

## ОБЗОР

УДК 614.2

**КЛЮЧЕВЫЕ АСПЕКТЫ ПАЦИЕНТ-ОРИЕНТИРОВАННОЙ МОДЕЛИ  
УПРАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ****<sup>1</sup>Шахабов И.В., <sup>2</sup>Мельников Ю.Ю., <sup>2</sup>Смышляев А.В.**<sup>1</sup>*ГБУЗ «Научно-практический клинический центр диагностики и телемедицинских технологий  
Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, e-mail: islam75@mail.ru;*<sup>2</sup>*ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации  
здравоохранения Министерства здравоохранения Российской Федерации»,  
Москва, e-mail: alexeysmishlyaev@yandex.ru*

В обзоре представлены ключевые аспекты формирования пациент-ориентированной модели управления медицинской организацией. Дано определение пациент-ориентированного здравоохранения в соответствии с современными представлениями. Описаны ключевые принципы и шаги по внедрению пациент-ориентированного подхода при оказании медицинской помощи. В сбалансированной системе здравоохранения модель «врач-пациент» является основой в структуре модели пациент-ориентированного здравоохранения. Данная модель является «материнской платформой» (базовым неделимым элементом) для формирования модели «медицинская организация – пациент». Модель «медицинская организация – пациент» является базовым элементом для модели на макроуровне. Помимо этого, проанализированы факторы, препятствующие внедрению данного подхода. Одним из них является негибкая система оплаты труда. Несмотря на введение эффективных критериев оценки труда сотрудников, утвержденная система по сути не учитывает качества оказываемых медицинских услуг. Привязка количества обслуживаемых пациентов к оценке качества оказанных услуг и уровню оплаты труда является не эффективной. Такой подход может привести в формальной оценке труда медицинских работников без корреляции с показателями здоровья обслуживаемого населения. Авторы заострили внимание на базовых аспектах пациент-ориентированного подхода – комплаентности и лояльности пациентов. Раскрыты сущность и значимость этих факторов. При формировании пациент-ориентированного управления в медицинской организации необходимо руководствоваться в принятии решений прежде всего интересами пациента. Главной целью является повышение уровня доверия пациента к врачу и к медицинской организации в целом. Надлежащее внедрение пациент-ориентированного подхода приведет к повышению обращаемости населения, увеличению приверженности к лечению и росту лояльности к медицинской организации. В конечном итоге это повысит раннюю диагностику заболеваний, увеличит длительность ремиссий у пациентов и снизит уровень заболеваемости населения в целом.

**Ключевые слова:** пациент-ориентированный подход, комплаентность, лояльность, медицинская услуга, здравоохранение

**KEY ASPECTS OF A PATIENT-ORIENTED MANAGEMENT MODEL  
OF A MEDICAL ORGANIZATION****<sup>1</sup>Shakhabov I.V., <sup>2</sup>Melnikov Yu.Yu., <sup>2</sup>Smyshlyaev A.V.**<sup>1</sup>*Research and Practical Clinical Center for Diagnostics and Telemedicine Technologies  
of the Moscow Health Care Department, Moscow, e-mail: islam75@mail.ru;*<sup>2</sup>*Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Ministry of Health  
of the Russian Federation, Moscow, e-mail: alexeysmishlyaev@yandex.ru*

The review presents key aspects of the formation of a patient-oriented model of managing a medical organization. The definition of patient-oriented healthcare in accordance with modern concepts is given. The key principles and steps to implement a patient-oriented approach in the provision of medical care are described. In a balanced healthcare system, the doctor-patient model is the foundation in the structure of the patient-centered healthcare model. This model is the «mother platform» (the basic indivisible element) for the formation of the model «medical organization – patient». The model «medical organization – patient» is the basic elements for the model at the macro level. In addition, factors that impede the implementation of this approach are analyzed. One of which is the inflexible system of remuneration. Despite the introduction of effective criteria for evaluating the work of employees, the approved system essentially does not take into account the quality of the medical services provided. Linking the number of patients served to an assessment of the quality of the services provided and the level of remuneration is not effective. Such an approach can result in a formal assessment of the work of medical workers without correlation with the health indicators of the served population. The authors focused on the basic aspects of a patient-oriented approach – patient compliance and loyalty. The essence and significance of these factors are disclosed. When forming a patient-oriented management in a medical organization, it is necessary to be guided in decision-making primarily by the interests of the patient. The main goal is to increase the level of patient confidence in the doctor and in the medical organization as a whole. The proper implementation of a patient-oriented approach will lead to an increase in the appealability of the population, an increase in adherence to treatment and an increase in loyalty to the medical organization. Ultimately, this will increase the early diagnosis of diseases, increase the duration of remissions in patients and reduce the incidence of the general population.

**Keywords:** patient-oriented approach, patient compliance, patient loyalty, medical service, healthcare

Понятие пациент-ориентированного подхода появилось достаточно недавно. Безусловно, данный подход произраста-

ет из недр клиент-ориентированного подхода, только с той разницей, что в данном случае клиентом (конечным потребителем)

является пациент (клиент медицинской организации), а услуга является медицинской. Это вносит в формирование подхода существенные особенности. Приравнивать клиент-ориентированный подход к пациент-ориентированному, конечно, нельзя, хотя стоит заметить, что принципы формирования их, безусловно, едины. Формируя услугу и выводя ее на рынок, необходимо понимать, что ключевым будет конгруэнтность покупательской (потребительской) способности и предлагаемой модели услуг [1]. Продукт (услуга) должен прежде всего соответствовать ожиданиям потребителя. Необходимо выстраивать гибкую систему взаимодействия (работы) с клиентами и своевременно менять условия предоставления услуг в случае изменения потребностей и желаний конечного потребителя. Создание комфортных эмоционально-психологических условий и соучастие в поиске решений для клиента – это базовые принципы наряду со стремлением постоянно совершенствоваться и изменяться к лучшему в отношении производства продукта (услуги) [2]. Особенности пациент-ориентированного подхода заключаются в том, что на основе клиент-ориентированности необходимо создать инновационный подход к планированию, проведению, оценке и контролю медицинской помощи, которая базируется на партнерских и взаимовыгодных принципах сотрудничества между пациентом и его ближайшим окружением (семья) с медицинской организацией в лице административного, врачебного, сестринского и обеспечивающего персонала [3; 4].

*Принципы пациент-ориентированного подхода*

В 1993 г. Picker Institute & Harvard Medical School было проведено широкое социологическое исследование, результаты которого легли в основу мировой концепции пациент-ориентированности [5; 6]. В ходе исследования ученые пришли к выводу, что в основе подхода лежат восемь ключевых принципов [7]:

1. Первый принцип пациент-ориентированности заключается в уважении потребительских ценностей, потребностей и предпочтений. Рассматривая принцип «уважительного отношения к пациенту», можно говорить, что данный аспект отражается в обеспечении прав граждан в сфере оказания медицинской помощи. Помимо этого, ставится во главу угла приоритет интересов пациента.

2. Второй принцип – целостность, логичность и преемственность лечебно-диа-

гностического процесса. Надо понимать, что пациенты в данном аспекте являются уязвимым звеном. Болезнь, которая снижает качество жизни пациента, окрашивает в негативные краски психоэмоциональный фон настроения. Пациент, видя согласованность действий со стороны медицинских работников, вселяет в себя надежду на скорейшее выздоровление.

3. Третий принцип – информированность пациента обо всех деталях лечебно-диагностического процесса, о ходе медико-социальной реабилитации и т.д. Этот принцип достаточно широкий и охватывает много аспектов. Так, пациент по желанию должен иметь доступ к информации о своем заболевании, о клиническом состоянии, о вариантах лечения, а также о методах профилактики.

4. Четвертый принцип – создание комфортных условий пребывания пациента в процессе оказания ему медицинской помощи на всех этапах: в амбулаторно-поликлиническом учреждении, в стационаре, в отделениях реабилитации и т.д.

5. Пятый принцип – обеспечение эмоциональной поддержки в отношении пациента. В реализации данного принципа медицинский работник должен учитывать такие факторы, как обеспокоенность пациента по поводу своего состояния, а также исхода заболевания. Надо учитывать, что пациенты могут испытывать тревогу из-за возможных последствий болезни (инвалидизация, финансовая несостоятельность, потеря работы, проблемы в семье).

6. Шестой принцип – создание условий общения пациента с его ближайшим окружением. Следует уделять внимание уровню субъективного комфорта пациента, по возможности обеспечивать всестороннюю поддержку, не ограничивать его в общении с родственниками, коллегами, друзьями.

7. Седьмой принцип – обеспечение непрерывности лечебного процесса, а также оправдание ожиданий в части его видоизменения со временем. Для обеспечения этого принципа прежде всего надо доносить подробную информацию о лекарственных препаратах, ограничениях, диетах в доступной для пациента форме.

8. Восьмой принцип является базовым и формирующим все предыдущие принципы. Он заключается в надлежащем обеспечении доступности медицинской помощи для потенциального пациента. Это физическая доступность к медицинской организации, наличие общественного транспорта, возможность беспрепятственной записи на прием к врачу, возможность выбора врача, методики лечения.

*Внедрение пациент-ориентированного подхода*

Один из первых шагов во внедрении пациент-ориентированного подхода при оказании медицинской помощи населению – это необходимость знать мнение пациентов о качестве и доступности оказываемых им медицинских услуг [8]. Самый простой способ – это опрос пациентов «на выходе». Прежде всего, необходимо поменять модель взаимодействия в структуре взаимодействия с пациентом как конечным и ключевым потребителем медицинской услуги [9; 10]. Необходимо задавать вопрос «Что бы Вы хотели улучшить в работе медицинской организации?», а не «Что случилось у Вас при посещении медицинской организации?». При этом надо понимать, что отслеживание настроений и ожиданий пациентов ложится не на плечи медицинских работников (врачебный и/или средний медицинский персонал), а на обеспечивающий персонал по данному направлению. Медицинский персонал обеспечивает основной поток ценностей организации, и пациент-ориентированность в их отношении лежит в области этики и деонтологии медицинской деятельности, степени эмпатии и т.д. [11].

Можно говорить о трёхуровневой системе (структуре) пациент-ориентированного здравоохранения. На микроуровне ключевым является модель взаимоотношений «врач – пациент», на среднем уровне – «медицинская организация – пациент», на макроуровне – «национальная система здравоохранения – пациент». При этом в сбалансированной системе здравоохранения основой в этой структуре является модель «врач – пациент». Она является «материнской платформой» (базовым неделимым элементом) для формирования модели «медицинская организация – пациент». В свою очередь, модель «медицинская организация – пациент» является базовым элементом для модели макроуровня [12]. В несбалансированной системе здравоохранения одна из моделей может преобладать на фоне деградации других моделей. Так, например, при гипертрофии модели «врач – пациент», которая преобладает в кризисные ситуации (при разрушении национальной системы здравоохранения), формируется частный децентрализованный сектор медицинских организаций. При увеличении роли государства и централизации системы здравоохранения, бюрократизации и формализации лечебно-диагностического процесса происходит деградация модели «врач – пациент». При этом при увеличении доли государства

в формировании национальной системы здравоохранения, при отсутствии эффективных инструментов управления (процессно-ориентированный подход в управлении медицинской организацией, внедрение бережливых технологий на рабочих местах) и контроля (независимые профессиональные союзы, ассоциации и т.д.), происходит монополизация рынка медицинских слуг и уничтожение конкурентных взаимоотношений [13]. Отсутствие конкуренции на рынке медицинских услуг пагубно сказывается как для медицинских работников, так в итоге и для пациентов. Для медицинского персонала в данной ситуации ключевым критерием профессиональной состоятельности становится не уровень и широта компетенций, а лояльность к работодателю. Для пациентов – это прежде всего падение качества медицинских услуг [14; 15].

Внедрению пациент-ориентированного подхода в оказании медицинских услуг могут препятствовать ряд факторов. Прежде всего, это система профессиональной организации труда медицинских работников. Здесь одним из ключевых факторов является негибкая система оплаты труда. В настоящее время, несмотря на введение эффективных критериев оценки труда сотрудников, утверждённая система, по сути, не учитывает качества оказываемых медицинских услуг (за исключением формальных критериев). Привязка количества обслуживаемых пациентов к оценке качества оказанных услуг и уровню оплаты труда является не эффективной в долгосрочной перспективе [16]. Такой подход может привести в формальной оценке труда медицинских работников без корреляции с показателями здоровья обслуживаемого населения. Зачастую врач может стремиться (если речь идет о корреляции между уровнем оплаты труда и количеством пациентов) к увеличению базы пациентов. Тем самым сокращается время, затрачиваемое на каждого пациента в отдельности. Такой подход неминуемо приведет к падению качества медицинских услуг, профессиональному выгоранию и деградации модели «врач – пациент» [17].

Одним из примеров привязки уровня оплаты врача к количеству пациентов могут служить данные социологического опроса медицинских сотрудников, проведённого Ernst&Young Russia в 20 тыс. медицинских организациях государственного и частного сектора в 2015 г. Так, более 45% организаций сообщили о том, что уровень оплаты труда сотрудников зависит напрямую от выполнения плана по количеству пациентов. В этих организациях введена прогрессивная шкала заработной платы в зависимости

от суммы выручки организации. В то же время 55% опрошенных заявили, что их цель – это эффективное лечение пациентов, и считают привязку размера зарплаты к прибыли организации пагубной. По мнению А.З. Столпнера, привязка заработной платы врача к выручке может повлиять на необоснованные с медицинской точки зрения назначения (лечебно-диагностические процедуры и т.д.). По его мнению, практика доплаты за дополнительные назначения врачу широко распространена в настоящее время в столичных медицинских организациях. Он настаивает на том, что упор на качество лечения заставляет пациента возвращаться именно в эту клинику и приводить туда своих родственников и знакомых, тем самым повышая уровень доверия к медицинской организации. Стоит заметить, что в данном подходе главная цель – это повышение уровня доверия к бренду (brand loyalty) [14].

По мнению James Alan Robinson, профессора University of Chicago, одного из ведущих специалистов в области политики и менеджмента в сфере здравоохранения, все три существующие модели оплаты труда в системе здравоохранения (оплата за отдельно взятые услуги, подушевое финансирование, фиксированные ставки оплаты труда) не являются совершенными. Он заявляет, что «оплата за услуги поощряет оказание нецелесообразных услуг, мошенническое накручивание посещений и процедур и бесконечное перенаправление пациентов от одного специалиста к другому», «подушевая оплата поощряет отказ в предоставлении нужных услуг, отказ от хронических больных и сужение объема работы при отбрасывании пациентов, требующих много времени», «окладная система подрывает продуктивность, поощряет отдых на рабочем месте и насаждает бюрократическую ментальность, в которой любая процедура – еще чья-то проблема» [18; 19].

#### *Комплаентность и лояльность пациентов*

Ключевой базовый принцип пациент-ориентированного подхода – это повышение комплаентности (patient compliance) и лояльности пациентов (patient loyalty). В данном аспекте стоит различать эти два понятия, хотя с лингвистической точки зрения они, безусловно, являются синонимичными. Разделение этих понятий при формировании пациент-ориентированного подхода необходимо ввиду различной функциональной значимости (нагрузки) этих определений. Приверженность к следованию назначенного лечения (adherence to therapy), а также выполнению требований

врача по соблюдению лечебно-охранительного режима отражает личное отношение в системе «врач – пациент». Но этот фактор определяется уровнем доверия пациента к компетенции врача, его уровню профессиональной подготовки (квалификации). По мнению I.E. Leppik, категория «приверженности» включает в себя несколько компонентов: поведенческий компонент (пациента), его нацеленность на результат, а также степень возможности (условий) выполнения назначений. На практике уровень «приверженности» обычно измеряется правильностью или неправильностью выполнения медикаментозных назначений (следование назначенным дозам, соблюдение временного интервала и т.д.). Если пациент принимает лекарственное средство в дозе, составляющей 80–120% от назначения, то уровень «приверженности» можно расценивать как высокий. Помимо прямых оценок «приверженности», существуют и косвенные (непрямые) методы определения уровня данного показателя. К ним можно отнести количество использованных/оставшихся таблеток, анкетирование, проверку записей (дневников) пациентов и т.д. [20].

Что касается «лояльности» пациента, то целесообразнее ее рассматривать в модели «медицинская организация – пациент». Данный показатель отражает как степень доверия пациента к конкретной медицинской организации (к юридическому лицу, к учреждению), так и к системе оказания медицинской помощи в целом. Например, доверие к частной или государственной системе здравоохранения или к системе «платной» или «бесплатной» медицины. Так, согласно данным агентства BusinessStat, в 2019 г. более 27,0% жителей Москвы и Московской области обращались за услугами частных медицинских организаций. Высокий показатель (%) обращаемости в коммерческие клиники на фоне развитой сети государственных учреждений здравоохранения говорит прежде всего о степени доверия респондентов. Ключевыми причинами явились в 35,2% случаев – высокая профессиональная составляющая врачей, по мнению респондентов, в 34,5% – высокая результативность назначенных схем и процедур. При этом 56,4% опрошенных шли на прием к конкретному врачу (фактор приверженности модели «врач – пациент»). На фактор приверженности в модели «медицинская организация – пациент», по мнению 21,4% респондентов, повлиял хороший уровень организации медицинской помощи (оперативность, полнота охвата и т.д.). Помимо медицинских организаций, в круг субъектов мотивационной модели «медицинская

организация – пациент» может быть включена и страховая компания. Но этот аспект играет роль исключительно в частном секторе. Что касается государственного сектора здравоохранения, согласно опросу, доверие к врачу (42,4%) значительно ниже, чем доверие к медицинской организации (76,9%) в целом (или к системе государственного здравоохранения). Это обусловлено главным образом тем, что наряду с признанием низкой квалификации врачей в госсекторе, респондентами осознается «всеобщий» охват государственных гарантий в системе ОМС и возможность «получить» дорогостоящие методы лечения и обследования при наличии показаний. Омрачает эту картину, по мнению 79,9% респондентов, высокий уровень «бюрократизации» государственной системы оказания медицинской помощи. В то же время в частном секторе доверие к врачу значительно выше, чем к коммерческой организации в целом. Это обусловлено тем, что большинство опрошенных (65,5%) считают, что руководство таких организаций ставит цель получения прибыли на порядок выше, чем оказание качественной медицинской помощи [16].

### Заключение

При формировании пациент-ориентированного управления в медицинской организации необходимо руководствоваться в принятии решений прежде всего интересами пациента (клиента). Главной целью является повышение уровня доверия пациента к врачу и к медицинской организации в целом. Взаимодействие в данной системе осуществляется на взаимовыгодных условиях и партнёрских отношениях, что должно отражаться на планировании и реализации медицинских услуг населению. Для оценки деятельности медицинской организации и системы здравоохранения в целом необходимо учитывать мнение граждан о системе контроля качества медицинских услуг и результативности/эффективности менеджмента [20; 21]. Учредитель медицинской организации должен регулярно инициировать проведение независимого опроса прикрепленных пациентов, что должно стать основой для планирования объема и вида медицинских услуг. Внедрение пациент-ориентированного подхода при надлежащей имплементации ведет, прежде всего, к повышению обращаемости населения, приверженности к лечению, что, в свою очередь, отразится на показателях выявляемости заболеваний, длительности ремиссий, снижения уровня заболеваемости, а также на более широком охвате населения профилактическими мероприятиями [22].

### Список литературы

1. Жукова А.Ю., Соколова А.Ю. Эффективная коммуникация «врач-пациент» как основа пациентоориентированности // Медицинский дискурс. Вопросы теории и практики: материалы 5-й Международной научно-практической конференции. Тверь: Изд. Центр Твер. гос.мед. ун-та, 2017. С. 89–94.
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) // *Biomedical Reports.* 2017. Т. 7. № 1. P. 3–5.
4. Bardes C.L. Defining «Patient-Centered Medicine». *N. Engl. J. Med.* 2012. Т. 366. № 9. P. 782–783.
5. Epstein N. Multidisciplinary in-hospital teams improve patient outcomes: A review. *Surg. Neurol. Int.* 2014. Т. 5. № 8. P. 295.
6. 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. P. 155–159.
7. 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.
8. 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.
9. McCabe R. Involvement in decision making: the devil is in the detail. *World Psychiatry.* 2017. Т. 16. № 2. P. 155–156.
10. Батороев К.Ю., Рогов В.Ю. Роль информационного сопровождения в оказании медицинских услуг: теоретические предпосылки и количественный анализ // Известия Иркутской государственной экономической академии. 2016. Т. 26. № 4. С. 591–602.
11. Зубец А.Н., Новиков А. В. Качество медицинских услуг, оказываемых российскому населению, в условиях социальных преобразований // Вестник финансового университета. Гуманитарные науки. 2017. № 2. С. 58–63.
12. Кораблев В.Н., Дементьева Е.Л. Система показателей оценки эффективности медицинской помощи в здравоохранении // Дальневосточный медицинский журнал. 2014. № 4. С. 94–98.
13. Линденбратен А.Л. Здоровье и здравоохранение. Мысли серьезные и не очень. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. 272 с.
14. Хальфин Р.А., Сырцова Д.П., Львова Е.Е., Кобяцкая Е.Е. Пациентоориентированный подход: базовые понятия // Проблема стандартизации в здравоохранении. 2017. № 1–2. С. 9–13.
15. Arpey N.C., Gaglioti A.H., Rosenbaum M.E. How Socioeconomic Status Affects Patient Perceptions of Health Care: A Qualitative Study. *J. Prim. Care Community Health.* 2017. Vol. 8 (3). P. 169–175.
16. Толоконская Н.П., Чудаков С.Ю. Семейная медицина как драйвер развития персонализированной превентивной медицины // Менеджмент качества в медицине. 2020. № 1. С. 109–113.
17. Rasool M. The role of epigenetics in personalized medicine: challenges and opportunities. *BMC Med. Genomics.* 2015. Vol. 8 (1). P. 5–7.
18. Thibaut F. From basic research to personalized medicine. *Dialogues Clin. Neurosci.* 2016. Vol. 18(3). P. 231–238.
19. Thomas D.C. What Does «precision Medicine» Have to Say about Prevention. *Epidemiology.* 2017. Vol. 28 (4). P. 479–483.
20. Zhang L., Hong H. Genomic Discoveries and Personalized Medicine in Neurological Diseases. *Pharmaceutics.* 2015. Vol. 7(4). P. 542–553.
21. Хаес Б.Л., Плотников Г.П., Фанаскова Е.В., Шукевич Д.Л. Пациент-ориентированная концепция кровосбережения при операциях с искусственным кровообращением. Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. 2016. Т. 9. № 6. С. 55–60.
22. Хальфин Р.А., Сырцова Л.Е., Львова Д.П., Кобяцкая Е.Е. Пациент-ориентированный подход: базовые понятия. Проблема стандартизации в здравоохранении. 2017. № 1–2. С. 9–13.