

НАУЧНЫЙ ОБЗОР

DOI: <https://doi.org/10.17816/socm643347>

EDN: SYGEDE



Современные научные подходы к пониманию пациентоориентированности здравоохранения

Т.Е. Романова

Приволжский исследовательский медицинский университет, Нижний Новгород, Россия

АННОТАЦИЯ

Изменения демографии, цифровизация общества и медицины, кризисные явления в экономике обусловили актуальность перехода от биомедицинской системы здравоохранения, сфокусированной на болезни и медицинских технологиях, к новым моделям оказания медицинской помощи. При обсуждении новых концепций дальнейшего развития здравоохранения активно используются понятия «пациентоориентированность», «медицинская помощь, ориентированная на пациента» и другие, однако отсутствует чёткое определение данного термина.

Цель данного исследования — анализ понятийного аппарата, связанного с развитием пациентоориентированности здравоохранения на современном этапе.

Поиск и отбор необходимых источников провели с использованием российских и зарубежных электронно-библиотечных систем и баз данных по ключевым словам и их комбинациям.

Анализ источников показал, что понятие «пациентоориентированность» рассматривается в аспекте создания концепции (системы взглядов) развития здравоохранения, модели оказания медицинской помощи, принципа организации медицинской помощи и характеристики медицинской помощи, медицинского учреждения или сотрудника. К основным характеристикам пациентоориентированности относят: отношение к пациенту как к личности, учёт опыта пациента, совместное принятие решений, обеспечение эффективной коммуникации между пациентом и врачом.

Пациентоориентированность является основой множества концепций и моделей развития здравоохранения, которые имеют схожие идеологические основы. Это позволяет рассматривать её как принцип предоставления медицинской помощи, который основывается на высокой отзывчивости системы здравоохранения и её представителей на всех уровнях к пожеланиям пациента относительно процесса и результатов оказания медицинских услуг, а также современных возможностях здравоохранения.

Ключевые слова: пациентоориентированность; пациентоориентированное здравоохранение; приоритет интересов пациента.

Как цитировать:

Романова Т.Е. Современные научные подходы к пониманию пациентоориентированности здравоохранения // Социология медицины. 2025. Т. 24, № 1. С. 15–23. DOI: 10.17816/socm643347 EDN: SYGEDE

REVIEW

DOI: <https://doi.org/10.17816/socm643347>

EDN: SYGEDE

Current scientific approaches to understanding patient-centered healthcare

Tatyana E. Romanova

Privolzhsky Research Medical University, Nizhny Novgorod, Russia

ABSTRACT

Demographic changes, the digitalization of society and medicine, and economic crises have created an urgent need to shift from a biomedical healthcare system focused on diseases and medical technologies to new models of healthcare delivery. When discussing new concepts of healthcare development, terms such as patient-centeredness and patient-centered medical care are frequently used, but without clear definition.

To analyze the terminology related to the development of patient-centered healthcare at the present stage.

The reference sources were reviewed and selected using keywords and their combinations in Russian and foreign electronic library systems and databases.

The analysis has shown that patient-centeredness is considered in several contexts: as a conceptual framework for healthcare development, a healthcare delivery model, a principle of healthcare organization, and a defining characteristic of healthcare services, medical institutions, and healthcare professionals. The fundamental characteristics of patient-centeredness include treating patients as individuals, considering their lived experiences, collaborative decision-making, and effective communication between patients and healthcare providers.

Patient-centeredness is the basis of many healthcare concepts and models, which have similar ideological foundations. It may be considered as a principle of healthcare provision, which is based on the high responsiveness of the healthcare system and its representatives at all levels to the patient's wishes regarding the process and results of the provision of healthcare services, as well as advanced healthcare capabilities.

Keywords: patient-centeredness; patient-centered healthcare; prioritization of patient interests.

To cite this article:

Romanova TE. Current scientific approaches to understanding patient-centered healthcare. *Sociology of Medicine*. 2025;24(1):15–23. DOI: 10.17816/socm643347
EDN: SYGEDE

ОБОСНОВАНИЕ

Основной задачей медицины как сферы деятельности всегда являлось оказание помощи больному человеку. Лечение не болезни, а больного относится к основным постулатам врачевания со времён Гиппократов. В отечественном здравоохранении этот подход поддерживали и продвигали выдающиеся клиницисты М.Я. Мудров и С.П. Боткин. Однако развитие медицинской науки и технологий привело к формированию биомедицинских взглядов, приоритету технологических решений и «врач-центричной» модели здравоохранения [1]. В то же время глобальная характеристика современного этапа развития общества — повышение значения каждого отдельного человека для развития нации. Потенциал страны и этноса, населяющего её, включая культурные, трудовые, оборонительные и экономические ресурсы, способные обеспечить положительный вектор развития, во многом определяется уровнем общественного здоровья, который формируется на основе состояния здоровья каждого отдельного человека. В связи с этим активно обсуждается проблема перехода от биомедицинской системы здравоохранения, сфокусированной на болезни и медицинских технологиях, к новым моделям оказания медицинской помощи [2]. Исследователи подчёркивают следующие факторы, обуславливающие актуальность поиска концептуально новых путей развития медицины:

1. Повышение общего роста потребительских настроений в обществе, следствием чего является возрастание требований пациентов к отзывчивости персонала при использовании медицинской помощи и уровню комфорта при получении медицинских услуг [3, 4].

2. Характеристики современной демографической ситуации, особенно рост числа людей пожилого возраста, формируют новые требования по коммуникации с пациентами при оказании медицинской помощи [5].

3. Заинтересованность национальных систем здравоохранения в снижении финансовых затрат, что повышает значение ориентированных на потребности и возможности конкретного пациента стационарозамещающих технологий [1].

4. Широкая доступность для потребителей медицинских услуг информации о здоровье, медицине и организации медицинской помощи, появившаяся благодаря развитию информационно-коммуникативных технологий [6–8].

5. Сохранение проблемы неравенства в доступности медицинской помощи для населения [1, 9].

Вышеперечисленные проблемы обусловили повышение интереса исследователей к поиску новых подходов оказания медицинской помощи, исходя из приоритетности интересов и автономии пациента [10]. При этом одним из наиболее актуальных является тренд на пациентоориентированность, при котором пациент не является пассивной целью медицинского вмешательства, а активно участвует в управлении своим здоровьем и уходом [6]. Ожидается, что это позволит повысить уровень удовлетворённости

как пациентов, так и медицинских работников, сократить расходы здравоохранения на душу населения, обеспечивая при этом эффективность и справедливость [11–13].

ЦЕЛЬ

Провести анализ понятийного аппарата, связанного с развитием пациентоориентированности на современном этапе.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Поиск и отбор необходимых источников провели с использованием электронно-библиотечных систем и базы данных, среди которых были отечественные (eLibrary.Ru, Российская медицина, Консультант врача, Букап, РГБ, ЭБ ПИМУ) и зарубежные (PubMed, Springer). Использовали следующие ключевые слова: «пациентоориентированность здравоохранения», «пациентоориентированное здравоохранение», «пациентоориентированность и цифровая трансформация здравоохранения», «Patient-centered healthcare», «PCC», «patient-centered healthcare and digital transformation». Применяя всевозможные комбинации ключевых слов, а также логических операторов и системы фильтров (по классификации и хронологии), мы просмотрели 3359 документов. По результатам поиска для целей настоящего исследования при подготовке обзора использовали 53 источника (научные статьи, монографии) российских и зарубежных авторов.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Исследование доступных нам источников литературы показало, что наряду с термином «пациентоориентированность» при обсуждении необходимости повышения значимости роли пациента в обеспечении лечебно-диагностического процесса используются следующие по сути сходные термины: лично-ориентированная [14, 15], пациент-центричная/пациент-центрированная медицинская помощь [16, 17]; а также медицинская помощь, ориентированная на пациента [18]; путь пациента [19]; интегрированный уход на основе ценностей [20, 21]. А.В. Мартюшев-Поклад и соавт. разделяют понятия «пациентоориентированность» и «пациент-центрированность», подчёркивая, что последнее предполагает активное вовлечение пациента в управление своим здоровьем с наличием для этого полномочий и инструментов [22]. Существует и подход, рассматривающий пациента как неотъемлемую часть семьи. Так, определение помощи, ориентированной на пациента и его семью, сформулировано следующим образом: «партнёрство между врачами, пациентами и их семьями (при необходимости) для обеспечения того, чтобы решения принимались с учётом желаний, потребностей и предпочтений пациентов, а также чтобы пациенты получали образование и поддержку, необходимые им для принятия решений и участия в собственном лечении» [23].

Широкое употребление имеет также термин «пациент-центричность». Анализ соотношения понятий «пациент-центричность» и «пациентоориентированность» не позволил выявить чётких разграничений при их употреблении: ряд источников рассматривает данные термины как синонимы [24], однако в других случаях «пациент-центричность» подаётся как более узкое понятие, характеризующее только непосредственное взаимодействие пациента и медицинского работника, основанное на принципах партнёрства и внимания к эмоциональному состоянию пациента [25]. В рамках данного подхода Национальный институт качества включил в «Предложения (практические рекомендации) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности» требования по пациент-центричности при работе с обращениями граждан об обязательном информировании (публичном и индивидуальном) и оформлении информированного добровольного согласия при медицинском вмешательстве [26].

Несколько иное значение имеет термин «персонализированная медицина» (синонимы — прецизионная, персонализированная медицина), под которым понимается составление плана оказания медицинской помощи пациенту (подхода к лечению, подбора лекарственной терапии, профилактики) на основе его индивидуальных характеристик, в первую очередь, генетических и половозрастных [27]. Этический императив персонализированной медицины состоит в том, чтобы по данным «молекулярного портрета» пациента прописать правильное лекарство в правильной дозе в нужное время [28]. Отмечается, что важным аспектом в развитии персонализированной медицины является работа с отдельной семьёй в части понимания генетической информации, реакции на генетическое тестирование и принимаемые решения по поводу здоровья, а взаимоотношения в системе «врач — пациент» трансформируются в диаду «врач-консультант — здоровый человек» [29]. Таким образом, в понятии «персонализированная медицина» сохраняются биомедицинские подходы к лечению и профилактике, только на новом уровне развития клеточных и биомедицинских технологий. Персонализированная медицина входит в состав характеристик концепции 6P-медицины (персонализированная, партисипативная, публичная, предсказательная, превентивная и психокогнитивная), которая рассматривается как объединение биомедицинских и пациентоориентированных взглядов на основе признания ценности и значимости статуса пациента [30].

ОБСУЖДЕНИЕ

Несмотря на широкое обсуждение актуальности пациентоориентированности для современного здравоохранения, единого мнения относительно определения данного понятия пока не сформировано [2]. В связи с чем анализ

доступных нам источников литературы позволил выделить основные подходы исследователей к пониманию термина «пациентоориентированность».

Пациентоориентированность как концепция здравоохранения предполагает взгляд на пациента не как на объект, а как на человека, имеющего свои жизненные цели и ресурсы, обладающего абсолютно равными правами с медицинским работником, которому профессионалы (с учётом его жизненных целей, опыта и возможностей) помогают осуществлять заботу о своём здоровье, при этом здоровье рассматривается как ресурс для повседневной жизни [31]. Концепция пациентоориентированного здравоохранения основана на эмпатии, уважении, участии к пациенту, общении с ним, совместном принятии решений, целостном и индивидуальном подходе, важности координации и преемственности при оказании медицинской помощи, при этом целью деятельности системы здравоохранения является обеспечение полноценной функциональной жизни пациента [14].

В отличие от данного подхода, концепция личноориентированной помощи уходит от понятия «пациент» и фокусируется только на понятии «личность», соответственно, рассматривает в качестве основной цели медицинской помощи преимущественно ментальную составляющую жизни [14].

Концепция ценностно-ориентированного здравоохранения (термин предложен М. Портером) опирается на ценности пациентов преимущественно как клиентов, потребителей и их требования к медицинским организациям. При этом внимание фокусируется не на количестве выполненных медицинских услуг, а на конечных результатах лечения, важных для конкретного пациента, например: быстрота и точность диагноза, возможность полного излечения, возникновение побочных эффектов, время, требуемое для возврата к работе [32].

Таким образом, концепция пациентоориентированности, по мнению ряда авторов, рассматривается параллельно с близкими друг к другу системами взглядов на развитие медицины, основанными на учёте потребностей, желаний, перспектив и индивидуального опыта пациентов и предоставлении им возможности вносить вклад и участвовать в своём лечении на основе укрепления партнёрства и взаимопонимания в отношениях «пациент — врач» [33].

В обзоре, выполненном С. Вгусе и соавт. [34], приведены следующие определяющие характеристики концепции пациентоориентированного здравоохранения и возможные критерии их оценки:

- опыт пациента — впечатления, переживания пациента в процессе получения медицинской помощи, которые могут быть отражены в субъективных (контроль боли) и объективных (время ожидания врача) критериях;
- вовлечённость пациента — внимание, интерес пациента, вовлечение в процесс обмена информацией. В качестве объективного критерия может быть

предложена частота, глубина использования цифровых приложений мобильного здравоохранения (mHealth);

- активация пациента — ориентированная на пациента мера результата лечения, его физическое и психологическое действие, связанное со здоровьем, например, регулярные физические упражнения под влиянием информации о необходимости увеличить двигательную нагрузку. При этом вовлечённость и активация пациента являются различными показателями — пациент может с интересом относиться к информации о пользе физических нагрузок (вовлечённость присутствует), но не готов начать заниматься спортом (действие пациента по отношению к своему здоровью, т. е. активация отсутствует);
- удовлетворённость — соответствие условий и результатов получения медицинской помощи ожиданиям пациентов. Авторы обзора отмечают, что удовлетворённость как показатель качества имеет специфическую черту — опирается на опыт пациента. Согласно результатам исследований на удовлетворённость пациентов приоритетное влияние оказывает человеческое общение с пациентом по сравнению с решением формальных вопросов организации медицинской помощи и ухода [35], соответственно, возникает ситуация, когда пациенты могут быть удовлетворены медицинской помощью, уровень которой профессионалы оценивают как низкий, и наоборот.

Другие исследователи концепции пациентоориентированного здравоохранения подчеркивают также необходимость наличия соответствующих характеристик у профессиональных участников оказания медицинской помощи, таких как способность к работе в многопрофильной команде, чёткое распределение задач и ролей профессиональных участников, навык в межличностных коммуникациях, создание культуры взаимного уважения в коллективе [21]. Таким образом, основываясь на теоретических работах по управлению персоналом [36], где глобальная система ценностей персонала организации именуется философией организации, необходимо формирование философии организации, основанной на пациентоориентированности. Соответственно, формирование такой философии должно быть задачей системы подготовки персонала медицинских организаций [37].

В качестве важного дополнения при построении концепции пациентоориентированного здравоохранения российские исследователи подчеркивают важность достижения пользы для пациента в ближайшей и отдалённой перспективе [38], а также оптимизации его финансовых затрат [39].

Пациентоориентированность как модель оказания медицинской помощи предполагает ориентацию на комплексные потребности, перспективы и предпочтения пациентов [40]. В более широком аспекте это понимается как модель, в которой поставщикам медицинских услуг предлагается сотрудничать с пациентами для совместной

разработки и предоставления персонализированной помощи, которая обеспечивает людям необходимую высококачественную помощь и повышает эффективность и результативность системы здравоохранения [41]. Авторы подчёркивают наличие разночтений в понимании сущности пациентоориентированной модели медицинской помощи: от межличностной концепции учёта предпочтений пациента в принятии решений по всем аспектам оказания медицинской помощи до бизнес-модели, ориентированной на обслуживание пациента, доступ его к медицинским услугам в желаемый день и время [42].

Согласно исследованию M.J. Santana и соавт. [41], пациентоориентированная модель оказания медицинской помощи включает следующие обязательные характеристики:

- создание соответствующей культуры взаимодействия врача и пациента, т. е. ориентация на пациента, учёт его опыта и знаний, внедрение многообразия при взаимодействии с пациентом, продвижение человеческого достоинства для пациента и врача, что позволяет обеим сторонам сознавать свои права и обязанности;
- участие населения как потребителя медицинских услуг в проектировании, разработке и внедрении программ по укреплению здоровья;
- создание благоприятной среды в медицинских учреждениях — сотрудничество с пациентами и персоналом при проектировании медицинских учреждений, наличие комфортных зон пребывания, приоритет безопасности пациентов и медицинского персонала при оказании медицинской помощи;
- поддержку информационных ресурсов для безопасного и быстрого обмена информацией между потребителями и поставщиками медицинских услуг;
- наличие своевременной обратной связи для улучшения качества медицинской помощи, включая жалобы, благодарности и отзывы, своевременную отчётность;
- создание факторов мотивации для медицинских работников.

Создание пациентоориентированной модели оказания медицинской помощи должно предусматривать разработку соответствующей инфраструктуры, которая способна гарантировать эффективное взаимодействие не только пациента и врача в медицинской организации, но и вспомогательных служб, подразделений, обеспечивающих уход за пациентом вне медицинской организации [43]. Кроме того, в эту модель возможно включение устройств, обеспечивающих мониторинг состояния здоровья пациента. Вышеизложенное должно обеспечить преемственность оказания медицинской помощи в медицинской организации и на дому [3].

В практике российского здравоохранения в качестве примера пациентоориентированной модели организации медицинской помощи рядом авторов рассматривается новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь (так называемая бережливая поликлиника), основанная на приоритете

интересов пациентов и его удовлетворённости, включающая организационно-сервисные атрибуты деятельности [44].

Пациентоориентированность как характеристика субъектов системы здравоохранения. Различные условия и виды оказания медицинской помощи могут делать акценты на различные компоненты её структуры, но общие идеи пациентоориентированности универсальны и не требуют значительной адаптации [45]. В связи с этим возникло предложение о создании системы сертификации пациентоориентированных медицинских организаций, включающей 26 критериев и 111 измеряемых элементов [46]. Таким образом, пациентоориентированность выступает как характеристика медицинской организации. Кроме того, ряд авторов рассматривают пациентоориентированность и как профессиональную характеристику медицинских работников, которая определяется «уровнем (степенью) учёта законных и обоснованных интересов пациента в практической деятельности» и должна иметь методику количественной оценки [47].

Таким образом, понятие «пациентоориентированность» рассматривается исследователями на современном этапе в аспекте создания концепции (системы взглядов) развития здравоохранения, модели оказания медицинской помощи и характеристики субъектов системы оказания медицинской помощи (медицинской организации или её работника). При этом, как показал поиск литературы, все перечисленные подходы к пониманию пациентоориентированности содержат сходные характеристики данного понятия, часть из которых, по нашему мнению, представляет собой задачи по достижению пациентоориентированности, а часть — механизмы их реализации. Задачи по достижению пациентоориентированности при оказании медицинской помощи:

- приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи — физических, ментальных, семейных, временных, финансовых;
- достижение краткосрочных и отдалённых целей оказания медицинской помощи, поставленных пациентом;
- активное участие пациентов в принятии решения на всех этапах оказания ему медицинской помощи;
- повышение удовлетворённости пациента оказанной медицинской помощью.

Механизмы оптимизации пациентоориентированности при оказании медицинской помощи:

- функционирование каналов обратной связи с пациентом;
- максимальная доступность для пациента информации, связанной с оказанием ему медицинской помощи;
- создание комфорта для пациента при получении медицинской помощи на всех её этапах;
- формирование в коллективе медицинской организации философии организации, основанной на пациентоориентированности.

Наиболее значимые проблемы оптимизации пациентоориентированности

Несмотря на широкое признание пациентоориентированности, поддержку со стороны общественности, представителей науки и организаторов здравоохранения, при внедрении в практику данного принципа возникает ряд проблем [48]. Среди наиболее значимых выделяют следующие.

Проблемы, обусловленные трудностями взаимодействия между представителями системы здравоохранения и пациентом [49, 50]. Наличие проблем коммуникаций между представителями системы здравоохранения и пациентом, согласно мнению M.J. Santana и соавт. [41], во многом обусловлено отсутствием акцента на пациентоориентированности в медицинском образовании. Сложностью является необходимость инновационного подхода к созданию подобных обучающих программ, т. к. они, в соответствии с основным постулатом пациентоориентированности, должны разрабатываться совместно с пациентами, быть одобрены ключевыми заинтересованными сторонами, охватывать не только студентов медицинских специальностей, но и администраторов, волонтеров, смежных специалистов для поддержки всеобъемлющих изменений культуры взаимодействия. Отмечается, что программы обучения должны быть разработаны таким образом, чтобы продолжаться посредством неформального обучения, постоянного развития лидерских качеств и обучения через наставников и ролевых моделей, что в конечном итоге приведёт к большему влиянию на изменение культуры [41]. При подготовке подобных учебных программ необходимо учитывать также социально-демографические характеристики медицинских работников: было показано, что более высокие пациентоориентированные установки имеют женщины-врачи, а также врачи, работающие в больницах, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь [51].

Несоответствие нагрузки и финансовой мотивации медицинских работников принципам пациентоориентированности. Сложным системным барьером, препятствующим внедрению принципа пациентоориентированности, является высокая рабочая нагрузка и профессиональное выгорание медицинских работников [49]. Кроме того, согласно исследованию H. Liang и соавт., больший уровень пациентоориентированности характерен для врачей, удовлетворённых уровнем заработной платы [51]. Соответственно, в рамках пациентоориентированного здравоохранения требуются новые механизмы оплаты, поскольку большинство текущих систем оплаты первичной медицинской помощи поощряют врачей увеличивать количество принимаемых пациентов и сокращать время, проводимое с отдельными пациентами [41]. В качестве альтернативных моделей оплаты медицинской помощи предлагается оплачивать врачам не услуги, которые они оказывают во время визитов, а управление здоровьем

своих пациентов, с учётом оценки рисков для пациентов, профилактических тестов, работы по поддержанию здорового образа жизни [3, 17].

Проблемы, связанные с недостатком материально-технической базы организаций. В первую очередь вышеизложенное относится к системам регистрации, маршрутизации пациентов, удобству зон ожидания, т. е. параметрам, определяющим комфортность получения медицинской помощи [49].

Ряд авторов подчеркивает также **недостаточное изучение проблемы влияния развития цифровых коммуникаций** на взаимодействия внутри пациентоориентированной модели оказания медицинской помощи [43, 48, 52]. Очевидно, что данный вопрос, учитывая роль информационных технологий в жизни населения и организации оказания медицинской помощи [53], требует проведения отдельных медико-социологических исследований.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Пациентоориентированность составляет основу целого ряда идеологически близких концепций и моделей развития здравоохранения, что позволяет рассматривать её как принцип предоставления медицинской помощи, который основывается на высокой отзывчивости системы здравоохранения и её представителей на всех уровнях к пожеланиям пациента относительно процесса и результатов оказания медицинских услуг, а также современных возможностях здравоохранения.

Важно подчеркнуть, что данный подход нашёл отражение в Федеральном законе от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в статье 4 которого в качестве одного из основных принципов охраны здоровья граждан страны декларируется приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Вклад автора. Т.Е. Романова — проведение исследования, работа с данными, написание черновика, пересмотр и редактирование рукописи. Автор одобрил рукопись (версию для публикации), а также согласился нести ответственность за все аспекты

работы, гарантируя надлежащее рассмотрение и решение вопросов, связанных с точностью и добросовестностью любой её части.

Источники финансирования. Отсутствуют.

Раскрытие интересов. Автор заявляет об отсутствии отношений, деятельности и интересов за последние три года, связанных с третьими лицами (коммерческими и некоммерческими), интересы которых могут быть затронуты содержанием статьи.

Оригинальность. При создании настоящей работы автор не использовал ранее опубликованные сведения (текст, иллюстрации, данные).

Доступ к данным. Редакционная политика в отношении совместного использования данных к настоящей работе не применима, новые данные не собирали и не создавали.

Генеративный искусственный интеллект. При создании настоящей статьи технологии генеративного искусственного интеллекта не использовали.

Рассмотрение и рецензирование. Настоящая работа подана в журнал в инициативном порядке и рассмотрена по обычной процедуре. В рецензировании участвовали два внешних рецензента, член редакционной коллегии и научный редактор издания.

ADDITIONAL INFORMATION

The author's contribution. T.E. Romanova — conducting research, working with data, writing a draft, reviewing and editing the manuscript. The author approved the manuscript (the version for publication), and also agreed to be responsible for all aspects of the work, ensuring proper consideration and resolution of issues related to the accuracy and integrity of any part of it.

Funding sources. No funding.

Disclosure of interests. The author has no relationships, activities or interests for the last three years related with for-profit or not-for-profit third parties whose interests may be affected by the content of the article.

Statement of originality. In creating this work, the authors did not use previously published information (text, illustrations, data).

Data availability statement. The editorial policy regarding data sharing does not apply to this work, and no new data was collected or created.

Generative AI. Generative AI technologies were not used for this article creation.

Provenance and peer-review. This paper was submitted to the journal on an unsolicited basis and reviewed according to the usual procedure. Two external reviewers, a member of the editorial board, and the scientific editor of the publication participated in the review.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ | REFERENCES

1. Khalfin RA, Madyanova VV, Kachkova OE, et al. Patient-centered medicine: background to the transformation and components. *RUDN Journal of Medicine*. 2019;23(1):104–114. doi: 10.22363/2313-0245-2019-23-1-104-114 EDN: WJEFYV
2. Tsaranov KN, Piven DV, Lindenbraten AL, Tarbastaev AG. Influence of doctors' patient-orientation on patient involvement in treatment. *Manager Zdravoochranenia*. 2018;(3):6–14. EDN: XMGXNB
3. Shrank WH. Primary care practice transformation and the rise of consumerism. *J Gen Intern Med*. 2017;32(4):387–391. doi: 10.1007/s11606-016-3946-1 EDN: IMYCSO
4. Romanov SV, Dzybak SA, Abaeva OP. Ways to improve patient satisfaction at the reception desk of an out-patient hospital, rendering medical services within the FMBA system. *Medicine of Extreme Situations*. 2017;61(3):47–50. EDN: ZQKWUV
5. Mason NR, Sox HC, Whitlock EP. A patient-centered approach to comparative effectiveness research focused on older adults: lessons from the Patient-Centered Outcomes Research Institute. *J Am Geriatr Soc*. 2019;67(1):21–28. doi: 10.1111/jgs.15655
6. Wildevuur SE, Simonse LW. Information and communication technology-enabled person-centered care for the "big five" chronic

- conditions: scoping review. *J Med Internet Res*. 2015;17(3):e77. doi: 10.2196/jmir.3687
7. Reshetneykov AV. The social institution of medicine. Part I. *Sociology of Medicine*. 2018;17(1):4–11. doi: 10.18821/1728-2810-2018-17-1-4-11 EDN: SPNDUE
8. Reshetnikov AV. The social institution of medicine. Part II. *Sociology of Medicine*. 2018;17(2):68–79. doi: 10.18821/1728-2810-2018-17-2-68-79 EDN: LRPIXG
9. Siegal R, Nance A, Johnson A, Case A. Just because I have a medical degree does not mean I have the answers": Using CBPR to enhance patient-centered care within a primary care setting. *Am J Community Psychol Actions*. 2023;72(1–2):217–229. doi: 10.1002/ajcp.12677 EDN: CUHEBK
10. Yudkin JS. Advancing patient-centered care: moving from outcome-based to risk factor-based models using the big four risk factors. *Rev Panam Salud Publica*. 2022;46:e162. doi: 10.26633/RPSP.2022.162
11. Levine DS, Drossman DA. Addressing misalignments to improve the US health care system by integrating patient-centred care, patient-centred real-world data, and knowledge-sharing: a review and approaches to system alignment. *Discov Health Systems*. 2022;1(8). doi: 10.1007/s44250-022-00012-8 EDN: ZWORWK
12. Han S, Ma L. Data-driven integrated care pathways: Standardization of delivering patient-centered care. *Front Med*. 2022;9:883874. doi: 10.3389/fmed.2022.883874
13. Chiolero A, Cullati S, Tancredi S, et al. From evidence to quality improvement to provide high value and patient centered care. *Rev Med Suisse*. 2022;18(790):1402–1405. (In French) doi: 10.53738/REVMED.2022.18.790.1402 EDN: NNDUZA
14. Håkansson Eklund J, Holmström IK, Kumlin T, et al. «Same same or different?» A review of reviews of person-centered and patient-centered care. *Patient Educ Couns*. 2019;102(1):3–11. doi: 10.1016/j.pec.2018.08.029
15. Tomaselli G, Buttigieg SC, Rosano A, et al. Person-centered care from a relational ethics perspective for the delivery of high quality and safe healthcare: A Scoping Review. *Front Public Health*. 2020;8:44. doi: 10.3389/fpubh.2020.00044 EDN: JVJBMS
16. Perepelova OV, Petrova IA. Patient-centeredness in the provision of medical services to the population as a value and principle of activity. *Manager Zdravoochranenia*. 2019;(10):12–17. EDN: APAAOA
17. Santiago LM, Simões JA, Vale M, et al. Self-awareness of performing patient-centered medicine in general practice / family medicine: development of a measurement scale. *Acta Med Port*. 2020;33(6):407–414. doi: 10.20344/amp.11742
18. Perfetto EM, Love TR, Oehrlein EM, et al. A foundation for patient-centered care impact sets: key learnings from past and existing approaches. *Patient*. 2023;16(4):293–300. doi: 10.1007/s40271-023-00630-1 EDN: SBKLIH
19. Kwok CS, Muntean EA, Mallen CD. The patient pathway review: a new method of evaluating clinical practices to understand the complexities of real-world care. *Crit Pathw Cardiol*. 2021;20(4):213–219. doi: 10.1097/HPC.000000000000267 EDN: VFIWNH
20. Zonneveld N, Raab J, Minkman MMN. Towards a values framework for integrated health services: an international Delphi study. *BMC Health Serv Res*. 2020;20(1):224. doi: 10.1186/s12913-020-5008-y EDN: POMWYK
21. Gartner JB, Abasse KS, Bergeron F, et al. Definition and conceptualization of the patient-centered care pathway, a proposed integrative framework for consensus: a concept analysis and systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2022;22(1):558. doi: 10.1186/s12913-022-07960-0 EDN: LKKDQD
22. Martyushev-Poklad AV, Guliev YI, Kazakov IF, et al. Person-centered instruments in digital transformation of healthcare: ways to improve. *Medical doctor and information technology*. 2021;S5:4–13. doi: 1025881/18110193_2021_S5_4 EDN: BWFRXO
23. Stollenwerk D, Kennedy LB, Hughes LS, O'Connor M. A systematic approach to understanding and implementing patient-centered care. *Fam Med*. 2019;51(2):173–178. doi: 10.22454/FamMed.2019.320829
24. Taratukhin EO. Patient-centered medicine. A new reality. *Russian Journal of Cardiology*. 2016;(9):79–83. doi: 10.15829/1560-4071-2016-9-79-83 EDN: WJHBTU
25. Taevsky AB. Patient-centricity as a medical, social and commercial phenomenon. *Zdravexpertsurs* [Internet]. 2024;197. (In Russ.) [cited 2024 Jul 19]. Available from: <https://www.zdrav.org/index.php/sistemy-menedjmenta-med-kachestva/197-paciento-centrichnost>
26. Shvabsky OR, Minulin IB, Taut DF, Shcheblykina AA. Practical recommendations of Roszdravnadzor. Second version. New approaches to ensuring the quality and safety of medical activities. *Standards and quality*. 2022. (In Russ.) [cited 2024 Jul 19]. Available from: <https://ria-stk.ru/mkvm/adetail.php?ID=210957>
27. Sychev DA, Shuev GN, Torbenkov ES, Adrijanova MA. Personalized medicine: clinical pharmacologist's opinion. *Consilium Medicum*. 2017;19(1):61–68. EDN: YSQFFL
28. Paltsev MA. *Medicine of the future. Personalized medicine: the experience of the past, the realities of tomorrow*. Moscow: Russian Academy of Sciences; 2020. (In Russ.) EDN: RRCGRM
29. Berg LN. Personalized medicine: the organizational and legal framework of the medicine of the future. *Lex Genetica*. 2023;2(1):7–23. doi: 10.17803/lexgen-2023-2-1-7-23 EDN: ERZFMV
30. Zabelina OV. The health care quality through the patient's eyes: an independent online survey results. Part I. *Monitoring of Public Opinion: Economic and Social Changes*. 2022;(2):342–358. doi: 10.14515/monitoring.2022.2.2035 EDN: UIYMBB
31. Britten N, Moore L, Lydahl D, et al. Elaboration of the Gothenburg model of person-centred care. *Health Expect*. 2017;20(3):407–418. doi: 10.1111/hex.12468
32. Aksenova EI, Kamynina II. Value-oriented healthcare: a new paradigm of development. *Moscow medicine*. 2022;51(5):4–10. (In Russ.) EDN: WSCDXP
33. Najafizada M, Rahman A, Oxford K. Analyzing models of patient-centered care in Canada through a scoping review and environmental scan. *Z Gesundh Wiss*. 2023;31(3):355–367. doi: 10.1007/s10389-021-01528-8 EDN: YYAIFI
34. Bruce C, Harrison P, Giammattei C, et al. Evaluating patient-centered mobile health technologies: definitions, methodologies, and outcomes. *JMIR Mhealth Uhealth*. 2020;8(11):e17577. doi: 10.2196/17577 EDN: AOQWYJ
35. Leger P, Caldas V, Festa C, et al. Translating theory into clinical practice: a qualitative study of clinician perspectives implementing whole person care. *BMJ Open Qual*. 2023;12(3):e002164. doi: 10.1136/bmjopen-2022-002164 EDN: DNIMII
36. Kibanov AY. *Personnel management: a training manual*. Moscow: Knorus; 2018. (In Russ.)
37. Mitchell TO, Goldenberg MN. When doctor means teacher: an interactive workshop on patient-centered education. *MedEdPORTAL*. 2020;16:11053. doi: 10.15766/mep_2374-8265.11053 EDN: TZOOHA

38. Pavlovskih AJu, Shardin SA. Focus on patient as the dominant paradigm of the development of modern national health care. *Vrach-aspirant*. 2015;32(70):309–315. EDN: VKUIPF
39. Guskova MF, Zubkov AD, Sterlikov PF, et al. On the issue of application of patient-centered management by healthcare organizations. *E'konomicheskie nauki*. 2021;(204):209–214. doi: 10.14451/1.204.209 EDN: UJAAYN
40. Kant R, Yadav P, Kishore S, et al. "Patient centered care in medical disinformation era" among patients attending tertiary care hospital: A cross sectional study. *J Family Med Prim Care*. 2020;9(5):2480–2486. doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc_362_20
41. Santana MJ, Manalili K, Jolley RJ, et al. How to practice person-centred care: a conceptual framework. *Health Expect*. 2018;21(2):429–440. doi: 10.1111/hex.12640
42. Moreau JL, Hamilton AB, Yano EM, et al. The impact of job role on health-care workers' definitions of patient-centered care. *J Patient Exp*. 2020;7(6):1634–1641. doi: 10.1177/2374373520910335 EDN: UBUSEZ
43. Khalfin RA, Madyanova VV, Stolbov AP, et al. Design of patient-centered health care system in the digital transformation of health care. *Health Care Standardization Problems*. 2019;(11–12):50–57. doi: 10.26347/1607-2502201911-12050-057 EDN: HPAYDP
44. Kharisov AM, Seleznev PS, Demina ID, et al. The concept of patient-oriented approach as a key tool of social economic development. *Problems of social hygiene, public health and history of medicine*. 2019;27(4):379–383. doi: 10.32687/0869-866X-2019-27-4-379-383 EDN: LASZJK
45. Walsh A, Bodagkhani E, Etchegary H, et al. Patient-centered care in the emergency department: a systematic review and meta-ethnographic synthesis. *Int J Emerg Med*. 2022;15(1):36. doi: 10.1186/s12245-022-00438-0 EDN: BEVZNE
46. Khayrullin II, Rakhmatullin RE, Gabitova SE. Review of the person-centered care certification® of the planetree international organization, USA. *Manager Zdravooхранenia*. 2021;9:81–87. doi: 10.21045/1811-0185-2021-9-81-87 EDN: CQLCIK
47. Belyavskiy AR, Pavlovskih AY, Shardin SA, Ovsyannikov SV. The method of determination of patient-orientation level of personnel in medical organization (by the example of Demidovskaya Hospital in Nizhny Tagil). *Ural Medical Journal*. 2016;135(1):106–111. EDN: VOXKJ
48. Coulter I, Herman P, Ryan G, et al. The challenge of determining appropriate care in the era of patient-centered care and rising health care costs. *J Health Serv Res Policy*. 2019;24(3):201–206. doi: 10.1177/1355819618815521
49. Kwame A, Petrucka PM. A literature-based study of patient-centered care and communication in nurse-patient interactions: barriers, facilitators, and the way forward. *BMC Nurs*. 2021;20(1):158. doi: 10.1186/s12912-021-00684-2 EDN: DAHQKS
50. Su M, Zhou Z, Si Y, Fan X. The association between patient-centered communication and primary care quality in urban China: evidence from a standardized patient study. *Front Public Health*. 2022;9:779293. doi: 10.3389/fpubh.2021.779293 EDN: TJSZEU
51. Liang H, Reiss MJ, Isaacs T. Factors affecting physicians' attitudes towards patient-centred care: a cross-sectional survey in Beijing. *BMJ Open*. 2023;13(4):e073224. doi: 10.1136/bmjopen-2023-073224 EDN: QYSKDF
52. Langford AT, Orellana K, Buderer N, et al. Role of digital health communication, sociodemographic factors, and medical conditions on perceived quality of patient-centered communication. *Patient Educ Couns*. 2024;119:108054. doi: 10.1016/j.pec.2023.108054 EDN: ACLHUU
53. Reshetnikov AV, Romanova TE, Abaeva OP, et al. The effect of COVID-19 pandemic on attitude of internet-space surfers to professional activity of physician. *Problems of social hygiene, public health and history of medicine*. 2023;31(3):324–328. doi: 10.32687/0869-866X-2023-31-3-324-328 EDN: TBMIYV

ОБ АВТОРЕ

Романова Татьяна Евгеньевна, канд. мед. наук, доцент;
адрес: Россия, 603000, Нижний Новгород, ул. Алексеевская,
д. 1. к. 8;
ORCID: 0000-0001-6328-079X;
eLibrary SPIN: 4943-6121;
e-mail: romanova_te@mail.ru

AUTHOR'S INFO

Tatyana E. Romanova, MD, Cand. Sci. (Medicine),
Assistant Professor;
address: 1 Alekseevskaya st, unit 8, Nizhny Novgorod, Russia, 603000;
ORCID: 0000-0001-6328-079X;
eLibrary SPIN: 4943-6121;
e-mail: romanova_te@mail.ru