «Медицинские информационные решения» [Медицинские информационные решения 2018], им было охвачено 4279 медработников из 85 регионов. 72% респондентов высказали недоверие к представленным регионами данным по выполнению планов диспансеризации. На вопрос «предпринимаются ли, на Ваш взгляд, Минздравом России и органами управления здравоохранения субъектов РФ реальные действенные меры по профилактике заболеваний?» положительно ответили 42% респондентов, отрицательно – 58%.

### *Чрезмерная централизация планирования диспансеризации*

По мнению опрошенных врачей и администраторов поликлиник, централизованное планирование объемов диспансеризации усложняет профилактическую работу и влечет за собой приписки. Планы по доле охваченного населения зачастую не учитывают его половозрастную структуру: например, в Санкт-Петербурге ставилась задача охватить 20–26% населения, но некоторые поликлиники не могли это сделать в силу того, что на их территории проживают преимущественно пожилые люди, которые знают все о своих заболеваниях и предпочитают лечиться, а не проходить профилактические осмотры. Но поскольку план нужно выполнять, включается механизм приписок.

Централизованное регулирование Программы отличается нестабильностью; почти ежеквартально вводятся изменения в порядки проведения диспансеризации, включая корректировку требований к набору исследований для той или иной возрастной группы, что, в свою очередь, требует изменений электронных форм по диспансеризации на уровне медицинской организации и территориального

фонда ОМС. Возникают сбои в выставлении счетов, а следовательно, в оплате профилактических услуг. Можно согласиться с мнением А.А. Абдина (управляющего партнера ГК ЕвроМед, Санкт-Петербург): «Вертикальное доведение жестких планов по диспансеризации превращает данный процесс в соревнование цифр и показателей, которые не имеют отношения к реальности, и усиливает напряженность работы первичного звена» [Абдин 2019].

## А как это делается за рубежом?

Российская Программа диспансеризации носит централизованный и универсальный характер. Даже с учетом существенных приписок она охватывает значительную часть населения и, судя по официальным отчетам, обеспечивает выявление огромного числа заболеваний. Однако в ходе реализации Программы обнаружилось множество проблем, сильно ограничивающих ее результативность с точки зрения влияния на показатели здоровья населения. В связи с этим представляет интерес вопрос о соответствии российской программы международным подходам к проведению аналогичных мероприятий.

В экономически развитых странах отсутствует единая универсальная программа диспансеризации (и даже не используется такой термин), но при этом принимаются отдельные популяционные программы скринингов, ориентированные на выявление определенного заболевания, а в ряде стран (например в Великобритании) проводятся массовые профилактические осмотры. Уже в 2007 г. 22 из 27 стран ЕС имели программы популяционного скрининга на рак молочной железы, 15 стран – на рак шейки матки, 12 – на колоректальный рак [McKee, Rechel 2014; Williams et al. 2018]. И охват скринингами растет. В 2014 г. в Германии 81% населения в возрасте от 50 до 74 лет проходили тест на колоректальный рак хотя бы раз в жизни, в Австрии – 78%, Франции – 60%, Великобритании – 48% (в среднем по ОЭСР – 40,4%), еще выше охват скринингами на рак легких и шейки матки [OECD 2019, p. 141].

За рубежом так же, как в России, доминирует представление о том, что раннее выявление заболеваний при серьезном обосновании профилактических мероприятий облегчает их последующее лечение и повышает вероятность его благоприятного исхода. Но порядок и принципы проведения профилактических мероприятий существенно отличаются от российских.

Во-первых, они нацелены прежде всего на группы населения с наиболее высокой вероятностью выявления заболеваний и ожидаемым приращением показателей здоровья населения. Учитывается распространенность заболеваний, возможности для последующего лечения пациентов с выявленными заболеваниями, местные условия, определяющие численность и состав целевых групп. Опрос международных экспертов, проведенный Бостонской консультативной группой в 22 городах мира, показал, что в 73% из них городские власти и местные сообщества играют решающую роль в проведении профилактических мероприятий [Boston Consulting Group 2020]. Всеобщий охват недооценивает эти факторы, в результате чего тратятся значительные ресурсы на те категории населения, которые не нуждаются в скринингах, и, наоборот, именно наиболее уязвимые группы населения могут оказаться неохваченными.

Во-вторых, проводится тщательный отбор профилактических мероприятий на предмет их результативности. Принятию решений о введении программ скрининга предшествует их тщательное обоснование на основе рандомизированных контролируемых исследований и имитационных моделей. Например, в Великобритании этим занимается Национальный комитет по скринингу, который нередко принимает решения об отказе от некоторых скринингов, если их эффективность низка. В недавней публикации ВОЗ отмечается, что «ресурсы, направленные на проведение скринингов, могут быть более эффективно использованы другими способами для укрепления здоровья населения» [Sagan et al. 2020, p. 7]. К числу главных из них относятся мероприятия по формированию здорового образа жизни, укрепление первичной медико-санитарной помощи.

В-третьих, врачи обладают определенной свободой в проведении профилактических мероприятий – в зависимости от важности для групп населения с разным риском заболевания и индивидуальных особенностей пациентов [Rechel et al. 2018]. Врачу доверяют, полагаясь на то, что пропущенное заболевание на ранней стадии осложняет его работу и влечет за собой дополнительную нагрузку. В этом случае именно врач, а не чиновник является главным субъектом любой профилактической программы.

В-четвертых, используется широкая пропаганда осмотров и скринингов и облегчаются условия ее прохождения; повышается доступность организаций, проводящих скрининг, включая их размещение в местах отдыха и даже торговых центрах. Все шире используются технологии самостоятельного забора гражданами проб для анализа и оплата их отправки в медицинскую лабораторию. Особое внимание уделяется привлечению населения с самыми высокими рисками заболеваний.

Наконец (и это самое главное!), *профилактические мероприятия проводятся в тесной увязке с лечением больных с выявленными заболеваниями*. При определении состава программ учитываются не только перспективы выявления заболеваний, но и имеющиеся возможности их лечения – как ресурсные, так и медицинские. В вышеупомянутой публикации ВОЗ отмечается, что «нет никакого смысла предлагать программу скрининга при нехватке возможностей или медицинского персонала для лечения тех, кому оно будет необходимо» [Sagan et al. 2020, p. 9]. Приводится пример неудачной программы массового скрининга на рак щитовидной железы в Южной Корее в 1999 г.: она привела к увеличению в 15 раз числа выявленных случаев заболевания, но при этом не сопровождалась снижением смертности [Sagan et al. 2020, p. 10]. Также широкое развитие получили программы управления хроническими заболеваниями (их обзор см. [Nolte 2017]).

## Обсуждение и рекомендации

Россия пошла по другому пути. Правильная идея о пользе раннего выявления заболеваний реализуется путем всеобщего охвата населения диспансеризацией, но, в отличие от международной практики, возможности для лечения пациентов с выявленными заболеваниями не оцениваются. Результаты диспансеризации используются недостаточно для организации диспансерного динамического наблю-

дения выявленных больных. *Выявление заболеваний превратилось в самоцель, а не в инструмент отбора больных для последующего результативного лечения.*

Минздрав России делает акцент на легко достижимые показатели и сообщает о том, что диспансерным наблюдением охвачены почти все пациенты с болезнями системы кровообращения и онкологическими заболеваниями. Но организация диспансерного наблюдения выявленных больных фактически обладает меньшим приоритетом в работе органов управления здравоохранением и медицинских организаций, чем само выявление этих заболеваний.

В ходе настоящего исследования собраны свидетельства серьезного расхождения между официальными данными и фактическим охватом населения профилактическими мероприятиями. Показатели о числе и динамике выявленных случаев заболеваний, особенно онкологических, вызывают серьезные сомнения. Помимо приписок, есть явная тенденция к тому, чтобы представлять результаты обычной лечебной работы как достижение Программы. В этой связи можно понять причины фактического «закрытия» первичных данных статистической отчетности для независимых исследователей.

В значительной мере это связано с системой управления Программой – сверхцентрализацией ее планирования и регулирования, ограниченностью плановых показателей, действующими методами оплаты профилактических услуг, ориентированными на наращивание их объема и выполнение так называемого законченного случая диспансеризации, чрезмерным администрированием деятельности врачей. Врачи оказываются в положении, когда приходится имитировать бурную профилактическую деятельность.

Результаты проведенного анализа дают основания для следующих рекомендаций, направленных на повышение вклада Программы диспансеризации в улучшение показателей здоровья населения:

При формировании Программы диспансеризации необходимо сформулировать ее цель как улучшение здоровья населения через раннее выявление и лечение заболеваний. Показателями выполнения Программы сделать снижение смертности и первичной инвалидности, увеличение продолжительности жизни больных со сложными заболеваниями, сокращение потребления дорогостоящей стационарной и скорой медицинской помощи. Для реализации этой цели отказаться от стратегии обследования всех граждан на все заболевания. Сделать акцент на группы населения с наиболее высоким риском заболеваний. Предпринять меры для их привлечения к диспансеризации.

Изменить концептуальную основу Программы, сделав ее комплексом мер по выявлению заболеваний и постоянного наблюдения за больными с хроническими заболеваниями, осуществляемых на постоянной основе, а не только за счет периодических обследований. Для этого: а) установить требование выполнения всех лечебных мероприятий, предусмотренных действующим порядком проведения диспансерного наблюдения (с учетом индивидуальных особенностей каждого пациента); б) дополнить контрольные показатели федерального проекта «Развитие первичной медико-санитарной помощи» в части диспансеризации показателем охвата динамическим диспансерным наблюдением, а также показателем доли пациентов, получивших наиболее важные консультации и обследования в рамках диспансерного наблюдения по перечню выделенных заболеваний; в) использовать индикаторы отсроченного влияния проведенных



профилактических мероприятий на здоровье населения (например, через 2–3 года после прохождения обследований).

Повысить уровень обоснования охвата населения и набора профилактических мероприятий в составе программы диспансеризации. Создать для этого экспертные группы специалистов, владеющих методологией доказательной медицины и оценки медико-экономической эффективности программ. Необходимость учета местных условий делает необходимым создание таких групп в каждом федеральном округе и крупном регионе.

Отказаться от централизованного доведения планов медицинским организациям и отдельным участковым врачам по числу обследованных и выявленных заболеваний, а также от жесткого бюрократического контроля за процессом проведения диспансеризации. Расширить права врачей в отношении выбора больных для проведения обследований и конкретных профилактических мероприятий среди рекомендуемого набора мероприятий с наибольшей эффективностью. Ввести оценку деятельности медицинских организаций и отдельных работников ПМСП по комплексным показателям, характеризующим уровень постоянного наблюдения за обслуживаемым населением.

Провести комплекс организационных мероприятий, направленных на снижение сроков проведения диспансеризации. Улучшение организации поликлинической деятельности в рамках так называемой концепции «Бережливого производства» должно охватывать не только лечебные, но и профилактические мероприятия. Важно организовать работу таким образом, чтобы пациент мог посетить большее число врачей в рамках одного визита в поликлинику. Особое значение имеет введение показателя предельного срока проведения диспансеризации.

Повысить экономическую мотивацию медицинских организаций и врачей к оптимизации набора профилактических мероприятий. Концепция «законченного случая» диспансеризации исключает выбор врачом наиболее важных профилактических мероприятий и отказ от ненужных. Поэтому лучше перейти на подушевой способ оплаты мероприятий программы, дополняемый поощрениями за достижение вышеперечисленных и иных показателей процесса и результата профилактической работы.

## **Заключение**

Российская модель диспансеризации основана на централизованном принятии решений о содержании профилактики с последующим жестким администрированием этого процесса. При этом на концептуальном уровне не отработаны взаимосвязи проведения диспансеризации с последующими действиями по лечению выявленных больных; не учитываются существующие ресурсные ограничители, прежде всего слабость первичного звена здравоохранения.

Первые результаты реализации Программы диспансеризации показали, что ожидания в отношении ее высокой эффективности оказались явно завышенными. Увеличились охват населения профилактическими осмотрами и скринингами, а также число выявленных заболеваний, но первичное звено здравоохранения оказалось не готовым к проведению эффективной лечебной работы с выявлен-

ными больными, нацеленной на реальное улучшение их состояния и конечных показателей здоровья населения. Более того, Программа усугубила кадровый дефицит ПМСП, ограничила возможности для повышения масштабов и улучшения качества динамического диспансерного наблюдения. Испытывая сильное бюрократическое давление, врачи вынуждены имитировать реальную профилактику – как в количественном, так и качественном отношении.

Для повышения медико-экономической эффективности диспансеризации требуется корректировка ее Программы. Мы допускаем, что охват населения Программой может быть менее масштабным за счет ее увязки с возможностями проведения полноценного диспансерного наблюдения выявленных больных.

## Литература

- Абдин А.А. (2019) Личные коммуникации (качественное интервью).
- Бойцов С.А. (2018) Профилактика неинфекционных заболеваний в практике врача-терапевта участкового/врача общей практики/семейного врача. Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины // [https://gnicpm.ru/wp-content/uploads/2020/01/290216\\_boytsov\\_poliklinicheskaya\\_terapyu.pdf](https://gnicpm.ru/wp-content/uploads/2020/01/290216_boytsov_poliklinicheskaya_terapyu.pdf)
- Вергазова Э.К. (2016) Основные приоритеты развития здравоохранения России. Современные требования к работе врачей первичного звена. Минздрав России. Слайды презентации.
- Гуревич К.Г., Косик Н.В., Никонов Е.Л. (2009) Основные проблемы при проведении дополнительной диспансеризации взрослого населения // Доказательная медицина и клиническая эпидемиология. № 1. С. 25–33.
- Каприн А.Д., Старинский В.В., Шахзадова А.О. (ред.) (2014) Состояние онкологической помощи населению России в 2013 году. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России.
- Каприн А.Д., Старинский В.В., Шахзадова А.О. (ред.) (2020). Состояние онкологической помощи населению России в 2019 году. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России.
- Козлова С.А. (2019) Совершенствование модели финансирования здравоохранения на региональном уровне (на примере Красноярского края). Презентация на XX Апрельской международной научной конференции по проблемам развития экономики и общества, апрель 2019 г.
- Концевая А.В., Калинина А.М., Бойцов С.А., Ипатов П.В. (2014) Социально-экономическая эффективность диспансеризации 2013 года в Российской Федерации // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. Т. 13. № 3. С. 4–10.
- Круглый стол (2018). Осуществление деятельности страховых представителей страховых медицинских организаций. 1 июня 2018 г. Москва // Обязательное медицинское страхование № 3. С. 4–11.
- Медицинские информационные решения (2018). Отчет «Оценка медицинскими работниками эффективности диспансеризации». М.
- Минздрав России (2014). Отчет о деятельности Министерства здравоохранения Российской Федерации в 2013 году, г. Москва, апрель 2014. Об итогах работы Министерства здравоохранения Российской Федерации в 2013 году и задачах на 2014 год.
- Минздрав России (2015). Отчет о деятельности Министерства здравоохранения Российской Федерации в 2014 году, г. Москва, апрель 2015. Об итогах работы Министерства здравоохранения Российской Федерации в 2014 году и задачах на 2015 год.
- Минздрав России (2016). Отчет о деятельности Министерства здравоохранения Российской Федерации в 2015 году, г. Москва, апрель 2016. Об итогах работы Министерства здравоохранения Российской Федерации в 2015 году и задачах на 2016 год.

- Минздрав России (2017). Отчет о деятельности Министерства здравоохранения Российской Федерации в 2016 году, г. Москва, апрель 2017. Об итогах работы Министерства здравоохранения Российской Федерации в 2016 году и задачах на 2017 год.
- Минздрав России (1) (2019). Отчет о деятельности Министерства здравоохранения Российской Федерации в 2018 году, г. Москва, апрель 2019. Об итогах работы Министерства здравоохранения Российской Федерации в 2018 году и задачах на 2019 год.
- Минздрав России (2) (2019). Доклад Министра Вероники Скворцовой на заседании Правительства, посвященный диспансеризации (14 ноября 2019 г.) // <https://minzdrav.gov.ru/en/special/news/2019/11/14/12813-doklad-ministra-veroniki-skvortsovoy-na-zasedanii-pravitelstva-posvyaschennyu-dispanserizatsii>
- Минздрав России (2020). Отчет о деятельности Министерства здравоохранения Российской Федерации в 2019 году, г. Москва, апрель 2020. Об итогах работы Министерства здравоохранения Российской Федерации в 2019 году и задачах на 2020 год.
- Приказ Министерства здравоохранения Красноярского края от 10.09.2015 № 564-орг «О показателях эффективности деятельности краевых государственных учреждений здравоохранения в части диспансеризации».
- Реброва О.Ю., Федяева В.К., Омеляновский В.В., Ильин М.А. (2017) Скрининги I этапа диспансеризации: систематический обзор долгосрочной эффективности // Профилактическая медицина. Т. 20. № 3. С. 55–59. DOI: 10.17116/profmed201720355-59
- Скворцова В.И. (2019) «Мы строим систему здравоохранения для каждого из 146 781 095 человек» // Комсомольская правда. 6 июня 2019 // <https://www.kp.ru/daily/26986.4/4045958/>
- Стародубов В.И., Сон И.М., Сененко А.Ш., Савченко Е.Д., Дзюба Н.А., Захарченко О.О., Терентьева Д.С. (2019) Итоги диспансеризации определенных групп взрослого населения Российской Федерации 2013–2018 гг. Информационно-аналитический обзор. М.: ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Статистический бюллетень. Численность населения Российской Федерации по полу и возрасту (2014–2019 гг.). М.: Росстат.
- Утверждена Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов (2019) // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. № 1. С. 10–13.
- Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации (2011) // КонсультантПлюс // [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_121895/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/)
- Федеральный фонд ОМС (2014). Отчет о деятельности системы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации в 2013 году // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. № 4. С. 14–17.
- Федеральный фонд ОМС (2015). Отчет о деятельности системы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации в 2014 году // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. № 4. С. 26–29.
- Федеральный фонд ОМС (2016). Отчет о деятельности системы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации в 2015 году // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. № 4. С. 11–14.
- Федеральный фонд ОМС (2017). Отчет о деятельности системы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации в 2016 году // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. № 4. С. 31–33
- Федеральный фонд ОМС (2018). Отчет о деятельности системы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации в 2017 году // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. № 4. С. 19–20.
- Федеральный фонд ОМС (2019). Отчет о деятельности системы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации в 2018 году // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. № 3. С. 15–16.
- Шейман И.М. Шевский В.И., Сажина С.В. (2019) Приоритет первичной медико-санитарной помощи – декларация или реальность? // Социальные аспекты здоровья населения. № 65(1). С. 1–37. DOI: 10.21045/2071-5021-2019-65-1-3

- Яковлева Т.В., Вылегжанин С.В., Бойцов С.А., Калинина А.М., Ипатов П.В. (2014) Диспансеризация взрослого населения Российской Федерации: первый год реализации, опыт, результаты, перспективы // Социальные аспекты здоровья населения. № 38(4) // <http://vestnik.mednet.ru/content/view/579/30/lang,ru>
- Яровой С.К., Авксентьева М.В., Москалева Н.Г., Ромазанов Э.Я. (2013) Клинико-экономические аспекты ранней диагностики и радикального лечения рака простаты // Медицинские технологии. Оценка и выбор. № 1(11). С. 36–41.
- Boston Consulting Group (2020). Исследование глобальных трендов в здравоохранении. Презентация, Москва, 16 января 2020 г.
- McKee M., Rechel B. (2014) Screening // Facets of Public Health in Europe (eds. Rechel B., McKee M.), New York: Open University Press, pp. 153–170.
- Nolte E. (2017) International Perspectives on Integration and Care Coordination. Concepts and Experiences. Presentation at Integrated Care Seminar in Moscow, April 25, 2017, World Bank.
- OECD (2017). Health at a Glance 2017. Screening, Survival and Mortality for Breast Cancer, Paris: OECD Publishing. DOI: 10.1787/health\_glance-2017-40-en
- OECD (2019). Health at a Glance 2019, Paris: OECD Publishing.
- Rechel B., Jakubowski E., McKee M., Nolte E. (eds.) (2018) Organization and Financing of Public Health Services in Europe, WHO.
- Sagan A., Rajan S., McDaid D., Farrington J., McKee (2020) Screening: When Is It Appropriate and How Can We Get It Right? // WHO. Policy Brief. No. 35 // <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330810/Policy-brief-35-1997-8073-eng.pdf>
- Williams G., Rechel B., McDaid D., Wismar M., McKee M. (2018) Getting and Keeping People Healthy: Reflecting on the Successes and Failures of Public Health Policy in Europe // Eurohealth, vol. 24, no 2, pp. 29–33.
- Wilson J.M.G., Jungner G. (1968) Principles and Practices of Screening for Disease // Public Health Papers. No. 34 // [http://whqlibdoc.who.int/php/WHO\\_PHP\\_34.pdf](http://whqlibdoc.who.int/php/WHO_PHP_34.pdf)

---

## Regular Medical Check-Ups in Russia: Expectations and Reality

I. SHEIMAN\*, S. SHISHKIN\*\*, V. SHEVSKY\*\*\*,  
S. SAZHINA\*\*\*\*, O. PONKRATOVA\*\*\*\*\*

\***Igor Sheiman** – PhD in Economics, Professor, Health Economics and Management Department, HSE University Higher. Address: 20 Myasnitskaya St., Moscow, 101000, Russian Federation. E-mail: [igor.sheim@g23.relcom.ru](mailto:igor.sheim@g23.relcom.ru)

\*\***Sergey Shishkin** – DSc in Economics, Director, Centre for Health Policy, HSE University. Address: 20 Myasnitskaya St., Moscow, 101000, Russian Federation. E-mail: [shishkin@hse.ru](mailto:shishkin@hse.ru)

\*\*\***Vladimir Shevsky** – Honored Physician of the Russian Federation, Consultant, Centre for Health Policy, HSE University. Address: 20 Myasnitskaya St., Moscow, 101000, Russian Federation. E-mail: [v\\_shevsky@mail.ru](mailto:v_shevsky@mail.ru)

\*\*\*\***Svetlana Sazhina** – Leading Analyst, Centre for Health Policy, HSE University. Address: 20 Myasnitskaya St., Moscow, 101000, Russian Federation. E-mail: [ssazhina@hse.ru](mailto:ssazhina@hse.ru)

\*\*\*\*\***Oksana Ponkratova** – Chief Specialist-Expert, Federal Mandatory Health Insurance Fund. Address: Novoslobodskaya st., 37, bldg. 4A., 127994, Moscow, Russian Federation. E-mail: [OPonkratova@foms.gov.ru](mailto:OPonkratova@foms.gov.ru)

**Citation:** Sheiman I., Shishkin S., Shevsky V., Sazhina S., Ponkratova O. (2021) Regular Medical Check-Ups in Russia: Expectations and Reality. *Mir Rossii*, vol. 30, no 4, pp. 6–29 (in Russian). DOI: 10.17323/1811-038X-2021-30-4-6-29

## Abstract

The program of regular medical check-ups and screenings for practically all adults and some children is considered among the most important instruments of the Russian health policy. The official reports on the widening coverage of the program and the increased number of diseases detected are usually taken as clear signs of the program's success. However, the relationship between the program and health outcomes is not as straightforward as policymakers believe them to be. This paper discusses the conceptual issues of the check-up program, analyzes the actual practices and the outcomes of their implementation. We use data from an online survey of 1,103 primary care physicians from 81 regions of Russia conducted in 2019. The survey indicates that only a very limited number of the pathologies revealed during the check-ups undergo appropriate treatment, particularly for chronic diseases. Almost half of the physicians are unaware of the check-up results. Only less than 8% of respondents indicate that treatment of the detected cases complies with current clinical recommendations and regulatory requirements. The survey also indicates that primary health care units are not ready to treat such patients. Moreover, the program exacerbated staff shortages in primary health care and limited the capacity for curative work. A particular characteristic of the program is the centralized and unified model for planning preventive activities and their implementation in each primary care unit. Experiencing strong bureaucratic pressure, physicians have to imitate actual prevention both quantitatively and qualitatively. To strengthen the program, it should be adjusted to the capacity of primary care services and be transformed into an interrelated set of activities to detect disease and to ensure follow-up management. Recommendations are suggested.

**Keywords:** public health, medical prevention, screening, preventive check-up, primary health care

## References

- Abdin A. (2019) *Lichnye kommunikatsii (kachestvennoe intervyyu)* [Personal Communications (a Qualitative Interview)].
- Boitsov S. (2018) *Profilaktika neinfekcionnykh zabolevanij v praktike vracha-terapevta uchastkovogo/vracha obshchej praktiki/semeynogo vracha* [Prevention Practice of Noncommunicable Diseases in the Practice of a District Doctor / General Practitioner / Family Doctor]. Presentation, Moscow: National Research Center for Preventive Medicine, Ministry of Health of the Russian Federation.
- Boston Consulting Group* (2020). *Issledovanie global'nykh trendov v zdravooxranenii* [Research of Global Trends in Healthcare]. Presentation, Moscow, January 16, 2020.
- Federal'nyj fond OMS (2014). *Otchet o deyatel'nosti sistemy obyazatel'nogo medicinskogo straxovaniya v Rossijskoj Federacii v 2013 godu* [Report on the Obligatory Health Insurance System Activity in the Russian Federation in 2013]. *Obligatory Medical Insurance in the Russian Federation*, no 4, pp. 14–17.
- Federal'nyj fond OMS (2015). *Otchet o deyatel'nosti sistemy obyazatel'nogo medicinskogo straxovaniya v Rossijskoj Federacii v 2014 godu* [Report on the Obligatory Health Insurance

- System Activity in the Russian Federation in 2014]. *Obligatory Medical Insurance in the Russian Federation*, no 4, pp. 26–29.
- Federal'nyj fond OMS (2016). Otchet o deyatel'nosti sistemy obyazatel'nogo medicinskogo straxovaniya v Rossijskoj Federacii v 2015 godu [Report on the Compulsory Health Insurance System Activity in the Russian Federation in 2015]. *Obligatory Medical Insurance in the Russian Federation*, no 4, pp. 11–14.
- Federal'nyj fond OMS (2017). Otchet o deyatel'nosti sistemy obyazatel'nogo medicinskogo straxovaniya v Rossijskoj Federacii v 2016 godu [Report on the Obligatory Health Insurance System Activity in the Russian Federation in 2016]. *Obligatory Medical Insurance in the Russian Federation*, no 4, pp. 31–33.
- Federal'nyj fond OMS (2018). Otchet o deyatel'nosti sistemy obyazatel'nogo medicinskogo straxovaniya v Rossijskoj Federacii v 2017 godu [Report on the Obligatory Health Insurance System Activity in the Russian Federation in 2017]. *Obligatory Medical Insurance in the Russian Federation*, no 4, pp. 19–20.
- Federal'nyj fond OMS (2019). Otchet o deyatel'nosti sistemy obyazatel'nogo medicinskogo straxovaniya v Rossijskoj Federacii v 2018 godu [Report on the Obligatory Health Insurance System Activity in the Russian Federation in 2018]. *Obligatory Medical Insurance in the Russian Federation*, no 3, pp. 15–16.
- Federal'nyj zakon ot 21.11.2011 № 323-FZ «Ob osnovakh okhrany zdorov'ya grazhdan v Rossijskoj Federacii [Federal Law No. 323-FZ dated November 21, 2011 “On the Basics of Public Health Protection in the Russian Federation”]. *KonsultantPlus*. Available at: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_121895/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/), accessed 25.05.2021.
- Gurevich K., Kosik N., Nikonov E. (2009) Osnovnye problemy pri provedenii dopolnitel'noj dispanserizacii vzroslogo naseleniya [The Main Problems in Implementing Supplementary Medical Examination of the Adult Population]. *Evidence-based Medicine and Clinical Epidemiology*, no 1, pp. 25–33.
- Kaprin A., Starinskiy V., Shakhzadova A. (eds.) (2014) *Sostojanie onkologicheskoy pomoshhi naseleniju Rossii v 2013 godu* [The State of Cancer Care for the Population of Russia 2013], Moscow: Moscow Oncology Research Institut.
- Kaprin A., Starinskiy V., Shakhzadova A. (eds.) (2020) *Sostojanie onkologicheskoy pomoshhi naseleniju Rossii v 2019 godu* [The State of Cancer Care for the Population of Russia 2019], Moscow: Moscow Oncology Research Institut.
- Koncevaya A., Kalinina A., Boitsov S., Ipatov P. (2014) Social'no-ekonomicheskaya effektivnost' dispanserizacii 2013 goda v Rossijskoj Federacii [Socio-economic Effectiveness of Health Screening Activity in 2013 in the Russian Federation]. *Cardiovascular Therapy and Prevention*, vol. 13, no 3, pp. 4–10.
- Kozlova S. (2019) *Sovershenstvovanie modeli finansirovaniya zdavookhraneniya na regional'nom urovne (na primere Krasnoyarskogo kraja)* [Improving the Model of Healthcare Financing at the Regional Level (Evidence from Krasnoyarsk Krai)]. Presentation on XX April International Academic Conference on Economic and Social Development, April 2019.
- Kruglyj stol (2018). Osushchestvlenie deyatel'nosti strakhovykh predstavitelej strakhovykh medicinskih organizacij. 1 iyunya 2018 g. Moskva [Round Table “Implementation of the Activities of Insurance Representatives of Insurance Medical Organizations”. June 1, 2018, Moscow]. *Obligatory Medical Insurance in the Russian Federation*, no 3, pp. 4–11.
- McKee M., Rechel B. (2014) Screening. *Facets of Public Health in Europe* (eds. Rechel B., McKee M.), New York: Open University Press, pp. 153–170.
- Medicinskie informacionnye resheniya* (2018). Otchet «Ocenka medicinskimi rabotnikami effektivnosti dispanserizacii» [Medical Information Solutions. Report “Evaluation of Dispanserization Outcomes by Medical Staff”], Moscow.
- Minzdrav Rossii* (2014). Otchet o deyatel'nosti Ministerstva zdavookhraneniya Rossijskoj Federacii v 2013 godu, g. Moskva, aprel' 2014. Ob itogakh raboty Ministerstva zdavookhraneniya Rossijskoj Federacii v 2013 godu i zadachakh na 2014 god [Report on the Activities of the Ministry of Health of the Russian Federation in 2013. On the Work Results of the Ministry of Health of the Russian Federation in 2013 and the Tasks for 2014. April 2014, Moscow].

- Minzdrav Rossii* (2015). Otchet o deyatel'nosti Ministerstva zdravookhraneniya Rossijskoj Federacii v 2014 godu, g. Moskva, aprel' 2015. Ob itogakh raboty Ministerstva zdravookhraneniya Rossijskoj Federacii v 2014 godu i zadachakh na 2015 god [Report on the Activities of the Ministry of Health of the Russian Federation in 2014. On the Work Results of the Ministry of Health of the Russian Federation in 2014 and the Tasks for 2015. April 2015, Moscow].
- Minzdrav Rossii* (2016). Otchet o deyatel'nosti Ministerstva zdravookhraneniya Rossijskoj Federacii v 2015 godu, g. Moskva, aprel' 2016. Ob itogakh raboty Ministerstva zdravookhraneniya Rossijskoj Federacii v 2015 godu i zadachakh na 2016 god [Report on the Activities of the Ministry of Health of the Russian Federation in 2015. On the Work Results of the Ministry of Health of the Russian Federation in 2015 and the Tasks for 2016. April 2016, Moscow].
- Minzdrav Rossii* (2017). Otchet o deyatel'nosti Ministerstva zdravookhraneniya Rossijskoj Federacii v 2016 godu, g. Moskva, aprel' 2017. Ob itogakh raboty Ministerstva zdravookhraneniya Rossijskoj Federacii v 2016 godu i zadachakh na 2017 god [Report on the Activities of the Ministry of Health of the Russian Federation in 2016. On the Work Results of the Ministry of Health of the Russian Federation in 2016 and the Tasks for 2017. April 2017, Moscow].
- Minzdrav Rossii* (1) (2019). Otchet o deyatel'nosti Ministerstva zdravookhraneniya Rossijskoj Federacii v 2018 godu, g. Moskva, aprel' 2019. Ob itogakh raboty Ministerstva zdravookhraneniya Rossijskoj Federacii v 2018 godu i zadachakh na 2019 god [Report on the Activities of the Ministry of Health of the Russian Federation in 2018. On the Work Results of the Ministry of Health of the Russian Federation in 2018 and the Tasks for 2019. April 2019, Moscow].
- Minzdrav Rossii* (2) (2019). Doklad Ministra Veroniki Skvortsovoy na zasedanii Pravitel'stva, posvyashchennyj dispanserizatsii [Report of the Minister Veronika Skvortsova at the Government Meeting, Dedicated to the Medical Examination] (November 14, 2019). Available at: <https://minzdrav.gov.ru/en/special/news/2019/11/14/12813-doklad-ministra-veroniki-skvortsovoy-na-zasedanii-pravitelstva-posvyashchennyj-dispanserizatsii>, accessed 25.05.2021.
- Minzdrav Rossii* (2020). Otchet o deyatel'nosti Ministerstva zdravookhraneniya Rossijskoj Federacii v 2019 godu, g. Moskva, aprel' 2020. Ob itogakh raboty Ministerstva zdravookhraneniya Rossijskoj Federacii v 2019 godu i zadachakh na 2020 god [Report on the Activities of the Ministry of Health of the Russian Federation in 2019. On the Work Results of the Ministry of Health of the Russian Federation in 2019 and the Tasks for 2020. April 2020, Moscow].
- Nolte E. (2017) *International Perspectives on Integration and Care Coordination. Concepts and Experiences*. Presentation at Integrated Care Seminar in Moscow, April 25, 2017, World Bank.
- OECD (2017). *Health at a Glance 2017. Screening, Survival and Mortality for Breast Cancer*, Paris: OECD Publishing. DOI: 10.1787/health\_glance-2017-40-en
- OECD (2019). *Health at a Glance 2019*, Paris: OECD Publishing.
- Prikaz Ministerstva zdravookhraneniya Krasnoyarskogo kraja ot 10.09.2015 № 564-org «O pokazatelyakh effektivnosti deyatel'nosti kraevykh gosudarstvennykh uchrezhdenij zdravookhraneniya v chasti dispanserizacii»* [Order of the Ministry of Health of Krasnoyarsk krai no. 564-org dated September 10, 2015 "On Performance Indicators of Regional State Healthcare Facilities Concerning Dispanserization"].
- Rechel B., Jakubowski E., McKee M., Nolte E. (eds.) (2018) *Organization and Financing of Public Health Services in Europe*, WHO.
- Rebrova O., Fedyaeva V., Omel'yanovskij V., Il' in M. (2017) Ckriningi I etapa dispanserizacii: sistematičeskij obzor dolgosročnoj effektivnosti [Screening at the First Stage of Periodical Health Checkup: A Systematic Review of Long-term Results]. *Profilaktičeskaya medicina*, vol. 20, no 3, pp. 55–59. DOI: 10.17116/profmed201720355-59
- Sagan A., Rajan S., McDaid D., Farrington J., McKee (2020) Screening: When Is It Appropriate and How Can We Get It Right? *WHO*. Policy Brief. No. 35. Available at: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330810/Policy-brief-35-1997-8073-eng.pdf>, accessed 25.05.2021.

- Sheiman I., Shevskij V., Sazhina S. (2019) Prioritet pervichnoj mediko-sanitarnoj pomoshhi – deklaraciya ili real'nost'? [Primary Health Care Priority – Declaration or Reality?] *Social Aspects of Population Health*, no 65(1), pp. 1–37. DOI: 10.21045/2071-5021-2019-65-1-3
- Skvortsova V. (2019) My stroim sistemu zdravookhraneniya dlya kazhdogo iz 146 781 095 chelovek [We Are Building a Healthcare System for Each of 146,781,095 People]. *Komsomolskaya pravda*, June 6, 2019. Available at: <https://www.kp.ru/daily/26986.4/4045958/>, accessed 25.05.2021.
- Starodubov V.I., Son I.M., Senenko A.Sh., Savchenko E.D., Dzyuba N.A., Zakharchenko O.O., Terentyeva D.S. (2019) *Itogi dispanserizacii opredelennykh grupp vzroslogo naseleniya RF 2013–2018 gg. Informacionno-analiticheskij obzor* [The Outcomes of the Clinical Examination of Certain Groups of the Adult Population of the Russian Federation 2013–2018 Information and Analytical Review], Moscow: Central Research Institute of Health Organization and Informatization of the Ministry of Health of the Russian Federation.
- Statisticheskij byulleten`. Chislennost` naseleniya Rossijskoj Federacii po polu i vozrastu* [Statistical Bulletin. The Population of the Russian Federation by Gender and Age] (2014–2019), Federal State Statistics Service.
- Utverzhdena Programma gosudarstvennykh garantij besplatnogo okazaniya grazhdanam medicinskoj pomoshhi na 2019 god i na planovyj period 2020 i 2021 godov [The Program of State Guarantees for Providing Citizens of the Russian Federation with Free Medical Care for 2019 and the Planning Period of 2020 and 2021 Has Approved]. *Obligatory Medical Insurance in the Russian Federation*, no 1, pp. 10–13.
- Vergazova E. (2016) *Osnovnye priority razvitiya zdravookhraneniya Rossii. Sovremennye trebovaniya k rabote vrachej pervichnogo zvena. Minzdrav Rossii. Slajdy prezentacii* [The Main Priorities for the Development of Healthcare in Russia. Current Requirements for the Work of Primary Care Physicians. Presentation. The Ministry of Health of the Russian Federation].
- Williams G., Rechel B., McDaid D., Wismar M., McKee M. (2018) Getting and Keeping People Healthy: Reflecting on the Successes and Failures of Public Health Policy in Europe. *Eurohealth*, vol. 24, no 2, pp. 29–33.
- Wilson J.M.G., Jungner G. (1968) Principles and Practices of Screening for Disease. *Public Health Papers*. No. 34. Available at: [http://whqlibdoc.who.int/php/WHO\\_PHP\\_34.pdf](http://whqlibdoc.who.int/php/WHO_PHP_34.pdf), accessed 25.05.2021.
- Yakovleva T., Vylegzhanin S., Boitsov S., Kalinina A.M., Ipatov P.V. (2014) Dispanserizaciya vzroslogo naseleniya Rossijskoj Federacii: pervyj god realizacii, opyt, rezultaty, perspektivy [Regular Medical Examination of Adults in the Russian Federation: First Year Implementation: Lessons Learnt, Results and Perspectives]. *Social Aspects of Population Health*, no 38(4). Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/579/30/lang,ru/>, accessed 25.05.2021.
- Yarovoj S., Avksentyeva M., Moskaleva N., Romazanov E. (2013) Kliniko-ekonomicheskie aspekty rannej diagnostiki i radikal'nogo lecheniya raka prostaty [Clinical and Economic Aspects of Early Diagnosis and Radical Treatment for Prostate Cancer]. *Medical Technologies. Assessment and Choice*, no 1(11), pp. 36–41.