

ОБЗОР.

**ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ
REVIEW. SOCIAL HEALTH AND HEALTH PROTECTION**

DOI: 10.22363/2313-0245-2019-23-1-104-114

**ПАЦИЕНТООРИЕНТИРОВАННАЯ МЕДИЦИНА:
ПРЕДПОСЫЛКИ К ТРАНСФОРМАЦИИ И КОМПОНЕНТЫ**

**Р.А. Хальфин¹, В.В. Мадьянова¹, О.Е. Качкова², И.Д. Демина²,
Т.И. Кришталева², Е.Н. Домбровская², К.С. Мильчаков¹, Ю.Ю. Розалиева¹**

¹ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, Москва, Россия

²ФГОБУ ВО «Финансовый университет при Правительстве РФ», Москва, Россия

Цель исследования. Провести анализ концепции создания пациентоориентированной медицины, предпосылок ее появления, сложностей внедрения в существующие системы здравоохранения на основе имеющегося зарубежного опыта.

Материалы и методы. В качестве основных материалов исследования использовались источники зарубежной литературы, в которых представлена концепция пациентоориентированной медицины, проведен анализ предпосылок изменения моделей здравоохранения в странах Евросоюза, США и Азии в соответствии с принципами пациентоориентированной медицины, а также приведены данные о компонентах и уровнях пациентоориентированной медицины зарубежных стран.

Результаты. Проанализированные литературные источники достаточно полно описывают сложности внедрения пациентоориентированной медицины в существующие системы здравоохранения. Особое внимание необходимо уделять мультидисциплинарному подходу, преемственности на разных уровнях медицинской помощи и эффективной коммуникации между врачом и пациентом на пути интеграции данной модели в клиническую практику. Проведен анализ доступности медицинской помощи в развитых странах и ее зависимости от социального статуса, этнической принадлежности и заболевания пациента.

Заключение. Пациентоориентированная медицина является новой моделью планирования, осуществления и оценки медицинских услуг, которая основывается на взаимовыгодных партнерских отношениях между медицинскими работниками, пациентами и членами их семей. Принимая во внимание существующие на сегодняшний день проблемы отечественного здравоохранения, внедрение пациентоориентированной модели позволит существенно повысить качество оказания медицинской помощи населению нашей страны. В мировом масштабе внедрение принципов этой модели далеко от завершения. В Российской Федерации целенаправленные работы в этом направлении требуют дополнительного научного поиска, систематизации имеющихся данных, разработки новых правовых документов.

Ключевые слова: пациентоориентированная медицина, здравоохранение, коммуникация, неравенство, деперсонализация пациентов

Автор, ответственный за переписку: Розалиева Юлия Юрьевна; кандидат медицинских наук; ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, Высшая школа управления здравоохранением Института лидерства и управления здравоохранением; адрес: 109004, ул. Александра Солженицына, д. 28, стр. 1, г. Москва, Россия. E-mail: uur@hsha.ru

Хальфин Р.А. ORCID: 0000-0001-7406-9826; SPIN-код eLibrary: 3332-6407

Мадьянова В.В. ORCID: 0000-0003-2328-2939; SPIN-код eLibrary: 3430-5145

Качкова О.Е. ORCID: 0000-0003-1439-2845; SPIN-код eLibrary: 7875-4873

Демина И.Д. ORCID: 0000-0003-2817-5462; SPIN-код eLibrary: 3293-7360

Кришталева Т.И. ORCID: 0000-0003-4297-5917; SPIN-код eLibrary: 5890-6292
Домбровская Е.Н. ORCID: 0000-0002-3298-4337; SPIN-код eLibrary: 8200-4079
Мильчаков К.С. ORCID: 0000-0003-4092-2539; SPIN-код eLibrary: 1176-1203
Розалиева Ю.Ю. ORCID: 0000-0003-3577-6178; SPIN-код eLibrary: 9971-0891

Для цитирования: Хальфин Р.А., Мадьянова В.В., Качкова О.Е., Демина И.Д., Кришталева Т.И., Домбровская Е.Н., Мильчаков К.С., Розалиева Ю.Ю. Пациентоориентированная медицина: предпосылки к трансформации и компоненты // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. 2019. Т. 23. No 1. С. 104—114. DOI: 10.22363/2313-0245-2019-23-1-104-114.

For citation: Khalfin R.A., Madyanova V.V., Kachkova O.E., Demina I.D., Krishtaleva T.I., Dombrovskaya E.N, Milchakov K.S., Rozalieva Yu.Yu. (2019). Patient-Centered Medicine: Background to the Transformation and Components. *RUDN Journal of Medicine*, 23 (1), 104—114. DOI: 10.22363/2313-0245-2019-23-1-104-114.

**ПРЕДПОСЫЛКИ ТРАНСФОРМАЦИИ
СУЩЕСТВУЮЩИХ МОДЕЛЕЙ
ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
В СТРАНАХ ЕВРОСОЮЗА, США И АЗИИ
К КОНЦЕПЦИИ ПАЦИЕНТООРИЕНТИРОВАННОЙ
МЕДИЦИНЫ**

XX век в своем историческом развитии ознаменовался бурным развитием всех сфер человеческой деятельности: научно-технической, гуманитарной, социокультурной. Достижения фундаментальной и клинической медицины привели к значительному росту продолжительности жизни, позитивной динамике демографических показателей и качества жизни людей по всему миру, в первую очередь в развитых странах. Данный рывок оказался возможен благодаря большому прогрессу, достигнутому в сфере биотехнологии, фармацевтической отрасли и медицинского оборудования, развитию и внедрению информационно-коммуникационных технологий, а также за счет растущего внимания профессионального сообщества и систем здравоохранения к целевым показателям общественного здоровья и кооперации международных усилий в сфере здоровья человека и здравоохранения [1].

Важной движущей силой стало повсеместное внедрение принципов медицины, основанной на доказательствах. Последняя опирается на результаты методологически корректных клинических исследований, в ходе которых данные, полученные в результате выборочных исследований, подвергаются статистическому анализу с последующей экстраполяцией полученных

результатов на всю целевую популяцию. В процессе развития концепции доказательной медицины были разработаны различные дизайны контролируемых и неконтролируемых аналитических исследований, а также инструменты для обобщения данных в ходе систематического обзора и проведения метаанализа [2]. И хотя подход выборочного метода абсолютно оправдан с глобальной точки зрения, он не может до конца учитывать все существующие индивидуальные особенности генома, метаболизма и другие биологические аспекты каждого индивидуума. Между тем существует значительный запрос на индивидуализацию клинических решений, несомненно, как со стороны пациентов, так и со стороны профессионального медицинского сообщества [3]. Биомедицинскими предпосылками к удовлетворению этого запроса стали активные исследования в последние десятилетия двадцатого века в области генетики и эпигенетики развития новообразований, революционные индивидуализированные системы определения прогноза и выбора тактики лечения онкопатологии. Аналогичным образом движется процесс в гематологии, кардиологии, неврологии и других областях клинической медицины [4—6]. Больших результатов уже удалось достигнуть в таких направлениях, как фармакогеномика и метаболомика, которые особенно подчеркивают биологическую уникальность каждого пациента.

С другой стороны, стоит отметить, что экспоненциальный рост технологического уровня

медицины привел к неизбежному повышению затрат на здравоохранение со стороны государственных бюджетов, страховых компаний и личных средств граждан. Ежегодные расходы на здравоохранение превышают в большинстве развитых стран 10% от ВВП, в США эта цифра составляет приблизительно 17% [7]. В этих условиях фокус внимания систем здравоохранения смещается на мероприятия по профилактике заболеваний, которая связана с гораздо меньшими финансовыми затратами по сравнению с лечением наступившего заболевания и реабилитацией.

Однако эффективная профилактика невозможна без учета индивидуальных особенностей пациента и формирования долговременной коммуникации между ним и клиническими специалистами [8]. Более того, важным фактором изменения модели здравоохранения на пациентоориентированный вариант стало изменение парадигмы здравоохранения с появлением в нем очевидных рыночных черт и приобретение пациентом роли «клиента-потребителя», за выбор которого происходит борьба в конкурентной среде поставщиков медицинских услуг. Пациентоориентированность в этом контексте можно интерпретировать как «клиентоориентированность», которая является неременным атрибутом рыночных отношений [9].

Таким образом, все вышеописанные предпосылки обусловили сдвиг систем здравоохранения по всему миру в сторону элементов пациентоориентированной модели. В данном обзоре приводится краткий анализ данного феномена, его истории, составляющих, преимуществ и сопряженных проблем.

КОМПОНЕНТЫ И УРОВНИ ПАЦИЕНТООРИЕНТИРОВАННОЙ МЕДИЦИНЫ (МОДЕЛИ) ЗАРУБЕЖНЫХ СТРАН

В целом, можно утверждать, что пациентоориентированная медицина реализуется на двух уровнях: системном и персональном, и оба этих уровня нуждаются в детальном рассмотрении [10].

Сложности в реализации данной концепции на системном уровне в первую очередь включают в себя интеграцию и доступ. Проблема интеграции заключается в отсутствии повсеместной унифицированной имплементации утвержденных идей. Так, перемещаясь от одной больницы к другой, от одного клинициста к другому, от врача общей практики к профильному специалисту, пациент рискует пострадать от отсутствия этой унификации, если система построена вокруг отдельных ее компонентов, нежели на самом пациенте как ее центре. Наиболее уязвимыми в этом случае являются пациенты высокого риска: коморбидные и глубоко пожилые.

Организация экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) проводила информационный опрос представителей национальных систем здравоохранения 26 стран; в результате был сделан вывод о существенной дискоординации между различными секторами здравоохранения и отдельными лечебно-профилактическими учреждениями [11].

Доклад ОЭСР свидетельствует о том, что в большинстве случаев политика здравоохранения направлена на снижение частоты и продолжительности дорогостоящей госпитализации пациентов с хроническими заболеваниями и на смещение фокуса внимания в сторону высококачественной пациентоориентированной амбулаторной медицины. Эксперты отметили, что внедрение практики кейс-менеджмента способствует повышению качества оказываемых медицинских услуг, однако еще более эффективный обмен информацией между различными звеньями структуры здравоохранения может быть достигнут путем повсеместной имплементации системы электронной медицинской документации.

В качестве другого потенциального решения предложена ориентация на мультидисциплинарные команды клиницистов, которые позволяют обеспечивать гораздо более высокий уровень координации по сравнению с сольной практикой семейной врача. В ряде других публикаций также

подчеркивается исключительная важность мультидисциплинарного подхода в рамках пациентоориентированной медицины, что обеспечивает улучшение клинических исходов и удовлетворенность со стороны пациента [12]. Так, N. Avisar и др. (2017) в рамках своего исследования описали, что применение мультидисциплинарного пациентоориентированного подхода обеспечило быструю и эффективную интеграцию инновационных схем противовирусной терапии хронического гепатита С на территории одного из районов Израиля [13].

Другим существенным системным аспектом пациентоориентированного здравоохранения является его доступность. Для эффективного функционирования возможности системы должны соответствовать потребностям пациентов, и при этом данное соответствие должно достигаться с минимальной задержкой [14]. В том случае, если потребности превышают возможности в любой точке системы, это чревато развитием нестабильности и дезорганизации такой системы.

Следует учитывать, что различные категории пациентов имеют неодинаковый доступ к системе здравоохранения, и речь идет не только и не столько о финансовом аспекте.

Проблема неравенства доступа к медицинской помощи остается не до конца изученной и разрешенной для большинства национальных систем здравоохранения. Так, для малообразованных людей, а также для глубоко пожилых пациентов, для лиц с языковым барьером, психическими заболеваниями или наркотической зависимостью доступ к системе здравоохранения сопряжен с большими сложностями [15]. Кроме того, существуют объективные трудности, связанные с устоявшимся трудовым распорядком специалистов здравоохранения, как то: необходимость заблаговременного назначения даты приема (что не всегда возможно и предсказуемо), отсутствие возможности связаться с врачом по телефону или через электронную почту, регламентированные часы приема и рабочие дни.

Многие врачи уже сталкиваются с переработками, но при этом потребность в увеличении доступности каждого отдельного клинициста для максимально широкого круга пациентов неизменно возрастает.

Таким образом, проблему доступа признают как пациенты, так и врачи. Специалисты Канадской медицинской организации проводили соответствующий опрос домохозяйств, в ходе которого респонденты оценили степень доступности и пациентоориентированности локальной системы здравоохранения в среднем на 5,63 балла из 10 возможных.

Наиболее негативный отклик получила проблема, связанная с избыточной тратой времени в ожидании приема клинициста. На эту же проблему обращали внимание и сами канадские врачи [16]. В другом крупном анкетировании с участием 1369 человек более 15% респондентов назвали различные временные ограничения (в том числе длительность ожидания, невозможность своевременной записи на прием и т.п.) основной причиной, по которой они избегают обращаться за рутинной медицинской помощью [17].

Эксперты предлагают различные идеи для решения проблемы доступа к медицинской помощи первичного звена, в том числе обслуживание в режиме «24/7», возможность посещения врача «день-в-день», ограничение количества временных интервалов бронирования (чтобы небронированные слоты могли использоваться пациентами, у которых потребность в приеме возникла внезапно) и др.

Американский Институт Усовершенствования Здравоохранения (ИИ) разработал специальную модель улучшенного доступа пациентов к медицине первичного звена. Данная модель предусматривает реализацию трех стратегий: 1) увеличение возможностей системы предвидеть и абсорбировать запросы со стороны популяции; 2) обеспечение соответствия между потребностями и ресурсами (человеческими, логистическими, техническими и пр.); 3) реструктуризация

системы с целью повышения ее эффективности. Операционно ИИ предлагает имплементировать цикл «планируй-пробуй-изучай-делай» с целью проверки жизнеспособности вносимых изменений в систему здравоохранения; данный цикл предусматривает следующую последовательность действия: планирование и разработка идеи, ее локальное тестирование, наблюдение и анализ результатов и впоследствии повсеместную имплементацию [ИИ].

В литературе озвучиваются и некоторые другие способы улучшения доступа к системе здравоохранения, как то: групповые визиты, проведение приема медицинскими работниками, не являющимися врачами, консультации по телефону, развитие каналов онлайн-коммуникаций [18]. В нескольких публикациях зафиксировано, что практика групповых визитов является высокоэффективной с точки зрения повышения приверженности пациентов к лечению, улучшения исходов и снижения количества госпитализаций [19]. Телефонные консультации (в том случае, если физическое обследование и манипуляции не являются необходимыми) позволяют значительно сэкономить время врача и пациента, а также снизить затраты, связанные с проведением полноценного «офисного» приема.

Эффективность телефонных консультаций была зафиксирована в ходе исследований для широкого круга пациентов (с такими патологиями, как депрессия, бронхиальная астма, инфекции мочевыводящих путей и т.д.) [20, 21].

Глобальное распространение Интернета и различных вариантов онлайн-коммуникаций предоставило клиницистам уникальный способ установления коммуникации с пациентами. Результаты масштабных опросов показывают, что подавляющее большинство пациентов могут и хотят использовать интернет-сервисы для контакта с клиническими специалистами, а более трети респондентов еще и выразили готовность использовать их за личные средства.

Говоря о пациентоориентированной медицине со стороны клинического специалиста,

необходимо выделить два ключевых компонента: 1) эффективная коммуникация между врачом и пациентом и 2) совместный процесс принятия решений.

Эффективная коммуникация предусматривает глубокое понимание различных аспектов жизни пациентов, культурных ценностей и оценку их потенциального влияния на его (ее) здоровье с последующим донесением информации пациенту в манере, которая является а priori уважительной к его личности.

Несмотря на важность данного аспекта пациентоориентированной медицины, проблемы в коммуникативной сфере носят глобальный характер и зачастую пронизывают систему здравоохранения на всех уровнях. Донесение некоторых сведений (например, данные о возможных рисках) представляется особенно сложным процессом, особенно при контакте с пациентами с низкой медицинской грамотностью [10].

Неравенство. Ранее уже упоминалась проблема затрудненного доступа к системе здравоохранения, проистекающая из неравенства пациентов с точки зрения социально-экономического статуса, образования, этнической принадлежности и других подобных характеристик. Предполагается, что повсеместное внедрение концепции пациентоориентированной медицины поможет преодолеть эту проблему. Известно, что расово дискордантные визиты (когда врач и пациент относятся к разным расам) ассоциируются с меньшим взаимопониманием между больным и клиницистом, меньшим удовлетворением от коммуникации со стороны последнего, худшим комплаенсом по сравнению с конкордантными приемами. Представители национальных меньшинств могут быть менее информированы о своем состоянии и в меньшей степени вовлечены в процесс принятия решений [18].

В данном контексте интересным оказывается опыт изучения данного вопроса американскими исследователями J. Blanchard, N. Lurie (2004): проводилось анкетирование 3500 взрослых пациентов на предмет, чувствуют ли они уважение

со стороны работников системы здравоохранения [22]. Полученные результаты свидетельствовали о том, что представители национальных меньшинств, а также лица с низким уровнем знания английского языка чаще сталкивались с неуважением или снисходительно-осуждающим отношением со стороны врача. В целом, 29% лиц, относящихся к монголоидной расе, 22% латиноамериканцев, 19% афроамериканцев отмечали недостаточно уважительное отношение, в том время аналогичная цифра белых американцев была значительно меньше — около 13%.

Важно обратить внимание на то, что пациенты, которые испытали подобные эмоции на приеме у врача, с большей вероятностью в итоге не следовали его рекомендациям или откладывали обращение за медицинской помощью впоследствии [22].

В работе R.L. Johnson и др. (2004) было показано, что белые врачи в ходе контакта с афроамериканским пациентом имели склонность к вербальному доминированию и, как следствие, снижению пациентоориентированности. В литературе отмечено, что продолжительность расово конкордантного врачебного приема в среднем выше, а сам он носит более вовлекающий характер [23—25].

Языковой барьер представляет еще одну существенную проблему, которая может существенно лимитировать коммуникацию между врачом и пациентом. Так, в одном из исследований было показано, что латиноамериканским пациентам, которые не владеют английским языком, с большей вероятностью не будут разъяснены нежелательные явления, ассоциированные с применением лекарственного препарата, что приведет к пониженному удовлетворению от визита и сниженной эффективности последующего лечения [26].

В другом исследовании было отмечено, что пациенткам, которые разговаривали с врачом на одном языке, с большей вероятностью была выполнена скрининговая маммография в течение последующих двух лет, что является прямым

свидетельством огромной значимости коммуникации в эффективной профилактике [23]. Очевидным решением проблемы языкового неравенства является привлечение к клиническому процессу лингвистов, в том числе на удаленной основе, с применением онлайн-технологий. В исследованиях было показано, что обращение к услугам специалистов по межкультурной коммуникации в таких ситуациях ассоциируется с повышением качества оказываемых медицинских услуг [27].

Деперсонализация пациентов. На всех уровнях системы здравоохранения существует проблема утраты клиницистами восприятия пациентов как индивидуальных личностей. Деперсонализация является естественным защитным механизмом, который позволяет врачу работать в постоянном стрессе, связанном с человеческими страданиями и смертью. События, которые для каждого пациента являются уникальными и жизненно важными, в сознании врача трансформируются в рутинные и категориальные [28].

Деперсонализация, вероятно, имеет более распространенный характер в критических условиях (например, в отделениях реанимации и интенсивной терапии), однако данная проблема свойственна всем без исключения направлениям медицины и, безусловно, является несовместимой с пациентоориентированным здравоохранением.

Коммуникация с особыми категориями пациентов. Отдельной проблемой является коммуникация с пациентами с психиатрическими заболеваниями. По данным исследований, проведенных в США, Великобритании, Германии и Италии, ни психиатры, ни врачи общей практики не склонны вовлекать таких пациентов в процесс принятия клинических решений. Вместе с тем, по некоторым данным, клинические исходы депрессии являются благополучными в том случае, если решения принимаются совместно. При этом установлено, когнитивные нарушения являются более значимыми предикторами невовлечения пациента в процесс принятия решения, нежели психотические симптомы.

Для таких пациентов разрабатываются специальные адаптированные рекомендации, направленные на повышение их осведомленности об их состоянии здоровья без провоцирования защитного или агрессивного поведения. Другими категориями пациентов, коммуникация с которыми сопряжена с существенными трудностями, являются лица с наркотической зависимостью, дети и глубоко пожилые лица [10].

Совместный процесс принятия решений касается вариантов лечения, профилактики, стратегического видения здоровья пациента в целом. Данный подход предусматривает равноценный информационный вклад как врача, так и больного. Врач предоставляет информацию о заболевании, вариантах лечения, риске, пользе и имеющихся доказательствах. Пациент предоставляет информацию о своих жизненных принципах, установках, предпочтениях по лечению и общей цели. Совместные решения принимаются в самых различных клинических условиях: в кабинете врача поликлиники, в отделении стационара, в реанимации, в учреждениях длительного пребывания пациента (например, в санаториях и домах престарелых) и т.д.

Следует иметь в виду существование интер- и интраиндивидуальной вариативности степени вовлечения пациентов в процесс принятия решений. Интериндивидуальная вариативность подразумевает, что разные пациенты проявляют неодинаковое стремление быть участниками данного процесса, что зависит от культурной среды, социально-экономического статуса, образования и других факторов. Интраиндивидуальная вариативность означает, что один и тот же больной может активно вовлекаться в процесс принятия решений в одной ситуации, но в другой — полностью абстрагироваться и всецело положиться на опыт и экспертизу врача [29].

Учитывая вышеизложенное, следует отметить, что основными предпосылками к развитию пациентоориентированной концепции явились: прорывной рост технологического уровня медицины и, как следствие, существенное увеличение

связанных с ней финансовых расходов, которые тяжелым бременем ложатся на бюджеты государств, страховых компаний и потребителей. Закономерным ответом национальных систем здравоохранения явились меры, направленные на развитие первичного амбулаторного звена медицины, профилактики заболеваний и укрепления здоровья, поскольку данная стратегия более целесообразна как с экономической, так и с медицинской точек зрения. Реализация эффективной профилактики является одной из задач пациентоориентированной медицины, поскольку она по определению предусматривает создание длительных доверительных отношений между клиницистом и субъектом и предполагается самое активное вовлечение последнего в процесс принятия решений.

Следует также отметить очевидный сдвиг современной медицины в сторону рыночных отношений, в рамках которых клиентоориентированность является одним из важнейших конкурентных преимуществ.

Пациентоориентированная медицина реализуется на системном и личном уровнях. Основными системными аспектами являются интеграция (повсеместное унифицированное внедрение концепции) и доступность (обеспечение соответствия между возможностями системы и потребностями со стороны популяции).

Основными проблемами в данном случае являются гетерогенность медицинской среды, отсутствие преемственности между различными лечебно-профилактическими учреждениями, неодинаковая доступность системы здравоохранения для различных категорий населения и т.д.

На персональном уровне (на уровне клинициста) основными компонентами пациентоориентированной медицины являются эффективная коммуникация (как между медицинским работником и пациентом, так и внутри профессионального сообщества), активное вовлечение последнего в процесс принятия решений. Основными проблемами на данном уровне являются существование расовых/этнических предрассудков, язы-

ковые и культурные барьеры, деперсонализация пациентов, медицинская грамотность населения, которая может варьировать в очень широком диапазоне, сложности в коммуникации с особыми категориями пациентов (пациенты с психическими заболеваниями, пожилые, наркоманы, дети) и т.д.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, резюмируя все вышесказанное, следует отметить, что пациентоориентированная медицина — это сравнительно новая модель планирования, осуществления и оценки медицинских услуг, которая основывается на взаимовыгодных партнерских отношениях между медицинскими работниками, пациентами и членами их семей.

Концепцию пациентоориентированной медицины следует отличать от персонифицированной (прецизионной) медицины: несмотря на некоторую идейную общность (которая заключается в стремлении обеспечить индивидуализацию и кастомизацию медицинской помощи), эти две концепции имеют принципиально разный философский и научный базис, а потому скорее дополняют друг друга, но являются неодинаковыми сущностями.

Концепция пациентоориентированной медицины при ее надлежащей имплементации ассоциируется с улучшением клинических исходов, повышением удовлетворенности и комплаентности со стороны пациентов. Между тем внедрение принципов этой модели далеко от завершения как глобально, так и в пределах конкретной юрисдикции, в том числе и в Российской Федерации, в которой целенаправленные работы в этом направлении, по сути, начались совсем недавно и требуют дополнительного научного поиска, систематизации имеющихся данных, разработки новых правовых документов и других временных и ресурсозатратных шагов.

Исследование проводилось в рамках научно-исследовательской работы по теме: «Разработка организационной модели пациентоориентированной медицины в Российской Федерации», УДК 61, Регистрационный № НИОКР АААА-А18-

118052490066-2, Регистрационный № ИКРБС, выполняемой ФГБОУ ВО «Финансовый университет при Правительстве РФ».

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. *Thimbleby H.* Technology and the future of healthcare // *J. Public Health Res.* 2013. Т. 2. № 3. С. 28.
2. *Mellis C.* Evidence-based medicine: What has happened in the past 50 years? // *J. Paediatr. Child Health.* 2015. Т. 51. № 1. P. 65—68.
3. *Mathur S., Sutton J.* Personalized medicine could transform healthcare (Review) // *Biomed. Reports.* 2017.
4. *Thibaut F.* From basic research to personalized medicine // *Dialogues Clin. Neurosci.* 2016. Т. 18. № 3. P. 231—232.
5. *Rasool M. et al.* The role of epigenetics in personalized medicine: challenges and opportunities // *BMC Med. Genomics.* 2015. Т. 8. № S1. P. S5.
6. *Zhang L., Hong H.* Genomic Discoveries and Personalized Medicine in Neurological Diseases // *Pharmaceutics.* 2015. Т. 7. № 4. P. 542—553.
7. *Sorenson C., Drummond M., Khan B.B.* Medical technology as a key driver of rising health expenditure: Disentangling the relationship // *Clin. Outcomes Res.* 2013. Т. 5. № 1. P. 223—234.
8. *Ha J.F., Longnecker N.* Doctor-patient communication: a review // *Ochsner J.* 2010. Т. 10. № 1. P. 38—43.
9. *Bardes C.L.* Defining “Patient-Centered Medicine” // *N. Engl. J. Med.* 2012. Т. 366. № 9. P. 782—783.
10. Ontario Medical Association. Patient-Centred Care: Policy Paper. 2010. P. 34—49.
11. *Hofmarcher M.M., Oxley H., Rusticelli E.* Improved health system performance through better care coordination // *OECD Pap.* 2007. Т. 7. P. 1—85.
12. *Epstein N.* Multidisciplinary in-hospital teams improve patient outcomes: A review // *Surg. Neurol. Int.* 2014. Т. 5. № 8. P. 295.
13. *Avisar N. et al.* Multi-disciplinary patient-centered model for the expedited provision of costly therapies in community settings: The case of new medication for hepatitis C // *Isr. J. Health Policy Res.* 2017. Т. 6. № 1.
14. *Murray M.* Process improvement and supply and demand: the elements that underlie integration // *Healthc. Q.* 2009. Т. 13. Spec No. October. P. 37—42.
15. *Arpey N.C., Gaglioti A.H., Rosenbaum M.E.* How Socio-economic Status Affects Patient Perceptions of Health Care: A Qualitative Study // *J. Prim. Care Community Health.* 2017. Т. 8. № 3. P. 169—175.
16. *Schoen C. et al.* A survey of primary care physicians in eleven countries, 2009: perspectives on care, costs, and experiences // *Health Aff. (Millwood).* 2009. Т. 28. № 6.

17. *Taber J.M., Leyva B., Persoskie A.* Why do People Avoid Medical Care? A Qualitative Study Using National Data // *J. Gen. Intern. Med.* 2015. Т. 30. № 3. P. 290—297.
18. *Jayadevappa R., Chhatre S.* Patient centered care — A conceptual model and review of the state of the art // *Open Health Serv. Policy J.* 2011. Т. 4. P. 15—25.
19. *Beck A. et al.* A randomized trial of group outpatient visits for chronically ill older HMO members: The Cooperative Health Care Clinic // *J. Am. Geriatr. Soc.* 1997. Т. 45. № 5. P. 543—549.
20. *Barry H.C. et al.* A randomized controlled trial of telephone management of suspected urinary tract infections in women // *J. Fam. Pract.* 2001. Т. 50. № 7. P. 589—94.
21. *Pinnock H.* Accessibility, acceptability, and effectiveness in primary care of routine telephone review of asthma: pragmatic, randomised controlled trial // *BMJ.* 2003. Т. 326. № 7387. P. 477—479.
22. *Blanchard J., Lurie N.* R-E-S-P-E-C-T: patient reports of disrespect in the health care setting and its impact on care // *J. Fam. Pract.* 2004. Т. 53. № 9. P. 721—730.
23. *Johnson R.L. et al.* Patient race/ethnicity and quality of patient-physician communication during medical visits // *Am. J. Public Health.* 2004. Т. 94. № 12. P. 2084—2090.
24. *Kaplan S.H. et al.* Patient and Visit Characteristics Related To Physicians Participatory Decision-Making Style Results From the Medical Outcomes Study // *Med. Care.* 1995. Т. 33. № 12. P. 1176—1187.
25. *Saha S. et al.* Patient-physician racial concordance and the perceived quality and use of health care // *Arch. Intern. Med.* 1999. Т. 159. № 9. P. 997—1004.
26. *David R.A., Rhee M.* The Impact of Language as a Barrier to Effective Health Care in an Underserved Urban Hispanic Community // *Mt. Sinai J. Med.* 1998. Т. 65. № 5—6. P. 393—397.
27. *Lee L.J. et al.* Effect of Spanish interpretation method on patient satisfaction in an urban walk-in clinic // *J. Gen. Intern. Med.* 2002. Т. 17. № 8. P. 641—646.
28. *Goodrich J., Cornwell J.* Seeing the person in the patient — The Point of Care review paper // *English.* 2008. P. 63.
29. *McCabe R.* Involvement in decision making: the devil is in the detail // *World Psychiatry.* 2017. Т. 16. № 2. P. 155—156.

© Хальфин Р.А., Мадьянова В.В., Качкова О.Е., Демина И.Д., Кришталева Т.И., Домбровская Е.Н., Мильчаков К.С., Розалиева Ю.Ю., 2019

This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License



Поступила 10.03.2019

Принята 14.03.2019

DOI: 10.22363/2313-0245-2019-23-1-104-114

PATIENT-CENTERED MEDICINE: BACKGROUND TO THE TRANSFORMATION AND COMPONENTS

R.A. Khalfin¹, V.V. Madyanova¹, O.E. Kachkova², I.D. Demina²,
T.I. Krishtaleva², E.N. Dombrovskaya², K.S. Milchakov¹, Yu.Yu. Rozalieva¹

¹I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russia

²Financial University under the Government of the Russian Federation, Moscow, Russia

Abstract. *Purpose of the study.* To analyze the concept of creating patient-oriented medicine, the prerequisites for its emergence, the difficulties of introducing it into existing health systems based on foreign experience.

Materials and methods. The main materials of the study were used sources of foreign literature, which presents the concept of patient-oriented medicine, analyzed the prerequisites for changing models of health care in the European Union, USA and Asia in accordance with the principles of patient-oriented medicine, as well as data on the components and levels of patient-oriented medicine in foreign countries

Results. The analyzed literature quite fully describes the difficulties of introducing patient-oriented medicine into existing health care systems. Particular attention should be paid to a multidisciplinary approach, continuity at different levels of medical care and effective communication between the physician and the patient towards the integration of this model into clinical practice. The analysis of the availability of medical care in developed countries and its dependence on social status, ethnicity and disease of the patient.

Conclusion. Patient-oriented medicine is a new model for planning, implementing and evaluating medical services, which is based on mutually beneficial partnerships between medical workers, patients and their families. Taking into account the current problems of domestic health care, the introduction of the patient-oriented model will significantly improve the quality of medical care provided to the population of our country. Globally, the implementation of the principles of this model is far from complete. In the Russian Federation, targeted work in this direction requires additional scientific research, systematization of available data, and development of new legal documents

Keywords: patient-centered concept, healthcare system, communication, inequality, depersonalization of patients

Corresponding author: Yulia Rozalieva; candidate of Medical Sciences; I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, High School of Healthcare Administration Institute of Leadership and Management in Public Health; address: 109004, st. Alexander Solzhenitsyn, 28, p. 1 Moscow, Russia.

E-mail: uur@hsha.ru

Khalfin R.A. ORCID: 0000-0001-7406-9826

Madyanova V.V. ORCID: 0000-0003-2328-2939

Kachkova O.E. ORCID: 0000-0003-1439-2845

Demina I.D. ORCID: 0000-0003-2817-5462

Krishtaleva T.I. ORCID: 0000-0003-4297-5917

Dombrovskaya E.N. ORCID: 0000-0002-3298-4337

Milchakov K.S. ORCID: 0000-0003-4092-2539

Rozalieva Yu.Yu. ORCID: 0000-0003-3577-6178

REFERENCES

1. Thimbleby H. Technology and the future of healthcare. *J. Public Health Res.* 2013. T. 2. № 3. C. 28.
2. Mellis C. Evidence-based medicine: What has happened in the past 50 years? *J. Paediatr. Child Health.* 2015. T. 51. № 1. P. 65—68.
3. Mathur S., Sutton J. Personalized medicine could transform healthcare (Review). *Biomed. Reports.* 2017.
4. Thibaut F. From basic research to personalized medicine. *Dialogues Clin. Neurosci.* 2016. T. 18. № 3. P. 231—232.
5. Rasool M. et al. The role of epigenetics in personalized medicine: challenges and opportunities. *BMC Med. Genomics.* 2015. T. 8. № S1. P. S5.
6. Zhang L., Hong H. Genomic Discoveries and Personalized Medicine in Neurological Diseases. *Pharmaceutics.* 2015. T. 7. № 4. P. 542—553.
7. Sorenson C., Drummond M., Khan B.B. Medical technology as a key driver of rising health expenditure: Disentangling the relationship. *Clin. Outcomes Res.* 2013. T. 5. № 1. P. 223—234.
8. Ha J.F., Longnecker N. Doctor-patient communication: a review. *Ochsner J.* 2010. T. 10. № 1. P. 38—43.
9. Bardes C.L. Defining “Patient-Centered Medicine”. *N. Engl. J. Med.* 2012. T. 366. № 9. P. 782—783.
10. Ontario Medical Association. Patient-Centred Care: Policy Paper. 2010. 34—49 p.
11. Hofmarcher M.M., Oxley H., Rusticelli E. Improved health system performance through better care coordination. *OECD Pap.* 2007. T. 7. P. 1—85.
12. Epstein N. Multidisciplinary in-hospital teams improve patient outcomes: A review. *Surg. Neurol. Int.* 2014. T. 5. № 8. P. 295.
13. Avisar N. et al. Multi-disciplinary patient-centered model for the expedited provision of costly therapies in community settings: The case of new medication for hepatitis C. *Isr. J. Health Policy Res.* 2017. T. 6. № 1.
14. Murray M. Process improvement and supply and demand: the elements that underlie integration. *Healthc. Q.* 2009. T. 13 Spec No. № October. P. 37—42.
15. Arpey N.C., Gaglioti A.H., Rosenbaum M.E. How Socio-economic Status Affects Patient Perceptions of Health Care: A Qualitative Study. *J. Prim. Care Community Health.* 2017. T. 8. № 3. P. 169—175.
16. Schoen C. et al. A survey of primary care physicians in eleven countries, 2009: perspectives on care, costs, and experiences. *Health Aff. (Millwood).* 2009. T. 28. № 6.
17. Taber J.M., Leyva B., Persoskie A. Why do People Avoid Medical Care? A Qualitative Study Using National Data. *J. Gen. Intern. Med.* 2015. T. 30. № 3. P. 290—297.
18. Jayadevappa R., Chhatre S. Patient centered care — A conceptual model and review of the state of the art. *Open Health Serv. Policy J.* 2011. T. 4. P. 15—25.
19. Beck A. et al. A randomized trial of group outpatient visits for chronically ill older HMO members: The Cooperative Health Care Clinic. *J. Am. Geriatr. Soc.* 1997. T. 45. № 5. P. 543—549.
20. Barry H.C. et al. A randomized controlled trial of telephone management of suspected urinary tract infections in women. *J. Fam. Pract.* 2001. T. 50. № 7. P. 589—94.

21. Pinnock H. Accessibility, acceptability, and effectiveness in primary care of routine telephone review of asthma: pragmatic, randomised controlled trial. *BMJ*. 2003. Т. 326. № 7387. P. 477—479.
22. Blanchard J., Lurie N. R-E-S-P-E-C-T: patient reports of disrespect in the health care setting and its impact on care. *J. Fam. Pract.* 2004. Т. 53. № 9. P. 721—730.
23. Johnson R.L. et al. Patient race/ethnicity and quality of patient-physician communication during medical visits. *Am. J. Public Health*. 2004. Т. 94. № 12. P. 2084—2090.
24. Kaplan S.H. et al. Patient and Visit Characteristics Related To Physicians Participatory Decision-Making Style Results From the Medical Outcomes Study. *Med. Care*. 1995. Т. 33. № 12. P. 1176—1187.
25. Saha S. et al. Patient-physician racial concordance and the perceived quality and use of health care. *Arch. Intern. Med.* 1999. Т. 159. № 9. P. 997—1004.
26. David R.A., Rhee M. The Impact of Language as a Barrier to Effective Health Care in an Underserved Urban Hispanic Community. *Mt. Sinai J. Med.* 1998. Т. 65. № 5—6. P. 393—397.
27. Lee L.J. et al. Effect of Spanish interpretation method on patient satisfaction in an urban walk-in clinic. *J. Gen. Intern. Med.* 2002. Т. 17. № 8. P. 641—646.
28. Goodrich J., Cornwell J. Seeing the person in the patient — The Point of Care review paper. *English*. 2008. P. 63.
29. McCabe R. Involvement in decision making: the devil is in the detail. *World Psychiatry*. 2017. Т. 16. № 2. P. 155—156.

© Khalfin R.A., Madyanova V.V., Kachkova O.E., Demina I.D., Krishtaleva T.I., Dombrovskaya E.N, Milchakov K.S., Rozalieva Yu.Yu., 2019

This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License



Received 10.03.2019

Accepted 14.03.2019