

УДК 614.253.8:[614.2:005.591.6]

ПАЦИЕНТООРИЕНТИРОВАННОСТЬ КАК НЕОБХОДИМОЕ УСЛОВИЕ ИННОВАЦИОННОГО РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Д.В.Чердниченко

Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии,
ул. Семашко, 8, 220045, г. Минск, Республика Беларусь

В статье рассматривается пациентоориентированный подход как наиболее оптимальный для инновационного развития здравоохранения. Отмечена реализация данного подхода на двух уровнях – системном и персональном. Подчеркнуто, что полная реализация персонализированной медицины возможна исключительно в условиях пациентоориентированной модели. Обосновывается вывод о том, что корпоративная культура в организации здравоохранения как совокупность наличия у работников профессиональных, этико-деонтологических, коммуникативных, правовых и иных компетенций способствует наиболее полной реализации пациентоориентированной модели в здравоохранении.

Ключевые слова: пациентоориентированность; системный и персональный уровни; персонализированная медицина; доступность; организация здравоохранения; корпоративная культура.

Введение. Понятие пациентоориентированности происходит от понятия клиентоориентированности. Фокусирование на потребностях клиентов оказывает прямое воздействие на результаты деятельности компании, выступает залогом ее финансовой стабильности и роста [1; 2].

Интерес к проблематике клиентоориентированности персонала устойчиво сохраняется на протяжении ряда лет. К настоящему времени за рубежом накопился большой объем теоретических и прикладных знаний в этой сфере [3–12].

В связи с ростом оказания платных медицинских услуг маркетинговый подход начал внедряться и в практику отечественного здравоохранения. Можно с уверенностью констатировать, что «борьба за клиента» активно развивается в частном секторе здравоохранения.

Однако, пациентоориентированность является многокомпонентным понятием. В государственной системе здравоохранения – это, прежде всего, необходимость концентрации усилий со стороны организаций здравоохранения на мультидисциплинарном подходе, командной работе, применении лечебно-диагностических методов, основанных на принципах доказательной медицины, эффективных коммуникаций и, в целом, создании внутриорганизационной корпоративной культуры. Выполнение данных требований определено будет соответствовать соблюдению принципов пациентоориентированной модели в здравоохранении.

С целью демонстрации многокомпонентного характера пациентоориентированной модели в современном здравоохранении нами проведен анализ литературных источников по данной проблематике [1; 3; 4; 10–55] и подготовлен настоящий обзор.

За последние десятилетия получены многочисленные доказательства того, что медицинская помощь низкого качества обуславливает существенную финансовую и человеческую нагрузку на систему здравоохранения во всем мире [13]. Улучшение доступа к информации и стремление пациентов к большей автономии способствуют изменению взаимоотношений между врачом и пациентом с ориентацией на болезнь и на партнерство врача с пациентом [14]. Внедрение принципов пациентоориентированности обсуждается по всему миру в контексте развития современной и высококачественной медицины [15–17]. Несмотря на большое количество исследований, посвященных пациентоориентированности, определение самого термина, принятое во всем мире, отсутствует, как нет и единой концепции по внедрению данной модели в организации здравоохранения [18]. Sandra van Dulmen назвала пациентоориентированность «нечетким понятием», которое больше запутывает, чем объясняет [19]. Ronald Epstein с соавт. определили ее как «многогранное явление, наподобие интеллекта» [20], а Jennifer Lynn Hobbs описала как «слабо концептуализированный феномен» [21].

Кардинально отличается и состав элементов моделей пациентоориентированной медицинской помощи. М.Gerteis с соавт. выявили семь доменов пациентоориентированной помощи (в том числе, уважение ценностей, предпочтений и потребностей пациентов; координация и интеграция помощи) [22]. Данные М.Gerteis с соавт. были переработаны Институтом Пикера в 2004 г. и использованы для оценки пациентоориентированности в США и Европе [23]. М.Stewart с соавт. предложили шесть интерактивных элементов пациентоориентированности, включая изучение заболевания и болезни, понимание целостности личности [24]. R.Epstein описывал пациентоориентированную коммуникацию четырьмя доменами (в том числе: выявление и понимание ожиданий и переживаний пациента, поддержка уверенности в пациентах и предоставление им возможности самим принимать решения) [20]. Большое внимание направлению пациентоориентированности также уделяется в российской науке [25–28].

Отечественные публикации по данному направлению, несомненно, появятся в связи со значимостью проблематики. Более того, целый ряд мероприятий как на системном, так и на персональном уровне в рамках пациентоориентированного подхода уже реализуется в отечественном здравоохранении (использование метода клинко-затратных групп при расчете финансирования организаций здравоохранения; введение принципов «бережливой медицины», терапия на принципах доказательной медицины, персонализированное лечение целого ряда нозологий, активное вовлечение пациента в лечебно-диагностический процесс и пр.).

Прошлый XX век в своем историческом развитии ознаменовался преобразованием всех сфер человеческой деятельности: научно-технической, гуманистической, 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 [29].

Важной движущей силой появления и развития пациентоориентированной модели 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 мета-анализа [30].

Между тем, несомненно, как со стороны пациентов, так и со стороны профессионального медицинского сообщества существует значительный запрос на индивидуализацию клинических решений [31]. Персонализированная (таргетная) терапия в онкологии и онкогематологии уже прочно вошла в клиническую практику. Аналогичным образом движется процесс в гематологии, кардиологии, неврологии и других областях клинической медицины [12]. Такие направления, как фармакогеномика и метаболомика, которые особенно подчеркивают биологическую уникальность каждого пациента, уже позволили добиться значительных результатов.

Персонализированная медицина требует особого индивидуального подхода к каждому конкретному пациенту. Ее принципы наиболее полно отражены в пациентоориентированной модели здравоохранения.

Пациентоориентированная модель реализуется на двух уровнях: системном (государственная политика в области здравоохранения) и персональном [32].

Системный уровень предполагает, прежде всего, доступность качественных медицинских услуг для населения, определенный уровень расходов на здравоохранение в процентах от валового внутреннего продукта и саму форму финансирования здравоохранения.

Организация экономического сотрудничества и развития (ОЭСР, OECD) проводила информационный опрос представителей национальных систем здравоохранения 26 стран; в результате был сделан вывод о существенной дискоординации между различными секторами здравоохранения и отдельными организациями здравоохранения. Данные, приведенные в докладе OECD, свидетельствуют о том, что в большинстве случаев полити-

ка 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 информации между различными структурными звеньями отрасли может быть достигнут путем повсеместной имплементации системы электронной медицинской документации [33].

В качестве другого потенциального решения предложена ориентация на мультидисциплинарные команды клиницистов, которые позволяют обеспечивать гораздо более высокий уровень координации по сравнению с сольной практикой семейного 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 [34]. Так, N.Avisar с соавт. (2017) в рамках исследования описывают, что применение мультидисциплинарного пациентоориентированного подхода обеспечило быструю и эффективную интеграцию инновационных схем противовирусной терапии хронического гепатита С на территории одного из районов Израиля [35].

Важным аспектом успешной реализации пациентоориентированной модели является также вопрос доступности медицинской помощи. 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 [36].

Интересны результаты масштабного анкетирования домохозяйств и медицинских работников (врачей и медицинских сестер), проведенного специалистами Канадской медицинской ассоциации, 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 [37]. В другом

крупном опросе 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].

В литературе описаны такие способы улучшения доступа к системе здравоохранения, как групповые визиты, проведение приема медицинскими работниками без высшего медицинского образования, консультации по телефону, развитие каналов онлайн-коммуникаций [38]. Имеются данные о том, что практика групповых визитов является высокоэффективной с точки зрения повышения приверженности пациентов к лечению, улучшения исходов и снижения количества госпитализаций [39]. 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 отмечена в ходе исследований для широкого круга пациентов с такими патологиями, как депрессия, бронхиальная астма, инфекции мочевыводящих путей и т.д. [40; 41].

Персональный уровень пациентоориентированной медицины реализуется посредством эффективной коммуникации между врачом и пациентом, совместным процессом принятия решений.

Эффективная коммуникация. 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 сложным процессом, особенно при контакте с пациентами с низкой медицинской грамотностью [32].

Неравенство при коммуникации. 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, 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 [38].

В этом контексте интересным оказывается опыт изучения данного вопроса американскими исследователями J.Blanchard, N.Lurie (2004): проводи-

лось анкетирование 3500 взрослых пациентов на предмет, чувствуют ли они уважение со стороны работников системы здравоохранения [42]. 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 то время как аналогичный показатель для белых американцев зарегистрирован на гораздо более низком уровне – 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 [42].

В работе R.L.Johnson с соавт. (2004) [43] показано, что белые врачи в ходе контакта с афроамериканскими пациентами 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 [29; 43; 44].

Языковой барьер представляет еще одну существенную проблему, которая может серьезно 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 [45].

В другом исследовании отмечалось, 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 [43].

Очевидным решением проблемы языкового неравенства является привлечение к клиническому процессу лингвистов, в том числе, на удаленной основе, с применением онлайн-технологий. Данные свидетельствуют, что обращение к услугам специалистов по межкультурной коммуникации в таких ситуациях ассоциируется с повыше-

нием качества оказываемых медицинских услуг [46].

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 [47]. При этом, деперсонализация является несовместимой с пациентоориентированным здравоохранением.

Коммуникация с особыми категориями пациентов. Отдельной проблемой является коммуникация с пациентами с психическими расстройствами. Для таких пациентов разрабатываются специальные адаптированные рекомендации, направленные на повышение их осведомленности о состоянии собственного 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 [32; 48].

Совместный процесс принятия решений. При реализации данного подхода 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. Совместно принятое решение является результатом эффективного обмена информацией. 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 [49; 50].

Результаты проведенного анализа литературных источников позволяют сделать вывод о том, что пациентоориентированная модель взаимоотношений в здравоохранении наиболее полно отвечает принципам обоюдной ответственности за при-

нятие решений в отношении оказания медицинской помощи как со стороны пациента, так и со стороны врача.

Заключение. Пациентоориентированный подход уверенно и органично вписывается в современную высокотехнологичную медицину.

Общие для большинства стран мира сложности в его реализации на системном уровне обусловлены, прежде всего, неравенством и затруднениями, возникающими вследствие ограниченной по разным причинам доступности медицинской помощи. Подходы, применяемые для улучшения доступа, практически одинаковы, но могут быть ограничены финансовыми ресурсами системы здравоохранения, кадровым, материально-техническим и иными видами обеспечения.

Принципы пациентоориентированной системы здравоохранения основываются на взаимовыгодных, партнерских взаимоотношениях между медицинскими работниками и пациентами. Более того, пациент становится частью команды заинтересованных единой целью профессионалов, а, значит, более мотивирован к выздоровлению.

Персонализированная медицина наиболее полно реализуется при пациентоориентированной модели, способствует инновационному развитию медицины.

Необходимым требованием реализации пациентоориентированного подхода на персональном уровне является слаженная работа мотивированного, объединенного общей миссией, целью и задачей коллектива профессионалов. В организации здравоохранения должна «работать» корпоративная культура как совокупность наличия у работников профессиональных, этико-деонтологических, коммуникативных, правовых и иных компетенций.

Литература

1. *Конев, А.А.* Стандартизованные подходы к совершенствованию качества медицинской помощи в условиях развития конкурентной среды платных медицинских услуг / А.А.Конев // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2012. – №7–8. – С.45–47.
2. *Созонов, Ю.С.* Оценка клиентского капитала компании / Ю.С.Созонов // Вестн. Московского ун-та. Серия 6. Экономика. – 2014. – №6. – С.80–96.
3. Patient Satisfaction with Healthcare Delivery Systems / I.Baalbaki [et al.] // International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing. – 2008. – Vol.2, Issue 1. – P.47–62.
4. *Berkowitz, E.N.* Essentials of Health Care Marketing / E.N.Berkowitz. – Gaithersburg, MD: Aspen Publishers, 1996. – 409 p.
5. *Donavan, D.T.* Internal Benefits of Service Worker-Customer Orientation: Job Satisfaction, Commitment, and Organizational Citizenship Behaviors / D.T.Donavan, T.J.Brown, J.C.Mowen // Journal of Marketing. – 2004. – Vol.68, Issue 1. – P.128–146.
6. *Hennig-Thurau, T.* Customer Orientation of Service Employees: Its Impact on Customer Satisfaction, Commitment, and Retention / T.Hennig-Thurau // International Journal of Service Industry Management. – 2004. – Vol.15, No.5. – P.460–478.
7. *Herzlinger, R.E.* Consumer-Driven Health Care: Lessons from Switzerland / R.E.Herzlinger, R.Parsa-Parsi // JAMA. – 2004. – Vol.292, No.10. – P.1213–1220.
8. *Korschun, D.* Corporate Social Responsibility, Customer Orientation, and the Job Performance of Frontline Employees / D.Korschun, C.B.Bhattacharya, S.D.Swain // Journal of Marketing. – 2014. – Vol.78, No.3. – P.20–37.
9. *Kotler, P.* Strategic Marketing for Health Care Organizations: Building a Customer-Driven Health System / P.Kotler, J.Shalowitz, R.J.Stevens. – San Francisco, CA: Jossey-Bass, 2008.
10. *Naidu, A.* Factors Affecting Patient Satisfaction and Healthcare Quality / A.Naidu // International Journal of Health Care Quality Assurance. – 2009. – Vol.22, No.4. – P.366–381.
11. *Okma, K.G.H.* Swiss and Dutch “Consumer-Driven Health Care”: Ideal Model or Reality? / K.G.H.Okma, L.Crivelli // Health Policy. – 2013. – Vol.109, No.2. – P.105–112.
12. *Zhang, L.* Genomic Discoveries and Personalized Medicine in Neurological Diseases / L.Zhang, H.Hong // Pharmaceutics. – 2015. – Vol.7, No.4. – P.542–553.
13. *Bevan, H.* How can we build skills to transform the healthcare system? / H.Bevan // Journal of Research in Nursing. – 2010. – Vol.15, No.2. – P.139–148. DOI: 10.1177/1744987109357812.
14. Outcome-relevant effects of shared decision making / K.Hauser // Dtsch Arztebl Int. – 2015. – Vol.112, No.40. – P.665–671. DOI: 10.3238/arztebl.2015.066.
15. Interventions for providers to promote a patient centered approach in clinical consultations / S.Lewin [et al.] // Cochrane database of systematic reviews, 2001. DOI: 10.1002/14651858.CD003267.
16. *Mead, N.* Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature / N.Mead, P.Bower // Social Science & Medicine. – 2000. – Vol.51, No.7. – P.1087–1110.
17. *Taber, J.M.* Why do People Avoid Medical Care? A Qualitative Study Using National Data / J.M.Taber, B.Leyva, A.Persoskie // J. Gen. Intern. Med. – 2015. – Vol.30, No.3. – P.290–297.
18. Which dimensions of patient-centeredness matter? Results of a web-based expert Delphi survey / J.M.Zill [et al.] // PloS One. – 2015. – Vol.10, No.11. – e0141978. DOI: 10.1371/journal.pone.0141978.
19. *Van Dulmen, S.* Patient-centredness / S.van Dulmen // Patient Education and Counseling. – 2003. – Vol.51, No.3. – P.195–196. DOI: 10.1016/S0738-3991(03)00039-9.
20. Measuring patient-centered communication in Patient-Physician consultations: Theoretical and practical issues / Ronald M. Epstein [et al.] // Social

- Science & Medicine. – 2005. – Vol.61, No.7. – P.1516–1528. DOI: 10.1016/j.socscimed.2005.02.001.
21. *Hobbs, J.L.* A dimensional analysis of patient-centered care / Jennifer Lynn Hobbs // *Nurs Res.* – Jan-Feb 2009. – Vol.58, No.1. – P.52–62. DOI: 10.1097/NNR.0b013e3181818c3e79.
 22. Through the patient's eyes: understanding and promoting patient-centered care / M.Gerteis [et al.], eds. – San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1993. – 300 p.
 23. Institute TP. Patient-Centered Care 2015: Scenarios, Vision, Goals, and Next Steps: The Picker Institute, 2004 [Electronic resource]. – Mode of access: <http://174.120.202.186/~pickerin/wp-content/uploads/2010/06/PCC-2015.pdf>. – Date of access: 10.03.2023.
 24. Patient-centered medicine: transforming the clinical method. 3rd edition / M.Stewart [et al.]. – London: CRC Press, 2013. – 442 p.
 25. *Барскова, Г.Н.* Руководители здравоохранения о проблемах руководящих кадров / Г.Н.Барскова, А.А.Князев, А.А.Смирнов // Социальные аспекты здоровья населения: электронный научный журнал. – 2010. – №3 (15).
 26. *Борисов, К.Н.* Мотивация и оплата труда в системе здравоохранения / К.Н.Борисов, А.О.Субочева, О.З.Засиева // МИР. Модернизация. Инновации. Развитие. – 2015. – №1. – С.130–133.
 27. *Зимина, Э.В.* Системность подготовки управленческих кадров здравоохранения как фактор обеспечения качества медицинской помощи / Э.В.Зимина // Вестник Росздравнадзора. – 2010. – №1. – С.52–57.
 28. *Стародубов, В.И.* Управление персоналом медицинской организации. Учебник для вузов / В.И.Стародубов, П.И.Сидоров, И.А.Коноплева; под редакцией В.И.Стародубова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006.
 29. Patient and Visit Characteristics Related To Physicians Participatory Decision-Making Style Results From the Medical Outcomes Study / S.H.Kaplan [et al.] // *Med. Care.* – 1995. – Vol.33, No.12. – P.1176–1187.
 30. *Mellis, C.* Evidence-based medicine: What has happened in the past 50 years? / C.Mellis // *J. Paediatr. Child Health.* – 2015. – Vol.51, No.1. – P.65–68.
 31. *Mathur, S.* Personalized medicine could transform healthcare (review) / S.Mathur, J.Sutton // *Biomed. Rep.* – 2017. – Vol.7, No.1. – P.3–5.
 32. Ontario Medical Association. Patient-Centred Care: OMA Policy Paper // *Ont Med Rev.* – 2010. – Vol.77, No.6. – P.34–49.
 33. *Hofmarcher, M.M.* Improved health system performance through better care coordination / M.M.Hofmarcher, H.Oxley, E.Rusticelli // *OECD Pap.* – 2007. – Vol.7. – P.1–85.
 34. *Epstein, N.* Multidisciplinary in-hospital teams improve patient outcomes: A review / N.Epstein // *Surg. Neurol. Int.* – 2014. – Vol.5, No.8. – P.295.
 35. Multi-disciplinary patient-centered model for the expedited provision of costly therapies in community settings: The case of new medication for hepatitis C / N.Avisar [et al.] // *Isr. J. Health Policy Res.* – 2017. – Vol.6, No.1.
 36. *Arpey, N.C.* How Socioeconomic Status Affects Patient Perceptions of Health Care: A Qualitative Study / N.C.Arpey, A.H.Gaglioti, M.E.Rosenbaum // *J. Prim. Care Community Health.* – 2017. – Vol.8, No.3. – P.169–175.
 37. A survey of primary care physicians in eleven countries, 2009: perspectives on care, costs, and experiences / C.Schoen [et al.] // *Health Aff. (Millwood).* – 2009. – Vol.28. No.6.
 38. *Jayadevappa, R.* Patient centered care – A conceptual model and review of the state of the art / R.Jayadevappa, S.Chhatre // *Open Health Serv. Policy J.* – 2011. – Vol.4. – P.15–25.
 39. A randomized trial of group outpatient visits for chronically ill older HMO members: The Cooperative Health Care Clinic / A.Beck [et al.] // *J. Am. Geriatr. Soc.* – 1997. – Vol.45, No.5. – P.543–549.
 40. A randomized controlled trial of telephone management of suspected urinary tract infections in women / H.C.Barry [et al.] // *J. Fam. Pract.* – 2001. – Vol.50, No.7. – P.589–594.
 41. *Pinnock, H.* Accessibility, acceptability, and effectiveness in primary care of routine telephone review of asthma: pragmatic, randomised controlled trial / H.Pinnock // *BMJ.* – 2003. – Vol.326, Issue 7387. – P.477–479.
 42. *Blanchard, J.* R-E-S-P-E-C-T: patient reports of disrespect in the health care setting and its impact on care / J.Blanchard, N.Lurie // *J. Fam. Pract.* – 2004. – Vol.53, No.9. – P.721–730.
 43. Patient race/ethnicity and quality of patient-physician communication during medical visits / R.L.Johnson [et al.] // *Am. J. Public Health.* – 2004. – Vol.94, No.12. – P.2084–2090.
 44. Patient-physician racial concordance and the perceived quality and use of health care / S.Saha [et al.] // *Arch. Intern. Med.* – 1999. – Vol.159, No.9. – P.997–1004.
 45. *David, R.A.* The Impact of Language as a Barrier to Effective Health Care in an Underserved Urban Hispanic Community / R.A.David, M.Rhee // *Mt. Sinai J. Med.* – 1998. – Vol.65, No.5–6. – P.393–397.
 46. Effect of Spanish interpretation method on patient satisfaction in an urban walk-in clinic / L.J.Lee [et al.] // *J. Gen. Intern. Med.* – 2002. – Vol.17, No.8. – P.641–646.
 47. *Goodrich, J.* Seeing the person in the patient – The Point of Care review paper / J.Goodrich, J.Cornwell. – London: The King's Fund, 2008. – 72 p.
 48. *Michie, S.* Patient-centredness in chronic illness: what is it and does it matter? / S.Michie, J.Miles, J.Weinman // *Patient Education and Counseling.* – 2003. – Vol.51, No.3. – P.197–206. DOI: 10.1016/S0738-3991(02)00194-5.
 49. *McCabe, R.* Involvement in decision making: the devil is in the detail / R.McCabe // *World Psychiatry.* – 2017. – Vol.16, No.2. – P.155–156.

50. Braunsberger, A. Patient/Enrollee Satisfaction with Healthcare and Health Plan / A.Braunsberger, R.Gates // Journal of Consumer Marketing. – 2002. – Vol.19, No.7. – P.575–590.
51. Folland, S. The Economics of Health and Healthcare. 4th edition / S.Folland, A.Goodman, M.Stano. – New Jersey, USA: Prentice-Hall, 2007.
52. Kelley, S. Developing Customer Orientation among Service Employees / S.Kelley // Journal of the Academy of Marketing Science. – 1992. – Vol.20, No.1. – P.27–36.
53. The role of epigenetics in personalized medicine: challenges and opportunities / M.Rasool [et al.] // BMC Med. Genomics. – 2015. – Vol.8, No.S1. – P.S5.
54. Thibaut, F. From basic research to personalized medicine / F.Thibaut // Dialogues Clin. Neurosci. – 2016. – Vol.18, No.3. – P.231–232.
55. Webster, F. A Perspective on the Evolution of Marketing / F.Webster // Journal of Public Policy and Marketing. – 2005. – Vol.24, No.1. – P.121–126.

PATIENT-ORIENTED CARE AS A NECESSARY CONDITION FOR INNOVATIVE DEVELOPMENT OF HEALTHCARE SYSTEM

D.V.Cherednichenko

Minsk Scientific and Practical Center of Surgery, Transplantology and Hematology, 8, Semashko Str., 220087, Minsk, Republic of Belarus

Patient-oriented approach as the most optimal for innovative development of healthcare is considered in the article. Implementation of this approach at two levels – systemic and personal – is noted in detail. It is emphasized that full implementation of personalized medicine is possible only in a patient-oriented model. It is concluded that corporate culture in healthcare institution as set of presence of employees' professional, ethical, deontological, communicative, legal and other competencies contributes to the most complete implementation of patient-oriented model in healthcare.

Keywords: patient-oriented care; systemic and personal levels; personalized medicine; accessibility; healthcare institution; corporate culture.

Сведения об авторе:

Чередниченко Дмитрий Владимирович; ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии», зам. директора по медицинской экспертизе и реабилитации; тел.: (+37529) 7534134; e-mail: zmicer75@yandex.by.

Поступила 10.05.2023 г.