

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2023

УДК 614.2

Ойноткинова О. Ш.^{1,3}, Мацкеплишвили С. Т.², Масленникова О. М.³, Кураева В. М.¹, Павлов А. И.⁴

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЕВРОПЕЙСКОЙ И РОССИЙСКОЙ МОДЕЛИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ (ОБЗОР)

¹ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 115088, Москва, Россия;

²Медицинский научно-образовательный центр Московского государственного университета им. М. В. Ломоносова, 119991, Москва, Россия;

³ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации, 121359, Москва, Россия;

⁴ФГБУ «Национальный исследовательский центр высоких медицинских технологий — Центральный военный клинический госпиталь им. А. А. Вишневого» Министерства обороны Российской Федерации, 143420, Красnogорск, Россия

Скрининг или диспансеризация являются синонимами и результатом показателя здоровья, представляя результаты медицинского обследования, и служат действенным инструментом профилактики заболеваний. Концепция термина «скрининг» в европейских странах подразумевает активное выявление болезни или предболезненного состояния у лиц, считающихся или считающих себя здоровым. Диспансеризация — комплекс мероприятий, включающий профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, проводимые в целях оценки состояния здоровья и осуществляемые в отношении определённых групп населения. Изучение и анализ международной модели скрининга и опыта проведения, её роли в системе оказания первичной медико-санитарной медицинской помощи, включая реабилитацию, представляется весьма важным в рамках формирования общественного здравоохранения на международном уровне. В статье рассматриваются страноведческие тенденции в проведении скрининга (диспансеризации) и вопросы, связанные с концептуальными и методологическими аспектами построения диспансеризации в контексте общественного здравоохранения и профилактики факторов риска. Методы поиска литературы включали поисковые запросы по базам данных Scopus, Web of Science, MedLine, The Cochrane Library, PubMed.

К л ю ч е в ы е с л о в а: европейская модель; общественное здравоохранение; организация здравоохранения; профилактика; скрининг; диспансеризация

Для цитирования: Ойноткинова О. Ш., Мацкеплишвили С. Т., Масленникова О. М., Кураева В. М., Павлов А. И. Сравнительный анализ европейской и российской модели диспансеризации (обзор). Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023;31(спецвыпуск 2):1171—1175. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s2-1171-1175>

Для корреспонденции: Ойноткинова Ольга Шонковна; e-mail: olga-oynotkinova@yandex.ru

Oynotkinova O. Sh.^{1,3}, Matskeplishvili S. T.², Maslennikova O. M.³, Kuraeva V. M.¹, Pavlov A. I.⁴

COMPARATIVE ANALYSIS OF THE EUROPEAN AND RUSSIAN MODELS OF MEDICAL EXAMINATION (OVERVIEW)

¹Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management, 115088, Moscow, Russia;

²Lomonosov Moscow State University, 119991, Moscow, Russia;

³Central State Medical Academy of Department of Presidential Affairs, 121359, Moscow, Russia;

⁴National Medical Research Center for High Medical Technologies — Central Military Clinical Hospital named after A. A. Vishnevsky of the Ministry of Defense of the Russian Federation, 143420, Krasnogorsk, Russia

Screening or its synonym medical check-up is the result of a health indicator, representing results of a medical examination and an effective tool of disease prevention. The concept of the term screening in European countries implies active detection of a disease or a premorbidity in people who are considered or consider themselves healthy. Medical check-up is a set of measures that includes preventive medical examination and additional methods of examinations conducted in order to assess the state of health and carried out in relation to certain groups of the population. The study and analysis of the international screening model and experience of its implementation, its role in the system of primary health care, including rehabilitation, is very important in terms of shaping public health at the international level. The article discusses regional trends in screening (medical check-up) and issues related to the conceptual and methodological aspects of medical check-up organization in the context of public health and prevention of risk factors. The data were searched in Scopus Web of Science, MedLine, the Cochrane Library, PubMed.

Key words: European model; public health; healthcare organization; prevention; screening; medical examination

For citation: Oynotkinova O.Sh., Matskeplishvili S. T., Maslennikova O. M., Kuraeva V. M., Pavlov A. I. Comparative analysis of the European and Russian models of medical examination (Overview). *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2023;31(Special Issue 2):1171–1175 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s2-1171-1175>

For correspondence: Olga Sh. Oynotkinova; e-mail: olga-oynotkinova@yandex.ru

Source of funding. This study was not supported by any external sources of funding.

Conflict of interest. The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Received 30.06.2023

Accepted 05.09.2023

В условиях глобализации и урбанизации социальные и экономические потери от неинфекционных заболеваний (НИЗ) в большинстве стран достигли высоких показателей. В этой связи профилактика НИЗ и борьба с ними вышли на государственный и национальный уровень. НИЗ являются

предотвратимыми заболеваниями, и целенаправленные диагностические мероприятия среди населения способствуют сбережению здоровья населения. Всё большую ценность приобретает мониторинг факторов риска, что позволяет целенаправленно вмешиваться в эпидемиологический процесс и вли-

ять на снижение преждевременной инвалидизации и смертности [1]. В условиях цифровизации и внедрения медицинских биотехнологий, мероприятия по диспансеризации населения приобретают более персонализированный характер. Концепция персонализированной медицины и таргетной профилактики с оценкой индивидуальных данных пациента, предиктивной и геномной аналитики позволяют клиницистам получить полный медицинский профиль пациента, его историю рождения с генетическим портретом, учётом антропогенных, медико-экологических факторов окружающей среды и образа жизни и создать индивидуальный протокол коррекции. Результаты эпидемиологического и демографического анализа, проведённого Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), Межведомственной целевой группой Организации Объединённых Наций по НИЗ (ПРООН) свидетельствуют о том, что интенсификация усилий по профилактике НИЗ и проведение мероприятий для устранения основных факторов риска могут предотвратить более 4,3 млн смертей и предоставить экономическую выгоду в размере 8,1 трлн руб. (105 млрд долл. США) в течение следующих 15 лет¹. Растущий арсенал аналитических инструментов и достижения в области цифровых устройств, искусственного интеллекта, компьютерной роботизации и геномных биотехнологий позволяют повышать точность и качество скрининговой диагностики и лечения.

Выделены 5 экономически эффективных пакетов вмешательств по снижению распространённости модифицируемых поведенческих факторов риска НИЗ: вредное употребление табака, алкоголя, отсутствие физической активности и чрезмерное потребление соли, клинические вмешательства по предотвращению роста сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета. Предполагается, что внедрение этих пакетов может значительно снизить заболеваемость НИЗ, позволит превысить необходимые затраты, а при высокотехнологичных медицинских вмешательствах достигнуть 50-кратного увеличения в течение 15-летнего периода и ускорить экономический рост за счёт окупаемости таких инвестиций, повысить качество жизни людей. В качестве одной из дополнительных мер к получению доходов рассматривается повышение налогов на такие вредные для здоровья товары, как табак и алкоголь. Международный анализ проведенных совместных программ ВОЗ/ПРООН в рамках Целевой группы ООН по НИЗ позволил многим странам внедрить в область профилактики и борьбы с НИЗ общегосударственные комплексные многосекторальные подходы на национальном, региональном и глобальном уровнях [2]. Программа скрининговых диагностических протоколов включает профилактический осмотр и программное обследование при чётко определённых регламенте, цели и задачах. В программы диспансерных мероприятий включены ме-

дицинский осмотр, ряд лабораторных и функциональных исследований, а индикатором успешности реализации программы рассматриваются максимальное и раннее выявление заболеваний. При «сплошной диспансеризации взрослого населения» индикатором успешности реализации программы рассматриваются максимальное и раннее выявление заболеваний. Вместе с тем очевиден факт, что взаимосвязь между проводимым диспансерным профилактическим и её конечным результатом не всегда однозначны, как это декларируется. Если раньше акцент был сделан на ранней диагностике с последующим диспансерным наблюдением при выявлении заболевания и лечением, то современная программа несколько упрощена. В настоящее время эта программа ориентирована на более широкий охват населения профилактическими осмотрами, выявление заболеваний, персональное оформление с заключением о завершении диспансеризации и определении пациента в ту или иную группу здоровья или группу диспансерного наблюдения. При этом итоговое заключение не предусматривает дальнейшего диспансерного наблюдения, а констатирует наличие выявленного заболевания в соответствии с его классификацией по степени тяжести.

Структурные изменения в зарубежной системе здравоохранения

То, что в России принято называть диспансеризацией, в международной практике носит название «скрининг». Одними из первых концепцию скрининга в профилактику различных заболеваний стали внедрять США, опубликовав в 1961 г. принципы его проведения². Диагностический скрининг в ЕС проводится по конкретным нозологиям, предполагает выявление факторов риска заболевания путём применения адресной диагностической программы. В соответствии с программой обследования выделяют добровольный, оппортунистический и вынужденный скрининг. Добровольный скрининг направлен на выявление конкретного заболевания в соответствии с национальной/региональной программой или проводится при самостоятельном обращении пациента. Оппортунистический скрининг проводится с использованием специфичных диагностических исследований на выявление конкретного заболевания или факторов риска при обращении пациента за любой медицинской помощью или консультацией специалиста. В программу оппортунистического скрининга включены измерение артериального давления, уровня глюкозы, холестерина, флюорографию. Вынужденный скрининг проводится по требованию работодателя перед приёмом на работу в виде обязательного медицинского осмотра [1]. Также предусмотрены популяционный, выборочный и целевой скрининги. Популяционный скрининг представляет собой широкий охват населения, выборочный скрининг проводится в конкретных группах населения, целевой или комплекс-

¹ Бостонская консалтинговая группа. Исследование глобальных трендов в здравоохранении: презентация. М.; 2020.

² Там же.

ный скрининг предусмотрен для отдельных лиц с факторами высокого риска развития заболевания. Исходя из такой градации, в ЕС профилактические скрининговые мероприятия включают посещение врача, осмотр пациента, обследование выборочное или сопутствующее по специальным программам, ориентированным на раннюю диагностику онкологических и сердечно-сосудистых заболеваний. При этом подход к скринингу (диспансеризации) не формальный, а достаточно серьёзный, обоснованный, систематизированный, контролируемый и ответственно осуществляется лечащим врачом с пониманием ответственности как перед пациентом, так и перед страховой компанией. Врач понимает, что раннее выявление заболеваний облегчает последующее лечение и повышает вероятность благоприятного исхода и прогноза. Во многих ЕС осуществляются адресные нозологические программы по раннему выявлению таких онкологических заболеваний, как, например, рак молочной железы, шейки матки, колоректальный рак [2]. На примере скрининга, проводимого в ЕС, видно, что, например, Германии скринингом на колоректальный рак охвачено более 81% населения в возрасте 50—74 лет, в Австрии — 78%, во Франции — 60%, в Великобритании — 48%, составив в среднем по ЕС — 40,4% [3]. По заключению международных экспертов Бостонской консультативной группы, из 22 городов мира в 73% из них в проведении профилактических мероприятий и скрининга решающую роль играют городские власти, местные сообщества [4] или Национальные комитеты по скринингу. Введение программ по тому или иному скринингу тщательно обосновывает их целесообразность, особенно это касается тех скринингов, если их эффективность низка. В соответствии с экспертным заключением ВОЗ проведение ранних диагностических скринингов включает мероприятия по формированию здорового образа жизни, качественного оказания первичной медико-санитарной помощи [4]. Важной особенностью является то, что именно врач, а не чиновник является главным координатором и исполнителем любой профилактической программы. Предоставляемая врачам самостоятельность позволяет адресно проводить скрининг по той или иной программе с учётом её важности для конкретного региона, пациента с учётом его персональных факторов риска, наследственной предрасположенности и индивидуальных особенностей [5]. Доверие к профессиональной компетентности врача обусловлено, с одной стороны, его персональной ответственностью перед пациентом и медицинской страховой компанией. Для эффективной реализации выбранных программ повышается доступность медицинских организаций, включая их размещение в местах отдыха и даже торговых центрах. Важным организационным фактором является то, что при проведении профилактических мероприятий особое внимание уделяется лицам с факторами высокого риска заболевания, взаимосвязь с одновременным лечением больных при выявленных заболеваниях с при-

менением высокотехнологичных биомедицинских технологий. Согласно написанным еще в 1968 г. J. M. G. Wilson и соавт. принципам и практики скрининга на выявление заболеваний [6, 7], по мнению экспертов ВОЗ, их следует рассматривать как «золотой стандарт» при принятии решений, определяющих целесообразность проведения таких обследований. Изложенные принципы декларируют важность своевременного выявления заболевания и проведения лечения, при этом в наличии должны быть необходимые условия для диагностики и лечения заболевания, а сам процесс непрерывным, а не единовременной кампанией. Затраты на проводимые скрининговые программы должны быть экономически сбалансированы с возможными затратами на медицинское обслуживание в целом [3, 6, 7].

Программа скрининга

В ЕС программы скрининга базируются на обоснованной и доказательной базе с учётом показателей общественного здоровья населения, причинно-следственных факторов в распространённости заболевания. Специализированными экспертными комитетами изучаются и разрабатываются целевые программы скрининга. Программы скрининга — это не единичный тест, а дорожная карта, которая начинается с определения лиц, соответствующих критериям, установленным для скрининга, и заканчивается составлением отчётности по результатам проведения программы. В основе страноведческой модели скрининговой политики заложены национальные рекомендации [7—10], населению из групп риска проводятся бесплатно, пересматриваются 1 раз в 2—3 года. Принятие решений по той или иной программе скрининга и его реализации делегируется органам здравоохранения. При определении бессимптомной стадии заболевания или факторов риска рассматриваются недорогие, валидные, чувствительные тесты и методы обследования. По заключению Европейского общества кардиологов, несмотря на высокую диагностическую точность, такие методы, как коронарография, мультиспиральная компьютерная томография, стресс-эхокардиография, радионуклидная визуализация, стресс-магнитно-резонансная томография, определение перфузии при позитронно-эмиссионной томографии нецелесообразно применять в качестве скрининга на ишемическую болезнь сердца у бессимптомных лиц, т. к. дополнительная информация не изменяет оценку риска сердечно-сосудистых событий и рекомендаций по образу жизни. Протокол обследования включает профилактический осмотр, диагностический набор, включающий программу комплексного лабораторно-инструментального обследования. Ключевой принцип скрининга заключается в ранней диагностике заболевания или предрасположенности к нему, своевременном лечении и выработки рекомендаций по коррекции факторов риска. Задача скрининга во всех странах заключается в раннем выявлении того или иного заболевания [9].

Таким образом, скрининговые программы в ЕС разнообразны [9, 10]. Существуют скрининги на генетические заболевания, рекомендованные всем беременным женщинам между 10-й и 20-й неделями беременности. Программы скрининга на такие онкологические заболевания, как рак шейки матки, предлагается проводить женщинам каждые 3 года в возрасте 25—49 лет, каждые 5 лет в возрасте 50—64 лет, рак молочных желез — в возрасте 50—71 год, рак кишечника в возрасте 60—74 лет и старше каждые 2 года. Скрининг на выявление аневризмы брюшной аорты предлагается мужчинам в возрасте 65 лет и старше³. Принятая правительством Франции Национальная стратегия здравоохранения на 2018—2022 гг. определила политику страны в области здравоохранения на 5 лет. Разработанный план по приоритетной профилактике охватывает все возрастные группы населения и включает набор ранних диагностических вмешательств с учётом возраста, пола, основных детерминант здоровья, учитывая потребности различных возрастных групп на протяжении всей их жизни, включая беременность в первые 1000 дней, здоровье детей и молодёжи, взрослых в возрастной группе 25—65 лет и старше. Реализация таких программ осуществляется посредством бесплатных национальных программ скрининга, координацией которых занимаются различные учреждения [9]. Например, Федеральное министерство здравоохранения Германии в соответствии с Национальным планом по борьбе с онкологическими заболеваниями и «Программой управления заболеванием» предлагает скрининг, который покрывается обязательной медицинской страховкой, осуществляется врачами общей практики, а в сложных коморбидных ситуациях — врачами-специалистами и другими социальными службами [8—11].

Сравнительный анализ европейской и российской моделей скрининга (диспансеризации) показал, что в ЕС при всеобщем охвате населения скринингом недооцениваются факторы риска, условия окружающей среды и проживания, в результате чего некоторые уязвимые категории населения могут оказаться неохваченными. При этом, если после проведенного скрининга врач диагностирует заболевание, то он может включить пациента в «Программу управления заболеванием» [10]. На положительные тенденции при проведении диспансерных мероприятий влияют изменения в финансировании здравоохранения. Так, в ЕС доля валового внутреннего продукта, направляемого в здравоохранение, повышена в среднем с 5,0 до 8,6%, доля государственных расходов увеличилась с 3,8 до 6,5%. В России период начала второго эпидемиологического перехода, наоборот, сопровождался уменьшением средств с 63,7% до 60,7%⁴. Различный их вклад в странах ЕС и России обусловлен объёмом предоставляемых государственных гарантий оказания ме-

дицинской помощи. Если в ЕС лекарственное обеспечение при оказании амбулаторной помощи субсидируется из бюджета или из средств социального страхования [6], то в России оно гарантируется только льготным категориям граждан. В отличие от ЕС, Россия реализует централизованную единую для всех регионов программу диспансеризации. Вместе с тем по ряду направлений подходы к проведению диспансеризации в российском здравоохранении совпадают с трендами скрининговых программ в ЕС.

Заключение

В ЕС, как и в России, ранний скрининг в выявлении заболеваний облегчает их последующее своевременное лечение, повышая вероятность отдалённого благоприятного исхода [12—14]. При этом отсутствует единая универсальная программа скрининга, но принимаются отдельные популяционные программы, ориентированные на выявление конкретного заболевания [10, 12, 13]. Вместе с тем различия между европейской и российской моделями проведения диспансеризации населения несущественные [12—14], хотя по ряду направлений интересен обмен опытом, ориентированный на повышение эффективности программ диспансеризации.

Авторы заявляют об отсутствии внешних источников финансирования при проведении исследования.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Стародубов В. И., Сон И. М., Сененко А. Ш. и др. Итоги диспансеризации определенных групп взрослого населения Российской Федерации 2013—2018 гг. Информационно-аналитический обзор. М.; 2019.
2. McKee M., Rechel B. Screening // *Facets of Public Health in Europe*. N.Y.; 2014. P. 153—170.
3. OECD. Health at a Glance 2019. Paris; 2019.
4. OECD. Health Policy Studies. Paris; 2020. 16 p.
5. Sagan A., Rajan S., McDaid D. et al. Screening: when is it appropriate and how can we get it right?: policy brief 35. Geneva; 2020.
6. Rechel B., Jakubowski E., McKee M., Nolte E. (eds.) *Organization and Financing of Public Health Services in Europe*. Geneva; 2018.
7. Wilson J. M.G., Jungner G. Principles and practices of screening for disease // *Public Health Papers*. 1968. N 34.
8. Robinson R. User charges for health care // *Funding health care: options for Europe* / eds. E. Mossialos, A. Dixon. Ballmoor; 2002. P. 161—183.
9. Nolte E. *International perspectives on integration and care coordination. concepts and experience*. Moscow; 2017.
10. Шейман И. М., Шевский В. И. Процессы концентрации и интеграции медицинских служб в зарубежном и отечественном здравоохранении: есть ли приращение эффекта? // *Вопросы государственного и муниципального управления*. 2019. № 1. С. 111—135.
11. Kringos D. S., Boerma W. G.W., Hutchinson A., Saltman R. B. (eds.) *Building primary care in a changing Europe* Copenhagen, 2015.
12. McKee M., Merkur S., Edwards N., Nolte E. (eds.) *The changing role of the hospital in European health systems*. Cambridge; 2020.
13. Реброва О. Ю., Федяева В. К., Омеляновский В. В., Ильин М. А. Скрининги I этапа диспансеризации: систематический обзор долгосрочной эффективности // *Профилактиче-*

³ OECD (2020). Health at a Glance: Europe 2020. State of Health in the EU Cycle. Paris; 2020. URL: <https://doi.org/10.1787/82129230-en:12.02.2021>

⁴ Lafortune-G., Moreira-L. Trends in supply of doctors and nurses in EU and OECD Countries. Expert Group Meeting on European Health Workforce. 16 November 2015. Brussels. URL: <https://www.oecd.org/health/health-systems/OECD-Trends-in-education-and-training-November2015.pdf> (дата обращения: 05.09.2021).

ская медицина. 2017. Т. 20, № 3. С. 55—59. DOI: 10.17116/profmed201720355-59

14. Hernandez-Quevedo C., Maresso A., Merkur S. et al. 20 years of health system reforms in Europe: what's new? // *Eurohealth*. 2018. Vol. 24, No. 2. P. 23—28.

Поступила 30.06.2023
Принята в печать 05.09.2023

REFERENCES

1. Starodubov V. I., Son I. M., Senenko A.Sh. et al. The Outcomes of the Clinical Examination of Certain Groups of the Adult Population of the Russian Federation 2013—2018 Information and Analytical Review. Moscow; 2019. (In Russ.)
2. McKee M., Rechel B. Screening. In: *Facets of Public Health in Europe*. N.Y.; 2014:153—170.
3. OECD. *Health at a Glance 2019*. Paris; 2019.
4. OECD. *Health Policy Studies*. Paris; 2020. 16 p.
5. Sagan A., Rajan S., McDaid D. et al. Screening: when is it appropriate and how can we get it right?: policy brief 35. Geneva; 2020.
6. Rechel B., Jakubowski E., McKee M., Nolte E. (eds.) *Organization and Financing of Public Health Services in Europe*. Geneva; 2018.
7. Wilson J. M.G., Jungner G. Principles and practices of screening for disease. *Public Health Papers*. 1968;(34).
8. Robinson R. User charges for health care. In: Mossialos E., Dixon A. (eds.). *Funding health care: options for Europe*. Ballmoor; 2002:161—183.
9. Nolte E. International perspectives on integration and care coordination. concepts and experience. Moscow; 2017.
10. Sheiman I., Shevskij V., Sazhina S. Primary health care priority — declaration or reality? *Social Aspects of Population Health*. 2019;(1):111—135. (In Russ.)
11. Kringos D. S., Boerma W. G.W., Hutchinson A., Saltman R. B. (eds.) *Building primary care in a changing Europe* Copenhagen, 2015.
12. McKee M., Merkur S., Edwards N., Nolte E. (eds). *The changing role of the hospital in European health systems*. Cambridge; 2020.
13. Rebrova O. Yu., Fedyaeva V. K., Omel'yanovskij V.V., Il'in M. A. Screening at the first stage of periodical health checkup: a systematic review of long-term results. *Preventive medicine*. 2017;20(3):55—59. DOI: 10.17116/profmed201720355-59
14. Hernandez-Quevedo C., Maresso A., Merkur S. et al. 20 years of health system reforms in Europe: what's new? *Eurohealth*. 2018;24(2):23—28.