

УДК 614.2-614.39.004.832.28

¹ Л.Г. Кожекенова, ^{1,2} А.К. Мусаханова¹Государственный медицинский университет города Семей;²Фармацевтическая компания SwissKazMed, г. Астана

КОНЦЕПТУАЛЬНОЕ ВИДЕНИЕ РЕАЛИЗАЦИИ СТРАТЕГИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОРИЕНТИРОВАННОЙ НА ПАЦИЕНТА В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ И МИРОВОЙ ПРАКТИКЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Аннотация

В статье представлен аналитический обзор основных подходов к организации медицинской помощи, ориентированной на пациента в отечественной и мировой практике здравоохранения. Анализ данных отечественной и зарубежной литературы позволяет заключить, что реализация пациент-ориентированной медицинской помощи обуславливает повышение эффективности медицинской помощи, способствует улучшению исходов заболевания и повышению уровня удовлетворенности пациентов оказываемой медицинской помощью.

Ключевые слова: пациент-ориентированная медицинская помощь, здравоохранение, организация медицинской помощи.

С середины XX века развитие здравоохранения в мире происходило под знаком интенсивной реорганизации. В здравоохранении стран с высоким уровнем дохода постоянного пересмотра стратегий требовали такие объективные факторы, как технологическое развитие медицины, постарение населения, организационные издержки. Низкий уровень жизни населения, низкие показатели здоровья, высокая смертность, угрозы распространения инфекционных заболеваний стали основной причиной для перемен в здравоохранении стран с низким уровнем дохода. Политические трансформации в Восточной Европе, социально-экономические преобразования на территориях стран бывшего СССР, негативным образом отразившиеся на уровне здоровья населения, состоянии систем здравоохранения, обусловили необходимость проведения реформ [1]. Система здравоохранения Казахстана в динамике его политико-экономического ландшафта подвергалась значительной реконструкции, подчиняясь историческим, политическим и социально-экономическим детерминантам [2].

По данным Ю.П. Лисицына (2012), к достижениям медицины XX века можно отнести ряд эффективных организационных технологий, направленных на научно обоснованное управление и использование медицинских услуг с целью получения максимальных результатов при наименьших затратах. На эти цели было направлено реформирование здравоохранения практически во всех странах [3].

Характер организационных трансформаций систем здравоохранения определялся не только спецификой возникающих общественно-политических преобразований, также состоянием накопленных теоретических знаний в области проведения реформ и сложившейся общемировой практикой. Во главе процесса реформирования стояли международные организации, претворяющие в жизнь разработанные ими стратегии, которые обусловили направления развития здравоохранения в мире на длительный период и продолжают реализовываться по настоящее время [1].

Стратегии, реализуемые сегодня в мире можно разделить на две группы: стратегии государственного уровня и стратегии, связанные с модернизацией системы здравоохранения, включающие изменение механизмов финансирования, управления и подходов к лечению пациентов.

Исторический опыт реформирования здравоохранения свидетельствует о том, что одним из приоритетных направлений развития здравоохранения в настоящее время является укрепление пациентоцентрической модели оказания медицинской помощи. Предложенная ВОЗ модель «помощи ориентированной на человека» представляет собой комплексную, непрерывную медицинскую помощь, включающую в себя реабилитацию, профилактику и динамическое наблюдение с учетом индивидуальных особенностей пациента [4].

На Панельной сессии «Актуальные проблемы развития медицины и фармацевтической промышленности» в рамках V Астанинского экономического форума, состоявшейся 25 мая 2012 года, в своем докладе «Видение ВОЗ относительно здравоохранения и развития системы здравоохранения в XXI веке», директор Отдела систем здравоохранения и охраны общественного здоровья Европейское бюро ВОЗ – доктор Ханс Ключе отметил, что одним из приоритетных направлений политики «Здоровье – 2020» является усиление систем здравоохранения, ориентированных на интересы пациента и возможностей общественного здравоохранения: «В основе нашей работы по усилению системы здравоохранения – Таллинская хартия: Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния, принятая всеми 53 странами, членами Европейского региона ВОЗ, в 2008 году. Наше видение современных систем здравоохранения заключается в системе, ориентированной на интересы пациента, стремящейся добиться максимального улучшения здоровья населения в условиях финансовых трудностей и дающей защиту от чрезмерных финансовых затруднений при обращении за лечением, но при этом реагирующей на обоснованные ожидания граждан. Мировой опыт показывает, что отличительными аспектами ориентированной на пациента первичной помощи являются работа с потребностями в медицинской помощи, установившиеся личные взаимоотношения, комплексная, непрерывная и личностная ответственность за здоровье и детерминанты здоровья на протяжении всего жизненного цикла, а также люди как партнеры в создании своих условий» [5].

На уровне первичного звена здравоохранения основными отличиями стратегии помощи, ориентированной на пациента от традиционной модели оказания помощи является то, что акцент делается на здоровье человека в целом. Пациент рассматривается не только в рамках своего конкретного заболевания, с которым он

обратился к врачу, но и в контексте повседневной жизни, в рамках общения с семьей и обществом в течение всей жизни. Максимальное улучшение качества жизни является важной целью лечения [6].

Как показал опыт, в особенности промышленно развитых стран, организация медицинской помощи с учетом потребностей пациентов, принимая во внимание конкретные жизненные ситуации, повышает эффективность медицинской помощи и создает более позитивную рабочую обстановку [7]. Пациенты, их семьи и общество ищут перспективы и варианты улучшения медицинской помощи. Знания, ценности, убеждения и культурные традиции учитываются при планировании и оказании медицинской помощи. В традиционной модели медицинская помощь оказывается эпизодически, ответственность персонала ограничивается предоставлением эффективных и безопасных медицинских назначений и рекомендаций во время посещения. В рамках пациент-ориентированного подхода медицинская помощь комплексная, непрерывная, включающая в себя реабилитацию, профилактику, динамическое наблюдение с учетом индивидуальных особенностей пациента. Активность и ответственность распределяется между пациентами, работниками здравоохранения и обществом. Врачи, работающие по программе помощи, ориентированной на человека, несут ответственность за состояние здоровья всех членов общества на протяжении жизни и ответственность за воздействие факторов, влияющих на здоровье – пропаганда здорового образа жизни, информирование о воздействии на здоровье негативных факторов. Пациенты имеют возможность участвовать в качестве партнеров в планировании политики здоровья с учетом их способностей и предпочтений [6].

Реализация помощи, ориентированной на человека, в разных странах происходит с использованием различных подходов, однако все они включают в себя основные направления: доступность и непрерывность помощи, координацию услуг на уровне первичного звена, выявление новых потребностей, межсекторальное взаимодействие, учет индивидуальных особенностей.

Согласно отчету American College of Cardiology Foundation (ACCF), в связи с ростом числа пациентов с БСК, становится актуальной организация обеспечения медицинской помощи, ориентированной на пациента путем формирования команды специалистов, обеспечивающей комплексную помощь при БСК [8]. Данная рекомендация ACCF (2012) согласуется с рекомендацией Department of Health (DH) Cardiovascular Disease Team (2013) Великобритании [9]. Важная роль фармацевтов в составе команды по обеспечению медицинской помощи, ориентированной на пациента на уровне первичного звена здравоохранения, показана в работе D.K. Helling (2014) [10]. Преимущества модели медицинской помощи, ориентированной на пациента при применении в отделении интенсивной терапии показаны в работе V.H. Riley (2014) [11]. В работе E. Lambinou (2014) подчеркивается важность профессионального образования и высокой профессиональной компетенции медицинских работников для обеспечения медицинской помощи, ориентированной на пациента в кардиологической практике [12]. В Китае в рамках национального пациент-ориентированного научно-исследовательского проекта с целью разработки стратегии улучшения качества кардиологической помощи при остром инфаркте миокарда (ОИМ) были изучены >18000 историй болезней пациентов с ОИМ, находившихся на лечении в 162 больницах в течение последнего десятилетия [13]. В Германии медицинская помощь, ориентированная на

пациента включает в себя спа-терапию (лат. "sanitas pro aqua" – здоровье через воду). Пациенты принимают спа-терапию продолжительностью три недели через каждые три года по назначению врача. Спа-терапия назначается с лечебной и профилактической целью пациентам с хроническими заболеваниями и лицам, имеющим факторы риска развития заболеваний. Лечение также включает в себя диету, ЛФК, массаж, и мотивацию к лечению обеспечивают медицинские сотрудники. Как известно, ориентированность на пациента означает участие пациента в принятии решений при оказании медицинской помощи и включает необходимость информированного согласия на медицинское вмешательство и соблюдение прав пациентов [14]. По мнению P.A. Heidenreich (2013), при планировании медицинской помощи с учетом предпочтений пациентов необходимо учитывать влияние медицинского вмешательства на здоровье пациента и стоимость лечения [15]. Медицинскую помощь, ориентированную на пациента можно также реализовать в условиях ограниченных финансовых ресурсов. По данным организаторов и участников Третьей Женевской конференции по медицине, ориентированной на человека [16], названная модель реализуется как в промышленно развитых – Англия, Дания, Канада [17], так и в развивающихся странах – Сальвадор, Малайзия, Руанда, Таиланд.

В России реализуются государственные целевые программы: «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007-2012 годы)», функционируют Школы здоровья [18, 19], «Школа профилактики ишемической болезни сердца» [20], «Коронарные клубы» [21], обучающие пациентов самоконтролю, мерам профилактики, самопомощи. Однако все эти мероприятия не обеспечили достаточного снижения заболеваемости и смертности, и это может быть связано с тем, что проводимые комплексные мероприятия в основном предусматривали преобразования системы оказания медицинской помощи и не имели целью сконцентрировать внимание на индивидуализации проблем пациентов. Поэтому на сегодняшний день модель помощи, ориентированной на человека, наиболее перспективна для разработки в качестве базовой модели в условиях здравоохранения России [4].

Разнообразие предлагаемых моделей оказания помощи в Европе, США, Канаде и других странах говорит о том, что здравоохранению каждой страны целесообразно разрабатывать и внедрять собственные модели с комплексным подходом и запланированной активной медико-социальной помощью, адаптированной к региональным условиям.

В Казахстане в рамках реализации Государственной программы развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы с 1-го января 2010 года внедряется пациенториентированная модель Единой Национальной системы здравоохранения (ЕНСЗ). Основными принципами ЕНСЗ является обеспечение свободного выбора пациентом врача и медицинской организации, формирование конкурентной среды оказания медицинских услуг, работа медицинских организаций, направленная на достижение конечных результатов и оплату медицинских услуг по фактическим затратам.

Являясь частью ЕНСЗ, портал Бюро госпитализации реализует право пациентов на свободный выбор медицинской организации и доступность оказываемых медицинских услуг при плановой госпитализации.

В условиях ЕНСЗ за 4 года финансирование стационарной помощи выросло более чем 2 раза. Система оплаты, в том числе на амбулаторный сектор переведены на прогрессивные методы финансирования, поз-

воляющие при эффективном менеджменте мотивировать медицинских работников на достижение запланированных показателей здоровья населения [22].

В настоящее время современная модель первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) в Казахстане включает в себя следующее:

- Наблюдение пациента и семьи в течение всей жизни. Один врач на семью, целостный взгляд на проблемы здоровья;
- Постоянная профилактическая работа со всей семьей;
- Семья, как единая структура, с учётом социальных, национальных характеристик;
- Развитие доверительных отношений между пациентом, членами семьи, врачом и медицинской сестрой.

Среди достижений в развитии казахстанской модели первичного здравоохранения необходимо отметить следующее:

- Государственная программа развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы – развитие социально ориентированной ПМСП, основанной на общеврачебной практике;
- семейный принцип обслуживания с эффективными технологиями и методами профилактики с активным участием населения в Школах по укреплению здоровья, клубах по интересам;
- предоставление населению бесплатной медицинской, социальной, психологической помощи; появление новых специалистов здравоохранения – социальных работников и психологов;
- свободный выбор врача и медицинской организации [23].

Казахстанским здравоохранением большое внимание уделяется доступности населению медицинской помощи. По мнению И. Денисова (2011), при разработке плана мероприятий по повышению доступности ПМСП, необходимо учитывать особенности контингента, которому она оказывается, – гендерно-возрастная структура населения, условия проживания и труда, уровень культуры и образования. Развитие и совершенствование альтернативной формы организации ПМСП в негосударственных частных медицинских организациях является одним из путей повышения доступности медицинской помощи населению. При этом важным является формирование тесной взаимосвязи и преемственности между государственным и негосударственным звеньями как взаимодополняющими компонентами единой системы здравоохранения [24]. В рамках реализации Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы предусмотрено развитие государственно-частного партнерства [22].

В связи с тенденцией к увеличению в возрастной структуре населения доли лиц пожилого возраста, в настоящее время вопросы организации медицинской помощи на дому приобретают особую актуальность в Казахстане, также и в мире. Это обусловлено реструктуризацией системы здравоохранения и переориентацией первичной медико-социальной помощи населению в сторону амбулаторного звена и ростом числа пожилых людей. Люди пожилого возраста, особенно, нуждаются в медико-социальной помощи на дому [25, 26].

Данные о применении принципа ротации кадров с целью обеспечения преемственности в оказании медицинской помощи на амбулаторном и стационарном этапах представлены в работе Л.В. Лактионовой (2011). Данный подход является общепринятым в мировой медицинской практике. Ротация кадров оказалась при-

влекательной для пациентов, так как соблюдается принцип: «один врач» на всех этапах ведения, что повышает доверие и приверженность лечению пациента. Данная система также позволила увеличить потоки пациентов, направляемых с амбулаторного приема на стационарное лечение [27].

По данным Г.Э. Улумбековой (2010), планирование объемов медицинской помощи на региональном уровне используется в таких странах, как Франция, Германия, Нидерланды. Объемы госпитализаций и обращений к врачу специально не нормируются, так как считается, что обслужить надо всех лиц, кто обратился. Если при этом при получении каких-либо видов медицинской помощи образовались очереди и население выражает недовольство низкой доступностью медицинской помощи, исследуются и анализируются причины, которые привели к неудовлетворительной доступности. Среди этих причин могут быть: недостаток ресурсов и средств – недостаточное число врачей в первичном звене, недостаточное финансирование программы государственных гарантий, недостаточное число коек, низкая территориальная доступность врачей и медицинских организаций; повышенное потребление медицинской помощи вследствие требований пациентов и излишних назначений врачей. После анализа причин неудовлетворительной доступности медицинской помощи принимают решение, сбалансированное с имеющимися финансовыми средствами. Если недостаточно средств и ресурсов, добавляют средства, увеличивают число врачей; если неоправданно высокое потребление, вводят ограничения в потреблении медицинской помощи: для населения – соплатежи, для врачей – использование клинических рекомендаций и ограничительных перечней. Клинические рекомендации – стандарты медицинской помощи используются в США, Великобритании, Германии, Нидерландах, Австралии и других странах в качестве рекомендаций для врачей при выборе наиболее правильного и рационального способа лечения заболеваний. Рекомендации улучшают качество лечения и ограничивают излишние назначения [28].

Как известно, качественная медицинская помощь – это своевременная медицинская помощь, оказанная квалифицированными медицинскими работниками и соответствующая требованиям нормативных правовых актов и стандартов оказания медицинской помощи (протоколов диагностики и лечения). Во многих странах стандарты диагностики и лечения имеют обязательный характер, что связано с деятельностью страховых компаний. В Казахстане, протоколы диагностики и лечения, являясь основой для экспертизы качества медицинской помощи, оставляют право выбора тактики лечения за врачом и носят рекомендательный характер.

Как показывает мировой и отечественный опыт, подходы к обеспечению доступной и качественной медицинской помощи, ориентированной на пациента многообразны. В многочисленных научных публикациях отечественных и зарубежных авторов значительное внимание уделяется социологическому мониторингу в здравоохранении, как инструменту управления, подразумевающую целенаправленную деятельность, связанную с перманентным наблюдением, анализом, оценкой и прогнозом состояния системы здравоохранения в целях ее дальнейшего развития, также с выявлением эффективности принимаемых управленческих решений [29-32]. Медико-социологический мониторинг позволяет выявить факты и зависимости, касающиеся состояния и динамики здоровья населения, оценить степень социально-экономического уровня развития организации здравоохранения территории, определить причинно-

следственные связи между общественным мнением и функционированием медицинских организаций, получить прогнозные оценки и разработать систему эффективных управленческих действий. При этом в настоящее время одной из важных составляющих повышения эффективности оказания медицинской помощи является реализация основного принципа – удовлетворение потребности пациента [33]. Уровень удовлетворенности медицинской помощью в последние годы становится важной структурной составляющей комплексной оценки деятельности здравоохранения. Обращение к общественному мнению позволяет выявить проблемы, которые не доступны для отражения цифрами официальной статистики. Сумма субъективных оценок, получаемая на правильно структурированных репрезентативных выборках, открывает возможности для совершенствования деятельности медицинских организаций с учетом реальных потребностей пациентов [34].

В нашей стране анкетирование граждан по определению степени удовлетворенности уровнем и качеством оказываемой медицинской помощи проводится службой внутреннего контроля (аудита) медицинских организаций согласно методическим рекомендациям, разработанным в соответствии с подпунктом 40 пункта 1 статьи 7 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» [35]. Анкетирование граждан проводится также территориальными подразделениями Республиканского государственного предприятия на праве хозяйственного ведения (РГП на ПХВ) «Республиканский центр развития здравоохранения». Для формирования объективной оценки удовлетворенности пациентов уровнем и качеством оказываемой медицинской помощи рекомендуется проводить анкетирование с охватом не менее 10% респондентов от количества пациентов, находящихся на стационарном лечении и не менее 5% респондентов от фактического количества посещений для организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь. Приказом МЗ РК №468 от 22.07.2011г. предусмотрено представление РГП на ПХВ «Республиканским центром развития здравоохранения» в Комитет контроля медицинской и фармацевтической деятельностью Министерства здравоохранения и социального развития РК сводного отчета по проведению анкетирования граждан в разрезе регионов с аналитическим заключением ежеквартально. Анкетирование граждан проводится по специально разработанным анкетам согласно Приложениям 1 и 2 к Методическим рекомендациям Приказа МЗ РК №468 от 22.07.2011г. Анкета содержит 22 вопроса для медицинских организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь, для медицинских организаций, оказывающих стационарную помощь – 12 вопросов.

Таким образом, анализ данных отечественной и зарубежной литературы позволяет заключить, что реализация пациент-ориентированной медицинской помощи обуславливает повышение эффективности медицинской помощи, способствует улучшению исходов заболевания и повышению уровня удовлетворенности пациентов оказываемой медицинской помощью.

Литература:

1. Сибурина Т.А., Мишина О.С. Стратегии развития здравоохранения, реализуемые в мире // Социальные аспекты здоровья населения. – 2011. – Т. 18, №2. – С. 2.

2. Аканов А.А., Камалиев М.А. Система здравоохранения Республики Казахстан: современное состояние, проблемы, перспективы // Социальные аспекты здоровья населения. – 2010. – Т. 15, №3. – С. 7.

3. Лисицын Ю.П., Журавлева Т.В. Важнейшие достижения медицины XX – начала XXI века и их значение для ближайшего будущего // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2012. – №5. – С. 3-6.

4. Мишина О.С. Модели ведения хронических болезней, реализуемые в мире (литературный обзор) // Вестник новых медицинских технологий. – 2013. – №1. – С. 120.

5. Ключев Х. Видение ВОЗ относительно здравоохранения и развития системы здравоохранения в XXI веке // V Астанинский экономический форум. – Астана, 2012. – Режим доступа: <http://www.inform.kz/rus/article/2466505>

6. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2008 г. Первичная медико-санитарная помощь – Сегодня актуальнее, чем когда-либо. – Всемирная организация здравоохранения, Женева, 2008. – 152 с. – Режим доступа: http://www.who.int/whr/2008/whr08_ru.pdf?ua=1

7. Gay B. What's New in the Updated European Definition of General Practice / Family Medicine? // Journal of General Practice. – 2013. – Vol. 1, №2. – Режим доступа: <http://doi:10.4172/2329-9126.1000111>

8. Walsh M.N., Bove A.A., Cross R.R. et al. ACCF 2012 Health Policy Statement on Patient-Centered Care in Cardiovascular Medicine: A Report of the American College of Cardiology Foundation Clinical Quality Committee // Journal of the American College of Cardiology. – 2012. – Vol. 59, №23. – P. 2125-2143.

9. Cardiovascular Disease Outcomes Strategy / Department of Health Cardiovascular Disease Team. – 2013. – Режим доступа: http://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/217118/9387-2900853-CVD-Outcomes_web_1.pdf

10. Helling D.K., Johnson S.G. Defining and advancing ambulatory care pharmacy practice: It is time to lengthen our stride // American Journal of Health-System Pharmacy. – 2014. – Vol. 71, №16. – P. 1348-1356.

11. Riley B.H., White J., Graham S. et al. Traditional/Restrictive vs Patient-Centered Intensive Care Unit Visitation: Perceptions of Patients' Family Members, Physicians, and Nurses // American Journal of Critical Care. – 2014. – Vol. 23, №4. – P.316-324.

12. Lambrinou E., Protopapas A., Kalogirou F. Educational challenges to the health care professional in heart failure care // Current Heart Failure Reports. – 2014. – Vol. 11, №3. – P. 299-306.

13. Dharmarajan K., Li J., Li X. et al. The China Patient-Centered Evaluative Assessment of Cardiac Events (China PEACE) retrospective study of acute myocardial infarction: study design // Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes. – 2013. – Vol. 6, №6. – P. 732-740.

14. Шарабчиев Ю.Т., Дудина Т.В. Доступность и качество медицинской помощи: слагаемые успеха // Медицинские новости. – 2009. – №12. – С. 6-12.

15. Heidenreich P.A. Time for a thorough evaluation of patient-centered care // Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes. – 2013. – Vol. 6, №1. – P. 2-4.

16. Third Geneva Conference on Person-centered Medicine: Summary Report. – Geneva, 2010. – Режим доступа: <http://www.patientsorganizations.org/attach.pl/1196/1021/Third%20Geneva%20Conference%20Summary%20Report%2019%20July%202010.pdf>

17. Beaulieu M.D. Toward a patient-centered health care system // Canadian Family Physician. – 2013. – Vol. 59, №1. – P. 109.

18. Петрищева А.В., Рямзина И.Н. Влияние обучения в Школе здоровья на факторы кардиоваскулярного риска // Профилактическая медицина. – 2011. – №6. – С. 26-29.

19. Еганян Р.А., Концевая А.В., Калинина А.М. и др. Алиментарно-зависимые факторы сердечно-сосудистых заболеваний и их коррекция на рабочем месте в организованном коллективе // Профилактическая медицина. – 2012. – №3. – С. 22-28.

20. Галстян А.Ш. Профилактическое обучение пациентов в «Школе профилактики ишемической болезни сердца» // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2011. – №1. – С. 43-44.

21. Корженков Н.П., Кузичкина С.Ф., Щербакова Н.А. и др. Оптимизация реабилитации при ишемической болезни сердца на поликлиническом этапе // Терапевтический архив. – 2012. – №1. – С. 18-22.

22. О реализации Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы: итоги 2013 года и перспективы на 2014 год // Доклад Министра здравоохранения Республики Казахстан Каирбековой С.З. на Правительственном часе Мажилиса Парламента Республики Казахстан. – Астана, 2014. – Режим доступа: <http://www.parlam.kz/ru/mazhilis/government-hour>

23. Абзалова Р.А. Казахская модель первичного здравоохранения: достижения, проблемы, перспективы // Менеджер здравоохранения Республики Казахстан. – 2013. – №4. – С. 97-102.

24. Денисов И., Волнухин А., Резе А. Первичная медико-санитарная помощь в негосударственных ЛПУ // Врач. – 2011. – №10. – С. 76-77.

25. Агаларова Л.С. Вопросы совершенствования медицинской помощи на дому // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2009. – №3. – С. 25-28.

26. Аканов А., Мейманалиев Т., Кумар А. и др. Динамика развития стационарозамещающих технологий в Казахстане: коечный фонд // Вестник КазНМУ. – 2012. – №4. – С. 360-363.

27. Лактионова Л.В. Комплексный подход к реформированию федеральной многопрофильной клиники в

современных условиях // Социальные аспекты здоровья населения. – 2011. – Т. 22, №6. – С. 6.

28. Улумбекова Г.Э. Опыт государственных гарантий бесплатной медицинской помощи за рубежом // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2010. – №3. – С. 43-46.

29. Абдикаримова Г.Ч. О роли социологической оценки качества медицинской помощи в практическом здравоохранении // Медицина. – 2012. – №9. – С. 14-15.

30. Гришина Н.К. Основные принципы реализации программ социологического мониторинга в здравоохранении // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2011. – №2. – С. 32-36.

31. McConnell K.J., Lindrooth R.C., Wholey D.R. et al. Management practices and the quality of care in cardiac units // The Journal of the American Medical Association. – 2013. – Vol. 173, №8. – P. 684-692.

32. Guss D.A., Leland H., Castillo E.M. The impact of post-discharge patient call back on patient satisfaction in two academic emergency departments // The Journal of Emergency Medicine. – 2013. – Vol. 44, №1. – P. 236-241.

33. Ацель Е.А. Удовлетворенность качеством кардиологической помощи в период модернизации здравоохранения // Вестник современной клинической медицины. – 2012. – Т. 5, №3. – С. 6-9.

34. Сибурина Т.А., Барскова Г.Н., Лактионова Л.В. Методические подходы к исследованию удовлетворенности пациентов высокотехнологичной медицинской помощью // Социальные аспекты здоровья населения. – 2013. – Т. 29, №1. – С. 3.

35. Об утверждении Методических рекомендаций по проведению анкетирования граждан в целях определения степени удовлетворенности уровнем и качеством оказываемой медицинской помощи: Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан №468 от 22 июля 2011 года // Режим доступа: http://online.zakon.kz/Document/?doc_id=31051412

Тұжырым

ОТАНДЫҚ ЖӘНЕ ӘЛЕМДІК ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ТӘЖІРИБЕСІНДЕ ПАЦИЕНТКЕ БАҒДАРЛАНҒАН МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕК СТРАТЕГИЯСЫНЫҢ ЖҮЗЕГЕ АСУЫНА ТҰЖЫРЫМДАМАЛЫҚ КӨЗҚАРАС

¹ Л.Ф. Қожекенова, ^{1,2} А.К. Мұсаханова

¹ Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті, ² SwissKazMed фармацевтикалық компаниясы

Мақалада пациентке бағдарланған медициналық көмекті отандық және әлемдік денсаулық сақтау тәжірибесінде жүзеге асырудың тәсілдеріне талдамалы шолу берілген. Отандық және шетел әдебиеті мәліметтеріне талдау пациентке бағдарланған медициналық көмекті жүзеге асыру медициналық көмектің тиімділігін арттырып, пациенттердің денсаулығының жақсаруына және медициналық көмекке талаптарының қанағаттандырылуына елеулі ықпал ететіні туралы қорытынды жасауға негіз болды.

Негізгі сөздер: пациентке бағдарланған медициналық көмек, денсаулық сақтау, медициналық көмекті ұйымдастыру.

Summary

CONCEPTUAL VISION OF REALIZATION OF THE PATIENT-CENTERED CARE STRATEGY IN NATIONAL AND WORLD HEALTH PRACTICE

¹ L.G. Kozhakenova, ^{1,2} A.K. Mussakhanova

¹ State Medical University of Semey, ² SwissKazMed Pharmaceutical Company

This paper presents an analytical overview of patient-centered approaches to care in the national and global healthcare practice. Data analysis of the domestic and foreign literature suggests that the implementation of patient-centered care tends to increase the efficiency of care, improve outcomes of disease, and increase the degree of patient satisfaction with medical care.

Key words: patient-centered care, health care, organization of medical care.