**Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

***Черёмушникова И.К.,
Доника А.Д., Деларю В.В.***

Менеджмент медицинской организации в проблемном поле социологии культуры

Монография

ISBN 978-5-4480-0472-8





**Тамбов
2023**

УДК 614.30:340.364
ББК 68.69

Черёмушникова И.К., Доника А.Д., Деларю В.В.
Менеджмент медицинской организации в проблемном поле социологии культуры: Монография. ВолгГМУ Минздрава России. Тамбов: Издательство Юконф, 2023. 80 с.

ISBN 978-5-4480-0472-8

Рецензенты:
Говердовская Е.В., д-р. пед. н., проф., зам. дир., зав. каф., Пятигорский медико-фармацевтический институт
Чернышкова Е.В., д-р. соц. н., проф., зав. каф., Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Информация об авторах:
Черёмушникова И.К., д-р. филос. н., проф., ВолгГМУ Минздрава России
Доника А.Д., д-р. соц. н., проф., зав. каф., ВолгГМУ Минздрава России
Деларю В.В., д-р. соц. н., проф., ВолгГМУ Минздрава России

В монографии представлены результаты авторских исследований менеджмента медицинской организации в проблемном поле социологии культуры. Показано влияние медикализации культуры и цифровой трансформации здравоохранения на изменение социально-ролевого репертуара врача и пациента. Раскрыты векторные значения конкурентного развития маркета медицинских услуг, снижения морально-этических норм, снижения способности к эмпатии и качественной коммуникации для формирования профессиональной компетентности современного менеджера в медицинской организации.

Монография предназначена для специалистов в области социологии культуры, философии и организации здравоохранения, профессорско-преподавательского состава вузов. Материалы монографии могут быть использованы в учебном процессе в рамках изучения дисциплин «Культурология», «Организация здравоохранения», «Биоэтика», «Менеджмент в медицинской организации».

Информация об издании предоставлена в систему Российского индекса научного цитирования по договору № 856-08/2013К.

Монография. Текст в авторской редакции.
Издательство Юконф.
Адрес редакции: Россия, 392000, г. Тамбов, а/я
44. Формат 60×84/16. Усл. печ. л. 5,00.

© 2023, Черёмушникова И.К., Доника А.Д., Деларю В.В.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение **4**

Глава 1. Менеджмент в здравоохранении как социокультурная реальность **5**

1.1. Медикализация культуры и медицинский менеджмент 5

1.2. Риски управления в условиях цифровой трансформации здравоохранения 17

Глава 2. Корпоративная культура в медицине **30**

2.1. Корпоративная культура: формирование профессиональной и организационной идентичности сотрудника 30

2.2. Профессиональная культура как прикладная этика в медицинских организациях 43

2.3. Диагностика пациентского экстремизма и правила реагирования в медицинской организации 52

Глава 3. Социально-психологические компетенции менеджера в здравоохранении **57**

3.1. Социально-ролевой репертуар менеджера и его имидж как инструмент власти и влияния 57

3.2. Влияние профессионального стресса на социально-психологические компетенции врача 67

Заключение **73**

Список литературы **74**

Введение

Исследование менеджмента в здравоохранении как социального феномена инициировано общими проблемами здравоохранения (кадровый дефицит, неудовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи, профессиональное выгорание медицинских специалистов, девиации профессионального имиджа и др.) и привлекает современных исследователей в междисциплинарном и кросс-культурном дискурсе.

Цель собранных в монографии работ – дать современную оценку менеджмента в здравоохранении в национальных реалиях расширения социальной роли врача-руководителя, изменений экспектаций российского социума к медицинской помощи как медицинской услуге, цифровизации здравоохранения и формирования новой корпоративной культуры профессиональной группы медицинских специалистов.

Особое внимание уделено тем ошибочным представлениям, которые бытуют в практике менеджмента, мешают правильно анализировать ситуацию и принимать эффективные решения. Коллекция этих ошибочных представлений была собрана в ходе многолетнего общения с руководителями учреждений здравоохранения на обучающих семинарах и корпоративных тренингах.

Все рассмотренные проблемы сгруппированы вокруг трех главных понятий

– *менеджмент* (рождение менеджмента, философия и культура менеджмента, этапы кадрового менеджмента);

– *менеджер* (роли менеджера, умения и навыки, необходимые на каждом этапе, имидж руководителя как инструмент власти и влияния);

– *коллектив* (уровни развития коллектива, принципы управляемости, профили сотрудников, корпоративная культура, ее роль и структурные компоненты).

Глава 1.
Менеджмент в здравоохранении как социокультурная реальность

1.1. Медикализация культуры и медицинский менеджмент

Черёмушникова И.К.

Реки ручьи отдают океану свою силу,
потому что он ниже них.
Лоа Цзы

«Новая ситуация в медицине» или «Почему сегодня менеджером быть сложнее, чем 30 лет назад». *Сегодня все чаще можно слышать о том, что «золотой век медицины» закончился. «Золотым веком» называют период недосягаемо высокого и ни кем не оспариваемого авторитета врача в обществе. Герой Ж.-Б. Мольера Сганарель в «Лекаре поневоле» говорит: «Я нахожу, что ремесло врача – самое выгодное из всех: делаешь ли ты свое дело хорошо или худо, тебе всегда одинаково платят. Неудача никогда не обрушивается на наши спины, и мы кроим, как нам угодно, материю, над которою работаем. Если башмачник, делая башмаки, испортит кусочек кожи, он должен будет заплатить убытки; но здесь можно испортить человека, ничем не платясь за это», особенно если врач «употребляет способ, выработанный наукою» и не его вина, что «эта наука так несовершенна».*

«Золотой век» медицины закончился приблизительно в тот момент, когда М. Фуко написал свою «Клинику» и выступил против тотальной власти врачей над пациентами и обществом в целом. Современная модель общения врача и пациента сильно отличается от той традиционной модели, которая доминировала на протяжении всех предыдущих этапов существования медицины. Новая ситуация в медицине сформировалась под влиянием новых экономических и культурных паттернов. Лучше всего ее описал Б. Лаун в своей книге «Дети Гиппократа XXI века. Дела сердечные»: «*Несмотря на то, что многие болезни стали излечимы, а люди стали здоровее и живут дольше, проблема негативного отношения к врачам никогда не стояла так остро, как сейчас. Большинство пациентов относятся к врачам с подозрением и даже враждебно*»[1].

Причин такого положения вещей несколько. Мы вступили в эпоху медикализации культуры. Медицина проникла во все сферы человеческой деятельности: духовную, социальную, экономическую, политическую. Медицинское обслуживание сопровождает все этапы жизни: от рождения до смерти.

[1] Лаун Б. Дети Гиппократа XXI века. Дела сердечные. М.: ЭКСМО, 2010. С. 24.

В связи с этим человеческая жизнь стала рассматриваться преимущественно как медицинская проблема, то есть как проблема соотношения здоровья и болезни. Человек относится к здоровью как к главному ресурсу и имеет гораздо больше информации о болезнях и способах их лечения.

С другой стороны, медикализация культуры означает и доступность информации. Сакральные некогда знания в области медицины, священные тексты, к которым не были допущены т.н. «простецы», теперь перестали быть таковыми. Это кардинально изменило статус врача в обществе.

Сегодня в отношения вступают «новый врач» и «новый пациент». Они не лучше и не хуже своих предыдущих образцов. Они другие. Их модус полностью соответствует уровню развития общества и вписывается в современную культурную ситуацию.

Новый врач	**Новый пациент**
Врач полностью полагается на технологии, что порождает искаженное представление о ненужности других клинических навыков	Живет в условиях медикализации, озабочен здоровьем, как главным ресурсом, от которого зависит качество жизни
Утрачивается навык общения, не хватает навыков общения со сложными пациентами нового типа	Информированность возросла в разы, а вместе с ней выросли страхи и сомнения
Главным объектом внимания является болезнь и способы ее лечения, пациент и его жизнь вторичны	Научные достижения усиливают надежды на излечение любой болезни; сверхожидания, которые трудно оправдать
Борется за свой статус, конкурирует с коллегами	Требователен, знает свои права, имеет черты потребителя
Снижение морально-этических установок в профессии под влиянием рыночных механизмов, ориентированных на прибыль	Ожидает уважения, признания личностной значимости, ждет диалога с врачом

Современный этап характеризуется не только более высокой информированностью пациентов, но и ростом их правовой грамотности, ожиданием партнерских, а не патерналистских отношений. Наряду с этим появилось большое количество «трудных» пациентов, которые обращаются к врачу в целях далеких от лечения. Распространенным явлением в медицине стали «потребительский терроризм» и «кверулянтство». Напряженный фон общения врача и пациента сделал жалобу гораздо более частым явлением, чем еще 15-20 лет назад.

Другой причиной является проникновение рыночных механизмов в сферу медицины, что также деформируют традиционные отношения на линии врач-пациент. Рядом с бесплатной медицинской помощью появилась

платная медицинская услуга, которая воспринимается и оценивается более критично, что ясно видно из таблицы. По мере того как медицина превращается в бизнес и конкуренция растет, все более распространенными становятся критические замечания врачей в адрес друг друга. Это деморализует пациента и наносит серьезный урон медицинской профессии. Низкое доверия пациента к среднестатистическому врачу сильно снижает качество процесса лечения.

Медицинская помощь	**Медицинская услуга**
Воспринимается некритично, с благодарностью	Воспринимается критично
Патерналистская модель	Партнерская модель
Нет выраженного ожидания удовлетворенности от общения с врачом	Более высокий уровень ожиданий удовлетворенности от общения и качества коммуникации
Нет выраженного ожидания комфорта	Высокий уровень требований к имиджу врача, обстановке, комфорту

Итак, среди новых факторов осложняющих менеджмент в медицине следует назвать изменение культурной парадигмы и экономические проблемы, повлиявшие на статус медицинской профессии в последние десятилетия. Добавим сюда одновременное повышение личной ответственности врача за результаты лечения, вплоть до уголовного наказания, перманентную ситуацию сменяющих друг друга реформ и реорганизаций в сфере здравоохранения, и вопрос о том, почему сегодня трудно быть менеджером в медицине отпадет сам собой.

Сложная ситуация в медицине рождает немало новых проблем в управлении коллективами учреждений здравоохранения. Современному руководителю приходится сталкиваться с разнонаправленными проблемами. Рыночные отношения, конкуренция (иногда не здоровая), снижение морально-этических норм, прагматизм, цинизм, снижение способности к эмпатии и качественной коммуникации – это требует от современного менеджера большего профессионализма в организации рабочих процессов.

Нередко менеджеру приходится сталкиваться с некоторыми устаревшими представлениями своих подчинённых о том, какими должны быть отношения врача и пациента. Вот некоторые из них.

К врачу приходят, только затем, чтобы лечиться. Это не всегда так. Сегодня пациенты из разных источников получают гораздо больше информации о симптомах различных болезней, поэтому группа пациентов, которые приходят к врачу за коммуникацией (не за лечением) в надежде развеять свои опасения, и убедиться, что с ними «действительно все в порядке» стало гораздо больше. И здесь врач должен проявить отличную способность

к коммуникации, а не только качества специалиста в одной из областей медицины.

Главная задача врача – правильно лечить, а качество общения – это желательная, но не обязательная составляющая процесса лечения. Нередко приходится сталкиваться с тем, что врачи не считают умение общаться с пациентом важным профессиональным навыком. Они уверены, что сфера медицины далека от таких понятий как «имидж», «деловой этикет», «аттракция» и «эмпатия». Они продолжают считать, что процесс лечения – это процесс объективный, и если тактика лечения выбрана правильно, то независимо от качества коммуникации, результат лечения будет позитивным. Еще раз процитируем Б. Лауна, который призывает не забывать о том, что «врач уже сам по себе является лечебным средством, необходимо только принимать во внимание «дозировку» и «побочные действия» его личности. Оптимизм врача, хотя и является субъективной эмоцией, может стать объективным фактором для высвобождения энергии, необходимой для здоровья.

Вся современная медицина базируется на тех этических прицепах, которые возникли во времена Гиппократа. В Античности медицина считалась искусством, а не ремеслом, а в искусстве личность (врача) имеет непреходящее значение.

На агрессию пациента нельзя отвечать агрессией или о том, почему пациенту можно все, а врачу – нет. Это может показаться невероятным, но на своих семинарах я довольно часто сталкивалась с тем, что максима «врач тоже человек и ничто человеческое ему не чуждо», оправдывает неэтичное и даже агрессивное поведение, поскольку поскольку «пациент того заслуживает». Еще более странным выглядит то, что нередко разделяют такую позицию. А те руководители, которые не поддерживают такой подход, оказываются не в состоянии квалифицированно объяснить подчиненному, почему «пациенту можно все», а «врачу нельзя ничего!»

Ответ на этот вопрос очень прост: социальная роль пациента не предполагает никаких обязательных и предписанных моделей поведения. Если он находит в себе силы быть сдержанным, терпеливым, вежливым, благодарным, то нужно воспринимать это как бонус и вознаграждение. В отличие от пациента, поведение врача определяется жёсткими профессиональными стандартами, предписанными профессиональной ролью. Обязательность их нигде в мире не подвергается сомнению.

Иногда врач объясняет свое агрессивное или неэтичное поведение тем, что хочет напугать пациента и тем самым склонить к принятию правильного решения, усилить его комплаентность. Однако в профессиональной этике существует граница между такими понятиями как «агрессия» и «профессиональное самоутверждение». Если врач угрожает, не смягчает прогноз словами надежды (как говорит Б. Лаун «размахивает траурной повязкой»), то пациент редко объясняет себе такое поведение врача желанием помочь или современным принципом обязательного информирования пациента. Он начинает считать, что врач не способен на сострадание и страхует себя от возможного негативного развития событий.

Руководитель должен научиться профессионально говорить с подчиненными на подобные темы и формировать у них правильные профессиональные представления. Именно с этих представлений начинается формирование профессиональной идентичности.

Немного истории: рождение менеджмента как науки управления. Менеджмент как вид деятельности, по-видимому, отсчитывает свое начало как минимум с момента строительства первых сооружений Древнего мира – пирамид и оросительных каналов. Объективные предпосылки для зарождения научного менеджмента появились, когда уровень развития техники и технологий вступил в резкое противоречие с системой производственных отношений. «Наука управления» выделилась в отдельную область знания на рубеже XIX-XX веков, одновременно со становлением фундаментальных теорий в области экономики, социологии, психологии. Параллельно формировались прикладные области менеджмента – управление финансами, маркетинг, управление человеческими ресурсами.

Принято считать, что школа научного управления была создана Фредериком Уинслоу Тейлором в начале XX века. Суть его управленческого подхода: «Управление должно иметь свои законы, научные методы, формулы, принципы. Оно должно быть основано на измерениях, рационализации, систематическом учете».

Следующая управленческая революция произошла во второй половине 80-х гг. XX в. в ходе борьбы США за сохранение экономического лидерства в мире. Американские экономисты Дж. Грейсон и К. О'Делл[2] проанализировали систему управления производством в Америке 80-х гг. XX века и пришли к выводу, что никакие государственные программы не смогут быть эффективными до тех пор, пока не будут изменены формы и методы управления. И тогда они заявили о том, что новая стратегия и тактика борьбы за лидерство на ближайшие 15 лет должна предусматривать не только комплекс технологических мероприятий, но и, главным образом, комплекс организационно-управленческих мероприятий, которые бы увеличили творческую отдачу и активность персонала. Вспомнили о резерве, заложенном в «человеческом факторе». С этого момента в США началась кампания по созданию так называемых «народных предприятий». В орбиту этого процесса были втянуты не только малые и средние предприятия, но и промышленные гиганты. Новая стратегия предусматривала не только распределение акций среди персонала, но и замену авторитарного стиля руководства на демократический. Руководитель должен был теперь не приказывать подчиненным, а направлять их усилия, помогать раскрытию их способностей, смотреть на них как на единомышленников.

Внедряя новую систему эффективного руководства, Министерство труда проявило особое внимание внешним знакам, которые отражали эти качественные изменения. Многие компании с помощью устранения

[2] Грейсон Дж., О'Делл К. Американский менеджмент на пороге XXI века. М.: Экономика, 1991. С. 319.

внешних знаков отличия снизили чувство дистанции и улучшили взаимодействие между сотрудниками разных рангов. В 1982 году было запрещено использовать термины «белые воротнички» и «синие воротнички» для описания социального статуса работников. В компании «Крайслер» 90 рангов рабочих профессий были объединены в 10, а мастера перестали носить галстуки. В компании «Эй Ти Ти», наоборот, техники стали надевать галстуки и носить инструменты в атташе-кейсе. «Нукор Стил» отменила дифференцированные цвета касок, нашивок, значков и эмблем. В «Ниссан» и «Хонда» рабочие и руководители всех рангов, включая самые высшие, стали носить одинаковые брюки и рубашки.

Другим должен был стать и имидж руководителей. Были пересмотрены символы статуса руководителей компаний, и такие составляющие их имиджа, как язык, одежды, места приема пищи, парковки автомобилей и расположения и обстановки кабинетов. Ведь невозможно убедить рабочего в том, что «все мы делаем одно дело», если специальные места стоянки машин, отдельные залы для обедов, свободный график вместо фиксированных перерывов говорят об обратном.

Таким образом, вопросы стиля и корпоративного имиджа стали вопросами создания эффективной системы менеджмента, нацеленной на решение масштабных экономических проблем, важнейшей частью эффективного руководства, дающего стабильную прибыль. Это и стало моментом рождения современного менеджмента.

Сегодня во всем мире набирает обороты человекориентированный менеджмент, родиной которого считают Китай, а главными принципами – идеи, сформулированные в конфуцианстве. Под прямым влиянием конфуцианства в китайской культуре возник особый тип личности – личность с высокой способностью к самоконтролю и выраженным чувством социальной ответственности. Китайцы считают, что если нет самосознания и внутренней мотивации, любая система правления рушится. Кроме того, в китайской конфуцианской культуре высоко ценится социальная справедливость, ибо *когда возвышают прямых и ставят их над кривыми, тогда и кривые выпрямляются.* Высоко ценится и такое качество как упорство в достижении цели, всегда одобрялся: *тот, кто, зная, что ничего не получится, все же продолжает свое дело.*

Существует несколько определений менеджмента, которые раскрывают суть понятия.

Менеджмент это:

– деятельность, связанная с управлением производственными процессами;

– сам процесс руководства, подразумевающий прямые контакты с людьми, вовлеченными в процесс;

– организационные структуры какого-либо предприятия, осуществляющие процесс руководства;

– научная дисциплина по изучению законов и принципов управления процессами.

Типы менеджмента:
– производственный;
– финансовый/инвестиционный;
– информационный/рекламный и др.
– стратегический;
– экологический и др.

Менеджмент как система.

Менеджмент – довольно сложная система, состоящая из множества подсистем.

Структуру менеджмента в самом общем виде можно представить так:

Система структур управления	**Система планирования и маркетинга**	**Система обучения и развития кадров**	**Система трудовых отношений**	**Система развития средств стимулирования и мотивации**	**Система развития условий труда**	**Система развития социальной инфраструктуры**
Анализ, сложившейся системы Разработка штатного расписания Разработка функциональных обязанностей Проектирование новых систем управления	Анализ рынка труда Анализ кадрового потенциала организации Взаимосвязь с внешними структурами Поиск и оценка кандидатов на вакантные должности Продвижение услуг на рынке Конкурентное позиционирование на рынке услуг	Обучение персонала Повышение квалификации Создание команды наставников Создание системы адаптации Аттестация кадров Обеспечение занятости Планирование карьеры сотрудников	Анализ и регулирование групповых взаимоотношений Социально-психологическая диагностика и прогнозирование Управление конфликтами Управление стрессами и профессиональным выгоранием Регулирование этических норм и отношений	Нормирование и тарификация трудовых процессов Разработка систем оплаты труда Разработка форм участия в прибылях Разработка систем стимулирования Развитие мотивации и способов морального поощрения	Охрана труда и техника безопасности Эргономика труда Психофизиология труда Организация рабочих мест и техническая эстетика	Обеспечение питания Обеспечение охраны здоровья Развитие культуры и физического воспитания Инфраструктура отдыха, детских учреждений Организация корпоративных мероприятий и профессиональных праздников

В фокусе этой главы находится кадровый менеджмент, который представляет собой управление человеческими ресурсами. Мы намерены сосредоточиться на тех ситуациях, которые возникают на линии «руководитель – коллектив» и показать, какими знаниями, умениями и навыками должен обладать руководитель, чтобы быть эффективным на каждом этапе кадрового менеджмента.

Существует ли «специальный» менеджмент для сферы медицины и учреждений здравоохранения? Руководители довольно часто на семинарах задают этот вопрос. Такая постановка вопроса связана с пониманием того, что сфера медицины обладает своей особой спецификой отношений между врачом и пациентом. Их отношения складываются вокруг главных сакральных ценностей – жизни и здоровья. Это, по мнению руководителей, делает общую теорию менеджмента, имеющей проекцию на экономические процессы, плохо применимой к врачебным коллективам. Однако, это не так. Теория управления человеческими ресурсами строится на общих закономерностях, описывающих поведенческие реакции. А законы психологии также строго верифицируются, как и законы, описывающие физические и химические процессы, как число «пи» или «гравитационная постоянная». Именно это позволило менеджменту стать стройным научным знанием, без овладения которым невозможно стать успешным и эффективным руководителем.

Стратагемы менеджмента. На своих занятиях мы часто повторяем менеджерам, что одна из главных задач, стоящих перед ними – это «научиться мыслить в правильную сторону», т.е. научиться видеть «подводную часть» проблемы-айсберга, приобрести привычку мыслить проактивно, а не тонуть в мелочах. Бороться, как известно, нужно с причинами, а не с последствиями. Иначе проблемы, только что разрешенные в одном месте, тут же будут возникать в другом.

Самые общие принципы руководства можно назвать стратагемами менеджмента. Вот некоторые из них:

– К знаниям в области менеджмента нужно относиться как к высоким технологиям. Необходимо не только постоянно приобретать операционные знания, но и иметь невостребованный до времени запас «стратегических» знаний. *Только наличие знаний, кажущихся сейчас лишними/избыточными делают вас уверенными и готовыми к новым вызовам.*

– Менеджер – это не тот, кто стоит за плечом подчиненного и ежеминутно контролирует процесс. Менеджер – это то, кто может найти правильное место в созданной им самим системе управления. Помните правило, сформулированное Лао Цзы: *реки и ручьи отдают океану свою силу, потому что он ниже них.*

– Знания должны постоянно превращаться в навыки. *Знания, «застрявшие в голове» и «не освоенные телом», не примененнын на практике совершенно бесполезны*. Если вы утром приобрели знание – то до вечера опробуйте его на практике. Знание, превращенное в навык – единственное, что делает нас сильнее.

– Управленческое мастерство – это скрытая мудрость: *умный руководитель умеет найти выход из сложного положения, мудрый в него не попадает*, потому что имеет стратегическое видение и работает на опережение (проактивно).

– Большая часть работы менеджера (до 80 %) – это коммуникация с подчиненными. Постановка задачи, оценка выполненной работы, мотивация, обратная связь, «разбор полетов» – все это разные грани процесса коммуникации. Поэтому менеджер должен научится говорить ясно, выразительно и … образно! Ваша речь должна по содержанию и по стилистике отличаться от речи рядовых сотрудников. Она должна быть более профессиональной, более осознанной, более артистичной, поскольку все сказанное вами отражает ваш статус, достигнутый профессиональный уровень, стиль жизни. Даже сказанное мимоходом должно иметь совершенную словесную форму. Поэтому следуйте правилу*: не надо нарушать тишину, если сказанное хуже тишины.*

– Задача менеджера не может состоять только в контроле выполненной работы. Контролировать уже сделанную работу поздно, особенно если она сделана не так. *Контроль должен начинаться еще до начала работы.* А, кроме того, выбирая исполнителя, вы должны быть уверены, что создали все условия для качественного выполнения работы.

– Лучший способ ставить задачи – описывать свои их как свои ожидания.

– Менеджер должен быть вдохновляющей фигурой. Работать под началом разочарованного и растерянного человека невыносимо. Даже успешный и мотивированный сотрудник рано или поздно разочаруется в своей работе и попытается сменить место работы, если руководитель постоянно жалуется на трудности.

– Мотивация – это не волшебные слова, а рабочие и нерабочие ситуации, которые либо вдохновляют, либо навсегда разочаровывают ваших подчиненных. Если вы просили своего подчиненного пожертвовать личным временем в выходные дни, чтобы выполнить важное и срочное задание, а в понедельник даже не вспомнили об этом, вы создали ситуацию тотальной демотивации. Произошла девальвация слов руководителя. В следующий раз, когда вы будете называть дело важным и срочным, вам не будут верить, как в первый раз.

– Сколько нужно времени, чтобы «заниматься проблемами менеджмента», создавать эффективные системы и руководить «правильно»? Нисколько! Вы продолжаете делать то же самое, но не интуитивно, а осознанно, с точно предсказуемым результатом, потому что обладаете специальными знаниями и используете специальные технологии.

Три группы проблем, которые влияют на работу любого руководителя

Первая группа – внешние (неустранимые) проблемы. К ним относятся экономическая и политическая ситуация в стране, лакуны и противоречия

в законодательстве, ситуация на рынке труда и т.д. Это макросреда, влияющая на ситуацию в здравоохранении. Эти проблемы, которые мы ощущаем также как температуру воздуха или силу ветра. Однако стоит помнить, что они не могут быть разрешены на уровне конкретного лечебного учреждения. Вывод: мы принимаем существующие правила игры и относимся к ним как к погоде, ибо нет плохой погоды, есть одетые не по погоде люди.

Вторая группа – межличностные (трудноустранимые) проблемы. Руководитель имеет дело не с детским коллективом, а со взрослыми людьми. В их этических и профессиональных представлениях уже все устоялось, их уже «воспитали» до вас. Хотя все они работают в одной сфере и в одном лечебном учреждении, у них разные цели, интересы, ценности, стереотипы и предубеждения, есть очевидные различия в манере поведения. Стараться перевоспитывать взрослых людей, ожидать от них, что они изменят свои представления и усвоят ваши – напрасный труд. Поэтому научитесь не «воспитывать», а «влиять» на подчиненных. «Влиять» – это не значит заставить их отказаться от собственных представлений, а создавать такие ситуации, когда они будут двигаться в нужную вам сторону. Чтобы сделать поведение подчиненных максимально предсказуемым, необходимо создавать корпоративную культуру.

Третья группа – организационные (устранимые) проблемы. Все они связаны с правильно организованными процедурами управления. К ним относятся: правильное позиционирование руководителя в коллективе, верно выбранный стиль управления, правильная постановка целей и задач, достаточная мотивация, прозрачная система критериев и оценки труда, эффективная система развития и обучения кадров, своевременная обратная связь и конструктивная критика, постоянная профилактика конфликтов. Третья группа проблем – это единственная сфера, которая может постоянно совершенствоваться и становиться лучше.

Этапы кадрового менеджмента

Рекрутинг – это поиск, отбор и найм персонала. На этом этапе нужно уметь читать и оценивать резюме, вести отборочное собеседование, уметь делать презентацию собственной организации так, чтобы работ у вас казалась заманчивой и перспективной.

Среди ошибочных представлений, связанных с рекрутингом, первое место занимает представление о том, что если у вас нет нескольких претендентов на рабочее место и вы так или иначе вынуждены взять этого претендента на работу, то нет смысла тратить время на процедуру отборочного собеседования, изучать его резюме и задавать вопросы. Это ошибка. И действовать надо наоборот: чем хуже ситуация с выбором, тем качественнее должна быть процедура собеседования. Почем? Потому что в момент собеседования не только вы оцениваете кандидата и пытаетесь разгадать его modus vivendi, он делает то же самое в отношении вас. И один из вас делает

другому одолжение: либо вы, давая ему желанную работу, либо он вам, видя, что вы в нем очень нуждаетесь.

Нужно помнить, что именно в первом общении закладываются нормы и границы вашего будущего общения с потенциальным сотрудником. Если он готов к собеседованию лучше, чем вы, если он отвечает на вопросы так, что делает себе рекламу, а вы при этом выглядите растерянно, если он перехватывает у вас инициативу, потому что вы плохо готовы к собеседованию и как попало задаете вопросы, вам будет сложно впоследствии управлять этим сотрудником и влиять на него.

Готовясь к собеседованию с кандидатом, продумайте структуру беседы и последовательность вопросов, свой внешний вид, место общения, вводные и заключительные фразы. В ходе беседы делайте пометки, следите не только за тем, что говорит, но и как ведет себя кандидат. Обращайте внимание на жесты, мимику, интонации, оговорки (по Фрейду). Следите за временем: беседа должна начаться и закончится в точно назначенное время.

Примерный план собеседования с кандидатом может выглядеть так:

– Установление контакта;
– Презентация компании (можно перенести в конец беседы);
– Основные стандартные вопросы;
– Нестандартные вопросы;
– Кейс-вопросы;
– Вопросы со стороны кандидата;
– Завершение и подведение итогов.

Адаптация в представлении руководителей чаще всего выглядит как определенный этап, в течение которого новый сотрудник приспосабливается к новым условиям труда. Ошибка такого представления о периоде адаптации заключается в том, что новый сотрудник выступает здесь как субъект, в то время как он должен быть объектом, на который направлены процессы адаптации.

С точки зрения менеджмента адаптация – это набор мероприятий, разработанный организацией и нацеленный на введение сотрудника в курс его новой профессиональной и социальной жизни. Конечная цель – это снижение издержек: чем быстрее сотрудник начнет работать в полную ногу, тем дешевле обойдется период адаптации. В ходе этого процесса должна появиться профессиональная и социальная идентичность сотрудника. Другими словами, он должен адаптироваться не «как у него получится», а в направлении, точно заданном организацией!

Адаптация сложный многоуровневый процесс. Как минимум три вида адаптации идут параллельно:

– *профессиональная* (приобретение или дошлифовка навыков);
– *социальная* (общение с коллективом);
– *структурно-организационная* (усвоение своего места в структуре организации).

Ошибки периода адаптации:

– Презентация организации руководителем завышена и не оправдывается реалиями рабочей жизни;

– Не совпадает обговоренный и реальный функционал, поздние уточнения условий труда;

– Слишком большие ожидания, особенно если сотрудник «куплен» дорого;

– Новому сотруднику создают дополнительные трудности, испытывают на прочность;

– Неверно выбран наставник (наставник не должен иметь административные и контролирующие функции);

– Отсутствие обратной связи, промежуточных оценок (без них новый сотрудник не понимает, насколько успешно идет адаптация).

Превращение коллектива в команду трудно назвать этапом кадрового менеджмента. Это, скорее, постоянно идущий процесс. Если обычная *группа* людей превращается в *коллектив* тогда, когда у них появляется чувство объединенности единой целью, то коллектив превращается в *команду* тогда, когда появляется четкое ролевое распределение и «сыгранность» игроков, как в спорте. Команда – это высший уровень развития коллектива, когда «игроки» знают потенциал друг друга, чувствуют друг друга, когда каждый осознает значимость своей работы в достижении конечного результата.

Навыки, необходимые менеджеру на каждом этапе кадрового менеджмента:

Этап менеджмента	**Необходимые навыки**
Рекрутинг	Оценка качества резюме Проведение отборочного собеседования Контент-анализ полученной информации
Адаптация	Создание адаптационной программы Подготовка команды наставников и коучей Создание обратной связи с новичком
Создание команды	Позиционирование себя в коллективе Изучение и оценка организационных профилей сотрудников Создание корпоративной культуры Создание корпоративного кодекса
Постановка целей и задач	Формулирование SMART-цели Постановка цели в соответствии с уровнем развития подчиненного Отбор ясных критериев достижения цели

Этап менеджмента	Необходимые навыки
Обучение, развитие, оценка работы	Мотивация на обучение и развитие Создание системы оценки знаний и навыков Создание зависимости между развитием и карьерой Развитие карьеры сотрудников по вертикали и горизонтали
Мотивация	Понимание различий между мотивом и стимулом Изучение и оценка мотивационных профилей сотрудников Создание системы мотивационных мероприятий в соответствии с теорией потребностей А. Маслоу
Влияние	Использовать свой имидж как инструмент власти и влияния Умение вести личную беседу Умение говорить публично Умение давать обратную связь (одобрять / не одобрять поведение сотрудников) Умение убеждать, аргументировать Умение обращаться с просьбой, отказывать в просьбе
Поведение в конфликте	Умение анализировать конфликт Умение выявлять глубинные (реальные) причины конфликта Умение определять конфликтоген Умение вести переговоры Владение техниками медиации Умение контролировать свои и чужие эмоции Умение находить позитивные последствия конфликтов Обучение сотрудников неконфликтным моделям поведения

1.2. Риски управления в условиях цифровой трансформации здравоохранения

Доника А.Д.

Цифровизация всех сфер социальной интеракции является, безусловно, международным трендом. Приоритетное место среди социальных услуг занимают медицинские и образовательные. Индекс развития электронного правительства (E-Government Development Index, EGDI) составляется раз в два года Департаментом экономического и социального развития ООН (UN DESA, the United Nations Department of Economic and Social Affairs).

Цифровизация медицины представляет собой прогрессивный неизбежный процесс, отражающий общую концепцию виртуальной трасформации всех социальных сфер. Безусловно, скорость и эффективность этого процесса зависит от мультифакторных социально-экономических переменных. В то же время анализ развития электронного правительства демонстрирует неоднозначный характер влияния экономических возможностей страны, позволяющий не самым богатым странам сделать прорыв в этом поле за счет использования социальных техник.

Для реализации задач информационного обеспечения государственной политики Российской Федерации в сфере информационно-телекоммуникационных технологий в настоящее время в России реализуется целый блок проектов мониторинга ИКТ, среди которых государственная программа Российской Федерации «Информационное общество», утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 15 апреля 2014 г. № 313; Стратегия развития отрасли информационных технологий в Российской Федерации на 2014 – 2020 годы и на перспективу до 2025 года, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 1 ноября 2013 г. № 2036-р; Стратегия развития информационного общества в Российской Федерации на 2017 – 2030 годы, утвержденной указом Президента Российской Федерации от 9 мая 2017 г. № 203; Стратегия развития Арктической зоны Российской Федерации и обеспечения национальной безопасности на период до 2035 года, утвержденной Указом Президента Российской Федерации от 26 октября 2020 г. № 645.

Кроме того, официальная статистическая информация обследования ИКТ предоставляется в международные организации для обеспечения расчета индексов и составления рейтингов стран по уровню развития информационно-коммуникационных технологий, а также для обеспечения мониторинга процесса реализации Целей в области устойчивого развития ООН.

Создание цифровых экосистем для оказания медицинской помощи, безусловно, необходимый и прогрессивный маркер времени. Предоставляемый экосистемой информационный контент доступен 24/7/365 и обеспечивает мониторинг состояния здоровья граждан, что является важным условием для профилактического проактивного направления медицины. Такое взаимодействие необходимо для самоуправления хроническими заболеваниями, поскольку позволяет пациентами быть на постоянной связи с врачом без обременительных частных визитов к врачу. Информационная экосистема раскрывает возможности телемедицины и позволяет быстро реагировать на запросы потребителей медицинских услуг.

Для создания цифровой экосистемы в медицине основное внимание уделяется поиску надежной цифровой оболочки – интеграционной шины, для того, чтобы информация хранилась в понятной для всех участников системы форме. Для пациента и врача необходимым условием является наличие личного кабинета в рамках экосистемы.

Модули цифровой экосистемы оказания медицинской помощи Интерин:

– мастер пациент индекс (реестр пациентов);

– электронный медицинский архив (электронные медицинские карты пациентов);

– электронная регистратура;

– реестр поставщиков медицинских услуг;

– медицинская информационная система;

– нормативно-справочная информация;

– биллинговая система (платежи, финансирование).

В то же время не представляется реальным оказание экстренной и неотложной помощи только в рамках информационной экосистемы. Видимо, для этих видов помощи необходим другой подход.

Кроме того, встает вопрос о необходимой компетентности врача и пациента, как основных участников лечебно-диагностического процесса.

Эмпирическую базу исследования составили статистические данные официального сайта Росстата с географическим охватом всей территории страны. Согласно примененной статистической технике, построение выборочной совокупности осуществляется в соответствии с принятой моделью многофазной выборки, в рамках которой на последней фазе реализуется модуль двухступенчатого отбора. Методология взвешивания и распространения выборочных данных обследования основана на присвоении соответствующего индивидуального (базового) веса каждой отдельной единице наблюдения и обследуемым лицам в возрасте от 15 лет и старше

В июле 2022 года во время обсуждения с вице-премьерами и федеральными чиновниками хода реализации нацпроектов, в том числе в сфере здравоохранения, Президент РФ, Владимир Путин, отметил, что только 20% опрошенных пациентов смогли записаться к врачу онлайн, хотя формально такую возможность имеют «десятки миллионов» граждан: «У нас все есть для этого, для того чтобы расширять эту работу. Технологически все готово».

12 августа 2022 г на официальном сайте Минцифры были опубликованы данные статистических отчетов по материалам совместного мониторинга Минцифры и Минздрава. По данным Минцифры самым востребованным сервисом на Госуслугах является «Запись на прием к врачу». В результате проверки качества оказания услуги «Запись на прием к врачу» были составлены рейтинг регионов, исходя из показателей технических и организационных ошибок при записи за второй квартал 2022 года.

Таблица 1. Рейтинг регионов по показателю технических ошибок (фрагмент)

Субъект России	**% ошибок**
Волгоградская область	11%
Московская область	11%

Антирейтинг регионов по показателю технических ошибок возглавил Чукотский автономный округ с 69% ошибок. В пятерку также вошли Республика Ингушетия (54%), Иркутская область (47%), Амурская область (46%) и Краснодарский край (45%). В конце антирейтинга с 2% ошибок у каждой расположились Самарская, Новосибирская, Томская, Магаданская и Саратовская области.

В то же время Томская область оказалась худшей по показателю организационных ошибок, набрав 41%. В этом случае учитывалось количество доступных временных слотов для записи к врачу. За Томской областью следуют Калининградская область (40%), Республика Коми (36%), Брянская (33%) и Магаданская области (32%). Лучшей оказалась Чеченская Республика с 0% ошибок. Рядом расположились Республика Мордовия (1%), Московская область, Республика Ингушетия (по 2%) и Карачаево-Черкесская Республика (3%) (табл. 2).

Таблица 2. Рейтинг регионов по показателю организационных ошибок (фрагмент)

Субъект России	**% ошибок**
Саратовская область	22%
Владимирская область	19%
Волгоградская область	19%
Ростовская область	19%

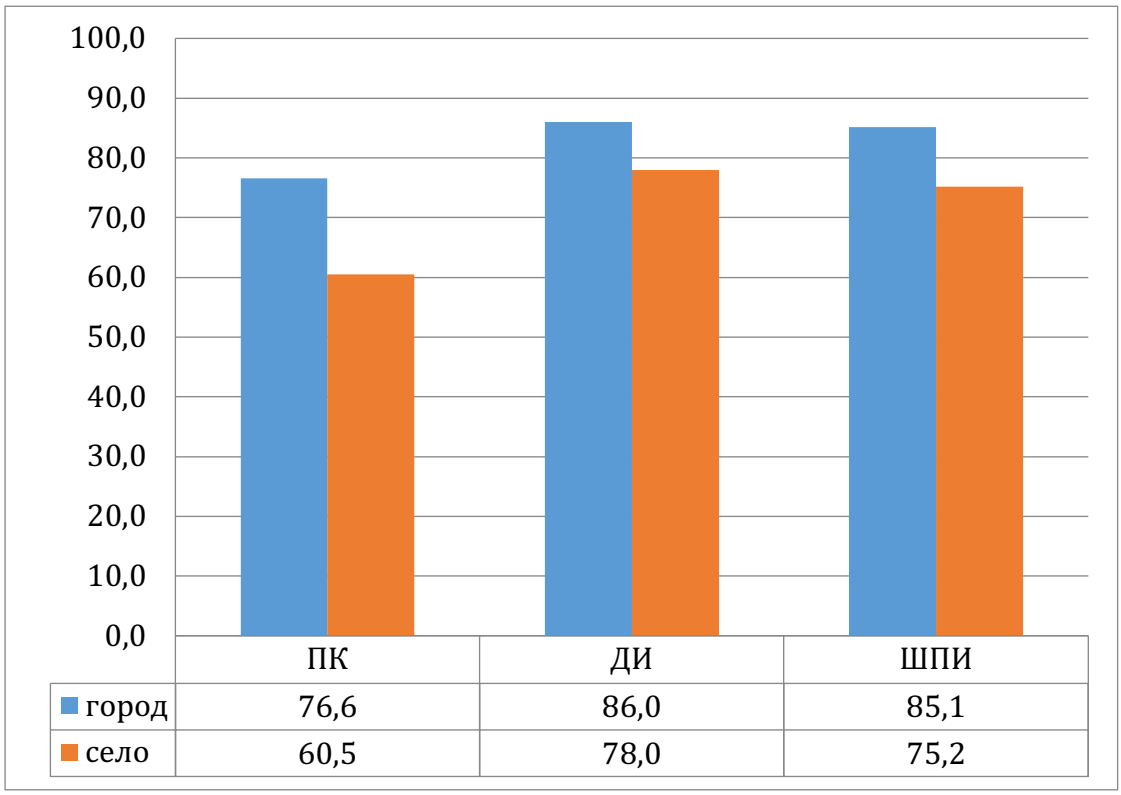
Анализ официальных данных позволят сделать вывод о сохранении проблемы цифрового неравенства, несмотря на неоспоримый прогресс в этом направлении.

В 2021 г число домашних хозяйств, использующих персональный компьютер, по сравнению с 2013 г выросло на 10%, но составило примерно всего 60%, в то же время в большинстве своем (75%) с возможностью доступа к широкополосному интернету; $p \leq 0{,}5$ по сравнению с аналогичным показателем 2013 г. Для городских домашних хозяйств вырос только показатель доступа к широкополосному интернету, что скорее демонстрирует рост ИТ-возможностей компаний, чем информационной оснащенности населения.

С 2019 г Федеральная служба Росстат ведет наблюдения за навыками работы населения с ИТ по показателю «Действия, связанные с работой на персональном компьютере, выполненные за последние 12 месяцев», анализ которых позволяет оценить их динамику по критериям вида поселения город/село), полу и возрастным группам.

В 2019 г по общему показателю наиболее развитыми навыками для городского населения были «работа с текстовым редактором (ввод и редактирование» и «копирование или перемещение файла или папки», отмеченные примерно у 40-42% половины пользователей и примерно у 35% – «передача

файлов между компьютером и периферийными устройствами». У жителей сельских территорий эти навыки тоже отмечались чаще остальных – примерно у 26-20% жителей, т.е почти в 2 раза реже, чем у горожан.



	ПК	ДИ	ШПИ
город	76,6	86,0	85,1
село	60,5	78,0	75,2

Рис. 1. Использование информационных технологий и информационно-телекоммуникационных сетей в домашних хозяйствах, по типам поселения по данным 2021 г.

По оси ординат: число домашних хозяйств в процентах
По оси абсцисс: виды информационного доступа:
ПК – персональный компьютер, ДИ -доступ к сети Интернет,
ШПИ – широкополосный доступ к сети Интернет

В 2020 г ИТ-компетенции жителей города изменились и на первое место вышли навыки работы с электронной почтой, отмеченные у 47,1% жителей (т.е. примерно у каждого второго, что достоверно чаще, чем в 2019 г – 17,3%, $p<0,5$). У жителей сельских территорий этот навык то же лидирующий, как и «работа с текстовым редактором», «копирование или перемещение файла или папки», отмеченные у 27% (рис. 25). При этом численность сельских жителей, имеющих навыки работы с электронной почтой выросла в три раза (с 9,3 до 27,4%; $p<0,05$).

Безусловно, такому стремительному освоению населением рассмотренных компетенций способствовала вынужденная изоляция во время пандемии, в том числе обучение с применением дистанционных технологий.

В 2021 г. ИТ-навыки населения, которые, безусловно, выросли, благодаря росту доступности и диапазона гаджетов, а также вынужденной интеграции в цифровую среду во время пандемии. Кроме того, ряд ИТ-навыков

усложнились, например в работе с электронной почтой добавились действия по отправке через мессенджеры (WhatsApp, Telegram, Viber и другие), посредством SMS с прикрепленным(и) файлом(ами), в «Передача файлов между компьютером» добавились действия с использованием таких сервисов как Яндекс.Диск, Облако Mail.Ru, Google Drive, Dropbox, iCloud. Появились новые навыки по созданию паролей для защиты устройств, приложений или учетных записей; по изменению настроек веб-браузера (например, Internet Explorer, Microsoft Edge, Mozilla Firefox, Google Chrome, Safari, Opera и других)

Использование Интернета с целью поиска информации, связанной со здоровьем или услугами в области здравоохранения в 2019 году (у 40% жителей города и 27% жителей села) с гендерной асимметрии и для городских и для сельских поселений: для городских поселений 52,0% женщин против 26,8% мужчин ($p<0,5$); для сельских – 37,1% против 18,3% соответственно).

Использование Интернета с целью поиска информации, связанной со здоровьем или услугами в области здравоохранения в 2020 году практически не изменилось (+1-2%) (41% жителей города и 28% жителей села) с сохранением такой же гендерной асимметрии и для городских и для сельских поселений: для городских поселений 63,2% (+10% по сравнению с 2019 г) женщин против 26,9% мужчин ($p<0,5$); для сельских – 39% против 17,3% соответственно). Наблюдается закрепление тенденции – женщины в 2 раза чаще используют Интернет для поиска информации, связанной со здоровьем и медицинскими услугами.

В 2021 г появился новый показатель мониторинга – «запись к врачу», с этой целью в Интернет погружались 38,5% пользователей, с выраженной гендерной асимметрией (51,1% женщин и 32,7% в городе). Этот показатель, на наш взгляд, целесообразно суммировать с целевым показателем «поиск информации, связанной со здоровьем или услугами в области здравоохранения» для оценки интеграции населения в цифровую среду системы здравоохранения, который составил, таким образом, в 2021 г 74,8% пользователей Интернета (рис. 30). Для жителей города интеграция представлена 81,8 % жителей, жителей села – 51,6%, и составляет большинство горожан и только половину сельских жителей (гендерная асимметрия сохраняется – женщины более активно интересуются рассматриваемыми вопросами).

В то же время, даже по данным 2021 г 23,4% домашних хозяйств в городе и 39,5% в селе Российской Федерации не используют вообще информационные технологии и информационно-телекоммуникационные сети

Другая проблема цифрового неравенства связана с возрастом. По данным 2021 года в возрастной группе 65-74 лет (в среднем, без учета городского или сельского проживания) примерно 40% не используют персональные компьютеры (и их аналоговые гаджеты для выхода в Интернет), а в возрасте старше 75 лет – 70% (рис. 2).

На фоне рассматриваемых данных положение возрастной группы населения «65+» в период пандемии, когда вводились самые строгие ограничения на перемещения именно для этой группы, цифровое неравенство в условиях изоляции /карантина, можно рассматривать как крайние формы уязвимости и стигматизации.

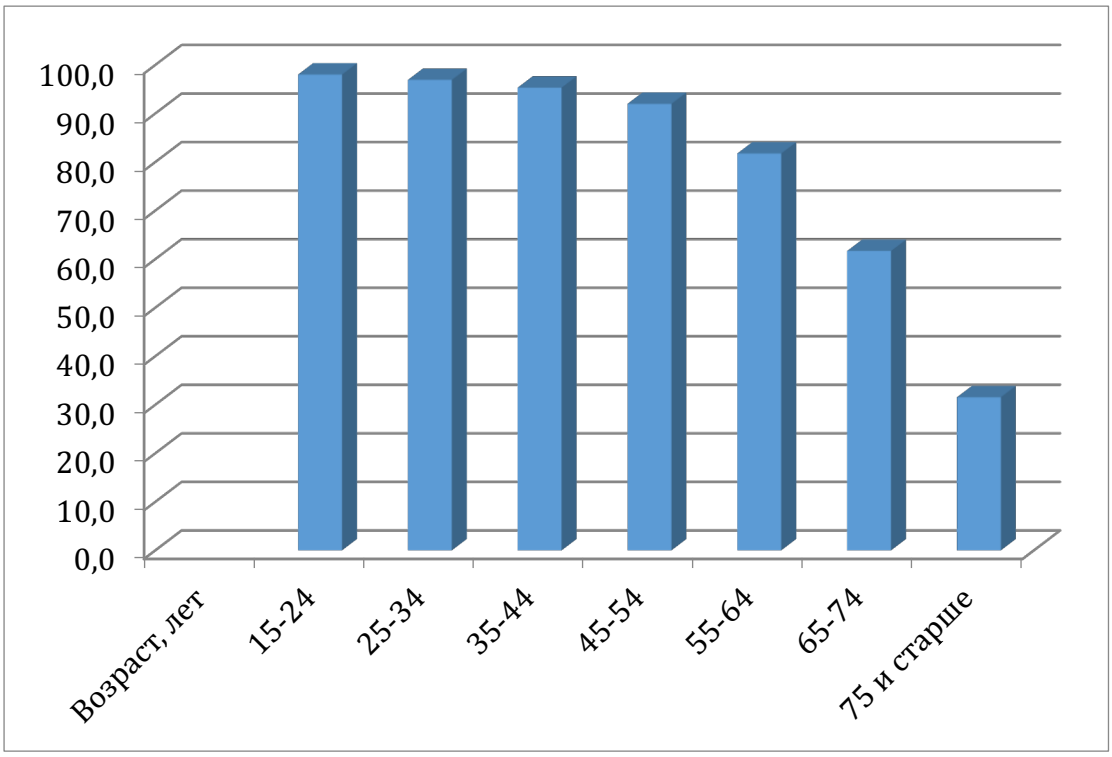


Рис. 2. Использование персональных компьютеров населением по возрастным группам в Российской Федерации (в процентах от общей численности населения) в 2021 г.[3]

По оси ординат: численность населения, в процентах

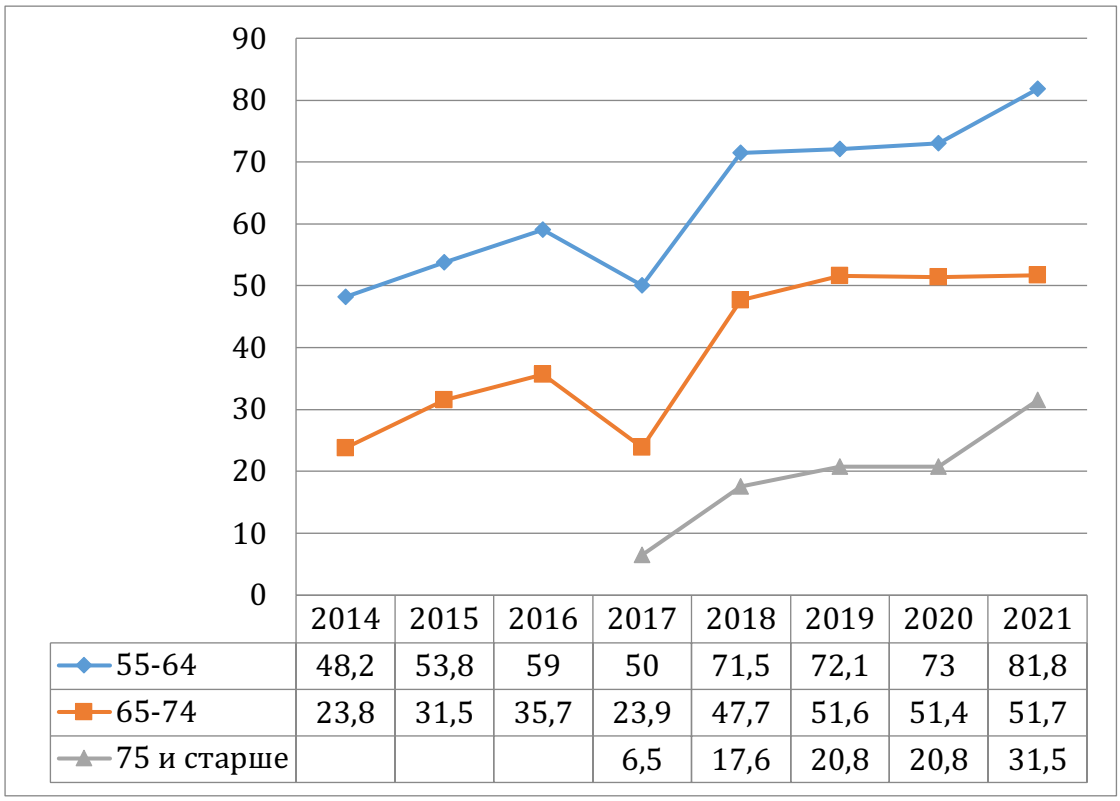
По оси абсцисс: возрастные группы

Опыт возникновения и распространения новой инфекции показывает, что ситуация может повториться. Как в таких условиях будет выживать старшая возрастная группа? Даже в биологических экологических системах нет такого жестокого отношения к старым особям. Информационную систему оказания медицинской помощи при таких условиях вряд ли можно назвать экологической, несмотря на всю привлекательность проекта Интерин.

Анализ динамики освоения информационных технологий и информационно-телекоммуникационных сетей с использованием персонального компьютера демонстрирует стабильную тенденцию к росту в возрастной группе 55-64 лет с 2014 г выросла численность группы почти в 2 раза.

До 2017 г в наблюдениях Росстата не выделялась возрастная группа 75+, в силу незначительности рассматриваемого показателя. С 2017 г численность населения в возрасте 65-74 лет имеющего навыки работы с персональным компьютером выросла более, чем в 2 раза в 2021 году, лиц старше 75 лет – в 5 раз. Возможно, этому способствовала не только пандемия, но и пенсионная реформа с увеличением пенсионного возраста, что явилось стимулом обучения работе на персональном компьютере в возрастной группе 55-64 лет (рис. 3).

[3] URL: https://gks.ru/free_doc/new_site/business/it/ikt21/index.html



	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
55-64	48,2	53,8	59	50	71,5	72,1	73	81,8
65-74	23,8	31,5	35,7	23,9	47,7	51,6	51,4	51,7
75 и старше				6,5	17,6	20,8	20,8	31,5

Рис. 3. Динамика использования персональных компьютеров населением старших возрастных групп за 2014-2021 гг.

По оси ординат: численность населения, в процентах

По оси абсцисс: возрастные группы

Несмотря на прорыв в интеграции населения в ИТ-пространство, сохраняются риски имплементации экосистем в медицине, прежде всего по критерию информационного неравенства.

Тотальное включение медицинских организаций в информационные экосистемы может привести к стигматизации старшей возрастной группы населения России, которая по прогнозам может составить 25 % национальной выборки в 2030 году.

Прогрессирует демографическая тенденция, условно названная «феноменом постарения нации», с ростом численности старших возрастных групп. В рамках Федерального проекта «Старшее поколение» появляются новые статистические показатели, отражающие актуальные демографические паттерны. С 2018 г ведется учет показателя «Ожидаемая продолжительность жизни граждан в возрасте 55 лет (год, значение показателя за год)», который характеризует продолжительность предстоящей жизни лиц, достигших возраста 55 лет, при условии, что повозрастная смертность населения, которая положена в основу построения таблиц смертности, для всего периода предстоящей жизни данного поколения остается неизменной. Для Волгоградской области, как и для доминирующего большинства субъектов РФ наблюдается отрицательная динамика рассматриваемого показателя, в частности в 2021 г. в среднем прогнозируемая продолжительность жизни

лиц 55 лет составила 20,41 лет, в 2019 г этот показатель составлял 24,01 года (рис). Для Амурской области рассматриваемые показатели составили соответственно: 20,83 лет (2019 г) и 18,34 лет (2021 г); для Саратовской области – 23,45 года (2019 г) и 19,73 года (2021 г).

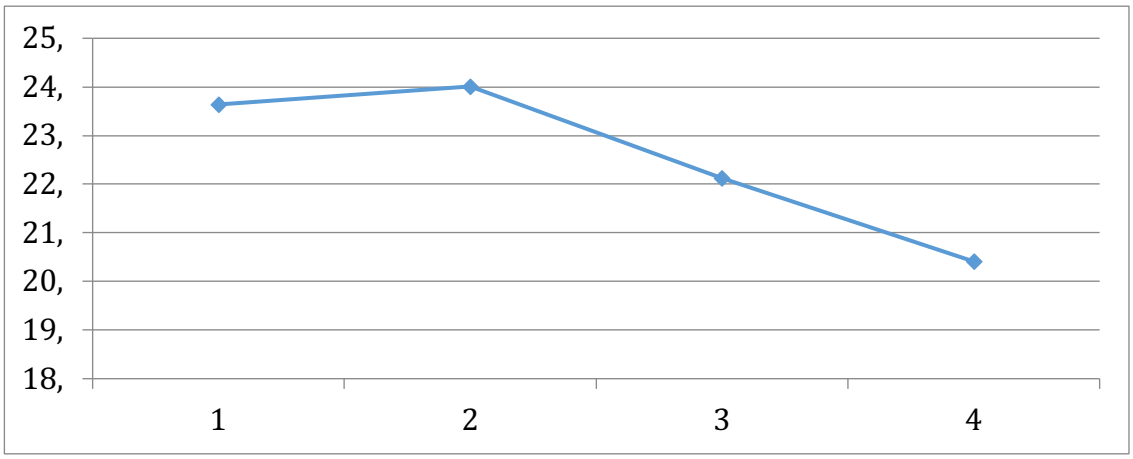


Рис. 4 Динамика показателя «Ожидаемая продолжительность жизни граждан в возрасте 55 лет» для Волгоградской области за 2018-2021 гг

По оси ординат: прогнозируемые годы жизни после 55 лет
По оси абсцисс: годы – 2018(1), 2019(2), 2021(3), 2024(4)

На территории Волгоградского региона также отмечается характерная для всей Российской федерации тенденция, отражающая феномен постарения нации – рост численности населения старше трудоспособного – пенсионного возраста (рис. 5)

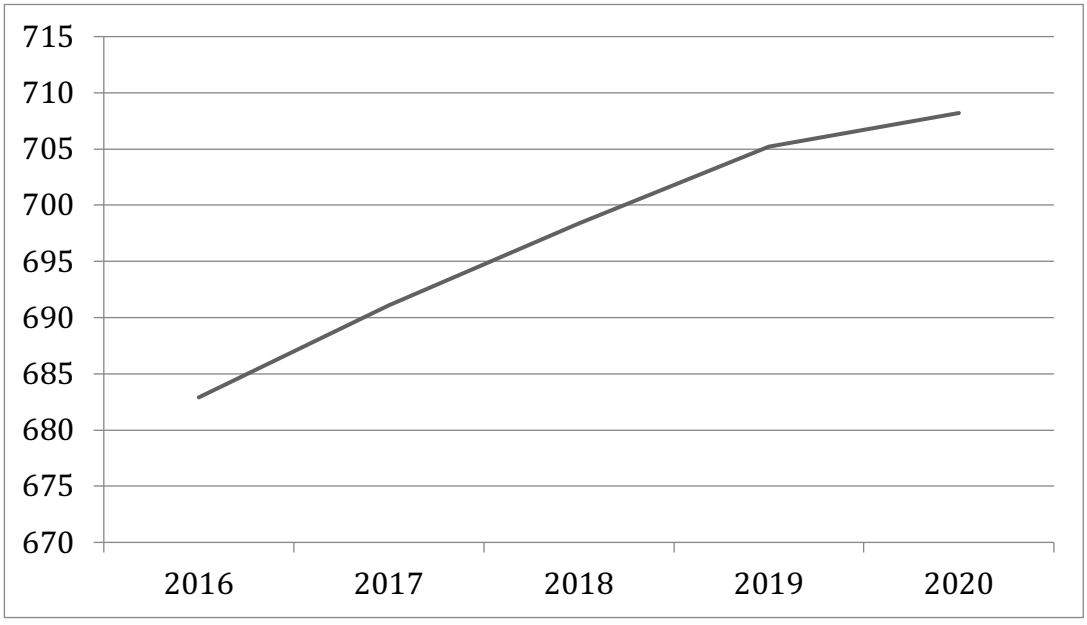


Рис. 5 Динамика численности населения Волгоградской области в возрасте старше трудоспособного

По оси ординат: численность в тыс. чел. По оси абсцисс: годы

На фоне снижения численности возрастных группы моложе трудоспособного возраста, для Волгоградского региона, как и в целом для РФ наблюдается стойкая тенденция к снижению численности населения в трудоспособном возрасте (рис. 6).

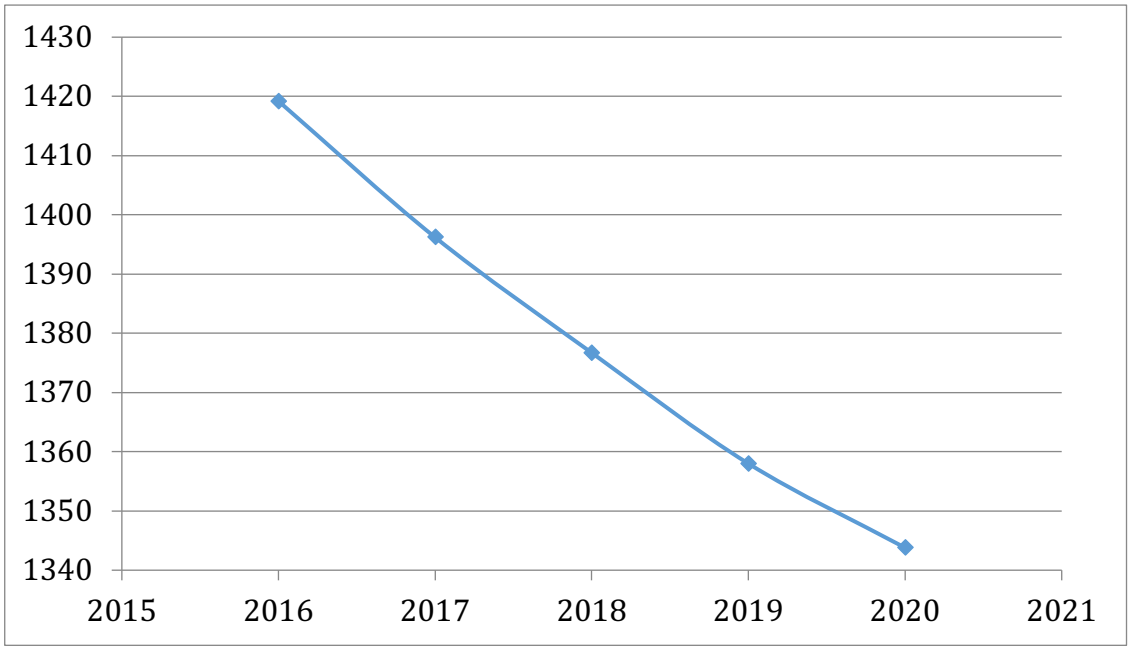


Рис. 6 Динамика численности населения Волгоградской области (на конец года), тыс. человек в возрасте трудоспособного
По оси ординат: численность рассматриваемой группы в тыс.чел. По оси абсцисс: годы

Рост численности старшей возрастной группы (пенсионного возраста) на территории региона описывает уравнение, отражая стойкую тенденцию:

$$Y = 6{,}47x + 677{,}75 \; R^2 = 0{,}9778$$

Увеличение числа пожилых пациентов обуславливает и изменения взаимоотношений пациентов с врачами, поскольку население старшей возрастной группы ностальгирует по феноменам советского периода, в частности по «бесплатной медицине» и образу советского врача.

Общая неудовлетворенность пациентов качеством оказания медицинской помощи на кануне пандемии во многом определялась утратой советских ценностей (мнимых и реальных), цифровым неравенством возрастных пациентов, отсутствием социально-психологической конгруэнтности во взаимоотношениях с молодым поколением врачей, ориентированных на «цифру», высокие технологии диагностики и терапии.

Внедрение информационных экологических систем в систему оказания медицинской помощи – современная прогрессивная модель интеграции ИТ-технологий, способствующая развитию прецизионной медицины.

Цифровая площадка объединяет участников экосистемы для оказания медицинских услуг, обеспечивая доступ к медицинской информации, электронную запись онлайн регистратуры и прозрачность финансовых операций в этом поле. Медицинская организация может сфокусироваться на выполнении самих медицинских услуг, а прочие, необходимые для ее существования функции отдать на аутсорсинг.

Несмотря на прорыв в интеграции населения в ИТ-пространство, сохраняются риски имплементации экосистем в медицине, прежде всего по критерию информационного неравенства.

Большое значение имеет готовность социума, что, в свою очередь, осложняет цифровой прогресс, учитывая демографический приоритет старших возрастных групп в России. Это проблема носит временный характер и может быть решена модернизацией социального ассистмента. Как показали последние социологические и статистические исследования, сама институциональная матрица здравоохранения отличается высокой цифровой инертностью.

За период вынужденного общения с применением дистанционных технологий уровень стресса вырос катастрофически. Изменилась культура общения со снижением эмпатии и нарастанием конфликтности, время, проведенное в виртуальной среде создавало дефицит личного общения с детьми, в семье, с друзьями, досуговой деятельности, увлечений и т.д., что собственно и создает ценность человеческой жизни.

В доцифровую эпоху модели взаимодействия врача и пациента рассматривались в контексте тенденции к замещению патернализма партнерскими и техницистскими моделями, обусловленному ростом осведомленности (медицинской компетентности) пациента.

На фоне наблюдаемой демографической тенденции постарения нации наблюдается потребность пациентов старших возрастных групп, ностальгирующих по образу советского врача, в ренессансе патерналистской модели. Насколько это реально в рамках цифровой экосистемы, вызывает сомнения. Конечно, это «временная» проблема, и постепенно, старшие возрастные группы будут представлены самим поколением интернет-зависимых. Но ближайшие 10 лет пациенты, рожденные в советских стереотипах, будут испытывать большие трудности, выживая в условиях цифровой экосистемы оказания медицинской помощи.

Сегодня цифровая компетентность необходимая часть профессиональной компетентности медицинского работника. Высокая профессиональная компетентность – это не только основа для развития высокотехнологичной медицинской помощи, но и профилактика потребительского экстремизма. Безусловно, мониторинг вертикальной и горизонтальной мобильности и управление ими включен в ролевой функционал руководителя и всего менеджмента медицинской организации Кадровые вопросы здравоохранения имеют государственный уровень контроля. Согласно мониторингу Росстата численность высококвалифицированных кадров поддерживается несмотря на общий дефицит кадров в здравоохранении (рис. 7).

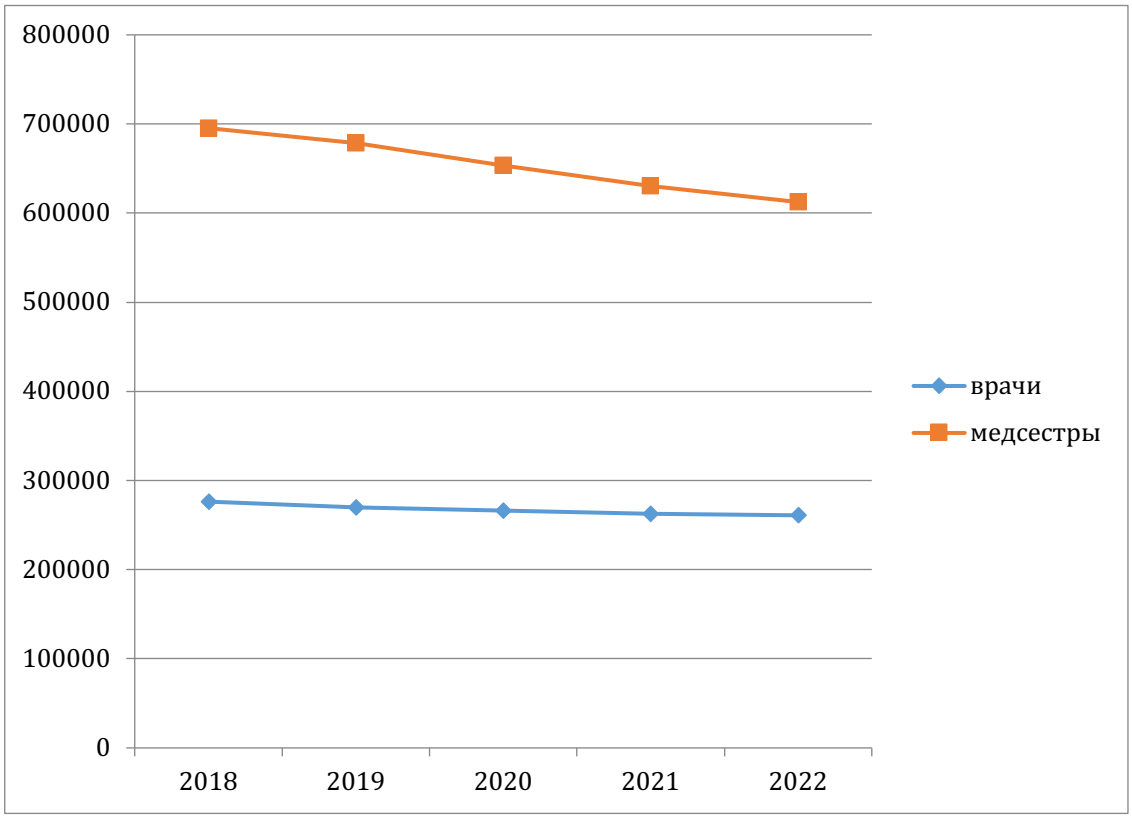


Рис. 7 Численность медицинских кадров, имеющих высшую и первую квалификационные категории в целом по Российской Федерации[4]

По оси ординат – число врачей и медицинских сестер, имеющих высшую и первую квалификационные категории
По оси абсцисс – годы исследования

Так, в целом по Российской Федерации, наблюдается стабильная численность врачей, имеющих высшую и первую квалификационные категории, в динамике последних пяти лет. Для медицинских сестер данный показатель имеет некоторую (15%) отрицательную динамику в показателях доковидного 2018 и постковидного 2022-го года.

Для Волгоградской области численность врачей, имеющих высшую и первую квалификационные категории, в динамике последних пяти лет, как и для регионов ЮФО и Приволжского округа имеют незначительную тенденцию к снижению показателя 2022 года по сравнению с показателями 2018-2019 гг (рис. 8).

Молодые врачи приобретают навыки работы в ИТ-системах быстро, поскольку имеют персональный опыт виртуальной коммуникации в силу особенностей современной молодежной культуры в реалиях всеобщей цифровизации.

[4] URL: https://rosstat.gov.ru/

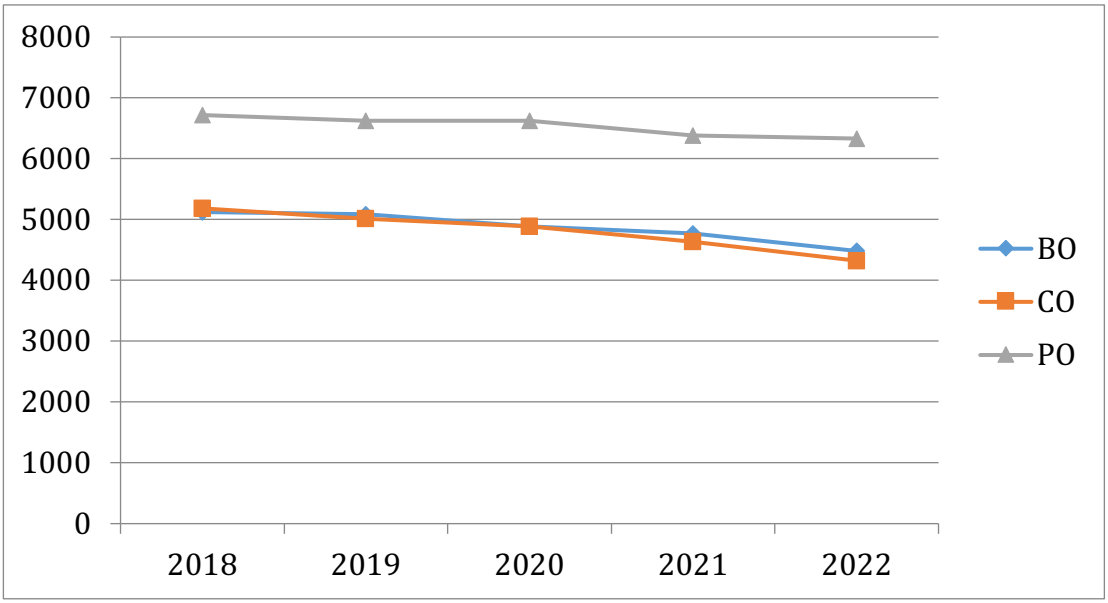


Рис. 8 Численность врачей, имеющих высшую и первую квалификационные категории по отдельным субъектам Российской Федерации[5]

По оси ординат – число врачей, имеющих высшую и первую квалификационные категории в ВО (Волгоградская область), СО (Саратовская область), РО (Ростовская область)

По оси абсцисс – годы исследования

Для старшего поколения врачей работа в цифровой среде будет создавать, как минимум, психологические проблемы, при условии, что приобрести навыки работы в электронной среде помогут переподготовки и надежное ИТ-сопровождение медицинской отрасли и рабочего места. Психологический дискомфорт создают новые требования к профессии, связанные с постоянным погружением в цифровую среду, что, безусловно, и облегчает работу (например, быстрый доступ к электронной медицинской карте пациента, справочной информации и др.).

Формирование новой цифровой матрицы отечественного здравоохранения сталкивается с институциональными проблемами, требующими решений на государственном уровне. Учитывая сложный характер социальных интеракций в здравоохранения, решение организационных вопросов невозможно без двухвекторного приоритета формирования готовности ее основных социальных акторов, обеспечивая ее «пациент»- и «профессионал»- ориентированность.

[5] URL: https://rosstat.gov.ru/

Глава 2.
Корпоративная культура в медицине

2.1. Корпоративная культура: формирование профессиональной и организационной идентичности сотрудника

Черемушникова И.К.

Когда мне нужна всего лишь
пара рабочих рук, я получаю
в придачу всего рабочего.
Дж.Ф. Рокфеллер

«Теория разбитых окон» или «Как работает корпоративная культура». *Каждому руководителю, вступающему в должность, полезно познакомиться с «Теорией разбитых окон» канадского социолога Малколма Гладуэлла. Эта теория утверждает, что существует прямая связь между средой и поведением человека: видимые признаки преступности, и безнаказанного антиобщественного поведения создают среду, которая способствует дальнейшим преступлениям и беспорядкам.*

В качестве примера приводится подземка Нью-Йорка, которая в начале 1980-х гг. представляла собой адский ад: грязные, плохо освещенные, расписанные граффити, платформы и вагоны, под ногами валялся мусор, стекла всюду были разбиты. Все это было ярким свидетельством того, что здесь окончательно победил криминал и где обычный человек чувствовал небезопасно. В метро ежедневно совершались сотни мелких и десятки тяжелых преступлений. Казалось, что преступность победить нельзя.

К концу десятилетия количество преступлений снизилось на 75 %: по какой-то причине десятки тысяч «плохих парней» перестали нарушать закон. Что же произошло?

В середине 80-х в метрополитене поменялось руководство и новый директор начал с того, что привел в порядок подвижной состав и запретил выпускать на маршрут грязные расписанные граффити вагоны. Если вагон возвращался расписанным, грязным или с разбитыми стёклами, его снимали с маршрута и приводили в идеальный порядок. И это стало неукоснительным правилом, почти религиозным действием, посланием преступному миру о том, что время, когда все было пущено на самотек, прошло и что отныне ни один преступник не сможет больше себя чувствовать в этом освещенном и чистом метро, созданным для обычных законопослушных граждан, комфортно и безнаказанно.

Следующим шагом стала борьба с «зайцами» (не с тяжелыми преступлениями, а именно с «зайцами»!), которые перепрыгивали через турникеты. Когда через турникет перепрыгивает безнаказанно даже один человек, он подает пример десяткам других, которые при других обстоятельствах и не подумали бы нарушать закон. Новый начальник транспортной полиции выставил у турникетов переодетых в штатское полицейских. Они ловко выхватывали зайцев и выстраивали их в «позорные цепочки» прямо на платформе на глазах у других пассажиров. Этот «месседж» означал «уж если взялись за зайцев – значит все другие, более крупные проблемы уже решены». Цепная реакция мелких и крупных преступлений была остановлена, их количество резко снизилось.

Так был сделан вывод о том, что среда рождает отклик и соответствующее социальное поведение. В обществе действует неукоснительное правило: рядом с одним мелким ненаказанным проступком рождаются десятки серьезных преступлений; а одно наказанное мелкое преступление предотвращает десятки тяжелых. Ибо там, где обращают внимание на маленькую провинность, с большими уже покончили.

Зачем руководителю корпоративная культура. Руководителям, которые работают в сферах, где все процессы и без того строго регламентированы и описаны многочисленными инструкциями, корпоративная культура, которая также представляет собой свод писаных и неписаных правил, может показаться излишней нагрузкой на все рабочие процессы. И это очередное распространенное заблуждение.

Умение создавать корпоративную культуру, которая функционирует как понятная и предсказуемая среда обитания, где расставлены все «дорожные знаки» – это важная часть работы менеджера. Если корпоративная культура создана, если есть четкие ориентиры (хорошо – плохо, достойно – не достойно, принято – не принято, этично – не этично и т.д.), то менеджер избавлен от необходимости постоянно контролировать, делать замечания по разным поводам и направлять поведение подчиненных в нужное русло. В большинстве стандартных повторяющихся рабочих ситуаций за него это делает корпоративная культура. Понятные правила позволяют сотруднику оценить свое поведение и поведение других. Она представляет собой свод писаных и неписаных (закрепленных традицией) правил, которые известны всем и соблюдаются всеми. Корпоративная культура предлагает общепринятые и одобренные (санкционированные) «стандарты поведения» и не допускает ситуаций, когда работник каждый раз «изобретает» свою собственную модель.

Стандарт поведения – это комплекс популярно изложенных и обязательных для исполнения правил, позволяющих потребителям оценить уровень профессионализма персонала всех уровней, а также подробное описание того, какое поведение считается правильным и профессиональным и какие действия ожидаются от персонала при непосредственном общении с клиентами/пациентами.

Если кто-то из ваших сотрудников затрудняется ответить на вопрос, как нужно вести себя в той или иной повторяющейся стандартной рабочей ситуации по трем направлениям «врач – пациент», «подчиненный – руководитель» и «коллега – коллега», то в вашей организации нет корпоративной культуры. И за ее создание нужно браться немедленно.

Наличие корпоративной культуры существенно экономит силы руководителя.

Сравним несколько определений:

Корпоративная культура – это коллективно разделяемые нормы и ценности, которые оцениваются как положительные и воплощаются в стиле общения, поведении и внешнем виде сотрудников и учреждения

Корпоративная культура – это совокупность моделей поведения, которые приобретены организацией в процессе адаптации к внешней среде и внутренней интеграции, показавших свою эффективность и разделяемых большинством членов организации.

Корпоративная культура – это вошедший в привычку, ставший традицией образ мышления и способ действия, который в большей или меньшей степени разделяют все работники предприятия и который должен быть усвоен и хотя бы частично принят новичками

Корпоративная культура – это комплекс убеждений и ожиданий, разделяемый членами организации, эти убеждения и ожидания формируют нормы, которые в значительной степени определяют поведение в организации отдельных личностей и групп» (Х. Шварц [Howard Schwartz] и С. Дэвис [Stanley Davis], 1981).

Корпоративная культура – это уникальные характеристики воспринимаемых особенностей организации, то, что отличает её от всех других в отрасли» (К. Голд [Kenneth A. Gold], 1982).

Корпоративная культура – это совокупность идей, ценностей, общепризнанных моделей и норм поведения, присущих конкретной организации; совместный опыт членов организации, формирующийся в ходе коллективной деятельности и выраженный как материальными, так и духовными формами (А.Н. Крылов, 2014).

Что объединяет все эти определения?

– это ценности, которые доказали свою значимость и полезность;

– это ценности, которые разделяются на всех уровнях (а не только в верхних эшелонах);

– это ценности, которые представляют собой не только декларации и идеи, но непременно воплощаются в моделях поведения сотрудников;

– это ценности, которые делают организацию уникальной, узнаваемой;

– это ценности, выполнение которых превращается в опривыченное действие.

Корпоративная культура включает в себя:

– Культуру выполнения рутинных задач;

– Культуру личных контактов сотрудников;

– Культуру общения с пациентами;
– Культуру контактов с руководителем;
– Культуру совещаний и мероприятий;
– Культуру внешних контактов;
– Культуру поведения в неформальной обстановке и даже за пределами организации.

Корпоративная культура всегда работает в двух направлениях. Она направлена «вовне» и рассказывает потребителям и общественности об организации, формируя общественное мнение, имидж, репутацию учреждения. Она также направлена «внутрь» и отвечает всем работающим в организации сотрудникам на смысложизненные вопросы: «кто мы?», «что мы делаем?», «зачем мы это делаем?», «почему мы делаем это так?», «какова наша социальная ответственность?».

В корпоративной культуре всегда одновременно присутствуют стандартизированные (формализуемые) и нестандартизированные (неформализуемые, неосознаваемые, неартикулируемые) элементы.

Элементы корпоративной культуры и их краткое описание:
– декларация о миссии;
– видение (стратегия развития, вектор движения);
– цель и задачи; (покрывают разницу между настоящим и позитивно описанным будущим);
– ценности;
– история (легенда и персоналии);
– правила и нормы делового общения и поведения сотрудников в компании;
– корпоративные традиции;
– брендинг, фирменный стиль/фирменный дизайн;
– дресс-код.

Характеристика элементов корпоративной культуры

1. Декларация о миссии. Это наиболее трудный для создания элемент. Во-первых, потому что, на декларации о миссии базируются все остальные элементы корпоративной культуры. Во-вторых, потому что при его конструировании нужно удержаться от двух крайностей: от того, чтобы она звучала как ничего не имеющий под собой лозунг-пустышка и от того, чтобы она звучала как нормативный документ профильного министерства.

Ми́ссия (от англ. mission – цель, призвание) – это описание социальной ответственности, общественной пользы, описание того, зачем существует компания и чем она занимается.

В то же время, следует помнить, что поскольку миссия – это не конкретная цель, а самое высшее понятие в иерархии целей, высшее целеполагание, поэтому она недостижима. Ее можно сравнить с компасом, который постоянно указывает верное направление, с которым мы сверяем все другие

шаги. Формулировка миссии должна отвечать на самые важные вопросы в терминах, которые легко понятны людям внутри организации и за ее пределами.

– Какова наша сфера деятельности?
– Каковы наши основные продукты и услуги?
– Кто наша целевая аудитория?
– Какие (смыложизненные) потребности мы обеспечиваем?
– Каким принципам мы следуем в нашей работе?
– К чему мы стремимся в будущем?

Естественно, что, если миссия донесена до клиентов, необходимо ее строго придерживаться!!! Это высокая ответственность: соответствовать заявленному уровню. К этому, к сожалению, готовы далеко не все организации. Довольно часто приходится сталкиваться с тем, что даже сотрудники не всегда могут воспроизвести текст миссии.

Плохо сформулированная миссия:

«Мы призваны помочь людям сохранить здоровье». Формулировка слишком общая и широкая. Она не отражает ни профиль учреждения (спортивные залы и бани тоже помогают сохранить здоровье), ни способы выполнения задач (лечение, профилактика), ни социальную ответственность (сохранение здоровья молодых мам, детей, пожилых людей, военных и т.д).

«Повышение качества лечебно-профилактической помощи населению». Эта формулировка выглядит как строка из документа, описывающего уставную деятельность. Она не обладает ни устремленностью в будущее, ни осознанием собственной значимости, ни связью с конкретной целевой аудиторий. К тому же не ясно, какими именно способами достигается повышение качества. Слог также не дотягивает до уровня миссии.

«Мы обеспечиваем достойную и комфортную старость и не допустим, чтобы пожилой человек скучал, чувствовал себя больным, ненужным и одиноким». Несмотря на то, что в этой миссии ясна целевая аудитория и предлагаемые услуги, она сформулирована неудачно, потому что в ней слишком много отрицательно нагруженной лексики.

Хорошо сформулированная миссия:

«Мы глубоко убеждены, что основная примета здоровья – это здоровые и красивые зубы. Мы помогаем своим пациентам принять здоровый образ жизни и делаем это профессионально!» Эта миссия сразу отражает сферу деятельности и целевую аудиторию. Она не ограничивается расхожим обещанием «здоровой улыбки», а поднимает ее значимость на новый профессиональный уровень, поскольку рассматривает здоровье полости рта как важную часть соматического здоровья и здорового образа жизни. Кроме того, в этой миссии много слов, которые нагружены положительной коннотацией и динамикой.

«Ребенок познает мир! И для этого он должен хорошо его видеть! Мы стремимся максимально приблизить квалифицированную офтальмологическую помощь к нашим маленьким пациентам и сделать это вовремя!». В этой миссии не только ясно просматривается профиль учреждения и детская аудитория, но деятельность учреждения поднимается до уровня мисси, встраиваюсь в важнейший процесс познания мира ребёнком. Также есть баланс нормативного языка и профессиональной лексики.

2. Видение (стратегия развития, вектор движения) – это краткое описание стратегического направления деятельности компании, словесно выраженная картина желаемого будущего, описание того, какой должна стать организация в обозримом будущем (обычно через 3-5 лет).

Видение может описывать материально-техническую базу, появление новых подразделений, штат сотрудников и уровень их квалификации, место организации в отраслевом рейтинге, ее участие в значимых профессиональных или научных проектах, продвижение предложений на рынке медицинских услуг и т.д. Важно помнить, что видение, хотя и является описанием благоприятного и желаемого сценария развития организации все же не имеет ничего общего с бесплодным мечтанием.

Видение обычно описывается глаголами, отражающими движение вперед, развитие, изменение к лучшему: …

– стать …
– изменить …
– достичь
– войти в …
– расширить …
– завоевать …
– приобрести …

Попробуйте продолжить любую из этих строк и вам станет ясно, как работает это элемент корпоративной культуры.

3. Цель и задачи формулируются так, чтобы покрыть разницу между настоящим состоянием организации и позитивно описанным в ***Видении*** будущим, к которому следует стремиться.

При этом цель должна быть одна и она формулируется как главная стратегическая задача, четко описывает результат, который должен быть достигнут в указанный период. Без этого цель становится недостижимой. Точка достижения и является критерием, позволяющим понять, насколько вы приблизились к цели.

Задачи формулируются как последовательные тактические шаги по достижению указанной цели. Задачи всегда предельно конкретны и измеримы. Задачи описываются в рублях, днях, метрах, человеках … и т.д.

Пример:

Цель: повысить уровень профессиональной подготовки персонала в области …

Задачи:

Организовать работу краткосрочного семинара для всех вновь принимаемых сотрудников;

Провести с 1 сентября по 31 декабря не менее 4 занятий по …

Направить обоснование необходимости проведения курсов и просьбу о выделении финансирования.

В менеджменте при формулировании целей используется так называемый SMART – принцип. Он означает, что цель должна соответствовать следующим критериям:

S	SPECIFIC	КОНКРЕТНАЯ
M	MEASURABLE	ИЗМЕРИМАЯ
A	ATTRACTIVE/ACHIEVABLE	ПРИВЛЕКАТЕЛЬНАЯ, ДОСТИЖИМАЯ
R	RELEVANT/REALISTIC	РЕЛЕВАНТНАЯ
T	TIME-BOUND	ОПРЕДЕЛЕННАЯ ВО ВРЕМЕНИ

Вам вряд ли удастся всегда формулировать цель, которая соответствует всем пяти критериям, но если вы хотите, чтобы цель была достигнута, стремитесь охватить как минимум три их них.

4. Ценности – следующий по сложности (после миссии) элемент корпоративной культуры с точки зрения отбора и создания формулировок. Сюда же могут войти корпоративные преимущества, то есть описание того, чем организация выгодно отличается от других организаций этого ряда. Ценности могут быть, как описаны обычным стилем, так и закреплены в слоганах.

Ценности – это философия существования организации, основные профессиональные этические принципы, на которых строится вся деятельность организации, нормы поведения внутри организации. Этими принципами пронизано все:

– культура выполнения повседневных задач;
– культура внутренних контактов между коллегами;
– культура контактов с пациентами;
– культура контактов с руководителем;
– культура формальных и неформальных мероприятий;
– культура внешних коммуникаций;
– культура разрешения конфликтных ситуаций.

Примеры ценностей:

Благо пациента – превыше всего!

Стабильное качество помощи;

Наш капитал – люди, работающие в организации;

Мы ценим развитие и профессиональный рост;

Взаимопомощь, взаимопонимание, взаимоподдержка;

Поддержка руководителя;

Доброжелательное отношение к новичкам, коллективное наставничество;

Ответственность каждого за позитивный имидж организации на работе и за ее пределами;

Демократичность и позитивная атмосфера;

Честность – лучшая политика;

Самоконтроль и сдержанность в конфликтах;

Самоотдача, приверженность, лояльность.

Иногда ценности представляют собой перечисление профессиональных и личностных качеств, которые ценятся в сотрудниках. В этом случае советуем вам как можно более точно расшифровать, какое именно поведение является зримым выражением того или иного качества.

Пример:

Компетентность – это знания по своей специальности и осведомленность в смежных областях;

Следование корпоративным нормам – это дружественный настрой в общении (а могло быть обязательное участие в корпоративных мероприятиях или обязательность корпоративного внешнего вида);

Доброжелательность – это готовность делиться знаниями и опытом с новыми и менее опытными сотрудниками (а могло быть сдержанное поведение в конфликте);

Символы как выражение ценностей. Также важнейшим элементом корпоративной культуры являются ее символы. Они так или иначе связаны с системой корпоративных ценностей.

Например, в качестве символов, выражающих свою философскую концепцию, компания «Самсунг»выбрала деревья хиноки и сосны. Величественное пирамидальное хиноки растет по 25 сантиметров в год и высоты в 30 метров достигает за 120 лет. За это время древесина хиноки приобретает высочайшее качество и служит прекрасным материалом для изысканной мебели. Простая доска из хиноки может стоить 30 000 долларов. «Самсунг» взял хиноки в качестве символа при планировании длительного развития, имеющего большое значение. Здесь спешка неуместна. Но компания не всегда может себе позволить долго ждать. Поэтому, еще одним символом развития «Самсунга» является сосна, которая растет быстрее, не требует особого ухода и больших затрат. «Пока растут хиноки, доход дают сосны»: вот так, в символической форме, по-восточному понимается развитие.

5. История (мифы, легенды, персоналии) – это элемент корпоративной культуры, которым часто пренебрегают. Его либо нет вовсе (создать

историю, тем более историю-легенду непростой труд), либо она представляет собой разрозненный набор исторических фактов, которые плохо согласуются между собой, трудно запоминаются и ничего не добавляют к имиджу организации.

В чем значимость истории? Наличие истории придает организации значимость, предполагает наличие у нее традиций, устойчивых ценностей, корпоративных правил и моделей поведения. История организации, в которую приходит сотрудник, не должна для него начинаться с момента, когда он в нее пришел. Он должен четко осознавать, что прошлая история и люди, которые работали до него, уже создали среду, в которую он должен вписаться, доказать свою способность жить и работать, по тем правилам, которые здесь приняты. Но для этого, он должен познакомится с этой историей, с этими ценностями и правилами. Отсутствие истории часто означает отсутствие корпоративной культуры и освобождает новичка от каких-либо ограничений в поведении.

Запомните, что если вашей организации больше 5 лет, то у вас достаточно оснований, чтобы иметь историю, а если – больше 10, то из истории уже можно сделать легенду! Простая история становится легендой, когда в ней есть легендарные примеры коллективных побед, легендарные личности, значимые события, мифологические повествования.

Следует помнить, что история-легенда должна соответствовать следующим требованиям:

– это не выдумка, а определенным образом поданные реальные события;

– история должна упрощаться и легко запоминаться (неважные события и периоды можно опустить);

– история должна персонифицироваться;

Создавая историю, нужно уметь отбирать события, которые легко запоминаются, эмоционально воспринимаются, становятся ключевыми вехами и отражают этапы развития, движения организации вверх и вперед. ***Мифы*** являются важной частью корпоративной культуры. Мифология существует в виде метафорических историй, анекдотов, которые живут и передаются в коллективе. Обычно они связаны с известными людьми (героями), со значимыми событиями и призваны в живой, образной форме довести до служащих ценности компании.

История значимых событий (на примере перинатального центра):

Роддом стал перинатальным центром в … году под руководством …

Первый младенец появился в ночь на … Это был мальчик. Константин.

Первый ЭКО-малыш … Девочка. Виктория.

Первая двойня, тройня, четверня.

Первая успешная операция по … была сделана …

Уникальное оборудование, позволяющее …, появилось у нас …

Кафедра акушерства появилась в … г. Это позволило выйти на новый уровень …

Уникальная программа грудного вскармливания была создана …

Международное признание получили в … г., под руководством нового директора центра …

Уникальный опыт по подготовке будущих родителей был отмечен дипломом …

Правила и нормы делового общения и поведения сотрудников в компании должны стать обязательной частью Корпоративного кодекса. Собственно, ради них и выстраиваются все предыдущие элементы. Все представления, которые закреплены в миссии, ценностях, теперь должны реализоваться в поведении.

Правила этикета, какими бы искусственными и формальными они не казались, являются обязательной нормой публичного поведения. Уже в Средние века публичная вежливость вырастает до уровня общественной мудрости, закона общежития, без соблюдения которого невозможно успешное освоение предписанной роли. Именно знание и выполнение формальных правил (кажущихся необязательными) отделяет «своих» от «чужих», «посвященных» от «непосвященных». Чем более неформальными (неписанными) являются эти правила, тем больше их смысловая нагрузка и значимость.

Правила делового этикета могут описывать:

Формы приветствия и общения с первыми лицами;

Формы приветствия и обращения сотрудников друг к другу;

Формы корпоративного приветствия пациентов при личной встрече и по телефону;

Формы сопровождения пациента;

Формы вертикального взаимодействия;

Формы горизонтального взаимодействия;

Формы обратной связи с коллегами (диалог, критика, замечание);

Формы поведения в нестандартной или конфликтной ситуации;

Формы поведения на корпоративных мероприятиях;

Корпоративные традиции и ритуалы. Корпоративные традиции являются также зримым воплощением существующих в организации ценностей. Традиции не могут появиться одномоментно. На их появление всегда требуется время. Традиции, как положительные, так и отрицательные очень сильно влияют на поведение каждого отдельного сотрудника. При этом следует помнить, что положительные традиции создаются специальными преднамеренными усилиями, негативные традиции заводятся сами, заполняя вакуум в корпоративной культуре. Очень многие вещи мы делаем не задумываясь, безоценочно, только потому, что «так делают все», «так делали всегда», «да как-то так сложилось». И если человек принимает участие в коллективной реализации негативной традиции, он не воспринимает свое поведение как преступление или проступок.

Примеры корпоративных традиций:

– введение в должность;

– коллективное или индивидуальное наставничество;

– знакомство с корпоративным кодексом при приеме нового сотрудника;

– корпоративные семинары и тренинги для персонала;

– празднование профессиональных праздников;

– празднование юбилеев сотрудников;

– подарки для детей сотрудников к новому году;

– культивирование здорового образа жизни;

– поддержание научных работ.

Ритуал – это коллективное или публичное действо, в котором принимают участие все члены коллектива и целью которого является общее переживание, формирование чувства идентичности. Ритуалы могут делиться на ритуалы *инициации* (введение в должность), ритуалы *интеграции* (исполнение гимна, корпоративный семинар, праздник, ритуалы *поощрения* (награда за поддержание здорового образа жизни), ритуалы *порицания* (недопуск к некоторым видам оборудования) и т.д.

Пример: *вручение грамот – это один из самых распространенных ритуалов. Важность его заключается в ситуации публичного признания успеха награждаемых сотрудников. В этом ритуале важно все – место проведения, организация вручения, цветы, качество самих грамот, фотография с руководителем. Это ритуал может быть организован, как значимое событие, когда руководитель готовится к нему заранее, может сказать о каждом приглашаемом на сцену сотруднике несколько особых слов, а может стать формальной раздачей формально отпечатанных бланков со стандартной формулировкой.*

Ритуалы служат средством наглядной демонстрации ценностных ориентаций, они призваны напоминать сотрудникам о стандартах поведения, нормах взаимоотношений в коллективе, которые от них ожидаются компанией. Ритуал должен выглядеть как естественное продолжение традиции. Связь между ритуалами и ценностными ориентациями должна быть очевидной для сотрудников. Если участие в ритуале вызывает у сотрудников отторжение (по разным причинам), то он скорее вреден, чем полезен, т.к. приводит к формированию коллективного отрицания.

Чтобы вводимый ритуал прижился, он должен быть этически оправданным и эстетически совершенным. Скажем, организация находится на грани развала, в коллективе высокая текучка кадров, а в это время руководство для поддержания командного духа вводит ритуал исполнения гимна, при этом текст и музыка далеки от профессионального совершенства. Такой ритуал только подчеркнет фатальность происходящего. С другой стороны, не стоит сразу пугаться и отменять введение ритуала после первых негативных отзывов. Любой, даже самый совершенный и полезный ритуал, может в начале восприниматься настороженно, что вполне естественно. Понаблюдайте за ситуацией некоторое время, и вы поймете, как она развивается.

Фирменный стиль/ фирменный дизайн. Дресс-код. Под *фирменным стилем* обычно понимают совокупность художественно-текстовых составляющих, которые делают организацию узнаваемой, обеспечивают зрительно-смысловое восприятия и позитивную оценку ее деятельности в целом. Сюда входит:

– *Идентификация* (логотип, шрифты, корпоративные цвета).

– *Презентация* (визитки, бланки, шаблоны документации).

– *Визуальная коммуникация* (реклама, стандарты оформления входа, внутреннего дизайна помещений и рабочих мест; дресс-код сотрудников, оформление сайта).

Вся печатно-бланковая продукция должна быть выполнена в едином стиле, на хорошей бумаге, соответствующей назначению продукта. Особое внимание нужно обратить на то, как выглядят визитные карточки сотрудников.

В организации также должны быть единые требования к оформлению и внешнему виду рабочих мест. Количество допущений, выражающих индивидуальную эстетическую программу отдельного сотрудника должны быть сведены к минимуму. Поддерживать корпоративный внешний вид помогает мониторинг рабочих мест.

Несколько слов нужно сказать о дресс-коде. Описывать требования, которые предъявляет компания к внешнему виду сотрудников задача непростая. Здесь тоже нужно избежать двух крайностей: слишком общих требований, которые невозможно ни выполнить, ни нарушить (например: «сотрудник должен выглядеть в соответствии со стандартами, существующими в отрасли»), и слишком детального описания всего внешнего вида – от одежды и прически до макияжа и украшений. Особое внимание нужно обратить на рекомендации в области гигиены, которые иногда включают в соответствующие разделы кодексов. Мне приходилось встречать такую рекомендацию: сотрудник должен приходить на работу с чисто вымытой головой. Упоминание о нормах гигиены, на наш взгляд, выглядит недопустимо и некорректно, и означает, что ваши сотрудники не способны справится с такими проблемами без посторонних указаний. А точнее – вы считаете, что они нуждаются в подобного рода советах.

Как создавать корпоративную культуру. Прежде всего, нужно понимать, что создание корпоративной культуры – это не то же самое, что написание кодекса. Корпоративная культура – это умение распространить ценности, растворить их в воздухе, наполнить ими пространство, научить членов коллектива соотносить свое поведение с правилами. И здесь очень важна роль руководителя, первых лиц, значимых людей в коллективе. Важно, чтобы они своим поведением, манерами, внешним видом демонстрировали образец истинно корпоративного поведения. Важна здесь и постоянная выразительная реакция руководителя на все, что происходит вокруг (невежливое общение, неаккуратное рабочее место, неформальная лексика, неучастие в общих мероприятиях, неэтичное поведение и тд.).

Реакция должна быть понятной и однозначной. Именно она формирует правильное поведение сотрудников. Постоянный процесс поддержания норм корпоративной культуры осуществляется на общих собраниях, в коротких выступлениях-комментариях руководителя на совещаниях, во внутренних публикациях, встречах сотрудников с руководством и личных беседах с руководителем.

Как написать Корпоративный кодекс. Есть два пути написания кодекса: путем «сверху» и путем «снизу». Путь «сверху» – это когда документ разрабатывается руководством и спускается как готовый регламент. «Плюсы» такого подхода заключаются в экономии времени. Документ при этом выглядит более цельно и согласованно. Однако существенный «минус» может возникнуть в виде глухого сопротивления коллектива при внедрении кодекса, поскольку никто из членов коллектива не участвовал в составлении правил, которые регламентируют повседневную жизнь.

Второй вариант – это создание кодекса путем «выращивания документа снизу». В этом случае вам придется привлечь к работе коллектив, выслушать все рекомендации, собрать все письменные предложения, обработать и включить их в структуру кодекса. Создание такого кодекса требует гораздо больше времени, т. к. необходимо привести к общему знаменателю большое количество деталей, провести редакцию текста. Зато такой кодекс более приближен к конкретному коллективу и можно ожидать большую лояльность при его внедрении.

Несколько последовательных шагов по формированию корпоративной культуры и внедрению кодекса.

– выступление руководителя о начале работы над созданием кодекса, в котором будут отражены нормы корпоративной культуры;

– семинар для сотрудников различных подразделений на тему «что такое корпоративная культура и в чем ее польза»;

– разработка документа путем «сверху», или «снизу»;

– знакомство коллектива с готовым документом. получение обратной связи, замечаний, поправок;

– утверждение кодекса;

– вручение каждому сотруднику (или подразделению) собственного экземпляра;

– использование кодекса в оценке различных рабочих ситуаций;

– обращение к нормам кодекса в комментариях и выступлениях руководителя;

– если вы хотите привязать нормы кодекса к оценке результатов труда, которые впоследствии будут влиять на размеры, дополнительных вознаграждений, то вначале введите «тестовый период», чтобы сотрудники видели, как изменится размер премии в лучшую или худшую сторону.

И только после того, как сотрудники сами научатся предвидеть и рассчитывать экономические последствия своего поведения, используйте кодекс в этих целях.

Структура Корпоративного кодекса.

– миссия (слоганы);
– история;
– видение;
– цели;
– ценности;
– корпоративные преимущества;
– условия для самореализации;
– корпоративные компетенции;
– корпоративная этика, принципы деловых связей;
– дресс-код;
– корпоративная символика и мероприятия.

2.2. Профессиональная культура как прикладная этика в медицинских организациях

Доника А.Д.

Согласно анализу социологических баз данных ФФОМС среди причин обращений граждан с жалобами и исками на медицинские организации первые места занимают:

1. Нарушение этических норм: грубость врача, нежелание объяснять риски, комментировать состояние здоровья, показывать альтернативы и т.п.

2. Необеспеченность лекарственными средствами в поликлиниках по льготам и в стационарах по программе госгарантий (лекарства малодоступны из-за цен на них).

3. Очереди к специалистам и отсутствие ряда специалистов в поликлиниках.

4. Невозможность получить копии медицинских документов; родственники погибших не могут получить ни документы, ни их копии.

5. Легальное и нелегальное взимание денег за медпомощь, входящую в базовую программу госгарантий.

6. Жалобы на качество медпомощи, включая «врачебные ошибки», вред здоровью или жизни.

7. Отказы в медицинской помощи по причине отсутствия полисов ОМС; немотивированные отказы в медпомощи: не забирает «скорая», отказ от госпитализации в стационары; проблемы с устройством в федеральные учреждения из регионов.

8. Невозможность сменить лечащего врача и/или медучреждение.

Таким образом, наиболее значимые причины конфликтов являются менеджмент-ассоциированными и часто имеют этическую природу.

Частный сектор системы здравоохранения, безусловно, отличается клиент-ориентированностью, и становится все более привлекательным для россиян (рис. 9)

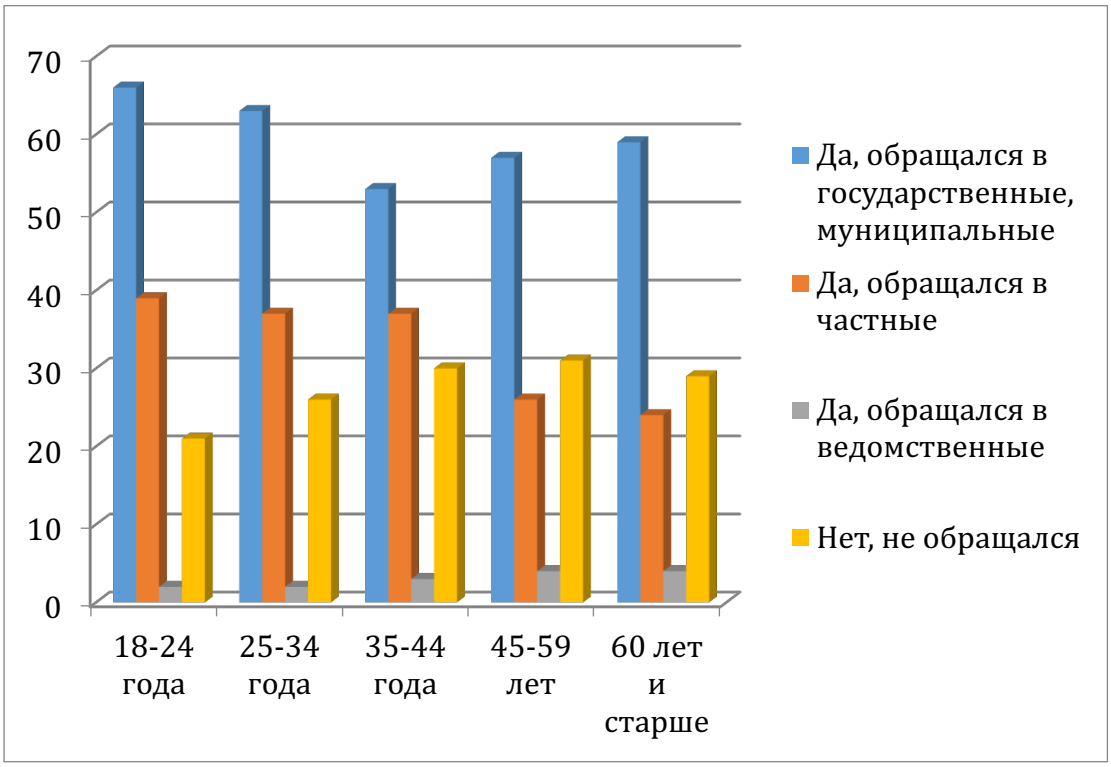


Рис. 9 Структура обращений респондентов в медицинские организации по возрастным группам[6]

Прим.: По оси ординат – число респондентов в процентах, По оси абсцисс: респонденты разных возрастных групп, выбравших варианты ответов на вопрос: «Вы обращались или не обращались в течение последнего года в государственные, муниципальные, частные медицинские учреждения для получения медицинской помощи? Вы можете дать три ответа»

Обращает внимание, что респонденты в возрастной группе 18-24 года обращались в 2022 году в частные медицинские организации почти в 2 раза чаще, чем респонденты в возрастной группе 60+. Предпочтения молодежи медицинских организаций частного сектора формирует определенный тренд в рассматриваемом поле, но учитывая рост численности старшей возрастной группы, вряд ли частный сектор здравоохранения будет приоритетным для всего населения.

[6] URL: https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/gosudarstvennaja-medicina-v-pogone-za-kachestvom

Интеграцию стратегии пациент-ориентированности в государственных/муниципальных медицинских учреждениях в последние годы отражает положительная динамика снижения неудовлетворенности пациентов оказанием помощи в медицинских организациях госсектора (рис. 10)

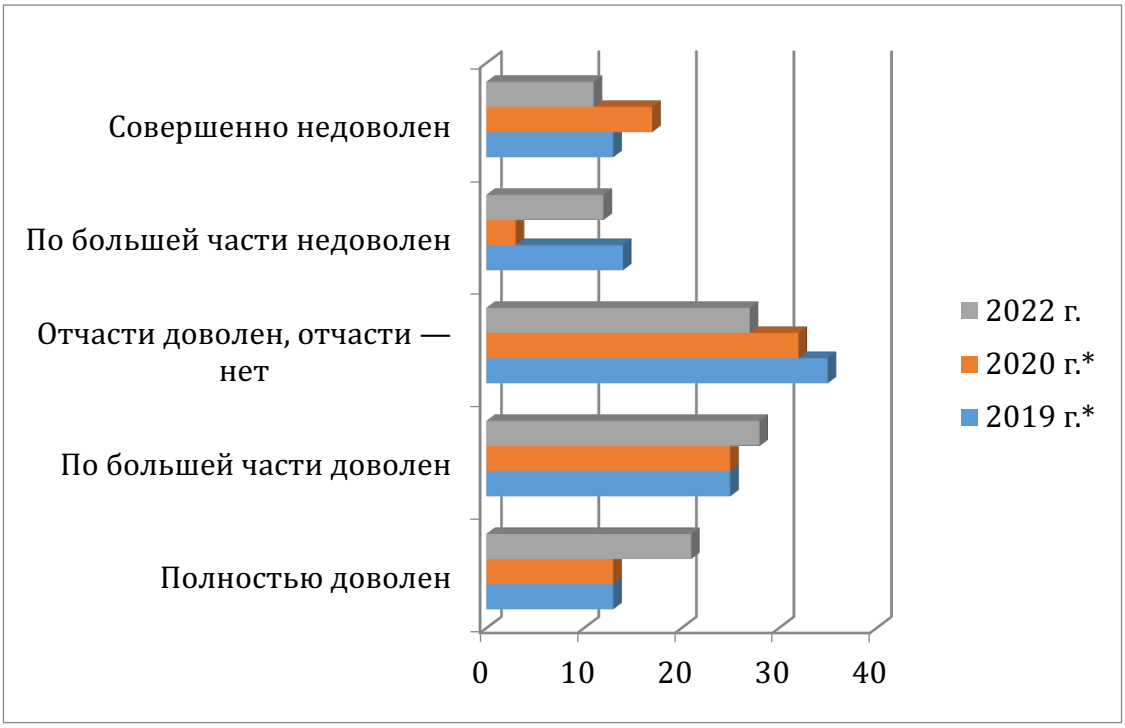


Рис. 10. Структура удовлетворенности пациентов оказанием медицинской помощи в государственных медицинских организациях в динамике 2019-2022 гг.

По оси ординат: варианты ответов на вопрос: «Вы в целом остались довольны или недовольны оказанной Вам медицинской помощью в государственных/муниципальных медицинских учреждениях?»
По оси абсцисс: число респондентов в процентах

Обращает внимание снижение числа «совершенно недовольных» и рост числа удовлетворенных оказанием медицинской помощи в той или иной степени в медицинских организациях госсектора.

В то же время необходимо заметить, что сама профессиональная деятельность в здравоохранении обречена на конфликтность. В своей статье «Социальная роль и разделение труда (1971) Э. Хьюз приходит к выводу, что профессии, связанные с оказанием услуг обречены на «двусмысленности»: «Пациент в психиатрической больнице часто убежден, что вещи, делаемые ему, делаются для кого-то другого; и хотя подобные мысли, возможно, заложены в природе его болезни, он, тем не менее, часто может быть прав. Даже человек, страдающий туберкулезом, хотя он знает, что болен и охотно проходит лечение, считает, что многие из правил общества и больницы и даже какие-то элементы лечения предназначаются *ему*, но не для его блага. Даже в случае недолгих болезней пациент может находить унижение в каких-то

вещах, делаемых, как считается, для его выздоровления. Как минимум он может думать, что они делаются для удобства тех, кто работает в больнице, а не для его комфорта». Неконгруэнтное представление о пользе или вреде, как результате социального взаимодействия у социальных акторов, имеет, по мнению автора, диалектический генезис: «противоположностью услуги (service) является ущерб (disservise) и … граница между ними тонка, неясна, подвижна».

Более того, компетентный менеджмент в здравоохранении сегодня не только предполагает умение урегулировать и предупреждать конфликты с пациентами, но и сформированную стратегию отражения нового явления – «пациентского экстремизма», как проявления потребительского экстремизма.

В этой стратегии принципиально важным является умение менеджмента медицинской организации отличать от пациентов-экстремистов тех, кто на самом деле составляют большинство, – обычных пациентов, столкнувшихся с реальными последствиями для своего здоровья или добросовестно заблуждающихся в этом. Тех, кто не получил своевременную поддержку, информацию, внимание от врача или менеджмента клиники.

Такие пациенты, если довести их до отчаяния отсутствием информации, могут доставить врачу или клинике не меньше проблем, чем реальные потребители-экстремисты. Жалобы и конфликты с пациентами этой категории можно предотвратить в большинстве случаев на всех этапах конфликта.

Но, к большому сожалению, основная масса врачей и руководителей медицинских организаций *часто относят реальных пациентов к экстремистам* и выбирают неверный путь коммуникации и урегулирования конфликта. Нежелание потратить время и проявить заботу увеличивает расходы и повышает риски для организации и врача.

Рост численности пациентов, неудовлетворенных качеством медицинской помощи имеет и демографическую природу – увеличении лиц пожилого возраста в общей национальной выборке, и соответственно в пациентском корпусе, учитывая возрастные обусловленности этиологии и течения заболеваний.

К сожалению, анализ современного национального законодательства показал отсутствие прямых норм, направленных на повышение комплаентности пациентов, снижению конфликтности в медицине в целом – права пациента доминируют над обязанностями.

В этой связи мы использовали в качестве методологического инструментария европейский механизм предупреждения и разрешения конфликтов в рассматриваемых взаимоотношениях, формализованный «Всеобщей декларацией по биоэтике и правам человека», принятой ЮНЕСКО 19 октября 2005 г. (Далее Декларация). Декларация содержит 15 основных принципов, охватывающих основные аспекты соблюдения прав человека на современном уровне развития биомедицинских наук:

– человеческое достоинство и права человека;

– благо и вред;

– автономия и индивидуальная ответственность;
– информированное согласие;
– лица, не обладающие правоспособностью давать согласие;
– признание уязвимости человека и уважение целостности человека;
– неприкосновенность частной жизни и конфиденциальность;
– равенство, справедливость и равноправие;
– недопущение дискриминации и стигматизации;
– уважение культурного разнообразия и плюрализма;
– солидарность и сотрудничество;
– социальная ответственность и здоровье;
– совместное использование благ;
– защита будущих поколений;
– защита окружающей среды, биосферы и биоразнообразия.

С целью экспликации основных черт своеобразного биоэтического портрета потенциального реципиента медицинских услуг, мы провели анализ положений (принципов) Декларации применительно к данной условной группе, представленной пожилыми лицами с хроническими заболеваниями.

В европейской практике для данной группы реципиентов медицинских услуг активно дискутируется неоднозначность применения принципа статьи 7 Декларации «Лица, не обладающие правоспособностью давать согласие». Безусловно, существуют юридические критерии правоспособности давать согласие на медицинское вмешательство, в целом синхронизированные внутренним и международным законодательством, например, по отношению к детям или лицам, признанным невменяемыми.

В то же время в рамках биоэтики выделяют не только категории субъектов, но и, так называемые, категории обстоятельств: неблагоприятные экономические условия, неграмотность, социально-культурные обстоятельства, подневольные категории лиц (например, заключенные) и др. Таким образом, правоспособность давать согласие на лечение может быть подвергнута сомнению в силу различных обстоятельств.

Несмотря на легитимность понятия правоспособности пациента в национальной системе здравоохранения, биоэтика позволяет расширить границы этого понимания. Так, неправоспособность можно определить, как недостаточность свободы, требующейся аутентичных решений, из-за неспособности принимать такие решения даже тогда, когда поставлена возможность. Традиционно под такое определение попадают разные группы относятся люди, сталкивающиеся с трудностями при обучении, люди с расстроенной психикой, пожилые люди со спутанным сознанием и люди, находящиеся в бессознательном состоянии.

С позиций современной биоэтики различают такие *критерии правоспособности давать согласие, как:*

– способность понимать данную информацию;
– способность осознавать характер данной ситуации;
– способность оценивать относящиеся к делу факты;

– способность осуществлять выбор;

– способность использовать понятную информацию для принятия реалистичных решений;

– способность понять последствия согласия или несогласия.

Кроме того, правоспособность пациента может быть ограничена по ряду «*категорий практики»:*

– клиническое лечение и обследование;

– эпидемиологическое исследование (н-р, использование ранее собранных данных);

– общественное здоровье (н-р, вакцинация);

– чрезвычайные условия (н-р, реанимация).

Помимо этого, существуют и «*категории обстоятельств»,* такие как:

– неблагоприятные экономические условия;

– неграмотность (в т.ч. электронное неравенство пациентов);

– социально-культурные обстоятельства;

– подневольные категории лиц (например, заключенные).

Пожалуй, самый важный критерий ограничений правоспособности давать согласие на медицинское вмешательство – **«категории субъектов».** Среди последних различают следующие группы:

– лица, которые пока еще не в состоянии принимать самостоятельно решения (совершеннолетние);

– лица, которые уже не могут принимать самостоятельные решения (например, страдающие слабоумием);

– лица, которые временно не в состоянии принимать самостоятельные решения (например, лица, находящиеся в бессознательном состоянии);

– лица, которые постоянно не в состоянии принимать самостоятельные решения (например, лица с резко пониженными интеллектуальными способностями).

Различные формы неврологических расстройств у лиц пожилого возраста, включая болезнь Альцгеймера, лишают людей способности принимать адекватные решения. В данном случае медицинскому специалисту необходимо установить контакт с родственниками или близкими людьми, знавшими его раннее, с тем, чтобы помочь воспроизвести картину жизни, его ценности и желания. Речь идет, о так называемом, **гипотетическом согласии**, которое могло соответствовать чувствам пациента до его неврологических расстройств.

Другая особенность рассматриваемой группы – возможные пониженные интеллектуальные способности, которые нельзя путать с психическими заболеваниями, обуславливающими недееспособность. Интеллектуальные способности лиц, испытывающих трудности в общении варьируют в широком диапазоне, поэтому нет оснований подводить их под некий простой стандарт рассматриваемой способности. В каждом случае необходимо проводить оценку, исключая юридические критерии, индивидуально – персонализировано, возможно, с помощью специалиста – психолога.

Статья 8 Декларации «Признание уязвимости человека и уважение неприкосновенности личности» апеллирует к **различным аспектам уязвимости:** биологическим, социальным и культурным. Принцип уважения уязвимости обусловлен чувствительностью человеческой личности. Данный принцип тесно связан с принципом неприкосновенности личности, потому как полноценное функционирование индивидуумов можно легко расстроить различными факторами извне, так, что не только здоровье человека, но и само существование окажется под угрозой. Согласно парадигмам современной биоэтики, необходимо проводить различие между нескольким аспектами уязвимости. **Биологическая уязвимость** (или телесная) соотносится с определенной «хрупкостью» человеческого организма, вызываемой, в частности, хроническим заболеванием. Кроме того, сюда относят и естественные угрозы, исходящие из биологических особенностей человека – старение и смерть. Статья 8 Всеобщей Декларации о биоэтике и правах человека (2005) «Признание уязвимости человека и уважение неприкосновенности личности» раскрывает содержание одноименного принципа. Страдание и боль – это выражение человеческой уязвимости. Медицинские специалисты должны в одно и то же время и стремиться свести страдание к минимуму, и принимать его как часть жизни Уязвимость человека не должна рассматриваться только как нечто, подлежащее искоренению. Слишком сильный акцент на устранении ведет к тому, что во имя некоторого предполагаемого добра творится зло такое как евгеническое движение, нацизм, ликвидирующий социально и этнически неприспособленных, и тоталитарные режимы, стремящиеся искоренить социальную несправедливость. «Учет уязвимости человека», о котором говорится в статье 8, предполагает соблюдение равновесия между устранением и принятием уязвимости человека. Такое равновесие проявляется в некоторых дилеммах:

А) Инвалидность. Инвалидность рассматривается как ненормальное явление, так что инвалиды (лица с ограниченными возможностями) по определению являются уязвимыми; в то же время инвалиды (маломобильные лица) не должны подвергаться стигматизации, выражающейся в отношении к ним как к «ненормальным».

Б) Депрессия. В Европейской практике известно действие препарата Prozac, который широко назначается в качестве антидепрессанта, и после назначения которого у пациентов появляются явные клинические симптомы депрессии; в то же время его считают лекарством от уныния и грусти.

В) Смерть. С точки зрения медицины место смерти в жизни человека амбивалентно: в паллиативной медицине смерть понимается как часть жизни, тогда как в некоторых других областях медицины смерть все еще считается «врагом».

Принцип уважения уязвимости человека выражает озабоченность в связи с хрупкостью человеческих существ. Функционирование человеческих существ как целостных и единых организмов можно легко настроить и расстроить, так что их здоровье и само существование окажется под угрозой. Данный принцип связан с принципом неприкосновенности личности.

Необходимо проводить различие между несколькими аспектами ***уязвимости***:

Биологическая или телесная уязвимость – относится к хрупкости человеческого организма, вызываемой:

– естественными угрозами, исходящими от нашей биологии, такими как старение, подверженность недугам, болезням и смерти;

– экологическими и другими природными и вызываемыми человеком угрозами, такими как голод, землетрясение, ураган, загрязнение окружающей среды и экологические катастрофы.

Социальная уязвимость – связана с ограниченной способностью людей налаживать общественную жизнь и совместно пользоваться благами и услугами.

– социальные угрозы, вызываемые войной и преступностью, предрассудками и дискриминацией, жестокостью и безразличием;

– люди становятся также уязвимыми в результате госпитализации и помещения в закрытые учреждения;

– социальные обстоятельства и условия.

В свою очередь, *социальная уязвимость* связана с ограниченной способностью пациентов налаживать собственную жизнь и совместно пользоваться благами и услугами. Например, в России сегодня для пациентов пожилого возраста наблюдается проблема цифрового неравенства, не позволяющая этой группе использовать информационный сетевой ресурс для получения информации.

Культурная уязвимость редко находится во внимании медицинских специалистов, несмотря на то, что Россия – государство поликультурное и поликонфессиональное, следовательно, традиции и ценности, типичные для локальных культур, не должны игнорироваться.

В этике понятие уязвимости – не просто нейтральное описание состояние человека, а нормативное предписание, которое требует принимать во внимание уязвимость как характерную черту индивидуума. Безусловно, общая идея заключается в необходимости снижать уязвимость человеческого существования. Во многом для России это вопрос государственного уровня, требующего реализации национальных программ. В то же время, задача медицинского специалиста – сосредоточиться на устранении (нейтрализации, уменьшении) биологических угроз уязвимости, связанных, например, с течением хронического заболевания.

С уязвимостью связан ряд этических дилемм, таких как, инвалидность, смерть и депрессия. Учет уязвимости человека, о которой говорится в статье 8 Декларации, предполагает соблюдение равновесия между устранением и принятием уязвимости человека. Такое равновесие проявляется, например, в ситуации инвалидности – для маломобильных лиц с ограниченными возможностями. Инвалидность рассматривается как ненормальное явление,

поэтому лица с ограниченными возможностями по определению являются уязвимыми. Проблема стигматизации маломобильных лиц, к сожалению, в России еще далека от разрешения.

Проблема уязвимости для рассматриваемой группы реципиентов медицинских услуг состоит в том, что полностью исключить ее не представляется возможным. Вместо этого она должна инициировать «этику заботы», основанную на том, что уязвимость присуща всем людям. Она является источником беспокойства за других, а также осознания того, что мы полагаемся на других. Это – основа обязанности заботиться о тех, кто подвержен биологическим, социальным и культурным угрозам.

Принцип признания уязвимости тесно связан с понятием неприкосновенности личности, о котором также говорится в ст. 8 Декларации. Неприкосновенность связана с целостностью индивида. При обсуждении вопросов этики неприкосновенности возникает необходимость учета понятия «добродетель» (благо), связанного, например, с честностью того или иного социального актора. В целом, уважение неприкосновенности личности в этой статье не связано с моральными устоями самого реципиента/пациента, его «хорошим» поведением. Оно относится к фундаментальным аспектам человеческой жизни, которые требуют уважения. В рассматриваемом контексте уважение неприкосновенности реципиента данных услуг связано с уважением его интересов и свободного волеизъявления.

Необходимо исходить из положения, что жизнь каждого человека – это состояние целостное, основанное на важных для него событиях жизни, их индивидуальном осмыслении, и на его ценностях. Исходя из принципа Неприкосновенность частной жизни и конфеденциальность (статья 9 Декларации), полностью синхронизированным с современным национальным законодательством, обязанность медицинского специалиста – защищать частную жизнь пациента и его конфиденциальность («врачебная тайна»). Конфиденциальность распространяется на всю персональную информацию о состоянии здоровья, включая генетические данные. В «Международной декларации и генетических данных человека» ЮНЕСКО говорится: « … ко всем медицинским данным, в том числе генетическим и протеомным данным, независимо от их видимого информационного содержания, следует применять одни и те же высокие требования конфиденциальности».

Биоэтический контент принципа «Равенство, справедливость и равноправие» (статья 10 Декларации) применительно к рассматриваемой группе раскрывается в дифференцированности понятия справедливости, которая может быть распределительной, процедурной, компенсационной, социальной и др. Так, распределительная справедливость, подразумевает обеспечение каждого члена общества справедливой долей общественного ресурса. В свою очередь, ее отсутствие инициирует неравенство в статусе здоровья на локальном, национальном и глобальном уровне. Безусловно, обеспечение равенства, справедливости и равноправия в контексте конституционального права на охрану здоровья – задача государственная, связанная с экономическими, политическими, социальными условиями. Реализация данного

принципа затрагивает проблему стратификации населения России по экономическому принципу, особенно актуальной в плане пенсионного обеспечения. Пенсионеры представляют собой социальную группу с невысоким уровнем дохода, ориентированную на государственный сектор медицинских и оздоровительных услуг, с минимизацией платных услуг. Государственные программы зарубежных стран демонстрируют сочетанный подход к оказанию государственной поддержки населению с низким уровнем дохода и хроническими заболеваниями, например, в Ирландии ряд Программ для астматиков разработаны совместно с Программами борьбы с бедностью в России – национальные проекты.

2.3. Диагностика пациентского экстремизма и правила реагирования в медицинской организации

Деларю В.В.

Современные социальные реалии расширяют профессионально-ролевой репертуар врача и менеджера в медицинской организации, в частности, обуславливая необходимость противостоять потребительскому экстремизму.

Проявления «потребительского экстремизма» достаточно разнообразны, но суть их одна: попытаться получить медицинскую помощь бесплатно, несмотря на заключенный договор об оказании платных медицинских услуг и/или получить возмещение мнимого ущерба (в том числе морального) в связи с якобы имеющими место нарушениями порядка оказания медицинской помощи, оформления документации (в том числе договоров) со стороны медицинской организации, иными дефектами.

«Потребительский экстремизм» лежит в плоскости этики и морали и не является правовой категорией как явление. Его основу составляют отсутствие у отдельных индивидов нравственных ограничений, корыстные побуждения, однако последствия таких действий квалифицируются как злоупотребление правом, действия, причиняющие ущерб чести, достоинству и деловой репутации, уголовно наказуемые деяния и административные проступки. Целью же потребительского экстремизма является неосновательное обогащение потребителя.

Потребителю экстремисту присущ популизм, сложившийся менталитет.

Содействуют распространению этого явления и многие органы государственной власти, зачастую вынуждая медицинские организации удовлетворять даже необоснованные требования пациентов.

Средства массовой информации, сообщества социальных сетей и отдельные субъекты, организации, созданные для содействия пациентам также оказывают негативное влияние в популяризацию методов потребительского экстремизма, муссируя факты нарушений со стороны медицинских организаций, решения судов в пользу пациентов, но практически не освещают факты необоснованных претензий к медицинским организациям.

Так по данным социологического опроса ВЦИОМ на отрицательные отзывы о работе медицинских организаций (работе врачей/среднего медицинского персонала) обращают внимание 30 % респондентов, из них примерно половина «слышит» только негативные (рис. 11).

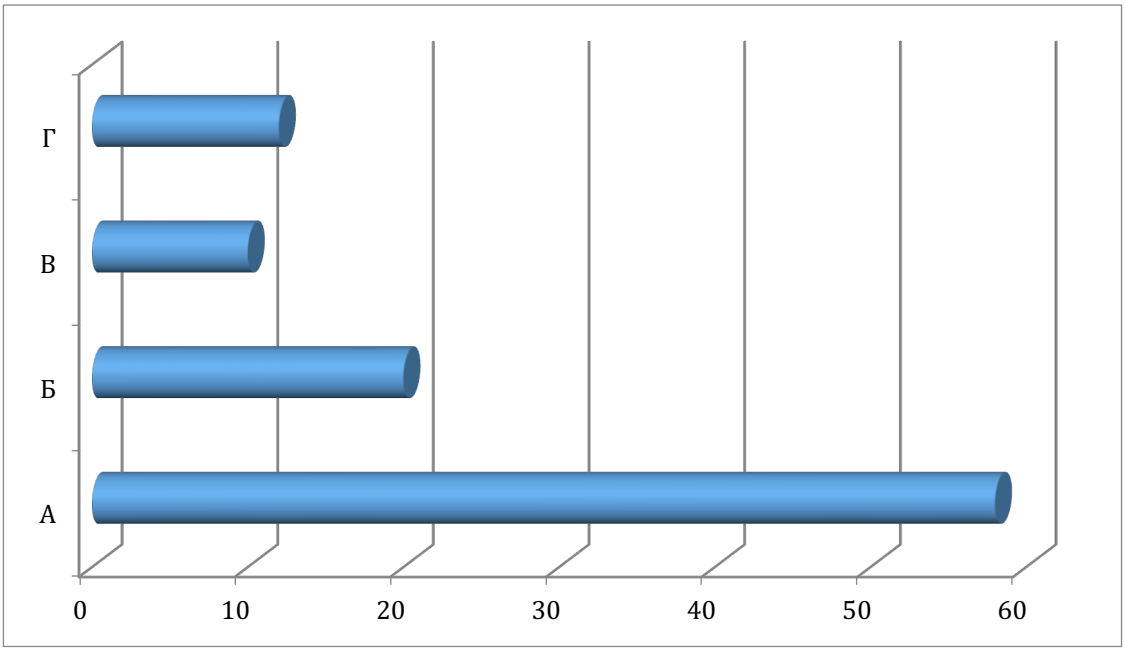


Рис. 11 Распределение респондентов по вариантам ответов на закрытый опрос ВЦИОМ «Скажите, какие отзывы, суждения о работе врачей, медицинских работников Вы слышали от окружающих людей или в СМИ за последнюю неделю чаще – положительные или отрицательные?»[7]

По оси ординат – варианты ответов: А – чаще положительные, Б – поровну отрицательные и положительные. В – чаще отрицательные, Г – затруднились с ответом. По оси абсцисс – число респондентов в процентах

Таким образом, каждый третий респондент чаще воспринимает негативную подачу СМИ о деятельности медицинских организаций/медицинских специалистов.

Среди негативных тенденций во взаимоотношениях медицинской организации и пациентов особенно выделяется агрессивное поведение пациентов, в крайних его проявлениях являясь вариантом феномена пациентского экстремизма. *Агрессия (от лат. aggressio – нападение) – мотивированное деструктивное поведение, противоречащее нормам (правилам) сосуществования людей в обществе, наносящее вред объектам нападения (одушевленным и неодушевленным), приносящее физический ущерб людям или вызывающее у них психологический дискомфорт (отрицательные переживания, состояние напряженности, страха, подавленности и т.п.).*

[7] URL: https://bd.wciom.ru/trzh/print_q.php?s_id=263&q_id=22763

Отечественное законодательство не дает определения понятия «агрессивное поведение», однако отдельные статьи Уголовного кодекса Российской Федерации, Кодекса об административных правонарушениях РФ, устанавливают ряд санкций за противоправное (в том числе агрессивное) поведение индивида, которое порой содержит угрозы и насильственные действия.

Можно разделить агрессивное поведение пациента на два типа: когнитивное (криминальное) и эмоциональное (связанное с имеющимся психическим расстройством).

В момент проявления перечисленных типов поведения в отношении сотрудника медицинской организации, представляется затруднительным выявить их четкую разницу. Однако такое разграничение является основанием для выбора стратегии защиты медицинского работника и тактики ведения переговоров.

Отметим, что с точки зрения правовой защиты медицинского работника необходимо также проводить четкое разграничение агрессии пациента, его возбуждения и их имитации.

Остановимся на каждой из выделенных трех групп более подробно.

Агрессивное поведение пациента.

Как нами указывалось выше, такое поведение может быть обусловлено психическим расстройством, и в зависимости от вида агрессии, избирается модель защиты медицинского работника.

При проявлении *инструментальной агрессии* (по своей сути является средством достижения какой- либо цели, поставленной пациентом), *косвенной агрессии* (негативные действия, которые направлены на другое лицо и действия, характеризующиеся неупорядоченностью (взрывы ярости, проявляющиеся в крике, топанье ногами, битье кулаками по столу и т. п.) медицинскому работнику рекомендуется маршрутизация пациента во внутриорганизационную структуру, компетентную официально принять к рассмотрению жалобу.

К таким структурам мы относим: руководителя подразделения, ресепшн, отдел делопроизводства, юридическая служба, приемная руководителя клиники.

Маршрутизация агрессивного пациента осуществляется с целью придания конфликтной ситуации конструктивного характера.

Так, пациенту может быть предложено составление в свободной форме, подача и регистрация жалобы, которая будет рассмотрена в порядке и сроки, установленные Федеральным законом «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации», либо, в зависимости от содержания, в соответствии с Закон РФ «О защите прав потребителей».

Необходимо разъяснить пациенту, что конструктивный путь решения проблемы поможет объективно и достоверно разобраться в возникшей ситуации. Кроме того, клиника предоставит официальный ответ на его жалобу.

При проявлении *вербальной* агрессии (выражении негативных чувств через форму ссоры, крика, визга, либо через содержание вербальных реакций (угрозу, проклятия, ругань), ***физической агрессии*** (нападение), прямой агрессии (направленной против какого-либо объекта или субъекта), *враждебной агрессии* (выражается в действиях, имеющих целью причинение вреда объекту агрессии) медицинскому работнику рекомендуется незамедлительно привлечь внимание коллег (коллеги) с целью поставить в известность руководителя структурного подразделения о возникшем конфликте.

Пример физической агрессии демонстрирует следующий кейс[8].

«В городе Артёме Приморского края мужчина несколько раз ударил ножом 58-летнего заведующего гинекологическим отделением городской больницы Александра А., когда врач находился в собственной квартире.

Свидетелем убийства стала двенадцатилетняя дочь погибшего, которую злоумышленник связал простыней.

Инцидент произошел в одном из домов на улице Фрунзе. 28 февраля в одной из квартир было обнаружено тело мужчины с множественными колото-резаными ранами, впоследствии опознанного как Александр А. Об этом пишет Pravda.Ru со ссылкой на «ФедералПресс».

Уже на следующий день полиция вычислила и задержала убийцу – им оказался местный житель Нарек Погосян. По некоторым данным, он таким образом отомстил специалисту за то, что тот не сумел сохранить беременность его жены, однако в местном ГУВД пока не подтвердили эту версию. По факту убийства врача возбуждено уголовное дело.

Как рассказали журналистам в администрации больницы, доктор руководил гинекологическим отделением на протяжении тринадцати лет, а его общий профессиональный стаж составляет около сорока лет. По словам коллег, он всегда был готов прийти на помощь, а его оптимизм и жизнелюбие радовали окружающих и придавали им сил.

«Он был и остается эталоном врача, руководителя, мужчины, друга», – подытожили в медучреждении».

Безусловно, компетентный менеджмент медицинской организации не должен допускать крайних выражений пациентского экстремизма.

Рекомендацией по защите медицинского работника в такой ситуации также является необходимость обращения к службе безопасности клиники (охране), которая в случае необходимости предпримет действия по пресечению противоправного поведения и осуществит вызов сотрудников правоохранительных органов.

При проявлении ***аутоагрессии*** (самообвинении, самоунижении, нанесении себе телесных повреждений вплоть до самоубийства), медицинскому работнику рекомендуется осуществить вызов штатного психиатра для оценки состояния пациента (при наличии), либо в соответствии со статьей 29 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» осуществить вызов психиатрической бригады.

[8] URL: https://newizv.ru/news/2023-03-02/

В особую категорию следует вынести проявление пациентом *альтруистической агрессии* (с целью защиты других лиц от чьих-то агрессивных действий).

Подобные ситуации складываются в клинике при возникновении конфликтов между пациентами, а равно в случаях, когда сопровождающий пациента родственник, либо иное доверенное лицо посчитавшее, что сотрудники клиники нарушают права пациентов.

В зависимости от вида проявленной агрессии, персоналу медицинской организации необходимо прибегнуть к одному из ранее предложенных приемов защиты.

Также, особое внимание следует уделить в организации работы клиники разъяснению ее сотрудникам положений Главы 16 Уголовного кодекса РФ, отдельных статей Глав 5, 6 КоАП РФ, а также разъяснению общетеоретического понятия признаков состава преступления.

Право требования компенсации убытков и морального вреда в случае причинения вреда здоровью работника в момент оказания им медицинских услуг пациенту, также должно доводиться до медицинского персонала.

Целью такой просветительской работы является достижение понимания сотрудниками клиники в каких именно сложившихся ситуациях, они имеют право на обращение в правоохранительные органы, в суд.

Возбужденное поведение пациента.

Появление возбужденного посетителя в медицинской организации всегда свидетельствует о зарождающемся конфликте, который приведет либо к последующей жалобе/претензии, либо к проявлению последующей агрессии.

При проявлении возбуждения пациента, в качестве рекомендации, можно избрать тактику защиты аналогичную с тактикой, предложенной при инструментальной и косвенной агрессии.

Представляется важным не спровоцировать возбуждение пациента до стадии проявления агрессии.

В связи с этим, есть ряд недопустимых действий со стороны работников, которые регулярно совершаются в ответ на недружественное поведение посетителей клиники.

Нельзя:

– оправдываться;
– быть равнодушным;
– иронизировать по поводу пациента и его слабостей;
– советовать, как поступать, читать нравоучения;
– нападать в ответ.

Глава 3.
Социально-психологические компетенции менеджера в здравоохранении

3.1. Социально-ролевой репертуар менеджера и его имидж как инструмент власти и влияния

Черёмушкина И.К.

Муж во главе государства должен
добиться доверия народа
и только после этого
может понуждать его к труду.
Понуждать, не добившись доверия, –
значит прослыть тираном.
(Конфуций. XIX.10).

Определение. Самое простое (оно же самодостаточное) определение менеджера, на наш взгляд, звучит так: это *человек, который использует знания, умения, навыки и мотивы людей для достижения целей, стоящих перед организацией.* Слово «использует» не имеет в данном случае отрицательной коннотации. Впрочем, его можно заменить на слово «направляет на …».

Формула идеального руководителя.

Ицхак Адизес создал формулу идеального руководителя, состоящую из четырех компонентов (PAEI код):

– *производитель качества* (P, producer) – производит выдающиеся результаты работы.

– *администратор* (A, administrator) – организация оптимального порядка в процессах.

– *предприниматель* (E, entrepreneur) – генерация инновационных идей, новых тенденций.

– *интегратор* (I, integrator) – гармонизация отношений в коллективе и развитие связей.

Но поскольку «идеальный руководитель» встречается только в теории, то возникает вопрос: какая из этих ролей самая главная? Ответ самого Адизеса можно сформулировать так: код руководителя может выглядеть по-разному – PaeI, pAeI или paEI и тд. Любая из первых трех букв может быть маленькой, но последняя буква кода «I» всегда должна быть ЗАГЛАВНОЙ! ***Главное, чтобы руководитель был отличным интегратором!*** Остальное приложится.

Что значит быть интегратором? Это значит иметь способность выстраивать и поддерживать оптимальные отношения внутри коллектива по

вертикали и по горизонтали. Наличие указанной способности требует развития определенных социальных навыков, таких, как понимание других людей, мотивов их поведения, навыков коммуникации и взаимодействия с окружающими, создания у людей должной мотивации, а также умения предотвращать и разрешать конфликты.

Несколько слов о компетенциях (тоже по И. Адизесу).

Менеджер должен обладать набором из 6 видов компетенций.

Специальные профессиональные компетенции (необходимы руководителю для контроля процессов и функций, за которые он отвечает).

Бизнес-компетенции (необходимы в любой сфере деятельности и включают в себя анализ ситуации, принятие стратегических решений, привлечение ресурсов для решения бизнес-задач, бюджетирование, снижение издержек предприятия, и т.д.)

*Компетенции управления знаниями (*способность управлять информационными потоками, процессом обучения и развития в организации).

*Лидерские компетенции (*способность распоряжаться властью, направлять деятельность подчиненных, оказывать подчиненным поддержку, проявлять к ним участие и наделять их полномочиями).

*Внутриличностные компетенции (*уверенность в себе, способность влиять на коллектив, нацеленность на саморазвитие, способность действовать в условиях неопределенности, навыки самоконтроля*).*

Социальные (межличностные) компетенции (это и есть способность быть интегратором или умение создавать и поддерживать оптимальные вертикальные и горизонтальные связи в коллективе).

Лидер или просто менеджер?

Быть хорошим менеджером – это уже очень много! Но менеджер, обладающий чертами лидера – это всегда намного больше. Это заявка на успех! Главное качество менеджера-лидера заключается в том, что его личностная модель является привлекательной для окружающих и подчиненных. Его право руководить другими признается не только потому, что закреплено регламентами и нормативными актами, но и потому, что за ним признается моральное право давать советы, оценивать работу, критиковать, направлять, делать замечания и комплименты. Моральное право обычно основано на знаниях и опыте, которые логически связаны с возрастом.

Еще одна особенность лидера заключается в том, что он вдохновляет людей. Он способен признавать ошибки и справляться с трудностями, он всегда позитивно настроен, он не бывает растерянным, не жалуется на ситуацию, систему, жизнь, он никогда не жалеет потраченных усилий. Под началом такого человека легче верить в успех, ему проще подчиняться, ему хочется подражать, к словам такого руководителя прислушиваются, а на замечания не обижаются.

Менеджер	Лидер
Работает по целям, спущенным сверху	Работает по целям, поставленным лично
Вводит регламент. процедуры	Использует личный пример
Ставит задачи перед подчиненными	Вовлекает, ведет за собой
Опирается на структуру	Опирается на ценности
Принимает решения	Превращает решения в реальность
Контролирует	Доверяет, делегирует
Компетентен	Авторитетен
Вызывает уважение	Вызывает доверие

Эмоциональный интеллект. Зачем он менеджеру?

Каждый из нас обладает двумя видами интеллекта – обычным (IQ) и эмоциональным (EQ). С помощью первого мы обрабатываем и усваиваем информацию. Второй помогает нам в общении с людьми.

Одной из главных характеристик, отличающих «просто менеджера» от «менеджера-лидера» является развитый эмоциональный интеллект или

– способность осознавать собственные эмоции;

– способность воспринимать и расшифровывать чужие эмоции;

– способность управлять потоками внешне неупорядоченных сигналов эмоциональной среды;

– способность принимать решения и эффективно управлять на основе правильной расшифровки эмоциональных сигналов.

Эмоциональный интеллект делает человека более профессиональным, а профессионала более человечным!

Ошибочные представления менеджеров.

На своих семинарах мне часто приходилось наблюдать бытующие у менеджеров ошибочные представления, которые мешают им принимать правильные (то есть экономные и эффективные), поскольку формируют у них неправильную «картину мира». Следуя этим ошибочным представлениям, они направляют свои усилия не в ту сторону, теряют время, решают одну и ту же проблему несколько раз. Вот некоторые из них.

1. Менеджер все знает (или должен все знать) лучше других!

Это далеко не всегда так. Да это и не нужно. Он не обязан все знать, тем более, что в такой сфере как медицина это невозможно. Конечно, у него должны быть профессиональные (отраслевые) компетенции. И всегда лучше, если он продвигался снизу вверх и знает, как работают низовые сотрудники всех вверенных ему подразделений. Однако, чем выше ступень

менеджмента, тем менее важны отраслевые компетенции и тем более важны компетенции в сфере управления. Это доказал в свое время Ли Якокка, автор знаменитой книги «Карьера менеджера». Он ровно ничего не знал о производстве автомобилей и в тоже время успешно руководил крупнейшим американскими автогигантами «Форд» и «Крайслер». Вывод – не старайтесь знать все! Делегируйте функции тем, кто ближе к рабочим местам и может точнее и лучше вас оценить ситуацию. Цените их знания и их помощь. Следуйте принципу: *вы выбираете жокеев, а жокеи выбирают лошадей!*

2. Руководитель работает для конечного потребителя (пациента).

Одним из главных стратегических заблуждений менеджера является представление о том, что он работает для конечного потребителя, в нашем случае – для пациента. При этом коллектив врачей рассматривается как инструмент для достижения удовлетворенности пациента. Это ошибочный взгляд на ситуацию! Руководитель работает для коллектива! Его задача – создавать такие условия, чтобы сотрудники всех уровней хотели и могли работать для удовлетворения нужд конечного потребителя. Сотрудники могут и хотят работать если:

– они обучены и подготовлены;
– прошли адаптацию;
– мотивированы;
– перед ними стоят ясные цели и задачи;
– им ясны критерии оценки труда;
– они вовремя получают обратную связь;
– они хорошо представляют перспективы своей карьеры.

Менеджер – это не тот, кто контролирует, а тот, кто создает условия для работы коллектива.

3. Зачем это говорить? Они и так это знают!

Как часто и с каким искренним упорством менеджеры произносят эту фразу. На вопрос: откуда вы знаете, что ваши подчиненные «и так это знают» обычно следуют ответы: «это написано у них в должностной инструкции», «они же пришли работать в медицину», «они же работают в госучреждении» и тд. и т.п.

Ни одна из этих фраз не работает. Спросите себя, сколько пунктов своей должностной инструкции вы помните, как давно вы ее перечитывали, все ли пункты вы выполняете, и все ли вам в ней понятно? Кроме того, если бы все работали хорошо, единожды прочитав свою должностную инструкцию, менеджеры вообще бы не были нужны.

Фраза о том, что они «пришли работать в медицину» или «в госучреждение», означает, что в представлении менеджера все сотрудники одинаково мотивированы на выполнение своего профессионального долга, все считают всю профессию высокой миссией и имеют абсолютно одинаковые

этические представления. Но и это не так. Мотивы, по которым люди приходят в медицину очень разные. Их представления о должном и правильном сильно разнятся. А ваша задача – сделать так, чтобы у всех ваших сотрудников были единые представления о вещах, которые определяют стиль и качество работы.

Менеджеры избегают ситуации повторения многих важных вещей, потому что боятся показаться навязчивыми, слишком дотошными, или выглядеть как «заезженная пластинка». Однако правило должно звучать так: всегда исходите из того, что они этого не знают до тех пор, пока вы им об этом не сказали. Причем так, чтобы все поняли вас одинаково, а не каждый по-своему.

Для этого развивайте свой навык публичного общения. Говорите об одном и том же по-разному. Начинайте свою речь с сообщения о том, что вы намерены сказать. Затем скажите именно это. В заключение – повторите то, то уже сказали. А если боитесь показаться смешными, то вспомните, что в храмах ежедневно читают «символ веры» и никому из прихожан это не кажется избыточным.

4. Я выразился предельно ясно. Что тут непонятного?

Руководители редко осознают, что между тем «что вы подумали» и тем, «что вы произнесли» всегда существует смысловой зазор, который возникает как потеря смысла в процессе превращения мыслей в слова. Чем больше смысловой зазор, тем вероятнее ситуация «свободного» толкования ваших слов и возможность невыполнения ваших требований. *Эффективная коммуникация – это способность сделать этот смысловой зазор как можно меньше* (свести его к нулю задача невыполнимая).

Есть хрестоматийное упражнение, которое мы предлагаем руководителям на наших семинарах.

Руководитель, недовольный участившимися опозданиями собирает коллектив, выражает озабоченность этой проблемой и заканчивает свою речь словами: «Я надеюсь, что завтра все приступят к работе вовремя и напоминаю, что рабочий день начинается в 8.00!» Вопрос к слушателям: была ли коммуникация эффективной?

Обычно говорят, что кое-чего в коммуникации не хватает и это «кое-что» – напоминание о тех мерах, которые будут применены к опоздавшим. На самом деле – проблема заключается в другом. Неэффективной эту коммуникацию делает то, что руководитель не объяснил, что означает «приступить к работе вовремя», он оставил смысловой зазор, который позволяет каждому сотруднику самому решать, что является началом рабочего процесса. Для одних это – «войти в здание» (и по дороге в свой кабинет решить пару неотложных дел), для других – «войти в кабинет» (и еще минут 20 готовиться к приему), для третьих (и их всегда меньшинство) – «начать прием посетителей».

Чтобы улучшить качество коммуникации, руководитель должен закончить свою речь словами – «начать рабочий день вовремя означает открыть дверь перед первым посетителем».

5. Руководитель не пряник, чтобы нравиться всем подчиненным.

Генри Форд II (внук) считал верным принцип руководства, согласно которому нужно поддерживать у подчиненных чувство дискомфорта, тревоги и неуверенности. Он не стремился к тому, чтобы нравится своим подчиненным. Можно ли считать правильным такой подход? Да, но только в том случае, если у вас нет прямых контактов с подчиненными. В большинстве обычных ситуаций общения руководителя и подчиненного, где предполагается прямой контакт, этот принцип не работает.

На своих семинарах в ответ на свой комментарий о том, что замечание в адрес подчиненного сформулировано некорректно и даже оскорбительно, мне приходилось слышать, что руководитель «не для этого поставлен и не обязан быть приятным». И если подчиненному не нравится сделанное замечание, то это «личные проблемы» и «он излишне чувствителен».

Давайте посмотрим на ситуацию с точки зрения достижения цели и экономности потраченных усилий. Цель сделанного замечания – изменение ситуации к лучшему. Она вряд ли будет достигнута, т.к. подчиненный в замечании вместо желания помочь и поделиться опытом увидел стремление его унизить. Такие чувства рождают интуитивное желание делать все наоборот и упорствовать в своем неправильном поведении. Скорее всего, руководителю придется еще раз вернуться к ситуации, чтобы исправить поведение сотрудника. А это уже дважды потраченные силы и очень неэкономное расходование энергии управления.

А кроме того слова «нравиться подчиненным» на языке делового общения означает, что подчиненный признает за вами моральное право оценивать его работу, делать замечания, он готов принимать ваши советы и будет следовать им.

Триада общения (вне зависимости от того, с кем и о чем вы пытаетесь договориться) всегда представляет собой три последовательных шага:

Шаг 1. Понравиться, создать позитивную установку на свой образ.

Шаг 2. Привлекательно изложить свою идею.

Шаг 3. Побудить к выполнению того, что нужно вам.

Если первые два шага не пройдены успешно, то на третьем этапе слово «побудить» вам придется заменить на слово «заставить» или «принудить». А это всегда хуже.

6. Имидж не важен, важны деловые качества руководителя.

Это заблуждение, с которого следовало начать, поскольку я встречаюсь с ним практически на каждом семинаре или тренинге. Советская этика всегда боролась с тем, чтобы оценивать человека по внешним данным. Но этот «советский» принцип имеет еще более давнюю историческую традицию и восходит к истокам средневековой христианской морали. Согласно ее догматам, тело и все проявления телесности должны быть подчинены духу, главенство которого было неоспоримо. В тоже время практически на всех языках мира можно найти пословицу, которая соответствует русской поговорке

«по одежке встречают …». О чем это? О важности внешнего вида (имиджа, габитуса) и производимого им впечатления.

Имидж руководителя как инструмент власти и влияния.
Немного теории: имидж как феномен культуры.

Можно предположить, что ведущие роли в обществе изначально занимали те люди, чей образ был привлекательным для окружающих в физическом и эстетическом смысле. Косвенным подтверждением того, что уже на самых ранних этапах имидж играл значимую роль в жизни общества, может служить тот факт, что в мифах, сказках, эпосах и легендах герои и правители всегда изображаются не только наделенными высокими этическими качествами, но как сильные и красивые люди. В древнем Египте очень заботились о красоте, так как красота была атрибутом власти. В обществе довольно рано возникает стереотип физической привлекательности и презумпция веры в то, что внешне привлекательные люди наделены положительными чертами характера: внешняя красота выражение внутреннего благородства. Такие представления продолжают сохраняться и в современном обществе, и отрицать это бесполезно.

Имидж важен еще и потому, что сегодня мы живем в информационно-знаковой среде, мы обмениваемся не столько словами, сколько знаками. Имидж является одним из таких знаков. В нашем имидже (осознаем мы это или нет) зашифровано огромное количество информационных посланий. В нашем образе практически не бывает случайных элементов. Все, что так или иначе соединено с нашим телом, несет в себе определенный смысл. В коммуникации всегда участвуют минимум два субъекта, один их которых является владельцем имиджа, «шифровальщиком» и отправителем сообщения, а другой – «дешифровальщиком», получателем сообщения. Имидж – это *телесно-знаковое выражение содержания и качеств конкретного человека, носителя этого имиджа. С помощью имиджа человек может выразить абсолютно все!*

Определения имиджа.

Имидж – это образ вас самих, который вы сами избрали для показа окружающим (Э. Сэмпсон)

Имидж – это полная картинка вас, которую вы представляете окружающим, то, как вы говорите, одеваетесь, осанка, поза и язык тела, ваши аксессуары, и даже ваше окружение (П. Берд).

Имидж отражает, кто вы, или кем, как вы считаете, можете быть (М. Спиллейн)

Имидж – это внешняя сторона личности, все же он не только фасад, который маскирует реальную сущность индивида. Каждый индивид имеет целую коллекцию имиджей (Дж. Ягер).

Имидж – это образ, нацеленный на создание определенного впечатления. Он может быть описан формулой: «поступок – интерпретация – репутация», именно репутация представляет собой конечную цель формирования имиджа (Дж. Честара).

Имидж – самопрезентация, конструирование человеком своего образа для других, это оценка морально-личностных, интеллектуальных, профессиональных и этических качеств личности окружающими людьми (Пелих, Т. Кизилова, А. Пронченко).

Имидж – это как целенаправленный процесс создания нужного впечатления, имидж должен включать не только естественные свойства личности, но и специально наработанные, искусственно созданные (Г. Гуревич).

Что объединяет все эти определения?

– имидж – это целенаправленно созданный образ;

– конечная цель создания имиджа – положительная репутация (в нашем случае – профессиональная);

– имидж не может быть абсолютно оторван от внутренних характеристик личности владельца, иначе он не будет достоверным;

– у каждого человека есть целая коллекция имиджей;

– искусство создания имиджа заключается в умении выбрать подходящую к ситуации «картинку себя».

Как «работает» имидж и как возникает впечатление о человеке.

Имидж руководителя (воспринятый и оцененный образ) является главным инструментом влияния на подчиненных. Не слова, которые представляют собой хорошо сформулированные словесно идеи, а именно имидж. Мы часто не осознаем этого факта и совершаем множество ошибок.

Представьте себе ситуацию: вы делаете справедливое замечание своему подчиненному, а он сморит на ваш плохо завязанный галстук (плохо начищенные ботинки, странное украшение, неухоженные руки) и степень значимости того, что вы сказали резко снижается. Ваш имидж «сработал» против вас. Другой пример: подчиненный работает хорошо, но его внешний вид – «хвост» вместо обычной мужской стрижки – вас постоянно раздражает. Будете ли вы к нему относится хорошо? Вряд ли. Чтобы относиться к нему объективно, нужно делать над собой постоянное усилие. его имидж сработал против него и создал дополнительное препятствие между ним и вами, его руководителем.

Как же работает имидж и как формируются впечатление о человеке? Дело в том. Что человек никогда не смотрит на другого человека просто так, безоценочно. Он всегда автоматически оценивает другого человека в коммуникации. Мы всегда должны быть готовы к тому, что наш визави неосознанно автоматически расшифровывает знаки нашего имиджа. Их «схватывает» глаз, который работает как оптический прибор. Такими знаками являются: общий вид (здоровья-нездоровья, ухоженности – неухоженности), силуэт одежды (подтянутый, мешковатый), цвет (благородный или кричащий), украшение (стилизованное или вычурное), макияж (броский или сдержанный), прическа (авангардная или классическая), запах (нейтральный или агрессивный). Все эти знаки превращаются в информацию о вас (статус, образ жизни, привычки, характер и тд.)

Структурные компоненты имиджа.

Чтобы понимать, как работает имидж и чем собственно следует управлять, нужно хорошо представлять из каких компонентов собирается наш имидж. Имидж это сложное системное образование или комплекс частных имиджей, он включает в себя:

– *габитарный* имидж (от лат. habitus – внешность, внешний вид);

– *вербальный* имидж, который формируется на основе вербальной информации (сюда могут быть включены презентативные и коммуникативные навыки);

– *кинетический* имидж, который может быть рассмотрен как весь комплекс невербальной информации (жестов, мимики, интонации, ощущения пространства и т. д.);

– *средовой* имидж (созданная человеком среда обитания – жилище, кабинет);

– *овеществленный* имидж (формируют продукты и вещи, которые несут на себе отпечаток деятельности).

Все компоненты имиджа взаимосвязаны и влияют друг на друга. Рассмотрим каждый из них более подробно.

Габитарный имидж включает в себя всю совокупность внешних характеристик: телосложения, соотношение роста и веса, пропорций и линий, осанки, черт лица, природного цветового типа. Это более-менее постоянные характеристики, изменение и коррекция которых занимает обычно много времени. Сменяемыми элементами габитуса являются одежда, прическа, макияж, украшения и аксессуары. Габитарный имидж отражает индекс здоровья, социальный статус (род занятий, уровень достатка, качество жизни), а также персональную эстетическую программу, личные предпочтения человека, его представления о красоте и стиле.

Вербальный имидж – это все то, что в нашем общении и восприятии идет через слово и связано со словом. Вербальный имидж отражает интеллект. Большое значение имеет здесь словарный запас, правильный выбор и употребление слов в зависимости от контекста. Однако слово воспринимается нами не только в его прямом смысловом значении, но и в его звуковой оболочке, в тесной связи с мимикой, жестами, интонацией.

Очевидно, что имидж вербальный неотделим от невербальных компонентов. Под невербальной коммуникацией следует понимать систему невербальных символов, знаков, кодов, использующихся для передачи сообщения. К паралингвистическим компонентам невербальной коммуникации относят: громкость, темп, ритм и высоту звука, а также особенности произношения, речевые паузы, смех, покашливание, вздохи, и т. п.

Кинетический имидж включает в себя жесты, мимику, статику. В коммуникационном процессе жесты сопровождают речь или заменяют ее, при

этом они говорят об отношении человека к другому человеку, событию, предмету. Жесты рассматриваются как внешние проявления внутреннего состояния человека, несут информацию об интенсивности переживания.

Мимика – это координированные движения мышц лица, отражающие состояние, чувства, эмоции. К мимике относят все изменения, которые можно наблюдать на лице человека, включая и психосоматические процессы, например покраснение или побледнение.

Большое е значение в кинетическом имидже имеют позы. Поза – это определенное положение частей тела человека: головы, туловища, рук, ног. Анализировать позу трудно, так как перечисление отдельных элементов мало что дает для ее понимания. Наблюдатель улавливает гармоничность или дисгармоничность взаимосвязей компонентов позы и делает вывод о ее естественности или неестественности, состоянии человека, его отношении к окружающим.

Важными компонентами кинетического имиджа являются *такесика и проксемика.* Такесика занимается изучением жестов-прикосновений. Физический контакт в виде прикосновений, поглаживаний, похлопываний является важным средством взаимодействия между людьми. Проксемика занимается изучением норм пространственной и временной организации общения. Партнеры в процессе коммуникации неосознанно регулируют свое пространство: дистанцию между собой и другими людьми, свое положение относительного другого, и ориентацию в пространстве.

Средовой имидж описывает пространство, которое ассоциируется непосредственно с владельцем имиджа. В деловом пространстве под средовым имиджем понимается, прежде всего, офис и рабочее место. Большое значение в средовом имидже уделяется качеству материалов, цветовому решению, дизайну предметов, их функциональности и технологичности. Средовой имидж отражает сферу деятельности, статус, уровень достигнутого успеха, философию существования и корпоративные нормы, а также общий уровень деловой культуры.

Овеществленный имидж может рассматриваться как самостоятельный компонент или как часть средового имиджа. Это, своего рода, «след», оставленный владельцем имиджа. Таким «следом» могут быть подпись на документе, отправленное письмо, написанное объявление, налитая чашечка кофе, оставленная на столе салфетка, визитная карточка. Каждый элемент овеществленного имиджа имеет проекцию на род деятельности, социальный статус и происхождение, стиль и качество жизни. Особенность двух последних компонентов имиджа заключается в том, что они могут формировать впечатление о своем владельце без его непосредственного участия в контакте.

3.2. Влияние профессионального стресса на социально-психологические компетенции врача

Деларю В.В., Доника А.Д.

Накануне пандемии наблюдался подъем общей численности врачей с ренессансом показателей в 2011, 2014, 2018 гг, как результата принимаемых государственных мер, с тенденциями математической регрессии(рис. 12):

$$Y = -382{,}83x + 704511.$$

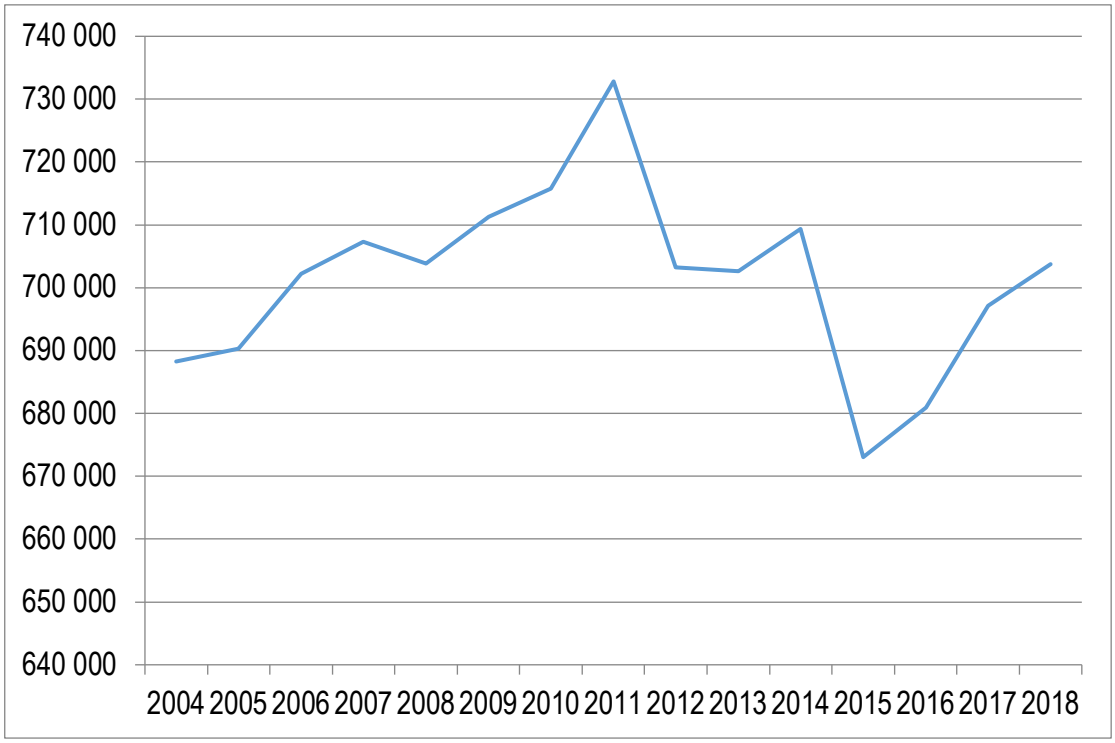


Рис. 12 Динамика численности врачей, оказывающих медицинские услуги населению, по показателю «численность врачей всех специальностей на конец года
По оси ординат: число врачей.
По оси абсцисс: годы расчета показателя

Тем не менее, сохранялся дефицит кадров медицинских специалистов, прежде всего, врачей сельской местности, в период пандемии составляя в среднем по РФ около 25-15% (рис. 12).

На территории Волгоградского региона также отмечается характерная для всей Российской федерации тенденция, отражающая феномен постарения нации – рост численности населения старше трудоспособного – пенсионного возраста (рис. 13).

На фоне снижения численности возрастных группы моложе трудоспособного возраста, для Волгоградского региона, как и в целом для РФ наблюдается стойкая тенденция к снижению численности населения в трудоспособном возрасте.

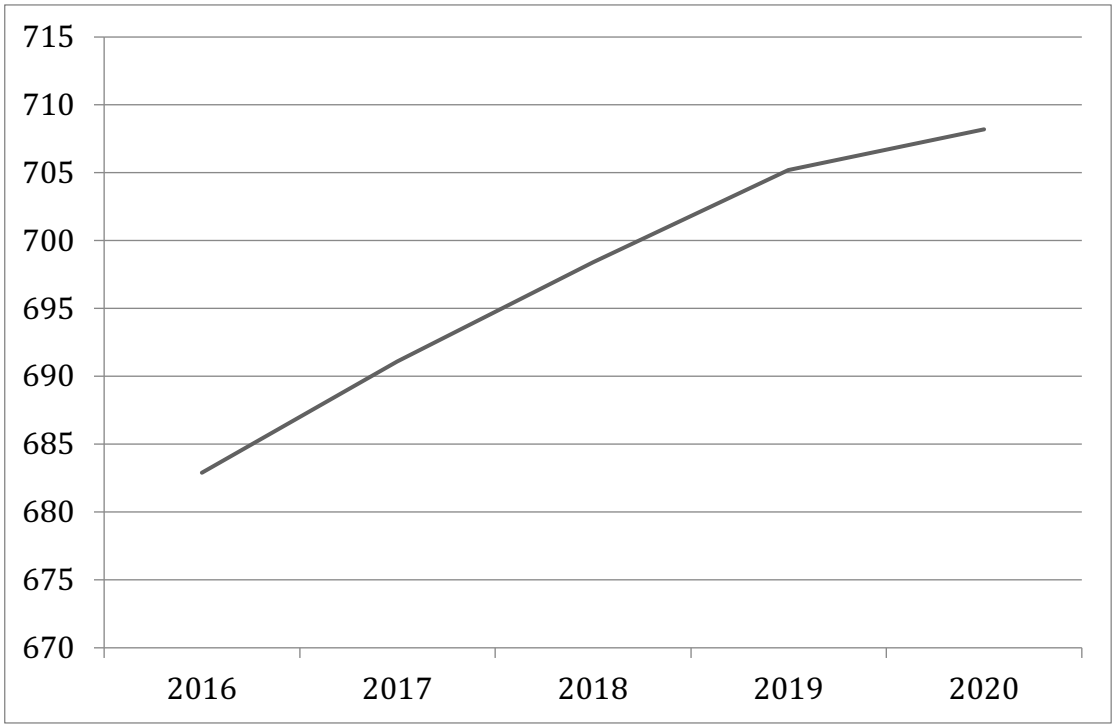


Рис. 13 Динамика численности населения Волгоградской области в возрасте старше трудоспособного

По оси ординат: численность в тыс. чел.
По оси абсцисс: годы

Кадровый дефицит специалистов – определенно тренд времени, поскольку в национальной выборке прогрессирует демографическая тенденция, условно названная «феноменом постарения нации», с ростом численности старших возрастных групп. В рамках Федерального проекта «Старшее поколение» появляются новые статистические показатели, отражающие актуальные демографические паттерны. С 2018 г ведется учет показателя «Ожидаемая продолжительность жизни граждан в возрасте 55 лет (год, значение показателя за год)», который характеризует продолжительность предстоящей жизни лиц, достигших возраста 55 лет, при условии, что повозрастная смертность населения, которая положена в основу построения таблиц смертности, для всего периода предстоящей жизни данного поколения остается неизменной[9]. Для Волгоградской области, как и для доминирующего большинства субъектов РФ наблюдается отрицательная динамика рассматриваемого показателя, в частности в 2021 г. в среднем прогнозируемая продолжительность жизни лиц 55 лет составила 20,41 лет, в 2019 г этот показатель составлял 24,01 года (рис. 14). Для Амурской области рассматриваемые показатели составили соответственно: 20,83 лет (2019 г) и 18,34 лет (2021 г); для Саратовской области – 23,45 года (2019 г) и 19,73 года (2021 г).

[9] URL: https://www.fedstat.ru/organizations/?expandId=1831123

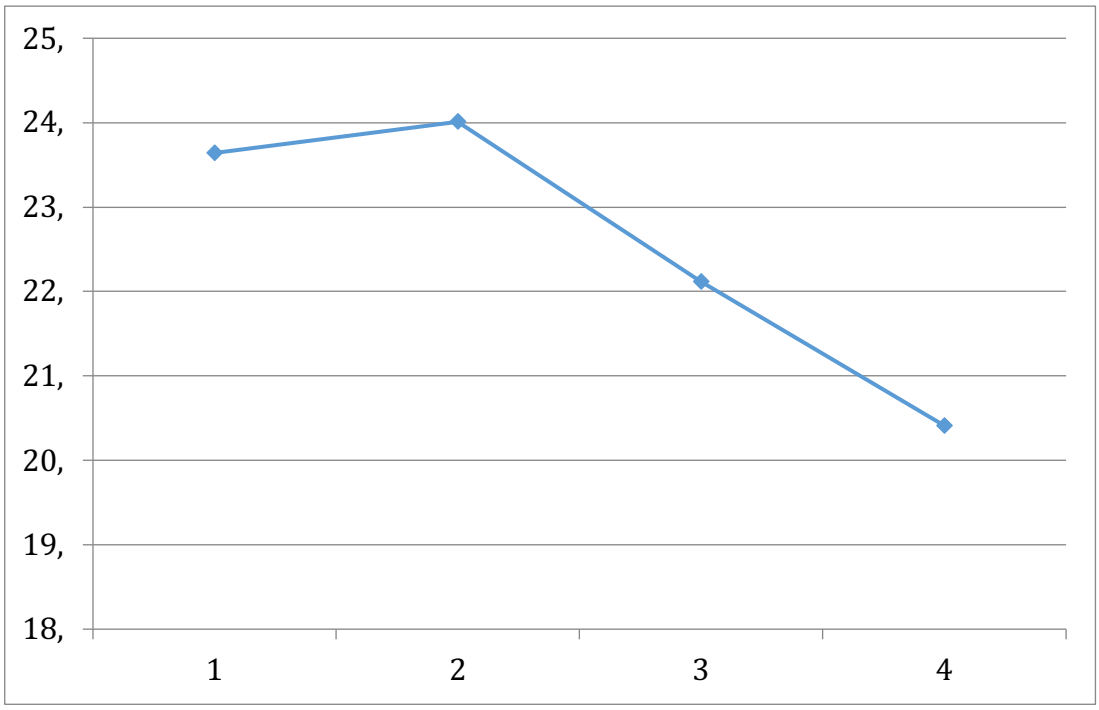


Рис. 14 Динамика показателя «Ожидаемая продолжительность жизни граждан в возрасте 55 лет» для Волгоградской области за 2018-2021 гг.

По оси ординат: прогнозируемые годы жизни после 55 лет
По оси абсцисс: годы – 2018(1), 2019(2), 2021(3), 2024(4)

Рост численности старшей возрастной группы (пенсионного возраста) на территории региона описывает уравнение, отражая стойкую тенденцию:

$$Y = 6{,}47x + 677{,}75 \; R^2 = 0{,}9778$$

Таким образом, на фоне общего роста численности старших возрастных групп населения и сохраняющегося дефицита врачей проблема воспроизводства кадров в современных реалиях приобретает особую актуальность для национального института здравоохранения. Пандемия новой коронавирусной инфекции не создала рассматриваемую проблему, только усугубила ее организационными и кадровыми решениями экстренного характера, направленными, на покрытие дефицита кадров в ковидариях. В тоже время именно экстремальные условия пандемии явились своеобразным триггером для появления новой организационной практики – репрофессионализации врачей.

В качестве медицинских критериев оценки «эмоционального благополучия» (по Варру) может быть использована донозологическая диагностика невротических состояний. Проведенное нами исследование по госпитальной шкале тревоги и депрессии не выявило среди врачей модельной группы клинических форм рассматриваемых невротических состояний. В то же время, субклинические формы тревожных состояний отмечены у 68,2 % (достоверно чаще, чем депрессивные состояния – 28,4%, $p<0{,}05$).

Полученные данные донозологической диагностики отражают влияние профессионального стресса и свидетельствуют о включении компенсаторных механизмов, пределы которых, безусловно, не безграничны.

Отмеченное широкое распространение субневротических расстройств среди врачей-терапевтов, преимущественно тревожного генеза, несомненно, снижает их стрессоустойчивость и является прогностически неблагоприятным признаком для реализации их профессиональной роли.

Для оценки влияния стресса на реализацию профессиональной роли мы применили методику В.В. Бойко, которая позволяет определить стадию развития фаз и уровень сформированности основных симптомов синдрома професионального выгорания (СПВ).

Современная характеристика синдрома професионального выгорания как состояния постепенной утраты эмоциональной, когнитивной и физической энергии, проявляющейся в симптомах истощения, утомления, личной отстраненности, снижения удовлетворения от исполнения работы, позволяет использовать психодиагностический инструментарий синдрома професионального выгорания в качестве маркеров и дискриптов девиаций в профессиональной роли врача.

Полученные результаты позволяют констатировать значительную его распространенность среди исследуемых врачей. Так, у 71,2% врачей-терапевтов регистрируются сложившиеся симптомы синдрома професионального выгорания ($p>0,05$), при этом сформировавшаяся фаза синдрома професионального выгорания отмечена у 37,7% терапевтов. Кроме того, у 21,2% терапевтов диагностированы фазы синдрома професионального выгорания в стадии формирования. Полное отсутствие даже начальных симптомов синдрома професионального выгорания отмечено у 12,4% терапевтов.

Обращает внимание, что у всех исследуемых среди сложившихся симптомов синдрома професионального выгорания чаще регистрируются симптомы фазы резистенции ($p<0,05$). При этом сформировавшаяся фаза резистенции отмечается у 19,6% (достоверно чаще, чем другие фазы СПВ) и формирующаяся – у 24,7 %.

Среди сформировавшихся симптомов наиболее часто встречается симптом *«неадекватного избирательного реагирования»*, характерный для фазы резистенции, отмеченный у 48,6% терапевтов. Преобладание симптомов фазы резистенции свидетельствует о компенсации нервно-эмоционального выгорания, механизмы которой отражают доминирующие симптомы этой фазы. Симптом *«эмоционального дефицита»*, характерный для фазы истощения, регистрируется у 17,5 % терапевтов, а в фазе резистенции – симптом «*эмоционально-нравственной дезориентации*» у 16,6%.

Следовательно, компенсаторным механизмом для врачей-терапевтов является эмоциональная отстраненность, т.е. индеферрентное отношение к пациентам.

Анализ средних значений показал, что наибольшие величины средних значений получены для симптомов «неадекватного избирательного реагирования», «переживания психотравмирующих ситуаций» и «редукции

профессиональных обязанностей» (p>0,05). Преобладающими, является «симптом неадекватного избирательного реагирования», на втором месте «симптом переживания психотравмирующих ситуаций» и «редукции профессиональных обязанностей».

Таблица 3. Распространенность симптомов Синдрома профессионального выгорания в модельной группе врачей

Наименование симптомов и фаз синдрома профессионального выгорания	Число врачей с проявлениями симптомов и степенью выраженности фаз СПВ (в %)	
	В стадии формирования	Сложившийся симптом или сформировавшаяся фаза
Фаза напряжения и ее симптомы:	**22,1**	**12,7**
1.Переживание психотравмирующих ситуаций	27,5	20,6
2. Неудовлетворенность собой	24,1	3,4
3. «Загнанность в клетку»	20,6	6,8
4. Тревога и депрессия	17,2	17,2
Фаза резистенции и ее симптомы:	**24,7**	**19,6**
1.Неадекватное избирательное реагирование	20,6	48,6
2.Эмоционально-нравственная дезориентация	27,5	3,4
3.Расширение сферы экономии эмоций	10,3	20,6
4.Редукция профессиональных обязанностей	30,9	20,6
Фаза истощения и ее симптомы:	**8,7**	**5,4**
1. Эмоциональный дефицит	14,2	17,5
2. Эмоциональная отстраненность	17,2	3,4
3.Личностная отстраненность (деперсонализация)	3,4	15,7
4.Психосоматические и психовегетативные нарушения	27,5	0

Наибольшее значение в плане прогноза социально-профессиональной дезадаптации имеют показатели фазы истощения. Число лиц с сформировавшейся фазой истощения среди исследуемых незначительно – 5,4%, при этом истощение проявляется в основном в личностном плане (эмоциональное истощение).

Доминирование в проявлении синдрома професионального выгорания показателей фазы резистенции (по данным средних значений и результатам распределительного анализа) свидетельствует о развитии защитных механизмов СПВ, в то же время характеристики регистрируемых показателей СПВ (в частности, редукция профессиональных обязанностей и особенно – психосоматические и психовегетативные нарушения) однозначно негативно отражаются на реализации профессиональной роли.

Диагностика наиболее распространенных симптомов позволяет определить ряд механизмов компенсации профессионального стресса (механизмов психологической защиты) для рассматриваемого профессионального поля, таких как, эмоциональная отстраненность, неадекватное избирательное реагирование, расширение сферы экономии эмоций. Выявленные механизмы компенсации эмоционального выгорания по своему содержанию и распространенности могут расцениваться как профессиональные деформации врачей**.** Руководитель медицинской организации формирует ее внутренний психологический климат, и некомпетентное руководство также является стрессогенным фактором.

Заключение

Медицинское обслуживание сопровождает все этапы жизни: от рождения до смерти. В связи с этим человеческая жизнь стала рассматриваться преимущественно как медицинская проблема, то есть как проблема соотношения здоровья и болезни. Человек относится к здоровью как к главному ресурсу и имеет гораздо больше информации о болезнях и способах их лечения.

С другой стороны, медикализация культуры означает и доступность информации. Сакральные некогда знания в области медицины, священные тексты, к которым не были допущены т.н. «простецы», теперь перестали быть таковыми. Это кардинально изменило статус врача в обществе.

Сегодня в отношения вступают «новый врач» и «новый пациент». Они не лучше и не хуже своих предыдущих образцов. Они другие. Их модус полностью соответствует уровню развития общества и вписывается в современную культурную ситуацию.

Расширение профессионального репертуара врача обусловлено также и цифровой трансформацией здравоохранения. Несмотря на свою безусловную значимость цифровизация создает определенные социальные риски для пациентов старшей возрастной группы, численность которой растет, отражая демографический феномен постарения нации. Возникает парадоксальный эффект неудовлетворенности медицинской помощью не по причине недостаточного качества, а по причине недоступности ее цифровых сервисов для пациентов 65+.

Таким образом, среди новых факторов осложняющих менеджмент в медицине следует назвать изменение культурной парадигмы и экономические проблемы, повлиявшие на статус медицинской профессии в последние десятилетия. Необходимо отметить и одновременное повышение личной ответственности врача за результаты лечения, вплоть до уголовного наказания, перманентную ситуацию сменяющих друг друга реформ и реорганизаций в сфере здравоохранения.

Сложная ситуация в медицине рождает немало новых проблем в управлении коллективами учреждений здравоохранения. Современному руководителю приходится сталкиваться с разнонаправленными проблемами. Рыночные отношения, конкуренция, снижение морально-этических норм, прагматизм, цинизм, снижение способности к эмпатии и качественной коммуникации – это требует от современного менеджера большего профессионализма в организации рабочих процессов.

Список литературы

1. Белова Л.И., Чернышева И.В., Черёмушникова И.К. Медицинская культура немцев Поволжья (на примере Сарепты) // Исторические, философские, политические и юридические науки культурология и искусствоведение. Вопросы теории и практики. № 6 (68). 2016. Часть 1. С. 46-49.

2. Воробьев А.А. Реабилитация комбатантов: этический и медицинский подходы. Биоэтика. 2023. Т. 16. № 1. С. 39-43.

3. Голицина О.Ю. Информационная компетентность пациента как его здоровьесберегающий паттерн // Здоровьесбережение: лучшие практики и перспективы. сборник материалов III Региональной научно-практической конференции молодых ученых и студентов. Волгоград, 2023. С. 55-56.

4. Давтян С., Хачатрян М. Личная неприкосновенность // Биоэтика. № 1 (17). 2016. С. 10

5. Доника А.Д., Шипунов Д.А. Человеческое достоинство и права человека (о праздновании международного дня биоэтики в Волгоградском медицинском университете) // Биоэтика. 2016. № 2(18). С.56-57.

6. Доника А.Д., Ягупов П.Р., Этическое образование в медицинском вузе: европейская практика // Биоэтика. 2018. № 2 (22). С. 31-34.

7. Доника А.Д. Благо и вред: этические вызовы пандемии COVID-19 // Этические и правовые вызовы пандемии COVID-19. Сборник материалов научной конференции студентов и молодых ученых, посвященной празднованию Международного дня Биоэтики. 2020. С. 6-8.

8. Доника А.Д. Информационные экосистемы как паттерны современной медицины. Монография. Тамбов, 2022. 84 с.

9. Доника А.Д. Особенности оценки правовых норм и этических дилемм студентами медицинского вуза // Медицинское право. 2019. № 6. С. 44-48.

10. Доника А.Д., Ягупов П.Р. Этическое образование в медицинском вузе: европейская практика // Биоэтика. 2018. № 2 (22). С. 31-34.

11. Доника А.Д., Шестаков А.А. Биоэтика XXI века: национальные интересы и международные исследования // Биоэтика. 2019. № 1 (23). С. 60-62.

12. Доника А.Д. Проблема формирования этических регуляторов профессиональной деятельности врача // Биоэтика. 2015. № 1 (15). С. 58-60.

13. Доника Е.С. Социальная оценка маркетинга медицинских услуг (по данным обзора зарубежной литературы) // Менеджмент в здравоохранении: вызовы и риски XXI века. Сборник материалов II Всероссийской научно-практической конференции. 2018. С. 238-242.

14. Доника А.Д. Социологический прогноз комплаентности молодежи к современным векторам государственной политики. Монография. Тамбов, 2023. 88 с.

15. Доника А.Д. Этика искусственного интеллекта: социологический подход // Биоэтика. 2023. Т. 16. № 2. С. 26-31.

16. Еремина М.В. Социальная группа "65+": этическая дилемма пандемии Биоэтика. 2022. Т. 15. № 1. С. 46-50.

17. Еремина М.В. Влияние пандемии COVID-19 на социальную интеракцию врача и пациента // Вестник Биомедицина и социология. 2022. Т. 7. № 2. С. 3-8.

18. Ерохина А.В. Современный контент автономии и ответственности в клинической медицине // Международный журнал экспериментального образования. 2017. № 4-1. С. 53-54.

19. Корниенко А.В. Картельные соглашения в Российской Федерации в условиях пандемии // Вопросы российской юстиции. 2020. № 7. С. 173-181.

20. Лео Г. Социальные и политические последствия пандемии и концептуализация экономик Запада // Научные труды Вольного экономического общества России. 2020. Т. 223. № 3. С. 573-576.

21. Литвинова М., Мишина В. Сколько жертв у пандемии по причине неправильного ухода? Как должны помогать и как помогают ковид-пациентам с инвалидностью. URL: https://www.kommersant.ru/doc/4592389

22. Ивашева В.В., Черёмушникова И.К. Управление жалобой: возможности психологического аспекта // Менеджмент в здравоохранении: вызовы и риски XXI века. Сб. мат. Третьей Всероссийской научно-практической конф. Волгоград, 2019. С. 139-140.

23. Омаров Р.А. Принцип автономии пациента в клинической медицине // Международный журнал экспериментального образования. 2017. № 3-2. С. 218.

24. Островский А.М., Коляда И.Н. Характеристика «первичных» биоэтических представлений иностранных студентов-медиков // Актуальные проблемы медицины: сборник научных статей Республиканской научно-практической конференции. Гомель: ГомГМУ, 2020. Т. 1. С. 183-186.

25. Петров В.И., Седова Н.Н. О чем забыли сказать в новом законе // Биоэтика. 2011. № 2 (8). С. 26-25.

26. Петров А.В., Черемушникова И.К., Петрова И.А. Социальная история медицины: новая наука или новые подходы к старым традициям // История науки и техники. 2021. № 12. С. 9-17.

27. Перхов В.И., Гриднев О.В. Уроки пандемии COVID-19 для политики в сфере общественного здравоохранения // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2020. № 2. С. 206-221.

28. Поройский С.В., Доника А.Д., Еремина М.В. Оценка влияния стресса на профессиональную готовность врача // Медицина катастроф. 2022. № 1. С. 44-48.

29. Поройский С.В. Готовность врача скорой медицинской помощи к профессиональной деятельности в экстремальных ситуациях // Волгоградский научно-медицинский журнал. 2015. № 1. С. 8-10.

30. Поройский С.В. Оценка готовности медицинского специалиста к профессиональной деятельности в экстремальных ситуациях // Медицина катастроф. 2014. № 2 (86). С. 53-54.

31. Поройский С.В. Профессиональная готовность врача к действиям в экстремальных ситуациях // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. 2014. № 2с (50). С. 109-111.

32. Семенова Е.Г., Черёмушникова И.К. К вопросу о врачебной этике: исторические реконструкции на основе комплементарных дискурсов // Биоэтика. 2020. № 2 (260). С. 6-9.

33. Саад Ф.А. Неолиберализм и пандемия КОВИД-19: политэкономический анализ // Научные труды Вольного экономического общества России. 2020. Т. 223. № 3. С. 565-572.

34. Трубникова Т.В. Конституционное право каждого на судебную защиту его прав и свобод и право на справедливое судебное разбирательство: соотношение и место в уголовном процессе РФ // Право и жизнь. 2010. № 143 (5). С. 115-127.

35. Трофимов Д.В. Социальные сети как технологии имиджевой политики образовательной организации // Primo Aspectu. 2023. № 1 (53). С. 29-34.

36. Филиппов А.В., Доника А.Д. Уроки пандемии: этика безопасности // Биоэтика. 2021. № 1 (27). С. 32-35.

37. Шкарин В.В. Структура группы пенсионеров в россии в динамике 2014-2022 гг. // Здоровое долголетие – 2023. Материалы региональной научно-практической конференции. Волгоград, 2023. С. 3-6.

38. Шкарин В.В. Современные тренды оказания психологической помощи умирающим пациентам. // Актуальные вопросы клинической психологии в регионе. Материалы Всероссийской научно-практической конференции. 2020. С. 199-202.

39. Шкарин В.В., Поройский С.В. Современные проблемы оказания помощи на догоспитальном этапе // Безопасность – 2019. материалы III Межрегиональной научно-практической конференции. Волгоград, 2019. С. 6-8.

40. Шкарин В.В. Волгоградский опыт гуманитарного образования в медицинском вузе // Биоэтика. 2020. № 1 (25). С. 22-27.

41. Чернышева И.В., Черемушникова И.К., Петрова И.А. Исторические источники XIX века о женской моде и здоровье // Известия Волгоградского государственного педагогического университета. 2017. № 6 (119). С. 152-156.

42. Черёмушникова И.К., Петрова И.А. Ассимметрия культурных кодов и нарративная компетентность в коммуникации врач – пациент // Здоровье и образование в XXI веке. Том 19. 2017. № 8. С. 223-225.

43. Черёмушникова И.К., Петров А.В. Коммуникативная компетентность врача в условиях медикализации культуры // Социальная сфера экономики: исследования, проблемы и перспективы развития: Монография / Под. ред. С.Ю. Соболевой. Волгоград. Издательство ВолгГМУ, 2015. С. 200-219.

44. Черёмушникова И.К. «Ускользающий феномен»: к вопросу о методе исследования имиджа // Философия социальных коммуникаций. 2011. № 1 (14). С. 123-130.

45. Черёмушникова И.К. Имидж в эпоху «восстания масс» // Известия Волгоградского государственного технического университета. Серия: Проблемы социально-гуманитарного знания. № 9 (69) Волгоград: изд-во ВолГТУ, 2010. С. 103-107.

46. Чернышева И.В., Черемушникова И.К. Имидж как основной инструмент продвижения социальных и медицинских услуг на рынке // Менеджмент в здравоохранении: вызовы и риски XXI века. Сборник материалов V Международной научно-практической конференции. Волгоград, 2021. С. 242-246.

47. Черёмушникова И.К. Совместимы ли мода и медицина? // Бюллетень Национально-исследовательского института общественного здоровья им. Семашко. Мат. международного симпозиума. М., 2017. С. 206-209.

48. Чернышева И.В., Черёмушникова И.К. Нарративная и коммуникативная компетентность как необходимые составляющие профессиональной коммуникации в медицине // Менеджмент в здравоохранении: вызовы и риски в XXI века. Сб. ст. научно-практической конф. Волгоград, 2019. С. 366-368.

49. Черёмушникова И.К. От медицины болезни – к медицине здоровья: тренажерные устройства XIX в. // Opera medica historica. Труды по истории медицины. Альманах РОИМ. Российское общество историков медицины. Москва, 2018. С. 382-385.

50. Черёмушникова И.К. Мотивация персонала в учреждениях здравоохранения: все ли решают деньги? // Мат. Второй Всероссийской научно-практической конференции «Менеджмент в здравоохранении: вызовы и риски XXI века». Волгоград, 2017.

51. Черёмушникова И.К. Петров А.В., Чернышева И.В. Профессионально значимые установки в коммуникации врач-пациент // Биоэтика. 2017. № 2. С. 46-49.

52. Черёмушникова И.К., Чернышёва И.В. «Новый врач» и «новый пациент»: сотрудничество или противостояние // История медицины в собраниях архивов, библиотек и музеев. Мат. второй межрегиональной научно-практической конференции- 15-16 сентября 2015 г. Волгоград, 2015. С. 176-184.

53. Черёмушникова И.К., Чернышева И.В. Новации в медицинской практике XIX века: увлечение модой или поиск научных оснований? Вестник Смоленской государственной медицинской академии. 2020. Т. 19. № 2. С. 237-245.

54. Чернышева И.В., Черёмушникова И.К. Гуманизация медицинского образования: потенциал истории медицины // Мат. 14 Всерос. конф. «Философские проблемы биологии и медицины». Воронеж: ВГМУ им Н.Н. Бурденко Минздрава России, 2021. С 183-187.

55. Черёмушникова И.К. Литературно-художественные тексты как источник для культурологических реконструкций в истории медицины (на примере романа Ги де Мопассана «Монт-Ориоль» // Вестник Томского государственного университета. Серия Культурология и искусствоведение. 2020. № 40. С. 131-146.

56. Чернышева И.В., Черемушникова И.К. "Сделано в Сталинграде": медицинское и хирургическое обеспечение войск в период Сталинградской битвы // История науки и техники. 2023. № 5. С. 49-56.

57. Abramson R. Some problems in medical ethics in modern psychiatric practice, UNESCO Chair in Bioethics 10th World Conference on Bioethics, Medical Ethics and Health Law, Jerusalem, Israel: Program and Book of Abstracts 2015;84.

58. Agapova E.G. Ethical problems of medics's interaction with eldery patients on the examinaton of the social group of militari retirees // Биоэтика. 2017. № 1(19). С. 49-52.

59. Agapova E.G., Pritulina Y.G. Procedure for determining compliance with outpatient treatment for respiratory infections in military pensioners // Profilakticheskaya Meditsina. 2019. Т. 22. № 1. P. 118-123.

60. Brazeau C.N., Shanafelt T., Distrss among matriculating medical students relative to the general population. Academic Medicine, 2014, 89(11):1520-5.

61. Goldie J. The formation of professional identity in medical students: considerations for educators // Med Teach. 2016. Vol. 34(9). P. 641–648.

62. Gulkizilca Yu. Incorporatinjg medical anthropology into teaching Bioethics in medical faculty: a case example from Turkey: UNESCO Chair in Bioethics 12th World Conference on Bioethics, Medical Ethics and Health Law, Limassol, Cyprus, March 21-23, 2017; Book of Abstracts: 78.

63. Capano G., Goyal N. Mobilizing policy (in) capacity to fight COVID-19: Understanding variations in state responses. Policy and Society. 2020; 39(3): 285-308.

64. Dongmei Xiong et al. Medical ethics teaching reform and practice in local medical university of China: UNESCO Chair in Bioethics 12th World Conference on Bioethics, Medical Ethics and Health Law, Limassol, Cyprus, March 21-23, 2017; Book of Abstracts: 79.

65. Donika A.D., Eremina M.V. Assessment of neuropsychological stability of the doctor in emergency situation. Journal of Natural Remedies. 2020. T. 21. (5):1-5.

66. Donika A.D. Modern trends of research of professiogenesis problem on the model of medical specialties: Human Ecology (Russian Federation). 2017; 2:52-56.

67. Donika A. The study of professional deformations of doctors as deviations of their professional role. International Journal of Emergency Mental Health. 2015. T. 17. № 4. C. 714-716.

68. Dyrbye L.N., West C.P., Satele D., Boone S., Tan L., Sloan J., Shanafelt T.D. Burnout among U.S. medical students, residents, and early career physicians relative to the general U.S. population. Academic Medicine, 2015, 89(3):443-51.

69. Donika A.D. Sociolodical studies in medicine: Bioethical content (Russian experience). Medicine and Law. V.37. Issue 2. June 2018. P. 315-326.

70. Donika A.D., Poroyskiy S.V. Methods of evaluation of neuro-psychological stability for the diagnostics of prenozological status in extreme conditions. International Journal of Pharmaceutical Research. 2019. T. 11. № 1. C. 184-187.

71. Druckman J.N. et al. Affective polarization, local contexts and public opinion in America // Nature Human Behaviour. 2020. 1-11.
DOI: 10.7910/DVN/H7AT3N

72. Espelage D.L., Bosworth K., Simon T.R. Short-term stability and prospective correlates of bullying in middle-school students: an examination of potential demographic, psychosocial and environmental influences. Violence Vict. 2014 Aug. Vol.16(4). P. 411-426.

73. Haramati A. A perspective on health professions education. Explore (NY). 2016. Vol. 9. P. 272-273.

74. Tejedor S., Cervi L., Tusa F., Portales M., Zabotina M. Information on the COVID-19 Pandemic in Daily Newspapers' Front Pages: Case Study of Spain and Italy // International Journal of Environmental Research and Public Health. 2020. Vol. 17. URL: https://www.mdpi.com/1660-4601/17/17/6330

75. Jiun-Yi Tsai, Joe Phua, Shuya Pan, Chia-chen Yang. Intergroup Contact, COVID-19 News Consumption, and the Moderating Role of Digital Media Trust on Prejudice Toward Asians in the United States: Cross-Sectional Study // Journal of medical Internet research. 2020. Vol. 22, issue 9. 22767.
URL: https://www.jmir.org/2020/9/e22767/

76. Mammadova V.Y., Mammadov V.G. Medical law, bioethics and multiculturalism: points for close cooperation of UNESCO and WAML // Биоэтика. 2017. № 1 (21). 2018. С. 23.

77. Morabia A. COVID-19: Health as a Common Good // American Journal of Public Health. № 110. P. 1111-1112. DOI: 10.2105/AJPH.2020.30580

78. Peretti-Watel, Patrick, et al. "A future vaccination campaign against COVID-19 at risk of vaccine hesitancy and politicisation". The Lancet Infectious Diseases. 2020. DOI: 10.1016/S1473-3099(20)30426-6

79. Phelan A.L. et al. Legal agreements: barriers and enablers to global equitable COVID-19 vaccine access // The Lancet. 2020. Т. 396. №. 10254. P. 800-802. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)31873-0

80. Schwalbe N., Lehtimaki S., Gutiérrez J. P. COVID-19: rethinking risk // The Lancet Global Health. 2020. Т. 8. № 8. 974-975.
DOI: 10.1016/S2214-109X(20)30276-X

81. Shkarin V.V. National pecularities of teaching bioethics in the medical university // Биоэтика. 2019. № 2 (24). С. 25-30.

82. Coats T.J., Davies G. et al. Prehospital care for road traffic casualties. BMJ. 2014 May 11; 324(7346): 1135-1138.