

DOI: 10.12731/2576-9782-2025-9-2-279  
УДК 316.4

EDN: ESRFKH



Научная статья | Социология культуры

## ЦЕННОСТНЫЙ ПОДХОД В ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ (С ПОЗИЦИИ ПАЦИЕНТОВ И МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ)

*Е.А. Смирнова*

### *Аннотация*

**Обоснование.** В статье описаны основные принципы новой прогрессивной модели оказания медицинской помощи - ценностно-ориентированного здравоохранения. Все формы существующих в настоящее время форм оплаты медицинских услуг не способствуют повышению их качества, а очень часто даже наоборот способствует необоснованному росту объемов оказываемых услуг и расходов. Остаются без внимания важные для пациента эффективность исхода заболевания и как следствие не только продолжительность, но и качество его жизни.

**Целью** работы является выявление наиболее значимые причины и препятствия внедрения ценностно-ориентированного здравоохранения.

**Результаты.** В статье проведен обзор как зарубежного, так и отечественного опыта внедрения ценностно-ориентированного подхода в здравоохранении, описаны основные барьеры, препятствующие внедрению инноваций. По данным источников внедрение ценностно-ориентированного подхода в медицинской практике способствует повышению качества медицинской помощи и оптимизации расходов. Для более успешного внедрения требуется обеспечение информатизации лечебного процесса, обучение персонала и изменение взаимодействия врача и пациента, которое должно строиться на взаимном доверии, уважении, изменение социальной роли пациента – активного участни-

ка лечебного процесса. С другой стороны, необходимо формировать у населения отношение к собственному здоровью как высшей ценности, а при обращении в медицинскую организацию – выполнение всех рекомендаций лечащего врача. Среди барьеров, препятствующих внедрению ценностного ориентированного подхода в медицинской практике, кроме прочих выделен распространенный в нашем обществе феномен стигматизации.

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

**Ключевые слова:** ценность; ценностно-ориентированный подход; здравоохранение; лечащий врач; медицинская помощь; стигматизация

**Для цитирования.** Смирнова, Е. А. (2025). Ценностный подход в организации оказания медицинской помощи населению (с позиции пациентов и медицинских работников). *Russian Studies in Culture and Society*, 9(2), 20-39. <https://doi.org/10.12731/2576-9782-2025-9-2-279>

Original article | Sociology of Culture

## A VALUE-BASED APPROACH TO THE ORGANIZATION OF MEDICAL CARE FOR THE POPULATION (FROM THE PERSPECTIVE OF PATIENTS AND MEDICAL PROFESSIONALS)

*E.A. Smirnova*

### *Abstract*

**Background.** The article describes the basic principles of a new progressive model of medical care - value-oriented healthcare. All forms of currently existing forms of payment for medical services do not contribute to improving their quality, and very often even on the contrary contribute to an unjustified increase in the volume of services provided and costs. Important for the patient, the effectiveness of the outcome of

the disease and, as a consequence, not only the duration, but also the quality of his life are ignored.

**The aim of the work** is to identify the most significant causes and disadvantages of the introduction of value-based healthcare.

**Results:** The article provides a review of both foreign and domestic experience in the implementation of a value-oriented approach in healthcare, describes the main barriers to the implementation of innovations. According to sources, the introduction of a value-oriented approach in medical practice contributes to improving the quality of medical care and optimizing costs. For more successful implementation, it is necessary to ensure the informatization of the treatment process, personnel training and a change in the interaction between the doctor and the patient, which should be based on mutual trust, respect, a change in the social role of the patient - an active participant in the treatment process. On the other hand, it is necessary to form an attitude among the population to their own health as the highest value, and when contacting a medical organization - to follow all the recommendations of the attending physician. Among the barriers preventing the introduction of a value-based approach in medical practice, among others, the widespread phenomenon of stigmatization in our society is highlighted.

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

**Keywords:** value; value-oriented approach; health care; attending physician; medical care; stigmatization

**For citation.** Smirnova, E. A. (2025). A value-based approach to the organization of medical care for the population (from the perspective of patients and medical professionals). *Russian Studies in Culture and Society*, 9(2), 20-39. <https://doi.org/10.12731/2576-9782-2025-9-2-279>

## Введение

Система здравоохранения с каждым днем становится все более технологичной, способной не только продлевать жизнь и улучшать качество жизни пациентов, но и давать жизнь, используя вспомо-

гательные репродуктивные технологии. Однако высокая стоимость инновационных технологий, старение населения и распространение хронических заболеваний, ведут к росту расходов на здравоохранение. Оплата за оказанную медицинскую услугу способствует необоснованному росту объемов оказываемых услуг и как следствие расходов. Аналогичная ситуация наблюдается и при оплате медицинской услуги за законченный случай. Она может производиться по клинико-статистическим, клинико-профильным группам или медико-экономическим стандартам. В основе лежит единый тариф за лечение стандартных по ресурсоемкости и клинической практике заболеваний без учета оказанных услуг или возникших осложнений. Все это способствует заинтересованности врачей в сокращении средней величины койко-дня, но не мотивирует их к повышению качества оказываемых услуг. М. Портер и Э. Тайсберг [20] объясняют рост расходов на здравоохранение аккумулярованием рыночной власти, перекладыванием расходов на потребителя и ограничением предоставления медицинских услуг, что влечет за собой снижение качества и эффективности здравоохранения.

Необходимо отметить, что все классические методы оплаты подразумевают оплату факта проведенного лечения, а не его качество. Как следствие отсутствует зависимость между распределением финансовых средств и достигаемыми результатами. Существующие трудности измерения затрат объясняются отсутствием информации о стоимости полного цикла оказания медицинской помощи при том или ином заболевании. При определении затрат специалисты чаще ориентируются не на фактическую стоимость услуги, а на возмещении понесенных расходов. R. Kaplan и M. Porter предложили методику калькуляции, основанную на временной активности [19], однако практического применения методика не нашла в силу своей трудоемкости и сложности учета затрат в медицинской практике. Наиболее приемлемыми признали технологические карты, учитывающие «технологии выполнения медицинской услуги, трудовые затраты, усредненную частоту и кратность предоставления услуги». Также применялись достижения бережливого подхода и анализа

больших данных для оценки эффективности и качества медицинской помощи. Однако ни одно из них не показало своей эффективности на практике и не смогло оказать влияния на снижение расходов [20].

*Цель исследования:* выявить наиболее значимые причины и препятствия внедрения ценностно-ориентированного здравоохранения.

### **Обсуждение и выводы**

Ключевыми трендами в сфере здравоохранения признаны пациентоцентричность, датацентричность, превентивность, цифровизация и ценностно-ориентированное здравоохранение. В России создана нормативно-правовая база, обеспечивающая доступность и эффективность медицинской помощи посредством формирования современной системы управления качеством. В своем Послании Федеральному Собранию Президент РФ В.В. Путин определил развитие ценностно-ориентированной системы охраны здоровья с внедрением систем управления качеством и пациентоцентричного подхода [8]. Кроме того, на федеральном уровне управление качеством регламентировано Федеральными законами и Распоряжением Правительства Российской Федерации. Ценностно-ориентированное здравоохранение (ЦОЗ) — это подход, «при котором организация медицинской помощи, выстраивание процессов и функционала осуществляются, исходя из ценности для состояния здоровья человека» [20]. Основоположником концепции ценностно-ориентированного здравоохранения стал американский экономист, профессор Гарвардской школы бизнеса Майкл Юджин Портер. В рамках его концепции приоритет отдается соотношению результатов лечения пациента к издержкам их обеспечения [20]. Безусловно, речь не идет о сокращении расходов, а скорее о повышении их эффективности и максимизации индивидуальной важности (ценности) для пациента [17; 20; 21], которые приобретает личность в процессе всей жизни. Безусловно, большую роль играет та социальная среда, в которой проходил процесс социализации, экономическое и семейное положение, образование, культура, религиозная принадлежность, менталитет, образ жизни, стиль коммуникации врача. Как следствие – пациенты

могут иметь различные ценностные ориентиры. Для одних большую ценность будет представлять стоимость медицинской помощи, когда для другого – стиль взаимодействия врача.

Е.И. Аксенова, Н.Н. Камынина [1] к основным ценностям для пациента относят: установление быстрого и точного диагноза, возможность полного излечения, побочные эффекты, пятилетняя выживаемость, качество жизни, самостоятельность, беспокойство/депрессия, время, требуемое для возврата к работе, профилактика. Из опыта внедрения ценностного подхода в Московское здравоохранение авторы выделили необходимые практики [1]. Пациенты нуждаются в поддержке со стороны медицинских работников при принятии решений, связанных с получением медицинской помощи; требуется диагностика состояний, которые предшествовали заболеванию и своевременная профилактика негативных воздействий; измерение удовлетворенности потребностей пациентов; использование информационных технологий, необходимых для аккумуляции сведений о пациенте и дальнейшем мониторинге состояния его здоровья. Важным для повышения качества оказываемой медицинской помощи и поддержки здоровья пациента признается внедрение регистров пациентов, электронные истории болезни. Пациенты стремятся принимать активное участие в процессе лечения и хотят иметь доступ к своим медицинским данным. Телемедицинские технологии позволяют высококлассным специалистам преодолевать географические и временные барьеры, предоставляя качественные услуги малообеспеченным или труднодоступным группам населения. Организуются консультации с помощью видеоконференцсвязи по вопросам назначения и интерпретации лабораторных исследований, для мониторинга уже назначенного лечения и т.д. Специалисты (Ю.А. Зуенкова, О.С. Кобякова, И.А. Деев, Е.С. Куликов, К.В. Хомяков, Д.С. Тюфилин, Т.А. Загროмова, М.А. Балаганская) выделили индикаторы, позволяющие определить эффективность реализации ЦОЗ, которая становится отправной точкой создания ценностей, важных для пациента [4; 6]. Это экономические затраты и клинические показатели исхода (объективная оценка и ее корреляция с получаемым лечением); результаты, определяемые субъективной оценкой пациентом своего

состояния (качество жизни); опыт взаимодействия с медицинским персоналом, который можно оценить через степень удовлетворенности пациента качеством оказываемых медицинских услуг. Федеральный закон №256-ФЗ от 21.07.2014г. обязывает медицинские организации, участвующие в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, проводить независимую оценку оказания услуг. Однако население не удовлетворено отечественным здравоохранением. Положительную оценку дал только каждый третий (38,6%) россиянин [11].

Авторы Руководства Европейского института инноваций и технологий по внедрению ЦОЗ в Европе расширили понятие ценности, детализировав показатели опыта пациента. Они предложили последовательные этапы внедрения концепции в практическую плоскость [17]. Необходимо: 1) обеспечить анализ условий оказания медицинской помощи и 2) изучить пути пациента к месту ее оказания; 3) предоставить возможность выбора пациентом вариантов лечения; 4) индивидуальный подход к назначению терапии и возможность пациента участвовать в выборе метода лечения. Внедряется технология «совместного принятия решений», когда учитывается мнение пациента при выборе методов лечения [4; 17], что обеспечивает исчерпывающую информированность пациентов, а в основе принятия решений находятся его ценности и убеждения. Для повышения приверженности пациентов и доступности для них медицинской помощи производителями медицинских изделий и фармацевтических препаратов организуется и финансируется «система сервисного сопровождения пациента» от постановки диагноза до окончания терапии. Проводится работа по формированию навыков контроля заболевания, стабилизация эмоционального и психологического состояния, коммуникационная поддержка, снижение финансового бремени, работа с пациентом осуществляется междисциплинарной командой специалистов. Учитывая этническое, культурное, образовательное, профессиональное, социально-экономическое, разнообразие пациентов и медицинского сообщества становится необходимым развитие дополнительных коммуникативных навы-

ков. Одним из первых шагов трансформации системы здравоохранения становится переход от патерналистской модели взаимоотношений врача и пациента к партнерской модели с выстраиванием кросс-культурной коммуникации. Основные ожидания успешного ведения кросс-культурной коммуникации в здравоохранении [14] соотносятся с ожидаемыми результатами внедрения ценностно-ориентированного подхода в целом [21]: 1) уровень взаимодействия врача и пациента (приверженность пациента лечению); 2) уровень культурно обусловленной оценки собственного здоровья (оценка качества медицинских услуг); 3) уровень коммуникации пациента в пациентском сообществе (уровень медицинской грамотности относительно здоровья), ответственное отношение к здоровью и как следствие снижение совокупных затрат системы здравоохранения.

Ю.А. Зуенкова [4] выделила пять аспектов, имеющих значение для внедрения ценностно-ориентированного подхода. Представленная структура актуальна для разных типов систем здравоохранения. Она состоит из: 1) запись/регистрация (измерение результатов с помощью системы показателей); 2) сравнение (сопоставительный анализ с помощью внутренних и внешних отчетов); 3) вознаграждение (инвестирование ресурсов и стимулов, основанных на результатах); 4) совершенствование (коллективное обучение); 5) партнерство (объединение внутренних сил и сотрудничество с внешними партнерами).

Основными структурными элементами ценностно ориентированного здравоохранения являются синхронно протекающие процессы [20]: во-первых, измерение исходов оказания медицинской помощи и затрат на индивидуальном уровне, а также возможность использования пакетного финансирования, отражающего «средние расходы, соответствующие лечению пациента применительно к заданным условиям» [24, с. 33]. Например, пациенты прошедшие хирургическое лечение рака предстательной железы в двух клиниках, одна из которой считалась лучшей, а во второй – регистрировались средние показатели, при этом по показателю пятилетней выживаемости они были полностью сопоставимы. Однако, сравнивая такие исходы, как недержание мочи и импотенция после хирургического

вмешательства в одной из них показатели были значительно лучше, что и обуславливало выбор пациентов. Для них оценка исходов была актуальней клинического исхода. В тоже время авторы [15] говорят о необходимости корректировки риска для оценки исходов, особенно среди пациентов «высокой категории риска», т.к. эффективность индивидуального результата лечения не всегда может быть опосредована только качеством медицинской помощи.

Во-вторых, информатизация здравоохранения, развитие системы сервисов обслуживания и создание кросс-функциональной ИТ-платформы. Мониторинг затрат и исходов оказания медицинской помощи на уровне пациента невозможен без информатизации всей системы здравоохранения. Значимость процесса признана на федеральном уровне. В Российской Федерации утверждена государственная программа «Развитие здравоохранения» (2017). Одним из ее направлений является «внедрение цифровых технологий и платформенных решений, формирующих единый цифровой контур здравоохранения». Программное обеспечение должно обеспечивать мониторинг исходов лечения (по клиническим и субъективным данным, полученным от пациента) и содержать возможность статистического анализа данных и алгоритмы расчетов показателей для рейтингования или бенчмаркинга. Оценки могут устанавливаться: как 1) в абсолютном выражении, 2) в виде необходимого уровня изменений или 3) положение относительно других поставщиков [18]. Конкуренция, по мнению М. Портера, является наиболее эффективным методом повышения качества медицинской помощи на уровне отдельных врачей и медицинских организаций: «как только исходы лечения подвергаются измерению – качество оказания медицинской помощи резко возрастает» [20, с. 429]. Для внедрения рейтинговой системы, как медицинских организаций, так и отдельных специалистов требуется стандартизация подходов к оценке результатов оказания медицинской помощи (исходов). В настоящее время Международным консорциумом по оценке исходов лечения разработано 29 стандартов и работы научных коллективов продолжаются. Ученые анализируют результаты оказания медицинской помощи по уровням от простого

к сложному: 1) достигнутое состояние здоровья (конечные исходы лечения), 2) процесс выздоровления (длительность и комфортность для пациента процесса лечения), 3) устойчивость достигнутого результата (долгосрочность достигнутых результатов) [21].

Ю.Ю. Швец [13] пишет о распространении в нашей повседневной жизни устройств, способных отслеживать состояние человека и постоянно измерять показатели пульса, давления, уровня стресса или напоминать о приеме лекарственных средств. А, например, новая модель унитаза Intelligence Toilet способна не только заменить медицинскую лабораторию, но и измерить температуру и массу тела, артериальное давление. Занимаясь спортом, мы также получаем данные о километрах, которые пробежали и калориях, которые сожгли. Медицинские страховые компании в США и в Великобритании сегодня предлагают льготные страховые взносы для клиентов, чьи устройства постоянно сообщают о регулярных и длительных занятиях физическими упражнениями. Но не получим ли мы обратную ситуацию, когда появятся более высокие штрафные санкции клиентам, которые отказываются делиться сведениями о своих биологических показателях с глобальной сетью для «коллективного конструирования моделей номинального поведения, на которые всех нас затем заставят равняться» [2, с. 55].

В-третьих, интегрированный подход к оказанию медицинской помощи. Осуществляется комплексная диагностика группой врачей разных специальностей для наиболее полного достижения физического, психического и социального благополучия человека. В-четвертых, переход на оплату поставщикам медицинских услуг за полученный результат. Например, в зарубежных странах используется практика заключения соглашения о разделении рисков. При покупке дорогостоящих лекарственных препаратов и медицинских изделий оплата лечения производится только за результат, после того как применение препарата доказало свою эффективность [16]. Ценностно-ориентированный подход позволяет не возмещать затраты производителя за разработку, производство и продвижение продукта, а учитывать только уровень дополнительной терапевтической ценности лекарственного препарата, по сравнению с уже применя-

емыми в клинической практике. Таким образом, можно определить обоснованную цену, исходя из терапевтической ценности препарата для пациента и системы здравоохранения [9]. Однако федеральный закон «Об охране здоровья граждан» гарантирует «обеспечение только определенных категорий граждан Российской Федерации лекарственными препаратами, медицинскими изделиями и специализированными продуктами лечебного питания в соответствии с законодательством Российской Федерации». Если индивид не относится к льготной категории граждан, но ему диагностировано заболевание и он находится на амбулаторном лечении, то возникают затруднения с обеспечением его лекарственными средствами, что не соответствует принципу ЦОЗ, «учитывающий в первую очередь эффективность результата для каждого конкретного пациента» [12, с. 165]. Л.Д. Попович [10] считает, что при реализации ЦОЗ первичным для определения целесообразности лекарственного обеспечения должно быть наличие установленного диагноза.

Для эффективности использования лекарственных средств применяются ценностно-ориентированные закупки, ориентированные на достижение максимально положительного эффекта для пациента и системы здравоохранения, а не на покупку медицинского изделия по минимальной цене, без учета сопутствующих расходов и эффективности. Но здесь возникает сложность в обеспечении пациентов лекарственными средствами в медицинских учреждениях государственной формы собственности. Существуют ограничения при закупке лекарственных средств. Речь идет о Федеральном законе «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд». При закупке лекарственных препаратов и изделий учреждения обязаны ориентироваться на стоимость в ущерб его качеству, эксплуатационным характеристикам, дополнительным расходам при использовании. В тендерной документации специалисты не могут указать наличие «дополнительных свойств продукта, определяющих его клинические преимущества и долговременные последствия от применения» [3, с. 12]. И здесь мы снова можем обратиться к практике ценностно

ориентированной закупке, обеспечивающей высокое качество медицинской помощи, снижения общей стоимости обслуживания и несущей максимальную ценность для пациента. При проведении тендеров на закупки медицинских изделий кроме цены необходимо учитывать и качественные критерии продукта. Производители лекарственных средств и медицинских изделий должны предоставлять полную информацию о всех свойствах продукта для достижения максимально полного извлечения ценности для всех участников лечебного процесса. Так, производители и поставщики будут заинтересованы инвестировать в технологии, они аккумулируют информацию об эффективности препарата в клинической практике; медицинские работники получают возможность применять лучшие технологии, система здравоохранения учитывает долгосрочные исходы лечения, а пациент получает ценные для себя исходы лечения [23]. Производителям совместно с врачами необходимо разрабатывать критерии ценности препарата, основанные на достижении исходов, важных для пациента в долгосрочной перспективе.

Однако авторы [5] пишут о низкой приверженности к модели ЦОЗ в РФ. Среди основных причин называется «ригидность и консервативность отрасли, нехватка стандартизированных данных о результатах, отсутствие метрик для «ценных для пациентов результатах», психологическая усталость врачей-клиницистов от внедрения инструментов менеджмента в условиях ограниченных ресурсов» [4, с. 31]. Происходит сопротивление изменению традиционной изолированной культуры в медицинских организациях. Преодоление коммуникационных барьеров было связано с выявлением и преодолением стереотипов, предрассудков и дискриминации и стигматизации [14]. Феномен стигматизации получил в нашем обществе достаточно широкое распространение, когда влиятельные социальные группы (законодатели, судьи, врачи и пр.) могут ставить «клеймо девиантов» членам менее влиятельных групп общества. Например, начало социального конструирования реальной действительности связано с постановкой диагноза (физические и психические особенности, ЗППП, ВИЧ, гепатит В,С, туберкулез и др.). Полномочия

медицинских работников расширяются, существенно возрастает зависимость повседневной жизни людей от медицины. Она заключается в возможности закрепления «ярлыков» и их последующей стигматизацией, ведущей к ограничению в общественной жизни.

Для устранения барьеров со стороны населения важно формировать у граждан отношение к здоровью как к витальной, а не инструментальной ценности, необходимы критерии необходимого обращения за медицинской помощью. Отношение к здоровью как ценности лежит в основе культуры здорового образа жизни и поддержания собственного здоровья. Ю.А. Зуенкова, Д.И. Кича [5] предлагают изучение поведения пациентов-потребителей в следующих направлениях: отношение к медицинской организации в целом и к разным аспектам ее деятельности (коммуникация персонала, комфорт пребывания в медицинской организации и ценовой политике); доступность медицинских вмешательств, технологий; приверженность лечению и готовность участвовать в принятии решения о лечении; мотивы пациентов при выборе метода лечения. В качестве инструмента исследования предлагают использовать качественные (фокус-группы, глубинное интервью) и количественные (сбор и анализ статистики, анкетирование) методы.

Таким образом, результаты анализа актуальности внедрения ценностного подхода в организацию оказания медицинской помощи населению можно сделать следующие выводы. Безусловно, ориентация на индивидуальные ценности пациента оказывает благоприятное воздействие на всех участников лечебного процесса. С одной стороны, положительный конечный исход для пациента и долгосрочность полученного результата, длительность и комфортность процесса лечения влияют на качество жизни пациента. Насколько учитываются его интересы, настолько будет сбалансировано состояние полного физического, психического и эмоционального благополучия, удовлетворённость качеством оказываемой медицинской помощи и взаимоотношением с медицинским персоналом. В такой ситуации приверженность индивида лечению максимальна и достижение конечной цели лечения не вызывает сомнения. С другой

стороны, учет системой здравоохранения соотношения результатов лечения к издержкам их обеспечения позволит оптимизировать затраты, а конкуренция между медицинскими организациями позволит повысить качество медицинского обслуживания, способствует внедрению новейших технологий и стремлению медицинского персонала к профессиональному росту.

Общество получит здоровых и трудоспособных людей, что не может положительно не отразиться и на демографической ситуации. Однако на уровне общества и медицинских работников в качестве барьера внедрения ценностно ориентированного подхода может выступать получивший свое распространение феномен стигматизации, которому подвергнуты пациенты, с установленным диагнозом, например, психического расстройства и др. Их права ущемляются, они подвергаются дискриминации и кажется, что общество не совсем готово ориентироваться на ценности пациента. Таким образом, требуется дальнейшее изучение этого явления в российском обществе. Кроме того, пациенты и медицинское сообщество обладают различными ценностями, на формирование которых влияют условия социализации, культура, религия и личные убеждения. Необходимо изучение потребительского поведения пациентов, их системы ценностей, которая играет важную роль при принятии решений, касающихся их здоровья. Полученная информация позволит, с одной стороны, лучше понимать ожидания пациентов, как следствие улучшить качество обслуживания и привлечь больше клиентов. Медицинская организация становится более привлекательной на рынке медицинских услуг. Когда с другой стороны, полученная информация позволит управлять потребительским поведением пациентов и как следствие общество получает положительную динамику не только индивидуального, но и общественного здоровья.

### **Список литературы**

1. Аксенова, Е. И., & Камынина, Н. Н. (2022). Ценностно-ориентированное здравоохранение: новая парадигма развития. *Московская медицина*, (5), 4–12.

2. Гринфилд, А. (2018). *Радикальные технологии: устройство повседневной жизни*. Москва: Издательский дом «Дело» РАНХиГС. 424 с.
3. Домбровский, В. С., Мусина, Н. З., & Мельникова, Л. С. (2020). Ценностно-ориентированные закупки медицинских изделий. *Медицинские технологии. Оценка и выбор*, (2), 9–17. <https://doi.org/10.17116/medtech2020400219>
4. Зуенкова, Ю. А. (2021). Ценностно-ориентированный подход: анализ руководства Европейского института инноваций и технологий. *Медицинские технологии. Оценка и выбор*, (1), 28–35. <https://doi.org/10.17116/medtech20214301128>
5. Зуенкова, Ю. А., Кича, Д. И., Абрамов, А. Ю., Буйнова, Ю. Г., & Клисова, Л. М. (2021). Пациентоориентированный алгоритм работы рентгенотерапевтического кабинета онкологического диспансера. *Медицинская радиология и радиационная безопасность*, (5), 45–49. <https://doi.org/10.12737/1024617720216654549>
6. Кобякова, О. С., Деев, И. А., Куликов, Е. С., Хомяков, К. В., Тюфилин, Д. С., Загროмова, Т. А., & Балаганская, М. А. (2017). Профессиональное выгорание врачей различных специальностей. *Здравоохранение Российской Федерации*, (6), 322–329. <https://doi.org/10.18821/0044-197X-2017-61-6-322-329>
7. Кобякова, О. С., Голубев, Н. А., Поликарпов, А. В., & Сидоров, К. В. (2023). Модель автоматизации системы сбора статистической информации о показателях системы здравоохранения на основании первичных данных. *Профилактическая медицина*, 26(1), 11–16. <https://doi.org/10.17116/profmed20232601111>
8. Мусина, Н. З. (2020). Концепция ценностно-ориентированного здравоохранения. *Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология*, (4), 438–452.
9. Омеляновский, В. В., Мусина, Н. З., Гостищев, Р. В., Сухоруких, О. А., Федяева, В. К., Сисигина, Н. Н., & Щуров, Д. Г. (2020). Концепция ценностно-ориентированного здравоохранения. *Фармакоэкономика. Современная Фармакоэкономика и Фармакоэпидемиология*, 13(4), 438–451. <https://doi.org/10.17749/2070-4909/farmakoeconomika.2020.042>

10. Попович, Л. Д. (2019). Лекарственное страхование – выбор пути. *Ремедиум*, (4), 6–16. <https://doi.org/10.21518/1561-5936-2019-04-6-16>
11. Светличная, Т. Г., & Смирнова, Е. А. (2024). Удовлетворенность населения реализацией прав на охрану здоровья и медицинскую помощь. *Вестник Томского государственного университета. Философия. Социология. Политология*, (80), 166–172. <https://doi.org/10.17223/1998863X/80/15>
12. Смирнова, Е. В. (2022). Лекарственное обеспечение при предоставлении первичной медико-санитарной помощи и его перспективы. *Сборник научных трудов*, (4), 161–168.
13. Швец, Ю. Ю. (2023). Развитие ценностно-ориентированного подхода в России: роль цифровых технологий. В сборнике: *Тезисы докладов V Научно-методического форума организаторов здравоохранения* (с. 265–270). Москва: Государственное бюджетное учреждение города Москвы «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы».
14. Яковлева, И. В. (2018). Особенности межкультурной коммуникации в контексте здравоохранения. В сборнике: *Язык. Культура. Перевод. Коммуникация. Сборник научных трудов* (выпуск 2, с. 89–92). Москва: КДУ, Университетская книга.
15. Berenson, B., & Pronovost, P. K. H. (2013). *Achieving the potential of health care performance measures*. Washington, DC: Urban Institute. 31 p.
16. Gonçalves, F. R., Santos, S., Silva, C., & Sousa, G. (2018). Risk-sharing agreements, present and future. *Ecancermedicalscience*, 12, 823. <https://doi.org/10.3332/ecancer.2018.823>
17. EIT Health. (2020). *Implementing Value-Based Healthcare in Europe: Handbook for Pioneers*. Retrieved November 1, 2024, from <https://eithealth.eu/wp-content/uploads/2020/06/Implementing-Value-Based-Healthcare-In-Europe.pdf>
18. Jenkins, M. (2008). *Evaluation of the PHO performance programme: Final report*. Auckland: Martin, Jenkins and Associates Limited.
19. Kaplan, R. S., & Porter, M. (2011). How to solve the cost crisis in health care. *Harvard Business Review*, 89(9), 46–52, 54, 56–61.

20. Porter, M., & Teisberg, E. (2006). *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results*. Harvard Business School Press. 432 p.
21. Porter, M. E. (2010). What is value in health care? *New England Journal of Medicine*, 363(26), 2477–2481. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1011024>
22. Porter, M. E. (2013). *Outcome measurement*. Harvard Business School Press. Retrieved November 18, 2024, from [https://www.hbs.edu/faculty/Publication Files/6\\_4405d748-af33-48d1-9f51-0cc006fd01e7.pdf](https://www.hbs.edu/faculty/Publication%20Files/6_4405d748-af33-48d1-9f51-0cc006fd01e7.pdf)
23. Prada, G. (2016). Value-based procurement: Canada’s healthcare imperative. *Health Manage Forum*, 29(4), 162–164. <https://doi.org/10.1177/0840470416646119>
24. Satin, D. J., & Miles, J. (2009). Performance-based bundled payments: Potential benefits and burdens. *Minnesota Medicine*, 92(10), 33.

### References

1. Aksyonova, E. I., & Kamynina, N. N. (2022). Value-oriented health-care: a new paradigm of development. *Moskva Medicine*, (5), 4–12.
2. Greenfield, A. (2018). *Radical technologies: The design of everyday life*. Moscow: Delo Publishing House of RANEPa. 424 p.
3. Dombrovsky, V. S., Musina, N. Z., & Melnikova, L. S. (2020). Value-oriented procurement of medical supplies. *Medical Technologies. Evaluation and Choice*, (2), 9–17. <https://doi.org/10.17116/medtech2020400219>
4. Zuenkova, Yu. A. (2021). Value-oriented approach: analysis of the European Institute of Innovation and Technology guideline. *Medical Technologies. Evaluation and Choice*, (1), 28–35. <https://doi.org/10.17116/medtech20214301128>
5. Zuenkova, Yu. A., Kicha, D. I., Abramov, A. Yu., Buynova, Yu. G., & Klisova, L. M. (2021). Patient-focused algorithm for radiotherapy room workflow in oncology dispensary. *Medical Radiology and Radiation Safety*, (5), 45–49. <https://doi.org/10.12737/1024617720216654549>
6. Kobyakova, O. S., Deev, I. A., Kulikov, E. S., Khomyakov, K. V., Tyufilin, D. S., Zagromova, T. A., & Balaganskaya, M. A. (2017). Burnout syndrome among physicians of various specializations.

- Public Health of the Russian Federation*, (6), 322–329. <https://doi.org/10.18821/0044-197X-2017-61-6-322-329>
7. Kobyakova, O. S., Golubev, N. A., Polikarpov, A. V., & Sidorov, K. V. (2023). Automation model for collecting statistical data on healthcare indicators based on primary data. *Preventive Medicine*, 26(1), 11–16. <https://doi.org/10.17116/profmed20232601111>
  8. Musina, N. Z. (2020). Concept of value-oriented healthcare. *Pharmacoeconomics. Modern Pharmacoeconomics and Pharmacoepidemiology*, (4), 438–452.
  9. Omelianovsky, V. V., Musina, N. Z., Gostishev, R. V., Sukhorukikh, O. A., Fedyayeva, V. K., Sisiga, N. N., & Shchurov, D. G. (2020). Concept of value-oriented healthcare. *Pharmacoeconomics. Modern Pharmacoeconomics and Pharmacoepidemiology*, 13(4), 438–451. <https://doi.org/10.17749/2070-4909/farmakoeconomika.2020.042>
  10. Popovich, L. D. (2019). Drug insurance: selecting a pathway. *Remidium*, (4), 6–16. <https://doi.org/10.21518/1561-5936-2019-04-6-16>
  11. Svetlichnaya, T. G., & Smirnova, E. A. (2024). Population satisfaction with the implementation of rights to health protection and medical assistance. *Tomsk State University Bulletin. Philosophy. Sociology. Political Science*, (80), 166–172. <https://doi.org/10.17223/1998863X/80/15>
  12. Smirnova, E. V. (2022). Pharmaceutical provision in providing primary health care and its prospects. *Collection of Scientific Works*, (4), 161–168.
  13. Shvets, Yu. Yu. (2023). Development of value-oriented approach in Russia: the role of digital technologies. In *Proceedings of the Fifth Scientific and Methodological Forum of Health Organizers* (pp. 265–270). Moscow: State Budgetary Institution of the City of Moscow “Research Institute for Health Organization and Medical Management of the Moscow Health Department”.
  14. Yakovleva, I. V. (2018). Features of intercultural communication in the context of healthcare. In *Language. Culture. Translation. Communication: Collection of Scientific Works* (Issue 2, pp. 89–92). Moscow: KD Publishers, University Book.

15. Berenson, B., & Pronovost, P. K. H. (2013). *Achieving the potential of health care performance measures*. Washington, DC: Urban Institute. 31 p.
16. Gonçalves, F. R., Santos, S., Silva, C., & Sousa, G. (2018). Risk-sharing agreements, present and future. *Ecancermedicalscience*, 12, 823. <https://doi.org/10.3332/ecancer.2018.823>
17. EIT Health. (2020). *Implementing Value-Based Healthcare in Europe: Handbook for Pioneers*. Retrieved November 1, 2024, from <https://eithealth.eu/wp-content/uploads/2020/06/Implementing-Value-Based-Healthcare-In-Europe.pdf>
18. Jenkins, M. (2008). *Evaluation of the PHO performance programme: Final report*. Auckland: Martin, Jenkins and Associates Limited.
19. Kaplan, R. S., & Porter, M. (2011). How to solve the cost crisis in health care. *Harvard Business Review*, 89(9), 46–52, 54, 56–61.
20. Porter, M., & Teisberg, E. (2006). *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results*. Harvard Business School Press. 432 p.
21. Porter, M. E. (2010). What is value in health care? *New England Journal of Medicine*, 363(26), 2477–2481. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1011024>
22. Porter, M. E. (2013). Outcome measurement. Harvard Business School Press. Retrieved November 18, 2024, from [https://www.hbs.edu/faculty/PublicationFiles/6\\_4405d748-af33-48d1-9f51-0cc006fd01e7.pdf](https://www.hbs.edu/faculty/PublicationFiles/6_4405d748-af33-48d1-9f51-0cc006fd01e7.pdf)
23. Prada, G. (2016). Value-based procurement: Canada's healthcare imperative. *Health Manage Forum*, 29(4), 162–164. <https://doi.org/10.1177/0840470416646119>
24. Satin, D. J., & Miles, J. (2009). Performance-based bundled payments: Potential benefits and burdens. *Minnesota Medicine*, 92(10), 33.

## ДААННЫЕ 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 Федерация*  
*smirnova56@yandex.ru*

#### **DATA ABOUT THE AUTHOR**

**Elena A. Smirnova**, Cand. Sci. (Soc.), Assoc. Prof., Department of Sociology 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 08.05.2025

После рецензирования 15.05.2025

Принята 23.05.2025

Received 08.05.2025

Revised 15.05.2025

Accepted 23.05.2025