

DOI: 10.12731/2576-9782-2025-9-4-312

EDN: DDSSOR

УДК 614.2:61:008:316.74:614.25



Научные обзоры

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ КАК КУЛЬТУРНЫЙ ПРОЦЕСС: ОТ ТРАДИЦИЙ К ИННОВАЦИЯМ

Е.А. Смирнова

Аннотация

Обоснование. В статье описана трансформация понимания культуры и медицины в современном обществе. Происходит переход от статичных моделей к динамичным, где индивидуальный опыт и ценности пациента становятся центральными. Это проявляется в смене коммуникации врач-пациент от авторитарной к партнерской, а также в формировании новой парадигмы здравоохранения, основанной на пациентоориентированности, пациент-центрированности и ценностно-ориентированном подходе, где фокус смещается на достижение наилучших результатов для здоровья и качества жизни пациента.

Целью работы стало исследование сходств и различий между концепциями пациентоориентированность, пациентоцентричность в системе ценностно ориентированного здравоохранения.

Результаты. В статье проведен обзор как зарубежного, так и отечественного подхода к анализу концепций пациентоориентированность, пациентоцентричность и ценностно ориентированное здравоохранение. Ценностно-ориентированное здравоохранение – это более комплексная и стратегическая концепция. Она объединяет предыдущие подходы и добавляет к ним измерение эффективности и результативности. Фокус делается на достижении наилучших возможных исходов для здоровья пациента при оптимальном использовании ресурсов. Ценность здесь определяется не объемом оказанных услуг, а теми результатами, которые важны для пациента, и их соотношением с затратами.

Пациентоориентированность и пациент-центрированность являются неотъемлемыми компонентами ценностно-ориентированного здравоохранения, поскольку именно понимание того, что ценно для пациента, позволяет определить приоритетные исходы. Таким образом, пациентоориентированность – это фундамент, базовый принцип уважения к пациенту. Пациент-центрированность – это углубление этого принципа, переход к индивидуальному, партнерскому взаимодействию. Ценностно-ориентированное здравоохранение – это вершина, интегрирующая предыдущие подходы с целью достижения максимальной ценности для пациента через эффективное и результативное оказание медицинской помощи.

Область применения результатов. Результаты исследования могут быть использованы при разработке программ, направленных на внедрения ценностно-ориентированного здравоохранения.

Ключевые слова: здравоохранение; культура; медицинская культура; ценность; ценностно-ориентированный подход; пациентоориентированность; пациентоцентричность

Для цитирования. Смирнова, Е. А. (2025). Здравоохранение как культурный процесс: от традиций к инновациям. *Russian Studies in Culture and Society / Российские исследования. Культура и общество*, 9(4), 26-59. <https://doi.org/10.12731/2576-9782-2025-9-4-312>

Scientific Reviews

HEALTHCARE AS A CULTURAL PROCESS: FROM TRADITIONS TO INNOVATIONS

E.A. Smirnova

Abstract

Background. The article describes the transformation of understanding culture and medicine in modern society. There is a shift from static to dynamic models, where the patient's individual experience and values become central. This is reflected in the change of doctor-patient communication from

authoritarian to partnership, as well as in the formation of a new healthcare paradigm based on patient orientation, patient-centeredness, and value-based approach, where the focus shifts to achieving the best outcomes for the patient's health and quality of life.

The **purpose** of the work was to investigate the similarities and differences between the concepts of patient-orientation and patient-centricity in the system of value-based healthcare.

Results. The article reviews both foreign and domestic approaches to analyzing the concepts of patient orientation, patient-centeredness, and value-based healthcare. Value-based healthcare is a more comprehensive and strategic concept. It integrates previous approaches and adds the dimension of efficiency and effectiveness. The focus is on achieving the best possible health outcomes for the patient with optimal resource utilization. Value here is determined not by the volume of services provided, but by the outcomes that are important to the patient and their ratio to costs.

Patient orientation and patient-centeredness are integral components of value-based healthcare, as understanding what is valuable to the patient allows for the identification of priority outcomes. Thus, patient orientation is the foundation, a basic principle of respect for the patient. Patient-centeredness is a deepening of this principle, a transition to individual, partnership interaction. Value-based healthcare is the pinnacle, integrating previous approaches to achieve maximum value for the patient through efficient and effective medical care.

Practical implications. The results of the study can be used in the development of programs aimed at the introduction of value-based healthcare.

Keywords: healthcare; culture; medical culture; value; value-based approach; patient-centeredness; patient-centricity

For citation. Smirnova, E. A. (2025). Healthcare as a cultural process: from traditions to innovations. *Russian Studies in Culture and Society*, 9(4), 26–59. <https://doi.org/10.12731/2576-9782-2025-9-4-312>

Введение

Культура пронизывает все сферы человеческой жизни, и здравоохранение не является исключением. Оно не только отражает,

но и активно формирует наши представления о здоровье, болезни, теле и душе.

Система здравоохранения Российской Федерации представляет собой сложный, многоуровневый комплекс организаций, учреждений, специалистов и ресурсов, направленных на обеспечение доступности и качества медицинской помощи населению. Ее функционирование регулируется законодательством Российской Федерации, в первую очередь Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Данный закон также определяет основные принципы системы здравоохранения в России, которые включают:

Доступность и бесплатность медицинской помощи. Гарантируется право каждого гражданина на получение бесплатной медицинской помощи в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения в рамках программы государственных гарантий.

Качество медицинской помощи. Обеспечение высокого уровня медицинских услуг, основанного на современных стандартах, клинических рекомендациях и квалификации медицинского персонала.

Профилактика заболеваний. Приоритет отдается мероприятиям, направленным на предупреждение возникновения заболеваний, раннее выявление и своевременное лечение.

Гуманизм и уважение к личности пациента. Соблюдение прав пациента, конфиденциальность информации, уважительное отношение со стороны медицинских работников.

Социальная справедливость. Обеспечение равного доступа к медицинской помощи для всех слоев населения, независимо от социального статуса, места жительства и других факторов.

Система здравоохранения Российской Федерации организована по трехуровневому принципу, обеспечивая комплексное медицинское обслуживание населения. Каждый уровень имеет свои задачи и специфику оказания помощи:

1. Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП). Это первый и наиболее доступный этап взаимодействия пациента с системой здравоохранения. ПМСП ориентирована на профилактику заболеваний, раннюю диагностику, лечение распространенных недугов и

состояний, а также оказание помощи при неотложных ситуациях. ПМСП осуществляется в: *поликлиниках*, которые являются многопрофильными учреждениями, предоставляющие амбулаторную помощь по широкому спектру медицинских специальностей. Здесь проводятся профилактические осмотры, диспансеризация, вакцинация и лечение хронических заболеваний; *амбулатории и фельдшерско-акушерских пунктах (ФАП)*, которые расположены преимущественно в сельской местности, обеспечивают базовую медицинскую помощь жителям отдаленных районов; *медико-санитарной части (МСЧ)*, которые организуются на крупных предприятиях и в организациях для оказания медицинской помощи их сотрудникам; *врачами общей практики (семейные врачи)*. Специалисты, предоставляющие комплексную медицинскую помощь пациентам всех возрастов, выступая в роли основного контактного лица в системе здравоохранения.

2. Специализированная медицинская помощь (СМП). Этот уровень предназначен для диагностики и лечения более сложных заболеваний и состояний, требующих применения передовых методов и технологий. Включает в себя: *городские и областные больницы*. Многопрофильные стационары, оказывающие помощь по множеству медицинских направлений; *специализированные диспансеры*. Учреждения, фокусирующиеся на лечении конкретных групп заболеваний (например, онкологических, кардиологических, психоневрологических); *научно-практические центры (НПЦ) и научно-исследовательские институты (НИИ)*. Ведущие учреждения, занимающиеся разработкой и внедрением инновационных методов диагностики и лечения, проведением научных исследований и оказанием высокотехнологичной помощи по узкоспециализированным направлениям; *женские консультации и детские поликлиники*. Предоставляют специализированную помощь в области охраны здоровья матери и ребенка; *станции скорой медицинской помощи*. Оказывают экстренную и неотложную помощь при внезапных заболеваниях, травмах и несчастных случаях.

3. Высокотехнологичная медицинская помощь (ВМП) представляет собой высший уровень медицинской помощи, включающий

применение наиболее сложных и ресурсоемких методов лечения, основанных на последних достижениях науки и техники. ВМП оказывается в специализированных медицинских организациях, как правило, на базе федеральных медицинских центров, НИИ и крупных областных больниц. К таким методам относятся: кардиохирургические операции (например, аортокоронарное шунтирование, протезирование клапанов сердца); эндопротезирование суставов; трансплантация органов и тканей; роботизированная хирургия; применение методов экстракорпорального оплодотворения (ЭКО); сложные онкологические операции и лучевая терапия.

Система здравоохранения в России финансируется из нескольких ключевых источников: *обязательное медицинское страхование (ОМС)* – это основной источник финансирования, формируемый за счет страховых взносов работодателей и государства. Средства ОМС направляются на оплату медицинской помощи, предоставляемой в рамках территориальных программ ОМС; *бюджетное финансирование* – средства федерального, региональных и местных бюджетов используются для финансирования целевых программ, таких как профилактика заболеваний, борьба с социально значимыми инфекциями, содержание медицинских учреждений и обеспечение лекарствами льготных категорий граждан; *платные медицинские услуги* – медицинские организации предоставляют эти услуги добровольно, за счет средств физических и юридических лиц; *добровольное медицинское страхование (ДМС)* – дополнительный вид страхования позволяет получать медицинскую помощь в большем объеме и в более комфортных условиях.

Управление системой здравоохранения в Российской Федерации осуществляется на трех уровнях. Федеральный уровень включает в себя Министерство здравоохранения Российской Федерации, которое отвечает за государственное управление и нормативно-правовое регулирование в сфере здравоохранения. Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (ФОМС) управляет средствами ОМС и контролирует их расходование. Роспотребнадзор осуществляет санитарно-эпидемиологический надзор. Региональный

уровень - территориальные органы управления здравоохранением, включая региональные министерства, реализуют государственную политику на уровне субъектов Российской Федерации. Территориальные фонды ОМС также играют важную роль в управлении средствами. Муниципальный уровень включает органы местного самоуправления, которые могут участвовать в организации оказания медицинской помощи на своей территории.

При переходе от анализа формальных структур к исследованию реального функционирования системы, нельзя обойти вниманием роль медицинской культуры. Она определяет характер взаимодействия между медицинскими работниками и пациентами, влияя на их ожидания, уровень доверия и коммуникативные практики. Здравоохранение, будучи одной из фундаментальных основ любого общества, выходит за рамки простой совокупности медицинских технологий и практик. Оно представляет собой сложный и многогранный культурный процесс, который на протяжении веков эволюционировал под воздействием традиций, верований, социальных норм и ценностей. Путь развития здравоохранения, от древних целительских ритуалов и народной медицины до современных высокотехнологичных клиник и персонализированной терапии, отражает эволюцию человеческого осмысления здоровья, болезни и бытия.

Медицинская культура не существует в отрыве от общей культуры общества и личности. Она является её неотъемлемой частью, включающей в себя медицинские знания, методы лечения, представления о взаимоотношениях врача и пациента, а также характер взаимодействия людей с медицинскими учреждениями и работниками. Иными словами, медицинская культура – это совокупность духовных и материальных ценностей, биомедицинских и медико-социальных технологий, созданных человеком и оказывающих влияние на его здоровье. Это влияние может быть как положительным, улучшая качество жизни и продлевая её активный период, так и отрицательным, нанося вред здоровью и ускоряя наступление смерти. Профессиональная медицинская культура динамична и постоянно развивается, отражая изменения в социальной ситуации, практике и организации профессиональной деятельности.

Субъектами медицинской культуры являются не только медицинские работники, но и все люди, «создающие потенциал знаний о методах и средствах сохранения здоровья, диагностики и лечения различных заболеваний» [4, с. 91], и преобразующие эти знания в личные ценности. В основе медико-культурной деятельности лежит фундаментальная потребность человека в сохранении жизни и здоровья. Профессиональная медицинская культура характеризуется наличием профессиональных стереотипов, тесно связанных с научными знаниями. В отличие от нее, индивидуальная медицинская культура предполагает самостоятельную оценку собственного здоровья и его ценности, исходя из социокультурных норм и традиций общества. Она формирует личное отношение к жизни, здоровью, смерти и другим фундаментальным аспектам человеческого бытия, определяя их место в иерархии жизненных приоритетов личности.

В рамках организационной культуры выделяются как внутреннее (ценности, стиль взаимоотношений, дисциплина, стиль управления), так и внешние (качество услуг, культура взаимодействия с потребителями и конкурентами) аспекты [11]. И.Я. Иванюшкин [6] разграничивает профессиональную культуру на праксиологическую (профессиональные навыки, умения, знания, профессиональное сознание, мировоззрение) и духовную (профессиональная мораль и эстетика) составляющие. Однако именно духовно-ценностная составляющая профессиональной культуры наиболее полно отражает специфические для медицинской практики ценности, нормы и установки, которые определяют профессиональное поведение. Для медицинских работников, как правило, присущи высокое чувство ответственности за результаты своей деятельности, профессиональное мужество и решимость, терпимость к культурным и религиозным особенностям пациентов, а также оптимизм. Для медицинских организаций основной аспект организационной культуры проявляется качеством оказываемых медицинских услуг.

А.Г. Петров, С.Н. Филимонов, В.А. Семенихин, О.В. Хорошилова, А.А. Марьин, Е.Б. Григорьева [9] определяют медицинскую культуру как совокупность отношений между врачом и пациентом,

основанных на достоверной информации о состоянии здоровья пациента. Важную роль в этом процессе играет профессиональное взаимодействие специалистов, представителей медицинских организаций и органов управления здравоохранением, направленное на достижение максимально возможного качества жизни пациента. Это включает в себя отношение к здоровому образу жизни, занятиям спортом, соблюдению режима дня, активному отдыху, а также к употреблению алкоголя, курению, самолечению, сбалансированному питанию и выполнению врачебных предписаний.

Н.А. Хлыстова рассматривает медицинскую культуру как самостоятельную систему, где личность медицинского работника выступает ключевым системообразующим фактором. Именно он обеспечивает целостность системы и является основным источником ее развития. Автор выделяет следующую структуру медицинской культуры [17]: 1. предметный мир (материально-техническая база, необходимая для профессиональной деятельности медицинских работников); 2. процессуально-деятельностный компонент (технологии диагностики, лечения, создания и применения лекарственных форм); 3. личностный элемент (совокупность интеллектуальных, психологических и духовно-нравственных качеств врача, а также его индивидуальный стиль практической деятельности); 4. память медицинской культуры (система символов, традиций и идеалов, представляющая собой значительный культурный пласт социальных ориентиров и установок, сформированный в период советского здравоохранения). Медицинский работник на протяжении всей профессиональной жизни стремится расширять и углублять свои теоретические знания, самостоятельно совершенствуя мастерство. Он постоянно находится на стыке прогрессивных тенденций и традиционного консерватизма. Наставники через личный пример передают свой богатый культурный (интеллектуальный, практический, духовный) опыт молодому поколению. Молодые специалисты получают формализованные роли и нормы поведения, которые зачастую предполагают «моральный выбор в пределах спектра ценностно окрашенных возможностей» [15, с. 89].

В современной медицинской культуре наблюдается возрастающая роль системы «врач–пациент». Качество коммуникации в данной системе напрямую детерминирует готовность пациента следовать врачебным рекомендациям и, как следствие, обуславливает клинический эффект лечения. В контексте трансформации этносоциальных условий функционирования отрасли, коммуникативная компетенция приобретает особую значимость. Ее применение распространяется как на взаимодействие медицинских работников с пациентами и их родственниками, так и на внутренние коммуникации в медицинском коллективе. Данная тенденция обусловлена многофакторным воздействием. С одной стороны, отмечается разнообразие национальных культур, как пациентов, так и медицинского сообщества, а также изменение их социально-экономического статуса и уровня доступности медицинских знаний. С другой стороны, каждая культура обладает собственными устоявшимися стандартами оказания медицинской помощи, специфическими подходами к пониманию здоровья и болезни, оценке собственного состояния, доверию к врачу и готовности выполнять его предписания. Эти культурные особенности включают традиции народной медицины, практики самолечения, пищевые привычки и поведенческие модели, способствующие или препятствующие сохранению здоровья. Все эти аспекты оказывают существенное влияние на характер взаимодействия с современной системой здравоохранения. Ключевым фактором, способствующим сложившейся ситуации, является глобализация, которая стимулирует развитие сферы туризма, усиливает миграционные потоки и увеличивает число межэтнических браков. Взаимодействие индивидов, принадлежащих к различным культурным группам, оказывает комплексное влияние на эффективность коммуникации, диапазон которого простирается от продуктивного диалога и высокого уровня комплаенса до деструктивного общения, характеризующегося непониманием и недоверием между врачом и пациентом.

В контексте современного общества актуализируется коммуникативное взаимодействие представителей различных культур: национальных, религиозных, семейных, профессиональных и социальных.

Р. Витч [3] предложил типологию базовых моделей коммуникации между врачом и пациентом, каждая из которых обладает своими особенностями и сферами применения:

1. Техническая модель характеризуется пассивной ролью пациента и активной позицией врача, чья задача заключается в устранении выявленных «поломок организма» посредством медицинских манипуляций. Данная модель признается оправданной в экстренных клинических ситуациях, требующих незамедлительного профессионального вмешательства (например, острое заболевание, коматозное состояние). Однако, даже в таких условиях, защита прав и интересов пациента предполагает получение информированного согласия от его законных представителей.

2. Пасторская (патерналистская) модель предполагает ограничение самостоятельности пациента, что, в свою очередь ограничивает его право на автономное принятие решений и контроль над собственным состоянием. Применение данной модели является оправданным при взаимодействии врача с несовершеннолетними пациентами или с лицами, чья дееспособность ограничена или отсутствует по решению суда. В рамках этой модели врач выступает в роли гаранта соблюдения фундаментальных этических принципов: «не навреди», защита личностной свободы и охрана человеческого достоинства пациента.

3. Коллегиальная модель предоставляет наиболее широкие возможности для реализации ценностей личности. В условиях длительного лечения хронических заболеваний пациент приобретает значительный объем знаний о своем состоянии и прогнозе, что позволяет ему выступать в роли «коллеги» врача. Это создает основу для совместного принятия решений, основанного на получении всеобъемлющей информации.

4. В контрактной модели взаимодействия врача и пациента, несмотря на равную значимость их ролей, содержание их обязанностей различается. В этой системе правовые принципы и нормы приобретают приоритет над этическими соображениями. Пациент превращается из больного в потребителя медицинских услуг, а врач

все чаще выступает в роли поставщика услуг, ориентированного на клиента. Такая модель предполагает свободу выбора пациента в ключевых жизненных ситуациях, а также право врача на отказ от заключения или расторжение контракта.

Н.А. Хлыстова [18] выделяет **пятую модель** взаимоотношений – **экзистенциальную**, особенно актуальную для паллиативной медицины. Она описывает ситуацию, когда умирающий пациент нуждается в медицинской помощи, находясь в «экзистенциальном промежутке между жизнью и смертью» [16]. Важно отметить, что в реальной практике ни одна из этих моделей не встречается в чистом виде.

Цель – исследование сходств и различий между концепциями пациентоориентированность, пациентоцентричность в системе ценностно ориентированное здравоохранения.

Результаты и обсуждение

Еще Гиппократ в своей клятве подчеркивал главенство интересов пациента. Долгое время в медицине преобладало представление о необходимости «добиться от пациента полного послушания» [21], что приводило к высокомерию и упрощенному общению. Э. Кассель одним из первых обратил внимание на важность межличностных отношений в паре врач-пациент, призывая врачей «смотреть на пациентов как на людей» [23]. В современном мире «ветеринарный подход», рассматривающий пациента как объект без собственной воли, осуждается. Сегодня наблюдается переход от врача-центрированной к пациент-центрированной модели здравоохранения. Эта новая парадигма ставит во главу угла ценности и ожидания пациентов, вовлекая их в процесс принятия решений. Пациент перестал быть пассивным субъектом «клинической монархии», обязанным беспрекословно подчиняться, и стал активным участником «медицинского рынка» [5]. В 1951 году Карл Роджерс сформулировал идею о том, что люди способны самостоятельно решать свои проблемы, используя собственные ресурсы, при условии создания для них поддерживающей среды [32]. Термин «пациентоориентированность» (от лат. *patiens* – страдающий, больной и фр. *orientation* – направленность) впервые появился в 1969 году в

работе британского психоаналитика Энида Балинта. Он предложил рассматривать этот подход как способ врачебного мышления, при котором врач видит в пациенте уникальное человеческое существо, и это видение предшествует постановке клинического диагноза [22]. Балинт противопоставил свою идею господствовавшей тогда «болезнь-ориентированной медицине», подчеркивая важность индивидуального подхода к каждому пациенту. В 1977 году Дж. Энгель описал биопсихоэмоциональную модель, которая до сих пор остается неотъемлемым компонентом концепции пациентоцентрированности [24]. Современные подходы к пациентоориентированности во многом опираются на исследование Института Пикера и Гарвардской школы медицины (1993), выявившее восемь ключевых аспектов [26]: **Уважение ценностей, предпочтений и потребностей пациента.** При принятии медицинских решений мнение пациента должно учитываться. Это перекликается с набирающей популярность 4П-моделью медицины, основанной на предсказуемости (генетический анализ), профилактике, персонализированном подходе и активном участии (партнерстве) пациента в поддержании своего здоровья. Специалисты поощряют инициативу пациентов в оценке действий медицинских работников, хотя отмечают, что пациенты могут не желать брать на себя полную ответственность за решения, но при этом стремятся понимать их и задавать вопросы [25].

Согласованность и целостность лечебного процесса. Обеспечение скоординированных действий лечащих врачей, а также персонала, предоставляющего дополнительные услуги и осуществляющего основной уход.

Информированность. Предоставление пациенту правдивой и исчерпывающей информации об его состоянии здоровья, прогрессировании заболевания, прогнозе и лечении. Это включает сведения о процессе лечения, ухода, а также информацию, необходимую для самостоятельности пациента и пропаганды здорового образа жизни.

Комфортные условия размещения и лечения. Облегчение болевых ощущений, помощь в удовлетворении повседневных потребностей и создание комфортной больничной среды.

Эмоциональная поддержка и участие семьи и друзей. Помимо эмоциональной поддержки, важно предоставление пространства для семьи и друзей, их вовлечение в процесс принятия решений, поддержка членов семьи как лиц, обеспечивающих уход, и учет их потребностей.

Непрерывность и последовательность лечебного процесса. Обеспечение постоянного преобразования и улучшения лечебного процесса. Это включает информирование о лекарствах, физических ограничениях, диетических потребностях, а также координацию и планирование непрерывного лечения и услуг после выписки, предоставление информации о доступе к различной поддержке на постоянной основе.

Обеспечение доступности медицинской помощи. Является ключевым условием для пациентов, которые должны быть уверены в возможности получить необходимое лечение в нужный момент. Однако, по мнению И.К. Черемушниковой, И.В. Чернышева и Л.И. Беловой [20], реализация этого принципа сталкивается с серьезными препятствиями. К ним относятся недостаточное финансирование, нечеткое разграничение платных и бесплатных услуг, а также значительный разрыв между высокотехнологичной медициной и первичным звеном здравоохранения. Ссылаясь на статистические данные Минздрава, авторы [20] отмечают практическое отсутствие эффективных систем профилактики и диспансеризации. Это приводит к тому, что образованная часть населения предпочитает заниматься самолечением, используя информацию из интернета. Менее образованные граждане, в свою очередь, обращаются за помощью к знахарям и народным целителям.

Американский Институт медицины определяет пациентоориентированность как оказание помощи, учитывающей индивидуальные предпочтения, потребности и ценности пациента, с уважением к ним, а также обеспечение того, чтобы эти ценности определяли все медицинские решения [27]. В основе этого определения лежат пять ключевых измерений, выделенных Н. Мидом и П. Бауэром в 2000 году [30]: 1. **Биопсихосоциальный подход к лечению.** Расшире-

ние взгляда на болезнь пациента от чисто биомедицинских рамок до комплексной биопсихосоциальной перспективы.

2. Гуманизация восприятия врача и пациента. Формирование более человеческого и эмпатичного взаимодействия между медицинским работником и пациентом.

3. Разделение власти и ответственности. Вовлечение пациента в процесс принятия решений, где он является активным участником, а не пассивным получателем услуг.

4. Построение терапевтического альянса. Создание взаимных доброжелательных отношений, которые способствуют повышению эффективности лечения. Напротив, негативные отношения могут снизить шансы на успешное выздоровление.

5. Восприятие врача как личности. Признание того, что врач, как и любой человек, имеет свои индивидуальные особенности, и взаимодействие с ним происходит на личностном уровне. Как и в любых отношениях, обе стороны влияют друг на друга через взаимодействие.

Лангберг [28] дополнил этот список шестым измерением – **скоординированным уходом**, который максимально отвечает потребностям пациента.

Иными словами, пациентоориентированность – это «создание благоприятных условий для осуществления лечебного процесса, предполагающее уважительное и гуманное отношение к пациенту со стороны медицинского и обслуживающего персонала» [14, с. 186]. Первостепенное значение придается умению медицинского работника выстраивать партнерские, бесконфликтные отношения с пациентами и проявлять эмпатию. Эффективное общение с пациентом ведет к повышению его удовлетворенности и улучшению результатов лечения. Это достигается при одновременном снижении потребности в дорогостоящих препаратах, анализах, направлениях и госпитализациях. В результате формируются новые приоритеты, такие как: удовлетворенность потребителя медицинской услуги, наличие альтернатив и возможность выбора клиники или врача, а также свободный доступ ко всем услугам и сервисам.

Авторы [8] предлагают рассматривать взаимоотношения пациента и врача через призму их сходства, основанного на двух факторах: общих личностных убеждениях и ценностях, а также социальной принадлежности (по расе и социально-имущественному статусу). Такое сходство способствует повышению уровня доверия, удовлетворенности и комплаенса (приверженности лечению). Для медицинского персонала, пациентоориентированность определяется как «интегральное (неразрывно связанное), системное (комплекс взаимосвязанных элементов) и динамичное (способное к изменению во времени и развитию) качество профессиональной личности» медицинского работника, которое обеспечивает безусловный приоритет законных и обоснованных интересов пациента» в его профессиональной деятельности [1].

С 2015 года в Российской Федерации наблюдается активное развитие пациентоориентированности, охватывающее как государственные инициативы, так и деятельность отдельных медицинских организаций. На конференции Росздравнадзора «Медицина и качество», состоявшейся 30 ноября 2015 года, представители Минздрава РФ, Росздравнадзора и ФФОМС определили переход российского здравоохранения на принципы пациентоориентированности как приоритетную практическую задачу. Среди ключевых организационных технологий, способствующих реализации данного принципа, выделяются: **сервисная логистика** - оптимизация процессов предоставления медицинских услуг с учетом потребностей и ожиданий пациентов.

Управление пациентскими потоками - разработка и внедрение систем, обеспечивающих эффективное распределение пациентов по медицинским учреждениям и услугам, минимизируя время ожидания и повышая доступность помощи.

Деятельность специализированных информационно-коммуникационных институтов - создание и развитие инфраструктуры для оперативной и качественной коммуникации с пациентами, включая федеральные и региональные колл-центры, «горячие линии», электронные регистратуры, а также институт страховых представи-

телей, выполняющих функцию навигации и поддержки пациентов в системе здравоохранения.

Кроме того, концептуальные основы пациентоориентированной модели развития здравоохранения нашли отражение в приказе Минздрава России от 24.04.2018 №186 «Об утверждении Концепции предиктивной, превентивной и персонализированной медицины». Данный документ акцентирует внимание на необходимости индивидуализации подходов к каждому пациенту, включая превентивные меры и раннее выявление рисков развития заболеваний. На уровне конкретной медицинской организации пациентоориентированный подход предполагает формирование модели управления, направленной на обеспечение максимальной доступности, высокого качества и безопасности оказываемой медицинской помощи. Фундаментом такой модели являются ценности уважения и эмпатии к пациентам, а также построение партнерского взаимодействия в процессе лечения. Важным элементом является также внедрение системы менеджмента качества, обеспечивающей непрерывное совершенствование всех аспектов деятельности учреждения.

А.Ю. Павловских концептуализирует пациентоориентированность как парадигму развития системы здравоохранения, в центре которой находится пациент как целостная личность, учитывающая его физиологические, психологические и социальные детерминанты. Приоритетной задачей здравоохранения, согласно данному определению, является достижение максимальной пользы для пациента, как в краткосрочной, так и в долгосрочной перспективе [7]. Данный подход базируется на холистической (целостной) концепции пациента, которая выходит за рамки исключительно соматического статуса, включая его психоэмоциональное состояние и социальный контекст. Это определение коррелирует с классической трактовкой здоровья ВОЗ (1948), которая также постулирует триаду физического, психического и социального благополучия. Однако, в отличие от ВОЗ, фокусирующейся на состоянии здоровья индивида, определение А.Ю. Павловских акцентирует внимание на принципах и целях функционирования системы здравоохранения. Таким образом,

предложенная автором концепция является основополагающей для ценностно-ориентированного подхода (ЦОЗ). ЦОЗ, развивая положения ВОЗ, имплементирует их в практические аспекты организации медицинской помощи, где пациент и его комплексное благополучие становятся центральным объектом, а критерием эффективности выступают достигнутые для пациента результаты.

В контексте российского здравоохранения, пациентоориентированность традиционно интерпретируется как удовлетворенность пациента качеством полученных медицинских услуг, что определяется как результат соотношения его ожиданий и фактически оказанной медицинской помощи. Тем не менее, более комплексное и перспективное определение пациентоориентированности, предложенное А.Ю. Соколовой и Ю.И. Сорокиным, характеризует ее как «инновационный подход к планированию, осуществлению и оценке медико-санитарной помощи, основанный на взаимовыгодных благоприятных партнерских отношениях между поставщиками медицинских услуг, пациентами и их семьями» [12, с. 132]. Мы полагаем, что данное определение является краеугольным камнем для формирования ценностно ориентированного здравоохранения. Истинная ценность в сфере здравоохранения, заключающаяся в достижении наилучших возможных результатов для здоровья при максимально эффективном использовании имеющихся ресурсов, не может быть достигнута без активного и осознанного вовлечения пациента в процесс оказания медицинской помощи. Это предполагает глубокое понимание его индивидуальных ценностей, потребностей и целей, а также построение доверительных и взаимовыгодных партнерских отношений. В рамках такого подхода, именно пациент, его потребности, цели и ценности становятся центральным элементом при определении того, что составляет ценность в здравоохранении. Следовательно, если оказываемая медицинская помощь не приводит к желаемым для пациента результатам и не соответствует его представлениям о благополучии, она не может считаться ценной, даже при условии минимальных финансовых затрат. Таким образом, концепция ценностно ориентированного здравоохранения требует

фундаментального переосмысления парадигмы планирования медицинской помощи. Вместо традиционного подхода, ориентированного на простое оказание медицинских услуг, необходимо перейти к разработке комплексных, персонализированных траекторий лечения. Эти траектории должны быть тщательно спланированы с учетом не только клинических состояний пациента, но и его уникальных потребностей, а также его личных предпочтений, ценностей и долгосрочных целей. Реализация же медицинской помощи должна представлять собой не просто набор медицинских процедур, а скоординированный, эффективный и, что наиболее важно, пациентоориентированный процесс, направленный на достижение максимальной пользы для здоровья пациента.

Современное здравоохранение движется к созданию пациентоориентированной системы, что требует выполнения ряда ключевых задач [13]:

1. Формирование трехуровневой сети медицинских учреждений. Первичная помощь, основной уровень и высокотехнологичная медицина. Эта структура обеспечивает доступность медицинской помощи, позволяя пациентам получать необходимое лечение на ближайшем уровне и, при необходимости, направляться на более специализированный. Такой подход не только улучшает результаты лечения, учитывая потребности пациентов на каждом этапе, но и способствует оптимальному использованию ресурсов. Эффективно организованная трехуровневая система позволяет направлять пациентов туда, где помощь наиболее уместна, избегая ненужных затрат на высокотехнологичные процедуры в случаях, когда достаточно первичной или основной помощи.

2. Запуск Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения. Эта система улучшает координацию медицинской помощи, обеспечивая доступ врачей к полной информации о пациентах на разных уровнях. Это предотвращает дублирование исследований и назначений, а также обеспечивает непрерывность лечения. Для пациентов это означает меньшее количество документов, которые нужно собирать и передавать. Кроме того, информационная

система служит основой для анализа результатов и затрат, позволяя собирать данные о лечении и исходах, что критически важно для повышения прозрачности и подотчетности.

3. Осуществление проектов медицины будущего. Эти проекты направлены на удовлетворение индивидуальных потребностей пациентов, предлагая более точные методы диагностики, менее инвазивные процедуры и эффективные методы лечения. Они также способствуют повышению вовлеченности пациентов в процесс лечения. Внедрение инновационных технологий и подходов, таких как персонализированная медицина и телемедицина, может значительно улучшить результаты лечения.

4. Работа с Big Data пациентов. Анализ больших данных позволяет персонализировать лечение, выявлять группы пациентов с особыми потребностями и разрабатывать более эффективные профилактические программы. Это не только улучшает результаты лечения, но и учитывает индивидуальные особенности пациентов. Кроме того, анализ больших данных помогает выявлять закономерности, прогнозировать риски и оценивать эффективность различных методов лечения на больших популяциях, что критически важно для оптимизации ресурсов и улучшения результатов на уровне всей системы.

5. Привлечение дополнительных средств в здравоохранение через профилактическую активность застрахованных. Эта модель стимулирует пациентов к ответственному отношению к своему здоровью и вовлеченности в поддержание благополучия. Когда пациенты видят прямую выгоду, например, в снижении страховых взносов или доступе к дополнительным профилактическим услугам, они становятся более мотивированными участвовать в программах скрининга и вести здоровый образ жизни. Это также способствует улучшению результатов лечения, так как профилактика снижает вероятность развития серьезных заболеваний и их осложнений. Инвестиции в профилактику, как правило, более выгодны в долгосрочной перспективе, чем лечение уже развившихся заболеваний, что в конечном итоге приводит к лучшим результатам для здоровья

населения в целом. Фокус на профилактике позволяет перераспределить ресурсы от дорогостоящего лечения к более эффективным мерам по предотвращению заболеваний. Пациентоориентированная медицина стремится к улучшению результатов лечения, принимая во внимание индивидуальные предпочтения, цели, ценности пациента и доступные экономические ресурсы. Эта модель способствует укреплению здоровья населения, повышению качества медицинских услуг, оптимизации работы медицинского персонала, рациональному использованию ресурсов, снижению издержек и повышению удовлетворенности пациентов. В практическом плане, пациентоориентированность в медицинской организации предполагает создание условий, направленных на поддержание гуманистической природы медицины, закрепленной в этических кодексах, деонтологии и правовых актах.

Задачи пациентоориентированного и ценностно-ориентированного здравоохранения тесно взаимосвязаны и усиливают друг друга. Трехуровневая сеть и единая информационная система формируют инфраструктуру для эффективного управления ресурсами (ценностно-ориентированный подход) и обеспечивают доступность и непрерывность медицинской помощи для пациента (пациентоориентированный подход). Использование медицины будущего и больших данных позволяет достигать лучших результатов лечения за счет персонализации и инноваций (ценностно-ориентированный подход), а также учитывать индивидуальные особенности и предпочтения пациента (пациентоориентированный подход). Финансирование, ориентированное на профилактику, напрямую способствует повышению ценности здравоохранения за счет снижения затрат и улучшения здоровья населения (ценностно-ориентированный подход), одновременно мотивируя пациента к активному участию в поддержании своего здоровья (пациентоориентированный подход). Таким образом, представленные задачи не только способствуют развитию пациентоориентированности, но и являются фундаментальными элементами для построения ценностно-ориентированного здравоохранения. В основе этой модели лежит ценность для паци-

ента – достижение наилучших возможных результатов для здоровья с максимальной эффективностью и учетом его индивидуальных потребностей и предпочтений. Пациентоориентированность, следовательно, является краеугольным камнем ценностно-ориентированного здравоохранения. Без глубокого понимания и уважения к пациенту, его целям и ценностям, невозможно достичь истинной ценности в здравоохранении. Задачи, определенные в Стратегии развития здравоохранения до 2025 года, представляют собой инструменты для создания именно такой системы.

Современная медицинская практика в значительной степени обусловлена уровнем технической культуры врача. Искусственный интеллект (ИИ), включающий в себя интеллектуальный анализ данных, экспертные системы, нейронные сети, эволюционные алгоритмы и биокомпьютинг, представляет собой перспективный инструмент для повышения эффективности диагностики, снижения вероятности врачебных ошибок и минимизации влияния субъективных факторов в процессе принятия клинических решений. Однако внедрение ИИ в здравоохранение сопряжено с рядом вызовов. Накопление и анализ больших объемов биологических данных, требующих интеграции с клинической информацией, создает потенциальные риски для конфиденциальности и безопасности данных. Более того, самообучающийся характер систем ИИ поднимает фундаментальные этические вопросы, требующие тщательного рассмотрения. Наффилдский совет по биоэтике, занимающийся оценкой этических аспектов в области биологии и медицины, выделяет следующие ключевые проблемы [31]:

- определение ответственности за решения, принимаемые системами ИИ;
- оценка влияния повсеместного внедрения ИИ на качество межличностного взаимодействия в процессе оказания медицинской помощи;
- анализ потенциальных последствий несанкционированного доступа к системам ИИ и манипулирования ими;
- разработка механизмов обеспечения доверия к системам ИИ, способным к автономному функционированию;

- определение субъекта ответственности за ошибочные решения, принятые с использованием ИИ.

Критическим аспектом является также потенциальная тенденция к недооценке традиционных клинических навыков, в частности, коммуникативной компетентности врача, в условиях активного внедрения технологических решений. Существует риск ошибочного восприятия технологий как полноценной замены непосредственного взаимодействия с пациентом и установления доверительных отношений. Вместе с тем, телемедицинские технологии открывают новые возможности для расширения доступа к медицинской помощи, повышения точности диагностики и оптимизации обмена информацией между специалистами, что в конечном итоге способствует улучшению результатов лечения. Разработка и внедрение приложений для самостоятельной диагностики заболеваний, а также портативных устройств и программ для непрерывного мониторинга состояния здоровья пациентов (артериальное давление, пульс, уровень глюкозы в крови и др.) позволяют автоматизировать сбор и безопасную передачу данных, обеспечивая эффективный контроль ключевых показателей здоровья, как пациентом, так и лечащим врачом.

Масштабная технизация современной медицины и внедрение инновационных биомедицинских технологий оказывают существенное влияние на динамику медицинской культуры. Это явление сопровождается «биоэтизацией социума и адаптацией биоэтики к сегментам социальной реальности» [19, с. 86]. Следствием данных процессов является медиализация, которая приводит к двум взаимосвязанным тенденциям: с одной стороны, к усилению власти медицины над пациентом, а с другой – к возрастанию ответственности врача в контексте расширения медицинских и биотехнологических возможностей. Применение современных достижений, таких как генная инженерия, биотехнология, трансплантация органов, а также углубленное понимание психосоматического и социокультурного характера болезней, ставит перед современной медициной ряд новых проблем. Эти проблемы характеризуются ярко выраженными мировоззренческими, нравственно-философскими, культурологиче-

скими, религиозными, социально-психологическими и правовыми аспектами. Необходимы дальнейшие исследования и разработка нормативно-правовой базы для обеспечения безопасного и этичного внедрения ИИ и технологий в систему здравоохранения.

М. Lipkin определяет пациент-центрированную модель как подход, учитывающий личностные особенности пациента и его активную роль в процессе лечения заболевания [29]. В научной литературе значительное внимание уделяется концепции пациент-центрированности в медицине. Она охватывает гражданско-правовое регулирование взаимоотношений между врачом и пациентом, наделяя последнего правами и обязанностями, которые должны учитываться при оказании медицинской помощи. Примечательно, что понятие «пациентоориентированность медицины», касающееся организации и предоставления медицинских услуг, в литературе встречается реже.

О.В. Ромашова, Н.А. Романова и Д.О. Сигалов [10] рассматривают понятия пациентоориентированность и пациентоцентричность как синонимы и предлагают следующую структуру пациент-центрированного подхода:

1. Профилактика, включает пропаганду здорового образа жизни и вакцинацию.
2. Персонификация, подразумевает разработку и применение индивидуальных лекарственных препаратов, персонализированных клинических рекомендаций, терапий и систем мониторинга.
3. Предиктивность, ориентирована на прогнозирование и предотвращение развития заболеваний.
4. Парсипативность, означает совместную деятельность врача и пациента, направленную на сохранение здоровья.

Однако, как показывают российские исследования, посвященные роли пациента (преимущественно проводимые врачами и медицинскими работниками), при обсуждении современных концепций пациент-центрированности часто наблюдается искажение их трактовки. Понятие сводится к элементам вежливости и эмпатичной коммуникации, при этом игнорируются другие важные аспекты участия пациента в лечении. О.В. Перепелова и И.А. Петрова отмечают, что

такое упрощенное понимание пациент-ориентированности несет риск превращения ее идей в пустые лозунги, а реальных действий – в имитацию. В то время как истинная пациент-центрированность, которую она призвана заменить, четко определяется как должное, безопасное и ответственное взаимодействие.

В 2022 году ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ» по поручению Департамента здравоохранения города Москвы провел IV Форум «Социология здоровья: новое здравоохранение в диалоге с каждым». В рамках мероприятия было акцентировано внимание на современном аксиологическом векторе трансформации здравоохранения – ценностно-ориентированном здравоохранении, пациентоориентированность в котором рассматривается как ключевая форма реализации. Д.Н. Проценко (ММКЦ «Коммунарка») расширил данную концепцию, указав на необходимость перехода от пациентоориентированности к «человекоориентированной медицине», определяемой как «медицина с человеческим лицом» [2]. В контексте современных вызовов, приоритетной задачей системы здравоохранения является предоставление медицинской помощи, в полной мере учитывающей индивидуальные предпочтения и потребности пациентов.

Заключение

В прежние эпохи, когда социальное устройство было статичным и предсказуемым, культура воспринималась как незыблемый свод норм и ценностей, передаваемый из поколения в поколение. Сегодня же мы наблюдаем переход к динамическому пониманию культуры, где индивидуальное переживание и осмысление ценностей становятся основой формирования личности. Теперь культура – это живая, постоянно трансформирующаяся среда, где индивидуальный опыт, интерпретация и осмысление ценностей играют первостепенную роль в становлении личности. Степень погружения в культурные смыслы и их адекватность понимания зависят от личных усилий и контекста каждого человека. Это фундаментальное изменение парадигмы пронизывает и сферу здравоохранения, порождая инновационные подходы к медицинскому обслуживанию.

Вместо прежней авторитарной модели, медицина совершила значительный сдвиг к партнерскому взаимодействию врача и пациента. Новизна заключается в переосмыслении роли пациента, он перестает быть пассивным объектом лечения и становится активным участником лечебного процесса. Эта трансформация находит отражение в появлении и развитии новых, взаимосвязанных концепций:

Пациентоориентированность – это самый широкий и общий принцип. Он подразумевает, что все процессы и решения в системе здравоохранения должны строиться с учетом потребностей, ожиданий и предпочтений пациента. Это включает уважительное отношение, предоставление полной и понятной информации, вовлечение пациента в принятие решений и обеспечение комфортных условий.

Пациент-центрированность идет еще дальше, ставя пациента в центр всего процесса. Здесь акцент делается на индивидуальном подходе, понимании уникальной ситуации каждого человека, его жизненных обстоятельств, ценностей и целей. Такой подход предполагает активное партнерство между врачом и пациентом, где последний является не пассивным получателем услуг, а активным участником своего лечения и восстановления, с учетом не только медицинских, но и психосоциальных аспектов здоровья.

Ценностно-ориентированное здравоохранение – это стратегическая инновация, интегрирующая предыдущие концепции с целью достижения максимальной ценности для пациента через эффективное и результативное оказание медицинской помощи. Фокус делается на достижении наилучших возможных исходов для здоровья пациента при оптимальном использовании ресурсов. Ценность здесь определяется не объемом оказанных услуг, а теми результатами, которые важны для пациента (например, улучшение качества жизни, снижение боли, возможность вернуться к работе), и их соотношением с затратами.

Таким образом, современное здравоохранение находится на пути к созданию гуманной, эффективной и по-настоящему ориентированной на человека системы, где инновационные концепции пациентоориентированности, пациент-центрированности и цен-

ностно-ориентированного подхода являются не просто понятиями, а движущей силой прогресса, направленного на достижение наилучшего благополучия пациента.

Список литературы

1. Белявский, А. Р., Павловских, А. Ю., Шардин, С. А., & Овсянников, С. В. (2016). Способ определения уровня пациентоориентированности персонала медицинской организации (на примере Демидовской больницы, г. Нижний Тагил). *Уральский медицинский журнал*, № 2 (135), 106–111. EDN: <https://elibrary.ru/VOXKCSJ>
2. Богдан, И. В., & Кузьменков, В. А. (2023). Социогуманитарные аспекты построения диалога в системе здравоохранения. *Вестник РУДН. Серия: Социология*, № 3 (23), 654–660. <https://doi.org/10.22363/2313-2272-2023-23-3-654-660>. EDN: <https://elibrary.ru/ZKRXWT>
3. Витч, Р. (1994). Модели моральной медицины в эпоху революционных изменений. *Вопросы философии*, № 3, 67–72.
4. Жарова, М. (2012). Медицинская культура российского общества, человека. *ГлавВрач*, № 17, 87–95.
5. Зубарева, Н. Н. (2021). Пациентоориентированность и клиентский сервис в маркетинге здравоохранения как основа формирования лояльности потребителей медицинских услуг. *Экономика устойчивого развития*, № 3 (47), 81–86. https://doi.org/10.37124/20799136_2021_3_47_81. EDN: <https://elibrary.ru/VVCUAU>
6. Иванюшкин, И. Я. (2004). От этики Гиппократ к биоэтике. *Медицинское право и этика*, № 1, 21–25.
7. Павловских, А. Ю. (2015). Пациентоориентированность как основная парадигма развития современного отечественного здравоохранения. *Врач-аспирант*, № 32 (70), 309–315. EDN: <https://elibrary.ru/VKUIPF>
8. Панов, А. В., & Карпенко, А. А. (2012). Безопасность пациентов: точка зрения потребителя. *Главный врач: хозяйство и право*, № 1, 34–38. EDN: <https://elibrary.ru/OQRGZV>
9. Петров, А. Г., Филимонов, С. Н., Семенихин, В. А., Хорошилова, О. В., Марьин, А. А., & Григорьева, Е. Б. (2021). Актуальность развития и реализации медицинской и фармацевтической культуры как

- основы профилактики профессиональных заболеваний. *Медицина в Кузбассе*, № 4, 32–37. <https://doi.org/10.24412/2687-0053-2021-4-32-37>. EDN: <https://elibrary.ru/BPRZZV>
10. Романова, Е. А., Романова, А. Н., & Сигалов, Д. О. (2016). Социальный портрет родителей детей с поражением центральной нервной системы как отражение уровня медицинской культуры населения. В кн.: *Здоровьесберегающее образование — залог безопасной жизнедеятельности молодёжи: проблемы и пути решения: материалы IX Международной научно-практической конференции (Россия, Челябинск, 10–11 ноября 2016 г.)* (с. 147–150). Челябинск: ЮУрГПУ.
 11. Снежицкий, В. А., & Сурмач, М. Ю. (2017). Коммуникация в формировании организационной культуры в здравоохранении. В кн.: *Врач-пациент: сотрудничество в решении проблем здоровья: сборник статей международной научно-практической конференции* / отв. ред. М. Ю. Сурмач, Я. Бараньски (с. 56–59). Гродно: Гродненский государственный медицинский университет.
 12. Соколова, А. Ю., & Сорокин, Ю. И. (2017). Об определении термина «пациентоориентированность». В кн.: *21 век: фундаментальная наука и технологии: материалы XI международной научно-практической конференции. Том 1* (с. 41–43). CreateSpace. EDN: <https://elibrary.ru/XZYXNL>
 13. *Стратегия развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года* (утверждена Указом Президента Российской Федерации от 6 июня 2019 г. № 254).
 14. Страхов, М. А., Гавриленко, Н. Г., & Борисова, С. С. (2016). Трансформация профессиональной медицинской речи как феномен «медикализации» современного языка. В кн.: *Медицинский дискурс. Вопросы теории и практики: материалы 4-й международной научно-практической конференции* (с. 181–187). Тверь: Редакционно-издательский центр Тверского государственного медицинского университета. EDN: <https://elibrary.ru/XRPFQL>
 15. Сурмач, М. Ю., & Бойко, С. Л. (2019). Организационная культура и социальная ответственность в здравоохранении: проблемы определения и методы изучения. *Журнал Белорусского государственного*

- университета. *Социология*, № 3, 84–95. EDN: <https://elibrary.ru/FRWERU>
16. Тищенко, П. Д. (2006). Жизнь и власть: био-власть в современных структурах врачевания. *Мир психологии*, № 2, 177–192. EDN: <https://elibrary.ru/HTWTUR>
 17. Хлыстова, Н. А. (2008). Феномен медицинской культуры. Часть 1. Методологический аспект медицинской культуры. *Бюллетень сибирской медицины*, № 1, 60–70. EDN: <https://elibrary.ru/QZGKAN>
 18. Хлыстова, Н. А. (2008). Феномен медицинской культуры. Часть 3. Праксиологический аспект медицинской культуры. *Бюллетень сибирской медицины*, № 2, 49–63. EDN: <https://elibrary.ru/QZGKMF>
 19. Цырдя, Т. Н. (2018). Социальная биоэтика: теоретико-практические и методологические конфигурации. В кн.: *Социальная биоэтика сквозь призму глобальной биоэтики* (с. 77–109) / МГЭИ им. А. Д. Сахарова БГУ; под ред. проф. Т. В. Мишаткиной и проф. С. Б. Мельнова. Минск.
 20. Черемушников, И. К., Чернышева, И. В., & Белова, Л. И. (2016). В поисках совершенной модели здравоохранения: традиции и новаторство в медицине немцев Нижнего Поволжья. *Медицинский вестник Северного Кавказа*, № 4 (11), 617–620. <https://doi.org/10.14300/mnnc.2016.11151>. EDN: <https://elibrary.ru/YFQSHT>
 21. Черемушников, И. К., Петров, А. В., & Чернышева, И. В. (2017). Профессионально значимые установки в коммуникации врач-пациент. *Биоэтика*, № 2 (20), 46–49. EDN: <https://elibrary.ru/ZQXREJ>
 22. Balint, E. (1969). The possibilities of patient-centered medicine. *The Journal of the Royal College of General Practitioners*, No. 82 (17), 269–276.
 23. Cassell, E. J. (2004). *The nature of suffering and the goals of medicine* (336 p.). Oxford: Oxford University Press.
 24. Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, No. 4286 (196), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>. EDN: <https://elibrary.ru/IDLHVT>
 25. *Eurobarometer qualitative study: patient involvement. Aggregate report* [Электронный ресурс] (2012–2014). Получено 01.09.2025, из: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/quali/ql_5937_patient_en.pdf

26. Gerteis, M., Edgman-Levitan, S., & Daley, J. (1993). *Through the patient's eyes: understanding and promoting patient-centered care* (317 p.). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
27. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. (2001). *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century* (360 p.). Washington, DC: National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/10027>
28. Langberg, E. M., Dyhr, L., & Davidsen, A. S. (2019). Development of the concept of patient-centredness — a systematic review. *Patient Education and Counseling*, 1228–1236. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.02.023>
29. Lipkin, M. Jr., Quill, T. E., & Napodano, R. J. (1984). The medical interview: a core curriculum for residencies in internal medicine. *Annals of Internal Medicine*, Vol. 100, Issue 2, 277–284.
30. Mead, N., & Bower, P. (2000). Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine*, No. 7 (51), 1087–1110. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(00\)00098-8](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(00)00098-8). EDN: <https://elibrary.ru/HAJDJV>
31. *Nuffield Council on Bioethics. Artificial intelligence (AI) in healthcare and research* (8 p.). London: Nuffield Council on Bioethics, 2018.
32. Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy: its current practice, implications and theory* (560 p.). Boston: Houghton Mifflin.

References

1. Belyavsky, A. R., Pavlovskikh, A. Yu., Shardin, S. A., & Ovsyanikov, S. V. (2016). A method for determining the level of patient-centeredness of medical organization staff (using the example of Demidov Hospital, Nizhny Tagil). *Ural Medical Journal*, No. 2 (135), 106–111. EDN: <https://elibrary.ru/VOXKCJ>
2. Bogdan, I. V., & Kuzmenkov, V. A. (2023). Socio-humanitarian aspects of building dialogue in the healthcare system. *RUDN Journal of Sociology*, No. 3 (23), 654–660. <https://doi.org/10.22363/2313-2272-2023-23-3-654-660>. EDN: <https://elibrary.ru/ZKRXWT>
3. Vitch, R. (1994). Models of moral medicine in an era of revolutionary changes. *Questions of Philosophy*, No. 3, 67–72.

4. Zharova, M. (2012). Medical culture of Russian society and individuals. *GlavVrach*, No. 17, 87–95.
5. Zubareva, N. N. (2021). Patient-centeredness and customer service in healthcare marketing as the basis for building loyalty among consumers of medical services. *Economics of Sustainable Development*, No. 3 (47), 81–86. https://doi.org/10.37124/20799136_2021_3_47_81. EDN: <https://elibrary.ru/VVCUAAU>
6. Ivanyushkin, I. Ya. (2004). From Hippocratic ethics to bioethics. *Medical Law and Ethics*, No. 1, 21–25.
7. Pavlovskikh, A. Yu. (2015). Patient-centeredness as the main paradigm for the development of modern domestic healthcare. *Vrach-Aspirant*, No. 32 (70), 309–315. EDN: <https://elibrary.ru/VKUIPF>
8. Panov, A. V., & Karpenko, A. A. (2012). Patient safety: a consumer’s perspective. *Chief Physician: Economy and Law*, No. 1, 34–38. EDN: <https://elibrary.ru/OQRGZV>
9. Petrov, A. G., Filimonov, S. N., Semenikhin, V. A., Khoroshilova, O. V., Maryin, A. A., & Grigorieva, E. B. (2021). The relevance of developing and implementing medical and pharmaceutical culture as the foundation for preventing occupational diseases. *Medicine in Kuzbass*, No. 4, 32–37. <https://doi.org/10.24412/2687-0053-2021-4-32-37>. EDN: <https://elibrary.ru/BPRZZV>
10. Romanova, E. A., Romanova, A. N., & Sigalov, D. O. (2016). The social portrait of parents of children with central nervous system disorders as a reflection of the level of medical culture in the population. In: *Health-saving education — the key to safe living for youth: problems and solutions: proceedings of the IX International Scientific and Practical Conference (Russia, Chelyabinsk, November 10–11, 2016)* (pp. 147–150). Chelyabinsk: SUSPU.
11. Snezhitsky, V. A., & Surmach, M. Yu. (2017). Communication in shaping organizational culture in healthcare. In: *Doctor-Patient: cooperation in solving health problems: collection of articles from the international scientific and practical conference* / Ed. by M. Yu. Surmach, Ya. Baransky (pp. 56–59). Grodno: Grodno State Medical University.
12. Sokolova, A. Yu., & Sorokin, Yu. I. (2017). On defining the term “patient-centeredness”. In: *21st Century: Fundamental Science and Tech-*

- nology: proceedings of the XI International Scientific and Practical Conference. Vol. 1 (pp. 41–43). CreateSpace. EDN: <https://elibrary.ru/XZYXNL>
13. Strategy for the development of healthcare in the Russian Federation for the period up to 2025 (approved by Decree of the President of the Russian Federation No. 254 of June 6, 2019).
 14. Strachov, M. A., Gavrilenko, N. G., & Borisova, S. S. (2016). Transformation of professional medical speech as a phenomenon of “medicalization” in modern language. In: *Medical Discourse. Issues of Theory and Practice: proceedings of the 4th International Scientific and Practical Conference* (pp. 181–187). Tver: Editorial and Publishing Center of Tver State Medical University. EDN: <https://elibrary.ru/XRPFQL>
 15. Surmach, M. Yu., & Boyko, S. L. (2019). Organizational culture and social responsibility in healthcare: problems of definition and research methods. *Journal of Belarusian State University. Sociology*, No. 3, 84–95. EDN: <https://elibrary.ru/FRWERU>
 16. Tishchenko, P. D. (2006). Life and power: biopower in modern structures of healing. *World of Psychology*, No. 2, 177–192. EDN: <https://elibrary.ru/HTWTUR>
 17. Khlystova, N. A. (2008). The phenomenon of medical culture. Part 1. Methodological aspect of medical culture. *Bulletin of Siberian Medicine*, No. 1, 60–70. EDN: <https://elibrary.ru/QZGKAH>
 18. Khlystova, N. A. (2008). The phenomenon of medical culture. Part 3. Praxiological aspect of medical culture. *Bulletin of Siberian Medicine*, No. 2, 49–63. EDN: <https://elibrary.ru/QZGKMF>
 19. Tsyrdya, T. N. (2018). Social bioethics: theoretical, practical, and methodological configurations. In: *Social bioethics through the lens of global bioethics* (pp. 77–109) / International Sakharov Environmental Institute of BSU; Ed. by Prof. T. V. Mishatkina and Prof. S. B. Melnov. Minsk.
 20. Cheremushnikova, I. K., Chernysheva, I. V., & Belova, L. I. (2016). In search of a perfect healthcare model: traditions and innovations in the medicine of Germans in the Lower Volga region. *Medical Bulletin of the North Caucasus*, No. 4 (11), 617–620. <https://doi.org/10.14300/mnnc.2016.11151>. EDN: <https://elibrary.ru/YFQSHT>

21. Cheremushnikova, I. K., Petrov, A. V., & Chernysheva, I. V. (2017). Professionally significant attitudes in doctor-patient communication. *Bioethics*, No. 2 (20), 46–49. EDN: <https://elibrary.ru/ZQXREJ>
22. Balint, E. (1969). The possibilities of patient-centered medicine. *The Journal of the Royal College of General Practitioners*, No. 82 (17), 269–276.
23. Cassell, E. J. (2004). *The nature of suffering and the goals of medicine* (336 p.). Oxford: Oxford University Press.
24. Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, No. 4286 (196), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>. EDN: <https://elibrary.ru/IDLHVT>
25. *Eurobarometer qualitative study: patient involvement. Aggregate report* [Электронный ресурс] (2012–2014). Получено 01.09.2025, из: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/quali/ql_5937_patient_en.pdf
26. Gerteis, M., Edgman-Levitan, S., & Daley, J. (1993). *Through the patient's eyes: understanding and promoting patient-centered care* (317 p.). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
27. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. (2001). *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century* (360 p.). Washington, DC: National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/10027>
28. Langberg, E. M., Dyhr, L., & Davidsen, A. S. (2019). Development of the concept of patient-centredness – a systematic review. *Patient Education and Counseling*, 1228–1236. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.02.023>
29. Lipkin, M. Jr., Quill, T. E., & Napodano, R. J. (1984). The medical interview: a core curriculum for residencies in internal medicine. *Annals of Internal Medicine*, Vol. 100, Issue 2, 277–284.
30. Mead, N., & Bower, P. (2000). Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine*, No. 7 (51), 1087–1110. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(00\)00098-8](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(00)00098-8). EDN: <https://elibrary.ru/HAJDJV>
31. *Nuffield Council on Bioethics. Artificial intelligence (AI) in healthcare and research* (8 p.). London: Nuffield Council on Bioethics, 2018.
32. Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy: its current practice, implications and theory* (560 p.). Boston: Houghton Mifflin.

ДАННЫЕ ОБ АВТОРЕ

Смирнова Елена Алексеевна, кандидат социологических наук,
доцент кафедры социологии и социальных технологий
*ФГБОУ ВО Череповецкий государственный университет
пр. Луначарского, 5, г. Череповец, 162602, Российская Фе-
дерация*
smirnova56@yandex.ru

DATA ABOUT THE AUTHOR

Elena A. Smirnova, Cand. Sci. (Soc.), Assoc. Prof., Department of So-
ciology and Social Technologies
Cherepovets State University
5, Lunacharsky Ave., Cherepovets, 162602, Russian Federation
smirnova56@yandex.ru
SPIN-code: 1540-3581
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9383-0649>

Поступила 20.09.2025

После рецензирования 17.10.2025

Принята 20.10.2025

Received 20.09.2025

Revised 17.10.2025

Accepted 20.10.2025