

УДК 614.2

DOI 10.24412/2312-2935-2025-5-592-610

ОЦЕНКА ПРОФИЛЕЙ ЧЕЛОВЕКОЦЕНТРИЧНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

М.И. Муслимов

ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва

Введение. В современной системе здравоохранения, при высокой нагрузке на работников медицинских организаций и росте требований к качеству предоставляемой медицинской помощи, становится критически важным уделять особое внимание созданию комфортной рабочей среды, в которой учитываются потребности сотрудников. В этом контексте человекоцентричный подход способен обеспечить высокую эффективность только при условии конструктивного и равноправного взаимодействия между работодателем и работником. В итоге, формирование «Профиля человекоцентричности» медицинских организаций, который представляет собой конфигурацию показателей, отражающих, насколько система оказания медицинской помощи, ее процессы, культура и среда ориентированы на потребности, ценности и комфорт работников, представляется актуальным.

Цель исследования. Сформировать и сравнить «Профили человекоцентричности» государственных и частных медицинских организаций через оценку работниками условий, барьеров и мотивации сотрудников к ее реализации.

Материалы и методы. Наблюдение проводилось на территории Российской Федерации в 2025 году и носило выборочный характер. В разработку включены две группы наблюдения: работники медицинских организаций государственной и частной систем здравоохранения (суммарно 1010 человек). Применялись: количественный метод, статистические методы, теоретические методы исследования.

Результаты и обсуждение. На уровень человекоцентричности государственных и частных медицинских организаций влияют статистически значимые различия в самооценке самочувствия ($\chi^2=9,067$; $p\text{-value}=0,003$) и наличие линейной связи между занимаемой должностью и самооценкой самочувствия ($r=0,274$); статистически значимые различия в самооценке синдрома выгорания по критериям, варьирующимся от «совсем не испытываю – скорее нет» ($\chi^2=56,977$; $p\text{-value}<0,001$) и «скорее да - да, чувствую сильное выгорание» ($\chi^2=43,814$; $p\text{-value}<0,001$), и наличие линейной зависимости по комбинации «должность – эмоциональное выгорание» по этим критериям (r , соответственно для респондентов государственных и частных медицинских организаций, 0,206 и 0,329). «Профиль человекоцентричности» государственной медицинской организации иллюстрирует ситуацию, которую можно охарактеризовать, как «дисбаланс между миссией и средой». «Профиль человекоцентричности» частной медицинской организации указывает на ее нереализованный потенциал. Установлены существенные различия в «Профилях человекоцентричности» государственной и частной медицинских организаций ($U_{\text{эмпирический}}=27 < U_{\text{критический}}=105$; $p\text{-value}<0,05$).

Заключение. Исследование доказало, что «Профили человекоцентричности» различны для государственных и частных медицинских организаций. Для государственных медицинских

организаций характерен профиль с акцентом на ценности при относительно низких показателях организационного взаимодействия. Частные медицинские организации демонстрируют более сбалансированный профиль с высокими и согласованными показателями по всем осям.

Ключевые слова: человекоцентричность, «Профили человекоцентричности», уровень человекоцентричности, медицинские организации государственной и частной системы здравоохранения, количественные и качественные критерии

ASSESSMENT OF THE LEVEL OF HUMAN-CENTRICITY IN A MEDICAL ORGANIZATION: A COMPARATIVE SOCIOLOGICAL ANALYSIS

M.I. Muslimov

The Russian Medical Academy of Continuing Professional Education of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia

Introduction. In the modern healthcare system, with a high workload for medical workers and increasing demands on the quality of medical care provided, it becomes critically important to pay special attention to creating a relative comfortable working environment that takes into account the needs of employees. In this context, a human-centered approach can ensure high efficiency only if there is constructive and equal interaction between the employer and the employee. As a result, the formation of a «Human-centric profile» of medical organizations, which is a configuration of indicators reflecting how much the medical care system, its processes, culture and environment are focused on the needs, values and comfort of employees, seems relevant.

Purpose of the investigation. To form and compare «Human-centric profile» of public and private medical organizations through employees' assessment of conditions, barriers, and employee motivation for its implementation.

Materials and methods. The observation was carried out on the territory of the Russian Federation in 2025 and was selective. Two monitoring groups were included in the development: employees of medical organizations of the public and private healthcare systems (a total of 1010 people). The following methods were used: quantitative method, statistical methods, theoretical research methods.

Results and discussion. The level of human-centricity of public and private medical organizations is influenced by statistically significant differences in self-assessment of well-being ($\chi^2=9,067$; $p\text{-value}=0,003$) and the presence of a linear relationship between the position held and self-assessment of well-being ($r=0,274$); statistically significant differences in self-assessment of burnout syndrome according to criteria ranging from «not experiencing at all – rather no» ($\chi^2=56,977$; $p\text{-value}<0,001$) and «rather yes, - yes, I feel severe burnout» ($\chi^2=43,814$; $p\text{-value}<0,001$), and the presence of a linear relationship for the combination of «position – emotional burnout» according to these criteria (r , respectively, for respondents of public and private medical organizations, 0,206 and 0,329). The «Human-centricity profile» of a public health organization illustrates a situation that can be described as an «imbalance between mission and environment». The «Human-centricity profile» of a private medical organization indicates its unrealized potential. Significant differences in the «Human-centricity profiles» of public and private medical organizations have been established ($U_{\text{empirical}}=27<U_{\text{critical}}=105$; $p\text{-value}<0,05$).

Conclusion. The study proved that the «Human-centricity profiles» are different for public and private medical organizations. Public health organizations are characterized by a profile with an

emphasis on values with relatively low rates of organizational interaction. Private medical organizations demonstrate a more balanced profile with high and consistent indicators across all axis of reference.

Keyword: human-centrism, «Human-centricity profiles», human-centrism level, medical organizations of the public and private healthcare system, quantitative and qualitative criteria

Введение. Ценностно-ориентированное здравоохранение трансформирует модель взаимодействия медицинских организаций с другими участниками системы. Данный подход предполагает, что все составные элементы предоставления медицинской помощи, организационные процессы и управленческие решения разрабатываются и реализуются с учетом их потенциального воздействия на здоровье человека и качество жизни пациентов [1]. Понимание трансформаций в современной системе здравоохранения дает взаимосвязь между ценностно-ориентированным подходом (Value-Based Care, VBC) и человекоцентричным подходом (Human-Centered Care, HCC) [2,3]. Фундаментальный сдвиг в парадигме здравоохранения, отвечающий на вызовы современности, связанный с интеграцией человекоцентричного подхода в деятельность медицинских организаций, является одним из основных драйверов развития системы здравоохранения, представляя собой необходимое условие и главный инструмент для реализации ценностно-ориентированного подхода, способствуя повышению уровня удовлетворенности пациентов и их законных представителей, а также укреплению корпоративной культуры и повышению лояльности персонала медицинских организаций [4-6].

В условиях стремительного развития цифровых технологий, роста числа хронических заболеваний и возникновения новых угроз, системы здравоохранения сталкиваются с растущими вызовами и повышенными требованиями. В связи с этим на международном уровне активно обсуждаются перспективы перехода к персонализированным моделям здравоохранения, ориентированным на потребности пациента [7-9]. Всемирная организация здравоохранения продвигает концепцию интегрированных служб здравоохранения, ориентированную на человека (IPCHS). Данная концепция направлена на удовлетворение широкого спектра потребностей населения, независимо от социального статуса, места жительства или других факторов. В основе IPCHS лежит междисциплинарное взаимодействие, координация услуг и интеграция различных уровней медицинской помощи, все эти элементы являются ключевыми для создания устойчивых и эффективных систем здравоохранения [10].

Современные научные исследования убедительно демонстрируют, что основным мотивом применения человекоцентричного подхода является глубокое понимание и интеграция потребностей, ценностей и приоритетов людей в рамках организационных и социальных процессов с акцентом на значимости человеческого фактора как ключевого элемента в достижении устойчивого и эффективного функционирования систем здравоохранения [11-15]. Человекоцентричная медицинская организация стремится к удовлетворению потребностей всех заинтересованных сторон в процессе предоставления медицинской помощи, а это включает в себя не только потребности пациентов и их законных представителей, но и потребности сотрудников медицинских организаций [16]. Таким образом, исследование человекоцентричного подхода в медицинских организациях, с акцентом на деятельность медицинского персонала, приобретает ключевое значение для формирования эффективной, устойчивой и высококачественной системы здравоохранения, поскольку именно работники реализуют принципы человекоцентричности в своей профессиональной деятельности, выявляют их ограничения и раскрывают их потенциал. В этом контексте следует отметить ряд наблюдений, посвященных анализу проблем качества и безопасности медицинской помощи, борьбы с профессиональным выгоранием медицинских работников и оптимизации системы здравоохранения и управления ресурсами [17-19]. В современной системе здравоохранения, при высокой нагрузке на работников медицинских организаций и росте требований к качеству предоставляемой медицинской помощи, становится критически важным уделять особое внимание созданию комфортной рабочей среды, в которой учитываются потребности сотрудников [20]. В этом контексте человекоцентричный подход способен обеспечить высокую эффективность только при условии конструктивного и равноправного взаимодействия между работодателем и работником. В итоге, формирование «Профиля человекоцентричности» медицинских организаций, который представляет собой конфигурацию показателей, отражающих, насколько система оказания медицинской помощи, ее процессы, культура и среда ориентированы на потребности, ценности и комфорт работников, представляется актуальным.

Цель исследования. Сформировать и сравнить «Профили человекоцентричности» государственных и частных медицинских организаций через оценку работниками условий, барьеров и мотивации сотрудников к ее реализации.

Материалы и методы. Наблюдение проводилось на территории Российской Федерации в 2025 году и носило выборочный характер. Процедура формирования «Профиля

человекоцентричности» предусматривала применение количественного (анкетирование) метода, с включением в разработку двух групп наблюдения: работников медицинских организаций государственной и частной систем здравоохранения (суммарно 1010 человек).

Исследование проведено по анкете, состоящей из 6 блоков, предусматривающих общие сведения о респондентах; самооценку сотрудника как личности; самооценку сотрудника как члена команды; самооценку сотрудника как члена организации; самооценку сотрудника как члена общества; отдельные вопросы посвящены исследованию проблемы профессионального выгорания и самооценке самочувствия.

В основу формирования «Профилей человекоцентричности» государственных и частных медицинских организаций заложены четыре уровня: личность, команда, организация, общество, которые представлены в анкете 72 вопросами. В качестве инструмента измерения мнений респондентов выбрана шкала суммарных оценок Ликерта (Likert scale) с 10-балльной градацией: от 1 балла («полностью не согласен») – 5 баллов (нейтрально / не могу сказать) – до 10 баллов (полностью согласен). По сумме оценок каждого отдельного суждения определялась установка респондентов по каждому из вопросов [21].

Применение количественного метода анализа данных позволило систематизировать и структурировать собранную информацию, обеспечивая ее релевантность и достоверность. Для достижения цели исследования, с учетом преимуществ и ограничений в зависимости от исследовательского контекста, были задействованы теоретические методы (абстрагирование, дедукция и индукция, мысленное моделирование).

Статистические методы использовались для обобщения и интерпретации основных характеристик, и для визуализации информации. Для сравнения параметров двух независимых выборок с целью доказательства сходства или различия анализируемых объектов применен t-тест; статистически значимая связь между двумя категориальными переменными оценивалась по критерию Пирсона (χ^2). Статистически значимые различия двух независимых выборок оценивались по критерию Манна-Уитни (U-тест): при $U \leq U_{\text{критический}}$ нулевая гипотеза отвергалась, различия между группами считались статистически значимыми. Порог значимости учитывался на уровне $p\text{-value}=0,05$ и менее.

В качестве нормализованной меры линейной взаимосвязи между переменными, по градации ковариация-стандартные отклонения, применено нормированное значение коэффициента Пирсона (r); для оценки тесноты связи между двумя качественными

признаками в таблицах сопряженности и определения статистически значимой связи между переменными, применен коэффициент контингенции (C).

Результаты и обсуждение. Ключевыми категориями проведенного анализа стали работники государственной (33,03%) и частной (66,97%) систем здравоохранения. Распределение респондентов по полу представлено статистически значимым (t -критерий=22,37; $t_{\text{критический}}=1,972$; $p\text{-value}<0,001$) доминированием женщин (72,3%), доля мужчин составила 27,7%. Более половины респондентов составляют лица в возрасте до лет (53,0%), весьма значителен удельный вес лиц в возрасте 30-35 лет (21,8%). В возрасте старше 51 года находится каждый пятый респондент (суммарно 19,6%).

Распределение респондентов по общему стажу работы в сфере здравоохранения и стажу работы в медицинских организациях на момент проведения опроса характеризуется сопоставимостью обеих групп опрошенных как по общему стажу (t -критерий=1,859548; $t_{\text{критический}}=2,306004$; $p\text{-value}=0,5$), так и по стажу работы в данной медицинской организации (t -критерий=1,8945786; $t_{\text{критический}}=2,36462425$; $p\text{-value}=0,5$).

Особенности структуры респондентов по общему стажу в сфере здравоохранения проявляются в преобладании удельного веса стажевых групп до 10 лет в медицинских организациях государственной системы здравоохранения (42,77%) и стажевых групп больше 20 лет – в медицинских организациях частной системы здравоохранения (44,92%), что отличается от структурной стажевой характеристики респондентов по признаку работы в медицинских организациях на момент проведения опроса: соотношение стажевых групп до 10 лет характерны для информантов обеих категорий медицинских организаций (71,39% и 86,5%, соответственно, для респондентов государственных и частных медицинских организаций). Отмеченные особенности распределения могут косвенно отражать профессиональные предпочтения опрошенных при выборе места трудовой деятельности, демонстрируя приоритет частных медицинских организаций, по отношению к государственным, исходя из профессиональных интересов и карьерных перспектив.

Большинство участников опроса представлены должностями специалистов (врачами) с высшим медицинским образованием: 81,16% респондентов государственных и 49,92% респондентов частных медицинских организаций.

Удельный вес должностей руководителей и руководителей структурных подразделений государственных и частных медицинских организаций определяется статистически значимым соотношением 1:3 (соответственно 8,0% и 25,79%: t -критерий=8,43;

$t_{\text{критический}}=1,972$; $p\text{-value}<0,001$), так же, как и удельный вес должностей специалистов с высшим медицинским и средним профессиональным образованием (средний медицинский персонал) – соотношение 1:3 (соответственно 5,05% и 13,81%; $t\text{-критерий}=5,22$; $t_{\text{критический}}=1,972$; $p\text{-value}<0,001$). Однако, несмотря на указанные различия в структуре должностей, в целом, обе группы респондентов сопоставимы как по общему стажу работы в сфере здравоохранения, так и по стажу работы в медицинских организациях на момент проведения опроса, статистически значимая разница различий в распределении не подтверждается ($t\text{-критерий}=1,5$; $t_{\text{критический}}=1,795885$; $p\text{-value}=0,5$).

Самооценка самочувствия работников медицинских организаций, это не просто дополнение к исследованию человекоцентричности, а ее критически важная и неотъемлемая часть - низкие оценочные показатели являются прямым индикатором риска для реального уровня человекоцентричности в организации. А анализ самооценки самочувствия работников – это один из инструментов управления, позволяющий выявить «болевыe точки» в организации и целевым образом улучшить условия труда ее сотрудников.

При сравнении данных, полученных на основе анализа ответов респондентов государственных и частных медицинских организаций, были выявлены статистически значимые различия по отдельным оценочным критериям комбинации «должность - самочувствие» при сравнении критериев в диапазоне «отлично-хорошо» и «плохо – отвратительно». В частности, при концентрации максимальных значений долей в диапазоне от «отлично» до «хорошо», менее 20% всех работников государственных медицинских организаций, принявших участие в исследовании, оценивают свое самочувствие по диапазону критериев «отлично - очень хорошо» (19,79%), в то время как у работников частных медицинских организаций удельный вес подобных оценок в 1,8 раза больше ($t\text{-критерий}=5,74$; $t_{\text{критический}}=1,972$; $p\text{-value}<0,001$) и составляет, суммарно, 34,75% (рис. 1,2).

Аналогичный характер направленности различий в оценках установлен для работников государственных и частных медицинских организаций по диапазону критериев «плохо - очень плохо – отвратительно», который, суммарно, в оценках респондентов государственных медицинских организаций (18,52%), в 3 раза ($t\text{-критерий}=6,29$; $t_{\text{критический}}=1,972$; $p\text{-value}<0,001$) превышает аналогичные оценки опрошенных частных медицинских организаций (5,95%).

Среди информантов государственных медицинских организаций самые высокие оценочные позиции самочувствия по критерию «нормально» регистрируются у врачей (39,24%), руководителей высшего звена управления (28,96%), специалистов с высшим

немедицинским и фармацевтическим образованием (37,5%) и сотрудников вспомогательных подразделений, оценки которых распределились поровну по критериям «нормально» и «отлично».

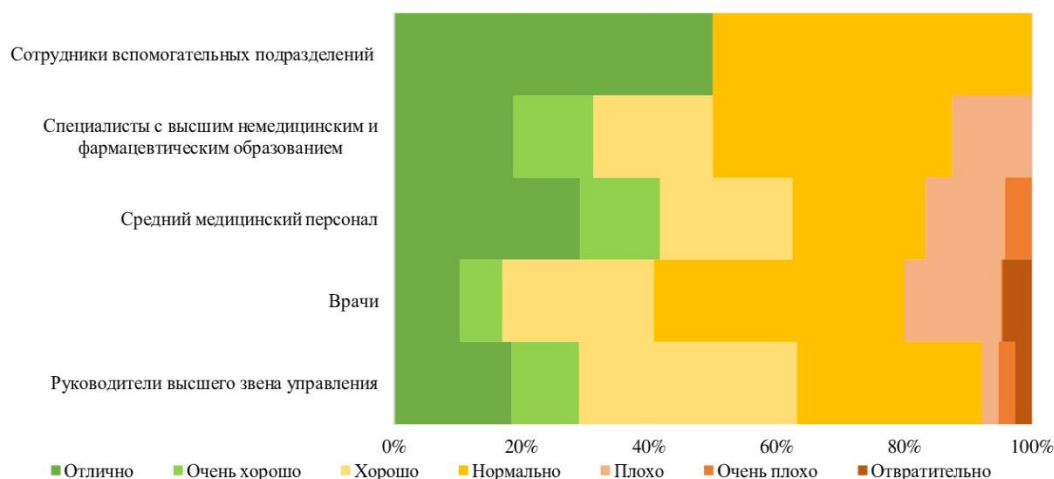


Рисунок 1. Субъективная оценка самочувствия респондентов медицинских организаций государственной системы здравоохранения по комбинации «должность - самочувствие» на момент проведения опроса (% к итогу)

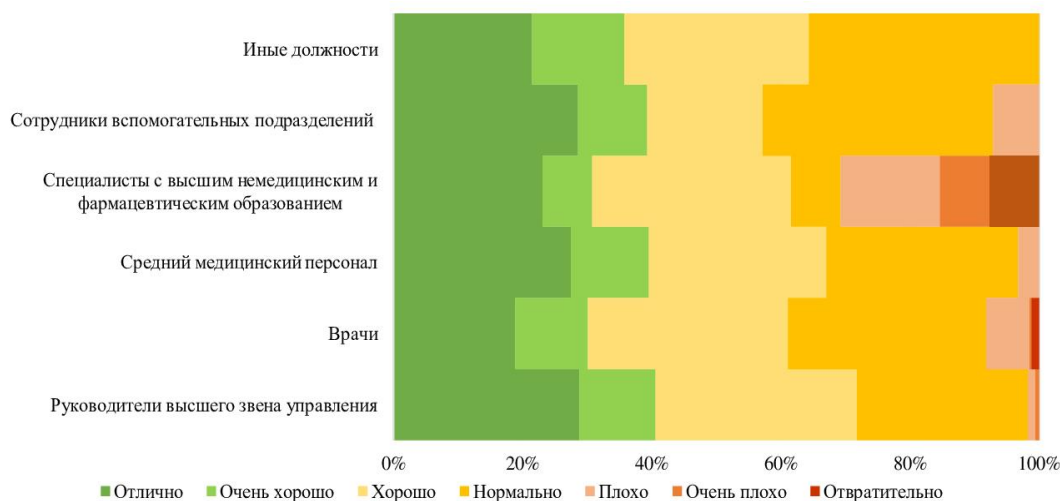


Рисунок 2. Субъективная оценка самочувствия респондентов медицинских организаций частной системы здравоохранения по комбинации «должность - самочувствие» на момент проведения опроса (% к итогу)

Подавляющее большинство сотрудников частных медицинских организаций оценивают свое самочувствие как отличное, очень хорошее и хорошее: доли таких оценок,

суммарно, варьируют от 57,15% (у сотрудников вспомогательных подразделений) до 71,76% (у руководителей высшего звена управления), что для последних, может быть связано с более высоким уровнем автономии, принятия решений и оплаты труда. Сравнение респондентов государственных и частных медицинских организаций по данному диапазону оценок показало наличие статистически значимых различий ($\chi^2=47,74$; $p\text{-value}=0,001$) при наличии линейной связи средней силы между оценкой самочувствия и занимаемой должностью ($r=0,284$).

В то же время, 30,76% специалистов с высшим немедицинским и фармацевтическим образованием частных медицинских организаций оценили свое самочувствие как «плохое», «очень плохое» и «отвратительное», что статистически значимо выше, чем среди аналогичных работников государственных медицинских организаций, 12,5% которых оценили его как «плохое», а таких оценок как «очень плохое» и «отвратительное» не дал ни один опрошенный. Установлена также статистически значимая разница по оценкам диапазона от «плохо» до «отвратительно» ($\chi^2=44,12$; $p\text{-value}=0,001$). Теснота линейной связи между оценкой самочувствия и занимаемой должностью средняя ($r=0,274$).

Таким образом, суммируя сказанное выше, можно констатировать, что полученные результаты показали наличие статистически значимых различий в самооценке самочувствия сотрудниками медицинских организаций государственной и частной систем здравоохранения ($\chi^2=9,067$; $p\text{-value}=0,003$), а также наличие линейной связи между занимаемой должностью и самооценкой самочувствия ($r=0,317$; теснота связи средняя).

Исследованиями установлено, что смена работы, изменение обязанностей или увеличение нагрузки могут вызвать стресс. Долгое привыкание к новым условиям труда иногда приводит к эмоциональному выгоранию [22,23]. В этом контексте, человекоцентричность является одновременно и мощным защитным фактором от профессионального выгорания и одной из главных причин его возникновения, все зависит от баланса и реализации принципов.

Анализ данных, полученных от респондентов ответов, свидетельствует о статистически значимых различиях в оценках наличия синдрома профессионального выгорания в зависимости от должности ($\chi^2= 8,909$; $p\text{-value}<0,001$), но почти полном отсутствии связи между занимаемой должностью и самооценкой синдрома профессионального выгорания, что подтверждается величиной нормированного значения коэффициента Пирсона ($r=0,172$; теснота связи слабая) и значением коэффициента сопряженности Пирсона ($C=0,121$; теснота связи слабая) (рис. 3,4).

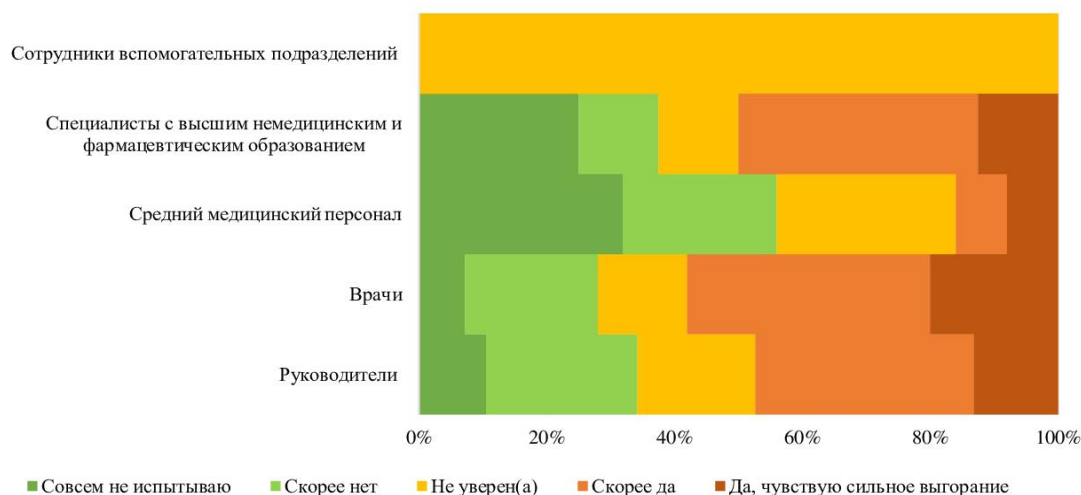


Рисунок 3. Субъективная оценка наличия синдрома профессионального выгорания респондентами медицинских организаций государственной системы здравоохранения по комбинации «должность – эмоциональное выгорание» на момент проведения опроса (% к итогу)

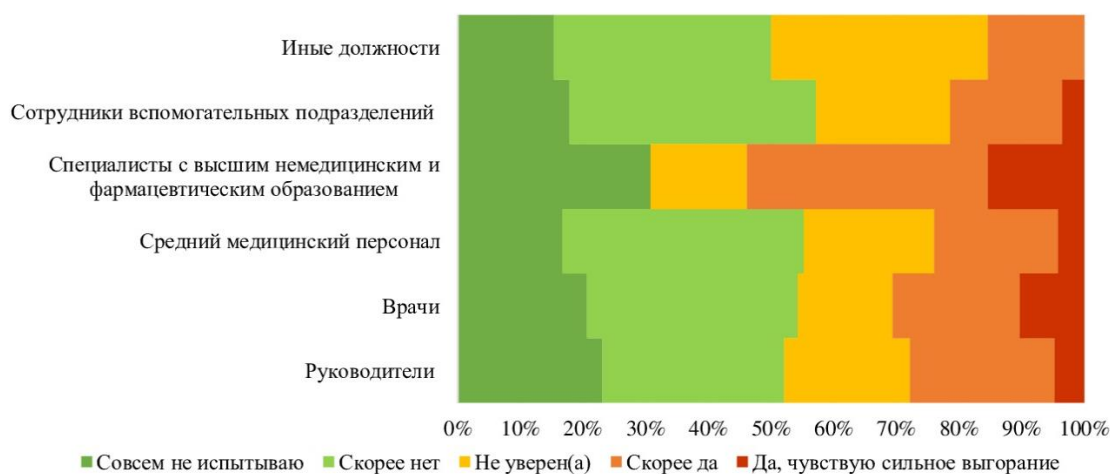


Рисунок 4. Субъективная оценка наличия синдрома профессионального выгорания респондентами медицинских организаций частной системы здравоохранения по комбинации «должность – эмоциональное выгорание» на момент проведения опроса (% к итогу)

Более половины средних медицинских работников (56,00%) и каждый третий руководитель (34,21%) медицинских организаций государственной системы здравоохранения отметили, что «совсем не испытывают» или «скорее не испытывают» профессионального выгорания. Полученные по этим критериям данные сопоставимы в отношении оценок респондентов частных медицинских организаций только для занимающих должности

среднего медицинского персонала (55,21%), но почти в 2 раза ниже, чем доля оценок руководителей высшего звена управления (52,07%).

Противоположная ситуация фиксируется в отношении опрошенных, занимающих должности врачей: 56,00% участников исследования из государственных медицинских организаций определили наличие у себя синдрома профессионального выгорания по критериям «скорее да - да, чувствую сильное выгорание», в то время как 54,25% врачей частных медицинских организаций профессионального выгорания «совсем не испытывают» или «скорее не испытывают».

Результаты оценок специалистов с высшим немедицинским и фармацевтическим образованием обеих групп наблюдения сопоставимы по критериям «скорее да - да, чувствую сильное выгорание», составляя, соответственно, для респондентов государственных и частных медицинских организаций, 50,00% и 53,74%.

Линейная зависимость по комбинации «должность – эмоциональное выгорание» установлена только по комбинации критериев «совсем не испытываю – скорее нет» ($\chi^2=56,977$; $p\text{-value}<0,001$) и «скорее да - да, чувствую сильное выгорание» ($\chi^2=43,814$; $p\text{-value}<0,001$), что подтверждено величинами нормированного значения коэффициента Пирсона (r , соответственно для респондентов государственных и частных медицинских организаций, 0,206 и 0,329; теснота связи средняя). Однако, если исходить из меры тесноты связи между двумя качественными признаками, апеллируя к величине коэффициента контингенции (C , соответственно, 0,206 и 0,233; теснота связи средняя), то можно предположить, что зависимость между синдромом профессионального выгорания и должностью респондентов может иметь сложный нелинейный характер, который корреляция не выявляет, что, безусловно, может стать предметом дальнейших исследований.

Человекоцентричность на разных уровнях проявляется через разные, но взаимосвязанные, ценности. На рисунке 5 представлены усредненные «профили человекоцентричности», сформированные на основе многоуровневых оценок респондентов по критериям: физические потребности состояние / ресурсы; информационные / интеллектуальные потребности; эмоциональные потребности и духовные потребности и отражающий четыре уровня: личность, команда, организация, общество.

«Профиль человекоцентричности» государственной медицинской организации иллюстрирует ситуацию, которую можно охарактеризовать, как «разрыв между миссией и средой». Профиль показывает сильный внешний и внутренний гуманистический импульс на

индивидуальном оценочном уровне, но, при этом, сотрудники этих организаций не чувствуют себя частью сильной, поддерживающей их команды, и единого организма организации.

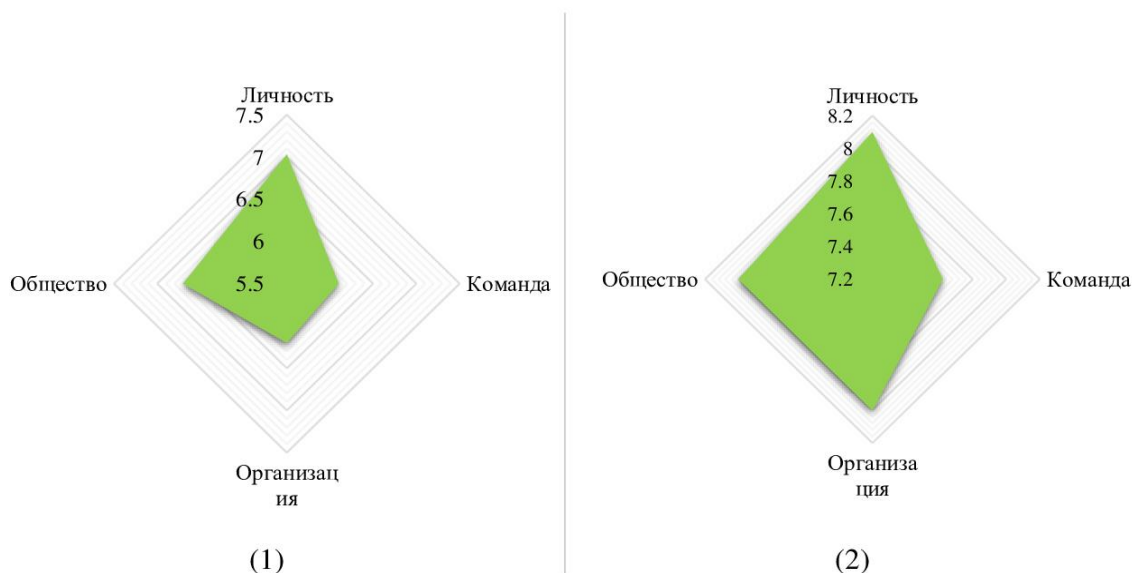


Рисунок 5. Усредненный «Профиль человекоцентричности» государственной (1) и частной (2) медицинской организации (ср. балл)

В полученном для государственной медицинской организации профиле заключается главный парадокс: согласно оценкам респондентов, усредненная модель организации, миссия которой является максимально человекоцентричной по своей сути, не способна выстроить внутреннюю человекоцентричную среду для своих сотрудников. Указанные позиции подтверждаются данными, свидетельствующими о высокой и очень высокой вероятности каждого третьего сотрудника уволиться в течение 6 месяцев (31,18%). Каждый третий не готов рекомендовать свою организацию для трудоустройства знакомым (33,64%), а каждый пятый находится в позиции неопределенности (20,61%). Однако «Профиль человекоцентричности» государственной медицинской организации указывает не на отсутствие или низкий уровень человекоцентричности, а исключительно на ее дисбаланс.

«Профиль человекоцентричности» частной медицинской организации иллюстрирует модель организации, в которой система работает «сверху» (руководство) и «извне» (миссия), но создает риски «в середине» на уровне горизонтальных связей. Профиль частной медицинской организации указывает на ее нереализованный потенциал. В то же время следует отметить более высокие, чем у респондентов государственных медицинских организаций, оценочные баллы всех уровней: личность (средний балл: 8,1 против 7,03), команда (средний

балл: 7,62 против 6,9), организация (средний балл: 8 против 6,2) и общество (средний балл: 8 против 6,7).

Для проверки наличия статистически значимых различий «Профилей человекоцентричности» государственной и частной медицинских организаций проведен тест Манна-Уитни. Полученный в результате расчетов $U_{\text{эмпирический}}=27 < U_{\text{критический}}=105$, следовательно, различия в «Профилях человекоцентричности» государственной и частной медицинских организаций существенны ($p\text{-value} < 0,05$).

Заключение. Таким образом, исследование доказало различие в «Профилях человекоцентричности» для государственных и частных медицинских организаций. Для государственных медицинских организаций характерен профиль с акцентом на ценности при относительно низких показателях организационного взаимодействия. Частные медицинские организации демонстрируют более сбалансированный профиль с высокими и согласованными показателями по всем четырем осям.

Список литературы

1. Камынина Н.Н., Полищук Н.С. Ценностно-ориентированное здравоохранение: систематизация инструментов и методов (обзор литературы). Здравоохранение Российской Федерации. 2022;66(6):444-450. DOI <https://doi.org/10.47470/0044-197X-2022-66-6-444-450> <https://elibrary.ru/bjybxn>
2. Аксенова Е.И., Камынина Н.Н., Швец Ю.Ю. Ценностно-ориентированное здравоохранение: проблемы и перспективы внедрения в практику. М.:ГБУ НИИОЗММ ДЗМ, 2023. 171 с. URL: <https://niiroz.ru/moskovskaya-meditsina/izdaniya-nii/monografii/>. ISBN 978-5-907717-44-2.
3. Göttgens I, Oertelt-Prigione S. The Application of Human-Centered Design Approaches in Health Research and Innovation: A Narrative Review of Current Practices. JMIR Mhealth Uhealth. 2021;9(12):28102. DOI 10.2196/28102
4. Барсегова К.А., Петрова В.Ю., Сядук И.Н., Проценко Д.Н. Переход к человекоцентричной модели функционирования медицинской организации. Менеджер здравоохранения. 2025; 3:108-116. DOI 10.21045/1811-0185-2025-3-108-116
5. Kremer H., Villamor I., Aguinis H. Innovation leadership: Best-practice recommendations for promoting employee creativity, voice, and knowledge sharing. Business Horizons. 2019;1(62):65–74. DOI 10.1016/j.bushor.2018.08.010

6. Searl, M.M., Borgi, L., Chemali, Z. It is time to talk about people: a human-centered healthcare system. *Health Research Policy and Systems*. 2010;8:35. DOI <https://doi.org/10.1186/1478-4505-8-35>
7. Старкова С.А., Лескова И. В. , Зязин С. Ю. Пациентоцентричность в трансформации здравоохранения. *Мир науки. Социология, филология, культурология*. 2025;3 (16): 02SCSK325. URL: <https://sfk-mn.ru/PDF/02SCSK325.pdf>. DOI 10.15862/02SCSK325
8. Tutar H., Güler S. Digital Leadership as a Requirement for the New Business Ecosystem: A Conceptual Review. *Journal of the Faculty of Economics and Administrative Sciences*. 2022;3(12):323–349. DOI 10.18074/ckuiibfd.1162792
9. Levander, X.A., VanDerSchaaf, H., Barragán, V.G. et al. The Role of Human-Centered Design in Healthcare Innovation: a Digital Health Equity Case Study. *Journal of General Internal Medicine*. 2024;39:690–695 DOI <https://doi.org/10.1007/s11606-023-08500-0>
10. Куш О.В., Попсуйко А.Н., Серебрякова Р.А., Артамонова Г.В. Методическое обоснование реализации пациентоцентризма в современном здравоохранении. *Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание]*. 2025;3(71):12. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1796/30/lang,ru/>. DOI 10.21045/2071-5021-2025-71-3-12
11. Hafiz O, Yin X, Sun S, Yang J, Liu H. Examining the Use and Application of the WHO Integrated People-Centred Health Services Framework in Research Globally - a Systematic Scoping Review. *International Journal of Integrated Care*. 2024;2(24):9. DOI 10.5334/ijic.7754
12. Lyon A.R., Aung T., Bruzios K.E., Munson S. Annual Review of Public Health Human-Centered Design to Enhance. *Implementation and Impact in Health*. 2025;46:467-485 DOI <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-071823-122337>
13. Гончаревская З.Л., Киндюк В.В. Реализация пациентоцентричной медико-социальной помощи больным орфанными дерматологическими заболеваниями. *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики*. 2025;2: 605-615. DOI 10.24412/2312-2935-2025-2-605-615
14. Чукавина А.В., Выскочков В.С., Тюфилин Д.С., Соломянник И.А. и др. Факторы, влияющие на доверие пожилых пациентов к системе здравоохранения в России. *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики*. 2024;1:1078-1095. DOI 10.24412/2312-2935-2024-1-1078-1095

15. Вачнадзе Д.И., Тимошевский А.А., Кондратова Н.В. Инициативы Всемирной организации здравоохранения в сфере повышения безопасности пациентов и их реализация в Российской Федерации. Медико-фармацевтический журнал Пульс. 2024;2(26):75-84. DOI 10.26787/nydha-2686-6838-2024-26-2-75-84
16. Система менеджмента человекоцентричной медицинской организации. Общие требования: ГОСТ Р 71549—2024. М., Российский институт стандартизации, 2024. 19 с. URL: <http://gost.gtsever.ru>
17. Найговзина Н.Б., Сон И.М., Корчуганова Е.А, Титкова Ю.С. и др. Проблемы применения порядков оказания медицинской помощи. Обзор литературы. Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2022;5:702-724. DOI 10.24412/2312-2935-2022-5-702-724
18. Кобякова О.С., Деев И.А., Левко А.Н., Тюфилин Д.С., и др. Профессиональное выгорание медицинских сестер: особенности поколений. Менеджер здравоохранения. 2021;4: 21-30. DOI 10.21045/1811-0185-2021-4-21-30
19. Leclerc L., Kennedy K., Campis S. Human-Centered Leadership in Health Care An Idea That's Time Has Come. Nursing Administration Quarterly. 2020; 44(2):117-126. DOI 10.1097/NAQ.0000000000000409
20. Меркулов Н.А. Роль мотивации медицинских работников в повышении эффективности предоставления медицинских услуг. Лидерство и менеджмент. 2023;3(10):771-782. DOI 10.18334/lim.10.3.118115
21. Joshi A., Kale S., Chandel S., Pal D.K. Likert Scale: Explored and Explained. British Journal of Applied Science & Technology. 2015;4(7):396-403. DOI10.9734/BJAST/2015/14975
22. Смольникова П.С., Трункова К.С., Мадьянова В.В., Хальфин Р.А. Распространенность синдрома эмоционального выгорания медицинских работников в Российской Федерации: систематический обзор и метаанализ. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023;31(3):387—399. DOI <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-3-387-399>
23. Полякова О.Б., Бонкало Т.И. Профессиональное выгорание медицинских работников как следствие пандемии COVID-19: систематический обзор Scopus 2024. Здоровье мегаполиса. 2025;6(1):98-107. DOI <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2025.v.6i1;98-107>

References

1. Kamy`nina N.N., Polishhuk N.S. Cennostno-orientirovannoe zdravooxranenie: sistematizaciya instrumentov i metodov (obzor literatury) [Value-based health care: alignment the tools and methods (literature review)]. Zdravooxranenie Rossijskoj Federacii [Health Care of the Russian Federation, Russian journal]. 2022;66(6):444-450. DOI <https://doi.org/10.47470/0044-197X-2022-66-6-444-450> <https://elibrary.ru/bjybxn> (In Russian)
2. Aksenova E.I., Kamy`nina N.N., Shvecz Yu.Yu. Cennostno-orientirovannoe zdravooxranenie: problemy` i perspektivy` vnedreniya v praktiku [Value-based healthcare: problems and prospects of implementation in practice]. M.: GBU NIOZMM DZM, 2023. 171 s. URL: <https://niioz.ru/moskovskaya-meditsina/izdaniya-nii/monografii/>. ISBN 978-5-907717-44-2 (In Russian)
3. Göttgens I, Oertelt-Prigione S. The Application of Human-Centered Design Approaches in Health Research and Innovation: A Narrative Review of Current Practices. JMIR Mhealth Uhealth. 2021;9(12):28102. DOI 10.2196/28102
4. Barsegova K.A., Petrova V.Yu., Syaduk I.N., Procenko D.N. Perexod k chelovekocentrichnoj modeli funkcionirovaniya medicinskoj organizacii [Moving towards person-centered model of medical organization]. Menedzher zdravooxraneniya [Manager Zdravookhraneniya]. 2025; 3:108-116. DOI 10.21045/1811-0185-2025-3-108-116 (In Russian)
5. Kremer H., Villamor I., Aguinis H. Innovation leadership: Best-practice recommendations for promoting employee creativity, voice, and knowledge sharing. Business Horizons. 2019;1(62):65–74. DOI 10.1016/j.bushor.2018.08.010
6. Searl, M.M., Borgi, L., Chemali, Z. It is time to talk about people: a human-centered healthcare system. Health Research Policy and Systems. 2010;8:35. DOI <https://doi.org/10.1186/1478-4505-8-35>
7. Starkova S.A., Leskova I. V. , Zyazin S. Yu. Pacientocentrichnost` v transformacii zdravooxraneniya [Patient-centric in healthcare transformation]. Mir nauki. Sociologiya, filologiya, kul`turologiya [World of Science. Series: Sociology, Philology, Cultural Studies]. 2025;3(16):02SCSK325. URL: <https://sfk-mn.ru/PDF/02SCSK325.pdf>. DOI 10.15862/02SCSK325 (In Russian)
8. Tutar H., Güler S. Digital Leadership as a Requirement for the New Business Ecosystem: A Conceptual Review. Journal of the Faculty of Economics and Administrative Sciences. 2022;3(12):323–349. DOI 10.18074/ckuiibfd.1162792

9. Levander, X.A., VanDerSchaaf, H., Barragán, V.G. et al. The Role of Human-Centered Design in Healthcare Innovation: a Digital Health Equity Case Study. *Journal of General Internal Medicine*. 2024;39:690–695 DOI <https://doi.org/10.1007/s11606-023-08500-0>
10. Kushh O.V., Popsujko A.N., Serebryakova R.A., Artamonova G.V. Metodicheskoe obosnovanie realizacii pacientocentrizma v sovremennom zdravooxranenii [Methodological substantiation of the implementation of patient-centeredness in modern health care]. *Social'ny'e aspekty` zdorov`ya naseleniya [setevoe izdanie] [Social'nye aspekty zdorov'a naselenia [serial online]]*. 2025;3(71):12. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1796/30/lang,ru/> DOI 10.21045/2071-5021-2025-71-3-12 (In Russian)
11. Hafiz O, Yin X, Sun S, Yang J, Liu H. Examining the Use and Application of the WHO Integrated People-Centred Health Services Framework in Research Globally - a Systematic Scoping Review. *International Journal of Integrated Care*. 2024;2(24):9. DOI 10.5334/ijic.7754
12. Lyon A.R., Aung T., Bruzios K.E., Munson S. Annual Review of Public Health Human-Centered Design to Enhance. Implementation and Impact in Health. 2025;46:467-485 DOI <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-071823-122337>
13. Goncharevskaya Z.L., Kindyuk V.V. Realizaciya pacientocentrichnoj mediko-social`noj pomoshhi bol`ny`m orfanny`mi dermatologicheskimi zabolevaniyami [Implementation of patient-centered medical and social care to patients with orphan dermatological diseases]. *Sovremenny`e problemy` zdravooxraneniya i medicinskoj statistiki [Current problems of health care and medical statistics]*. 2025;2: 605-615. DOI 10.24412/2312-2935-2025-2-605-615 (In Russian)
14. Chukavina A.V., Vy`skochkov V.S., Tyufilin D.S., Solomyannik I.A. i dr. Faktory`, vliyayushhie na doverie pozhily`x pacientov k sisteme zdravooxraneniya v Rossii [Factors affecting older patients' trust in the health care system in Russia]. *Sovremenny`e problemy` zdravooxraneniya i medicinskoj statistiki [Current problems of health care and medical statistics]*. 2024;1:1078-1095. DOI 10.24412/2312-2935-2024-1-1078-1095 (In Russian)
15. Vachnadze D.I., Timoshevskij A.A., Kondratova N.V. Iniciativy` Vsemirnoj organizacii zdravooxraneniya v sfere povы`sheniya bezopasnosti pacientov i ix realizaciya v Rossijskoj Federacii [Initiatives of the World Health Organization on the way of improving patient safety and their implementation in the Russian Federation]. *Mediko-farmaceuticheskij zhurnal Pul's [Medical & pharmaceutical Journal «Pulse»]*. 2024;2(26):75-84. DOI 10.26787/nydha-2686-6838-2024-26-2-75-84 (In Russian)

16. Sistema menedzhmenta chelovekocentrichnoj medicinskoj organizacii. Obshhie trebovaniya: GOST R 71549-2024 [The management system of a human-centered medical organization. General requirements: Russian National Standard 71549-2024]. M., Rossijskij institut standartizacii, 2024. 19 s. URL: <http://gost.gtsever.ru> (In Russian)
17. Najgovzina N.B., Son I.M., Korchuganova E.A., Titkova Yu.S. i dr. Problemy` primeneniya poryadkov okazaniya medicinskoj pomoshhi. Obzor literatury` [Problems of application of medical care procedures. Literature review]. Sovremenny`e problemy` zdravooxraneniya i medicinskoj statistiki [Current problems of health care and medical statistics]. 2022;5:702-724. DOI 10.24412/2312-2935-2022-5-702-724 (In Russian)
18. Kobyakova O.S., Deev I.A., Levko A.N., Tyufilin D.S., i dr. Professional`noe vy`goranie medicinskix sester: osobennosti pokolenij [Professional burnout of medical nurses: features of generations]. Menedzher zdravooxraneniya [Manager Zdravooxranenia]. 2021;4: 21-30. DOI 10.21045/1811-0185-2021-4-21-30 (In Russian)
19. Leclerc L., Kennedy K., Campis S. Human-Centered Leadership in Health Care An Idea That's Time Has Come. Nursing Administration Quarterly. 2020; 44(2):117-126. DOI 10.1097/NAQ.0000000000000409
20. Merkulov N.A. Rol` motivacii medicinskix rabotnikov v povы`shenii e`ffektivnosti predostavleniya medicinskix uslug [Motivation of the medical staff in order to increase the efficiency of the medical services]. Liderstvo i menedzhment [Leadership and Management]. 2023;3(10):771-782. DOI 10.18334/lim.10.3.118115 (In Russian)
21. Joshi A., Kale S., Chandel S., Pal D.K. Likert Scale: Explored and Explained. British Journal of Applied Science & Technology. 2015;4(7):396-403. DOI10.9734/BJAST/2015/14975
22. Smol`nikova P.S., Trunkova K.S., Mad`yanova V.V., Xal`fin R.A. Rasprostranennost` sindroma e`mocional`nogo vy`goraniya medicinskix rabotnikov v Rossijskoj Federacii: sistematicheskij obzor i metaanaliz [The prevalence of emotional burning-out syndrome of medical workers in the Russian Federation: systematic review and meta-analysis]. Problemy` social`noj gigieny`, zdravooxraneniya i istorii mediciny` [Problems of Social Hygiene, Public Health and History of Medicine]. 2023;31(3):387—399. DOI <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-3-387-399> (In Russian)
23. Polyakova O.B., Bonkalo T.I. Professional`noe vy`goranie medicinskix rabotnikov kak posledstvie pandemii COVID-19: sistematicheskij obzor Scopus 2024 [Occupational Burnout of Healthcare Workers As a Consequence of the COVID-19 Pandemic: Systematic Review in Scopus

for 2024]. Zdorov'e megapolisa [City Healthcare]. 2025;6(1):98-107. DOI <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2025.v.6i1;98-107> (In Russian)

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Acknowledgments. The study did not have sponsorship.

Conflict of interests. The authors declare no conflict of interest.

Информация об авторах

Муслимов Муслим Ильясович - кандидат медицинских наук, заведующий кафедрой бизнес-образования в здравоохранении, ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 125993, Москва, ул. Баррикадная, д. 2/1, стр.1; e-mail: m62@mail.ru; ORCID: 0000-0001-9046-8157; SPIN-код: 9269-8912

Information about authors

Muslimov Muslim Ilyasovich - PhD, Head of the Department of Business Education in Healthcare of the Russian Medical Academy of Continuing Professional Education of the Ministry of Health of the Russian Federation, 125993, Moscow, Barrikadnaya St., 2/1, b. 1; e-mail: m62@mail.ru; ORCID: 0000-0001-9046-8157; SPIN-code: 9269-8912

Статья получена: 01.10.2025 г.

Принята к публикации: 25.12.2025 г.