

*Харисов А.М.¹, Сухотерин А.Ф.¹, Селезнев П.С.²,
Качкова О.Е.², Чаленко Н.Н.²*

ТРАНСФОРМАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ К ПАЦИЕНТООРИЕНТИРОВАННОЙ МОДЕЛИ

1. ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А.Вишневого»
2. Финансовый университет при Правительстве РФ

*Kharisov A.M.¹, Sukhoterin A.F.¹, Seleznev P.S.²,
Kachkova O.E.², Chalenko N.N.²*

HEALTH TRANSFORMATION TO A PATIENT-ORIENTED MODEL

1. Federal State Budgetary Institution "3 TsVKG im. A.A. Vishnevsky "
2. Financial University under the Government of the Russian Federation

Контактная информация:

Харисов А.М., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы, начальник филиала №3 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневого»

Сухотерин А.Ф., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы, заместитель начальника филиала №3 ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневого»

Селезнев П.С., доктор политических наук, заместитель директора по персоналу Финансового университета при Правительстве РФ

Качкова О.Е., кандидат экономических наук, доцент, заместитель руководителя Департамента учета, анализа и аудита, Финансового университета при Правительстве РФ

Чаленко Н.Н., начальник группы предпроектного развития и коммерциализации результатов НИР, преподаватель кафедры «Анализ рисков и экономическая безопасность», Финансового университета при Правительстве РФ

Резюме. В статье рассматриваются ключевые вопросы организации и развертывания в России пациентоориентированной модели здравоохранения. Современное состояние России характеризуется переходным периодом к пациентоориентированной модели здравоохранения, о чем свидетельствует наличие правовой базы. В результате исследования также были выявлены некоторые компоненты пациентоориентированной модели, например, Единая государственная

информационная система в сфере здравоохранения. Однако для полной трансформации необходимо уделять повышенное внимание семи элементам, указанным в данной статье.

Ключевые слова: медицина, пациентоориентированный подход, трансформация здравоохранения, доступность медицинской помощи.

Abstract. The article deals with the key issues of organization and deployment in Russia of a patient-oriented health care model. The current state of Russia is characterized by a transition period to a patient-oriented model of health care, as evidenced by the existence of a legal framework. As a result of the research, some components of the patient-oriented model were also identified, for example, the Unified State Health Information System. However, for the complete transformation, it is necessary to pay special attention to the seven elements mentioned in this article.

Key words: medicine, patient-oriented approach, health care transformation, access to medical care.

Элементы трансформации здравоохранения к пациентоориентированной модели. Правительства государств и многие люди надеются, что широкое внедрение модели здравоохранения, ориентированного на пациента, улучшит качество и ограничит затраты на здравоохранение. Несмотря на то, что в массовых масштабах еще не доказан этот аспект, новая модель представляет собой важное обновление традиционной практики медико-санитарной помощи.

Модель объединяет четыре основных направления деятельности по реформированию здравоохранения:

- Участие в сообществе – социальный и проверенный подход к удовлетворению потребностей населения сообщества в медико-санитарной помощи. Подход означает вовлечение заинтересованных людей сообщества в анализ, принятие решений, планирование и реализацию программ, а также во все виды деятельности и совместное использование их потребностей, проживающих в конкретном географическом районе, и создание механизмов для удовлетворения этих потребностей. Ответственность за здоровье лежит не только на правительстве, но и на лицах, семьях и общинах. Универсальный охват медико-санитарной помощью не может быть достигнут без участия местного сообщества. Для этого следует в максимальной степени полагаться на местные ресурсы: кадры, деньги и материал.

- Межсекторальная координация: сотрудничество различных отраслей, таких как сельское хозяйство, образование, промышленность, жилье, связь, животноводство и другие отрасли.

Данное сотрудничество требует: сильной политической воли, адаптации административной системы для обеспечения такой координации, принятие соответствующего законодательства; совместное планирование в целях уклонения от дублирования.

- Соответствующие технологии – важная стратегия улучшения доступности медицинских услуг. Определяется как «технология, которая является научно обоснованной, адаптируемой к местным потребностям и приемлемой для тех, кто ее применяет и к которой она применяется, и которая может поддерживаться самими людьми в соответствии с принципом самообеспечения ресурсами, которые сообщество и страна могут себе позволить» [10].

- Доступный механизм поддержки – естественный или установленный процесс, посредством которого что-то способствует повышению качества жизни и обеспечивает буфер от неблагоприятных жизненных событий. В системе поддержки люди получают личную, физическую, умственную, духовную и инструментальную (а иногда и информационную) поддержку, что очень важно для достижения цели медико-санитарного обслуживания.

Во-первых, все больше данных свидетельствует о том, что «четыре основных компонента медицинской помощи» способствуют повышению качества медицинского обслуживания по более низким ценам и с большей степенью справедливости [12], [14], [15]. Четыре основных компонента-это доступ к первичному контактному уходу, скоординированному уходу, всестороннему уходу и устойчивым личным отношениям.

Во-вторых, большинство моделей медицинского обслуживания включает в себя модель оказания помощи при хронических заболеваниях, что свидетельствует о положительном воздействии на их исходы [8], [16].

В-третьих, пациентоориентированная модель здравоохранения зависит от активизации и вовлеченности пациентов, которые хотят лучшего обслуживания и прозрачности в области здравоохранения и стремятся сформировать партнерские отношения с практикой здравоохранения.

В-четвертых, пациентоориентированная медицина включает новые информационные технологии здравоохранения, электронные клинические информационные системы и телекоммуникационные возможности.

Трансформация систем здравоохранения, направленная на то, чтобы сосредоточиться на пациентах и лучше обслуживать «всего» пациента – сложная задача. Пациентоориентированный подход представляет собой переход от традиционных, патерналистских,

ориентированных на поставщиков, ориентированных на болезни подходов к системам здравоохранения, которые гарантируют, что пациенты, включая их предпочтения, потребности, желания и опыт, полностью интегрируются в каждый этап медицинских консультаций, лечения и наблюдения. Пациентоориентированная модель здравоохранения включает в себя расширение возможностей пациентов, фокусирование на отношениях между пациентом и поставщиком и предоставление поставщикам услуг для партнерства с пациентами для лучшего соответствия целям пациентов.

Мало известно о том, как наилучшим образом преобразовать традиционно ориентированную на поставщика систему помощи в ту, где предпочтения и цели пациента обеспечивают и стимулируют уход и поддерживают это изменение. Некоторые зарубежные исследования дают понимание организационной практики, необходимой для изменения культуры организаций здравоохранения в целях реализации пациентоориентированного подхода. В одном из исследований было выявлено несколько ключевых организационных и пациентных практик, связанных с высокими показателями опыта пациентов в стационарных отделениях, в том числе с ориентацией на сестринскую практику, лидерство и ответственность за поведение врача [11]. Другие исследования, посвященные изучению возможностей пациентов, определили ключевые практики для содействия пациентоориентированного подхода, включая сильную приверженность лидерству, передачу стратегического видения, систематическое измерение и обратную связь, а также наличие подотчетности и стимулов для обеспечения пациентоориентированного модели здравоохранения [9], [13]. Тем не менее, несмотря на наличие понимания организационной практики, оно остается неполным и индивидуальным для каждого государства.

Выделяют семь элементов для трансформации здравоохранения к пациентоориентированной медицине:

1. Лидерство. Этот элемент имеет решающее значение для трансформации и для продвижения любых инициатив. Несколько исследований показало, что прежнее руководство оказывало меньшую поддержку, и именно с изменением руководства пациентоориентированная модель могла продвигаться вперед. Важно, чтобы руководители служили образцом для пациентоориентированного подхода и активно привлекали персонал к данной инициативе. Сотрудники выделяют тот факт, что пациентоориентированный подход должен быть стратегическим приоритетом, который подчеркивает руководитель, посредством неявного одобрения или предоставления ресурсов для инициатив.

2. Участие пациента и семьи. Получение обратной связи пациентов, определение перспектив пациентов и выяснение того, что наиболее важно для пациентов и семей, необходимы для планирования и внедрения пациентоориентированного подхода.

3. Участие персонала. Привлечение персонала к пациентоориентированному подходу включает в себя процесс инкультурации для изменения отношений и приоритетов. Сотрудники должны рассматривать пациентоориентированный подход как необходимость медицинской помощи, а не как очередную мимолетную инициативу. Обучение персонала – один из механизмов укрепления культурных изменений. Таким образом, подчеркивается необходимость организации в учреждениях специальных тренингов для пациентоориентированного подхода, чтобы побудить персонал интегрировать практику пациентоориентированного подхода в свою деятельность.

4. Сосредоточение на нововведениях пациентоориентированного подхода.

5. Согласование ролей и приоритетов персонала. Некоторые исследования показали, что, когда пациентоориентированный подход был связан с внедрением конкретных инноваций, участники боролись с увеличением рабочей нагрузки без снижения существующего бремени работы. Некоторые сотрудники рассматривали практику пациентоориентированного подхода как дополнительную «побочную» обязанность, которая не была хорошо согласована с их главными приоритетами.

6. Организационные структуры и процессы, которые могут быть препятствием для внедрения пациентоориентированной модели.

7. Окружающая среда медицинской помощи. Среда изменений в медицине считается наиболее эффективной, когда она сопровождается функциональными изменениями, которые способствуют взаимодействию пациента и поставщика.

Данные элементы были выделены в ходе исследования медицинских центров, которые считаются лидерами в пациентоориентированном подходе. Следовательно, возможно наличие барьеров на пути реализации пациентоориентированной модели здравоохранения с точки зрения тех, кто менее вовлечен в этот процесс. Продольное исследование трансформации приведет к более глубокому пониманию того, как каждый из этих элементов способствует дальнейшей трансформации.

Уже на сегодняшний день в России предприняты шаги к переходу на пациентоориентированную модель здравоохранения. С 2015 г. впервые были введены обязательные сроки для ожидания и оказания

любых видов медицинских услуг. Также, впервые в 2015 г. была сделана геоинформационная карта как для всей страны, так и для каждого региона, определяющая зоны риска доступности медицинской помощи с территориальной и транспортной точек зрения. Кроме того, о трансформации пациентоориентированного подхода свидетельствует наличие общественных советов при региональных министерствах здравоохранения и советов при территориальных управлениях Росздравнадзора.

С 2011 г. действует Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», регулирующий отношения между государством-пациентом-врачом. Одним из важных полномочий является лекарственное обеспечение пациентов с редкими заболеваниями. Помимо внесения изменений в действующий нормативно-правовую базу, Министерство здравоохранения России дал необходимые разъяснения в области льготного лекарственного обеспечения и разработки стандартов лечения, в частности:

- Утверждены правила определения и формирования перечней льготного лекарственного обеспечения;
- Выведен из-под действия контрсанкционных решений ряд видов лекарственных препаратов;
- Расширено взаимодействие общественных и пациентных организаций с Министерством промышленности и торговли Российской Федерации;
- Внесены поправки в порядок выписки рецептов пациентам, страдающим сложными и хроническими заболеваниями.

По вопросам льготного обеспечения Правительство РФ в 2018 г. выделило в общей сложности 31,65 млрд руб. В 2017 г. была выделена такая же сумма, но в итоге общая сумма составила 34,27 млрд руб. [6]. При этом 72% льготников покупают лекарства на свои деньги, что свидетельствует о несовершенстве механизмов пациентоориентированного подхода. При этом доступность в законодательстве выделяется одним из основных признаков трансформации к пациентоориентированной модели здравоохранения.

Акцент на доступность и качество медицинской помощи отражается в национальном проекте «Здоровье» (2009-2012 г.), который простимулировал трансформацию здравоохранения к пациентоориентированной модели. Кроме того, подходы пациентоориентированной модели сформулированы в приказе Министерства здравоохранения РФ от 24 апреля 2018 г. N 186 "Об утверждении Концепции предиктивной, превентивной и персонализированной медицины", определяющем индивидуализацию

подходов к пациенту, в том числе до развития заболеваний, то есть приказ затрагивает аспекты пациентоориентированной модели здравоохранения, а именно:

- Выявление предрасположенностей к заболеваниям и назначение лечения на основе анализа генетических особенностей и иных биомаркеров;
- Применение персонализированных подходов к лечению заболеваний;
- Использование биомаркеров для мониторинга в целях обеспечения эффективного лечения.

Элементы пациентоориентированной медицины поддерживаются программами как города Москвы, так и пилотными проектами регионов РФ. В качестве основы трансформации принимается государственная программа Москвы «Об утверждении Государственной программы города Москвы «Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение)», в которой возможность реализации пациентоориентированной системы здравоохранения определяется ресурсным обеспечением и инфраструктурным потенциалом Москвы. Также элементы пациентоориентированной модели здравоохранения находят отражение в политике Президента РФ, например, вопросы в области обеспечения доступности или формирования систем защиты прав пациентов описываются в Указе Президента РФ от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года».

В условиях трансформации к пациентоориентированной модели важное значение приобретает использование современной цифровой техники, информационно-коммуникационных сетей, телемедицинских технологий, компьютерных сетей в целях поддержки принятия решений и поддержки пациентов с информационной точки зрения. В настоящее время создана Единая государственная информационная система в сфере здравоохранения, регулируемая Постановлением Правительства РФ от 05.05.2018 №555 и определяющая порядок доступа и обмена информацией с целью создания единого цифрового информационного пространства в сфере здравоохранения. Создание информационных систем предусмотрено и на региональном уровне в соответствии с №323-ФЗ. Несколько лет действует Единый портал государственных и муниципальных услуг, с помощью которого можно получить различные услуги, в том числе и медицинские.

Заключение

Таким образом, трансформация модели здравоохранения, ориентированной на пациента, является сложной и долгосрочной задачей. Усилия по трансформации должны быть многогранными и

встречаться на всех уровнях организации. Усилия должны быть направлены на привлечение внимания сотрудников, поощрение инноваций, решение приоритетов персонала, решение вопросов политики и процедур, которые могут помешать работе пациентоориентированного подхода.

Несмотря на текущие достижения по вопросам трансформации здравоохранения к пациентоориентированной модели, такие как наличие нормативно-правовой базы, Единая государственная информационная система в сфере здравоохранения, Единый портал государственных и муниципальных услуг и некоторые другие, большая часть технологий не созрела для использования, а также не была продемонстрирована интероперабельность внутри практик и между районами здравоохранения.

В соответствии с этим для развития здравоохранения, ориентированного на пациента, требуется политическая среда для поддержки, которая устанавливает разумные ожидания и временные рамки для инноваций. Кроме того, такая среда будет способствовать реализации пациентоориентированного подхода в соответствии с охватом семи основных элементов: лидерство; участие пациента и семьи; участие персонала; сосредоточение на нововведениях; согласование ролей и приоритетов персонала; организационные структуры и процессы; окружающая среда. Однако стоит отметить тот факт, что изучение этих элементов проводилось с точки зрения тех, кто активно вовлечен в процесс трансформации к пациентоориентированной модели. Использование данных элементов определяет способы, с помощью которых внедряется пациентоориентированный подход. Таким образом, преобразование системы здравоохранения путем акцентирования внимания на этих элементах и лучшем обслуживании «всего» пациента – сложное дело и требует подхода на системном уровне.

Литература

1. Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" № 323-ФЗ от 21.11.2011 URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (дата обращения 21.05.2018).

2. Указ Президента РФ от 7 мая 2018 г. № 204 "О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года" URL: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71837200/#ixzz5H64Wkmyx> (дата обращения: 21.05.2018).

3. Постановление Правительства РФ от 05.05.2018 № 555 "О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения" (вместе с "Положением о единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения") URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_297474/ (дата обращения: 21.05.2018).

4. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 24.04.2018 г. № 186 "Об утверждении Концепции предиктивной, превентивной и персонализированной медицины" URL: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71847662/#ixzz5H5o№YkCl> (дата обращения: 21.05.2018).

5. Стратегия развития здравоохранения Российской Федерации на период до 2025 года (проект, Минздрав России, ред. от 28.12.2017) URL: <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/strategiya-razvitiya-zdravoohraneniya-rossiyskoy-federatsii> (дата обращения: 21.05.2018).

6. Правительство выделило 31,7 млрд рублей на льготные лекарства в 2018 году // *Vademecum*. URL: <https://vademec.ru/news/2017/12/29/pravitelstvo-vydelilo-na-2018-god-31-7-mlrd-rublej-na-lgotnye-lekarstva/> (дата обращения: 02.07.2018).

7. Приоритетный национальный проект «Здоровье» // Министерство здравоохранения Архангельской области. URL: https://www.minzdrav29.ru/health/national_project/ (дата обращения: 02.07.2018).

8. Bodenheimer, T., Wagner, E.H., Grumbach, K. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, Part 2 / T. Bodenheimer, E.H. Wagner, K. Grumbach // *JAMA*. – 2002. - № 288 (15). – С. 1909-1914.

9. Luxford, K., Safran, D.G., Delbanco, T. Promoting patient-centered care: a qualitative study of facilitators and barriers in healthcare organizations with a reputation for improving the patient experience / K. Luxford, D.G. Safran, T. Delbanco // *Int J Qual Health Care*. – 2011. - № 23 (5). – С. 510-515.

10. Primary Health Care -Introduction, Principles and Elements. Available at: <http://howmed.net/community-medicine/primary-health-care-introduction-principals-and-elements/> (Accessed 29.06.2018).

11. Promising Practices for Achieving Patient-centered Hospital Care: A National Study of High-performing US Hospitals / H.J. Aboumatar и др. // *Med Care*. – 2015. - № 53 (9). – С. 758-767.

12. Rosenthal, T.C. The medical home: growing evidence to support a new approach to primary care / T.C. Rosenthal // *J Am Board Fam Med*. – 2008. – Т. 21, № 5. – С. 427-440.

13. Shaller, D. Patient-Centered Care: What Does It Take? / D. Shaller // New York: Commonwealth Fund. – 2007.

14. Starfield, B. Primary Care: Concept, Evaluation, and Policy / B. Starfield // Journal of Physical Therapy Education. – 1992. – Т. 7, № 2. – С. 80-81.

15. Starfield, B., Shi, L., Macinko, J. Contribution of primary care to health systems and health / B. Starfield, L. Shi, J. Macinko // Milbank Q. – 2005. – № 83 (3). – С. 457-502.

16. Wagner, E.H., Austin, B.T., Von Korff, M. Organizing care for patients with chronic illness / E.H. Wagner, B.T. Austin, M. Von Korff // Milbank Q. – 1996. - № 74 (4). – С. 511-544.

DOI: 10.25742/NRIPH.2019.03.012

Черкасов С.Н., Безмельницына Л.Ю., Мешков Д.О., Сопова И.Л.

**ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ФАКТОРОВ РИСКА НА ТЕЧЕНИЕ И
ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ**

ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени
Н.А.Семашко»

Cherkasov S.N., Bezmel'nicyna L.Y., Meshkov D.O., Sopova I.L.

**EVALUATION OF THE INFLUENCE OF THE RISK FACTORS ON
THE CURRENT AND OUTPUTS OF PREGNANCY**

Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow

Контактная информация:

Черкасов Сергей Николаевич - доктор медицинских наук, заведующий отделом исследований общественного здоровья ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А.Семашко». E-mail: cherkasovsn@mail.ru

Безмельницына Людмила Юрьевна - кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник ФГБНУ "Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н.А. Семашко", E-mail: blyu18@gmail.com

Мешков Дмитрий Олегович - доктор медицинских наук, заведующий сектором координации научных исследований и