

УДК 614.2-057.177:316.663]:005.7

## МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ И РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ РОЛИ РУКОВОДИТЕЛЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ. ЧАСТЬ 2. ВНУТРИОРГАНИЗАЦИОННЫЙ И СОЦИАЛЬНЫЙ УРОВНИ ИЗУЧЕНИЯ

С.Л.Бойко, М.Ю.Сурмач

Гродненский государственный медицинский университет,  
ул. М.Горького, 80, 230009, г. Гродно, Республика Беларусь\*

*В статье представлены результаты социологического опроса руководителей системы здравоохранения, проанализированы характеристики социальной роли руководителя с позиции социологии управления (внутриорганизационный и социальный уровни): вопросы социальной ответственности в работе руководителей, социализации молодых специалистов, мнение о компонентах имиджа своего учреждения здравоохранения. На основе анализа обеих (первой и второй) частей статьи раскрыта сущность социальной роли руководителя в системе здравоохранения, предлагаются перспективные направления её дальнейшего изучения.*

*Ключевые слова:* руководитель здравоохранения; социальная роль; имидж здравоохранения, система здравоохранения, социологический анализ.

Предметом данного исследования являлась социальная роль руководителя системы здравоохранения.

Цель исследования заключалась в разработке методических основ социологического анализа социальной роли руководителя здравоохранения, изучении социально-психологических, статусных и социально-демографических характеристик руководителей системы здравоохранения, а также установлении приоритетных направлений дальнейших исследований в данной предметной области.

### Материалы и методы

Посредством авторской программы исследования выполнен социологический анализ социальной роли руководителя в здравоохранении на внутриорганизационном и социальном уровнях.

Объектом исследования являлись руководители здравоохранения Гродненской области. Применен бесповторный случайный отбор на основе добровольного согласия с критерием исключения – возраст свыше 70 лет. Выборка составила 143 руководителя системы здравоохранения в возрасте от 26 до 70 лет. Расчет объема выборки был произведен с учетом генеральной совокупности руководителей Гродненской области [1], что обеспечило достоверность статистических данных на уровне 99,0–99,7%. Для статистической обработ-

ки социологического материала применены методы непараметрической статистики с расчетом межгрупповых различий посредством критерия  $\chi^2$ .

### Результаты и обсуждение

**Внутриорганизационный уровень.** Среди более 10 разных вариантов социальной поддержки для медицинских работников, возможно применимых в нашей стране руководители определили следующие: улучшение жилищных условий (45%), существенное повышение заработной платы (90%), оставшиеся варианты были отмечены менее чем 10% респондентов. Переход на более высокооплачиваемую работу как причину увольнения сотрудника по собственной инициативе назвали максимальное количество опрошенных – 57%, на втором месте – возможность карьерного и профессионального роста в другой организации (19 и 18% соответственно).

По вопросу о нематериальных формах поощрения каждый третий руководитель здравоохранения отметил, что в системе вполне достаточно знаков профессионального признания и наград. Стимулы качественной работы, по мнению руководителей, были ранжированы и распределены следующим образом:

I место – признание коллегами на работе (70%);

II место – признание в профессиональном сообществе (52%);

\* Исследование выполнено при поддержке Белорусского республиканского фонда фундаментальных исследований (договор с БРФФИ от 02.05.2019 г. №Г19-061).

III место – признание руководством организации/учреждения (41%);

IV место – социальные гарантии и заработная плата (24/21%);

V место – достойная пенсия (20%).

Подтверждают приведенные результаты ответы на вопрос анкеты «Почему специалисты работают в Вашей организации (стаж более 2 лет)»: в 40% случаев респонденты отметили сплоченный коллектив, при этом каждый второй считает личность руководителя ключевой фигурой формирования климата в подразделении/учреждении.

Очевидно, что социальные факторы играют важную роль в качестве стимулов качественной работы, при этом личные достижения, их общественная оценка и признание являются ведущими. И здесь уместно вспомнить, что при самооценке ключевых позиций (индивидуальный уровень социальной роли описан в первой части статьи), которые, по мнению руководителей, никак не могут повлиять на заработную плату, именно актуальные для человека позиции не имеют веса. Научно обоснованно можно утверждать, что имеет место конфликт ценностей: важные для руководителей профессионализм и личное участие не являются, по мнению руководителей, первостепенными при оценке их деятельности.

Социализация молодых специалистов – процесс становления врача/медицинской сестры, усвоение корпоративной (культура всей системы) и организационной (традиции и нормы отдельного учреждения здравоохранения) культуры, процесс адаптации личности к новым внешним трудовым условиям [2].

С точки зрения руководителей здравоохранения, около 80% врачей осознанно выбирают профессию, ответственными за социализацию молодых специалистов респонденты назвали: заведующего отделением (49%), председателя профсоюзной организации (46%) и непосредственно главного врача (44%). Среди мероприятий, которые

проводятся в учреждениях для вовлечения молодых специалистов в жизнь коллектива, весомое место занимает участие в общественной жизни (77%), посвящение в профессию (67%) и привлечение к художественной самодеятельности (42%), что свидетельствует об активной работе первичных профсоюзных организаций и Белорусского профсоюза работников здравоохранения в целом. Так, в Соглашении между Министерством здравоохранения Республики Беларусь и Белорусским профсоюзом работников здравоохранения на 2019–2021 годы есть глава «Социальная защита молодежи», где определен ряд мер по защите трудовых и социально-экономических прав работающей молодежи, а также предложены конкретные нормы для внесения в коллективные договоры организаций, которые дополнительно, сверх действующего законодательства, защищают молодежь [10].

Социализация молодого специалиста включает два компонента: усвоение социального опыта (через влияние внешней среды на процесс становления личности) и воздействие молодого специалиста на внешнюю среду [8]. В результате проведенного нами социологического опроса руководителей получены приведенные в табл. 1 следующие ответы на вопрос о возможности изменения среды молодым специалистом.

Таким образом, профессионализм и практический опыт, с точки зрения руководителей, являются определяющими качествами, при наличии которых молодой специалист сможет изменять организационную культуру в учреждении, то есть получить авторитет.

**Социальный уровень.** Репутации сотрудников учреждения и их клинический опыт у 72% руководителей названы ключевыми факторами, от которых зависит имидж учреждения; в каждом втором ответе на вопрос о факторах, от которых зависит имидж, названы внешний вид учреждения, оборудование отделений и кабинетов (53%);

Таблица 1

**Распределение ответов на вопрос, каким образом молодой специалист может повлиять на изменение внутреннего климата и правил в учреждении?**

№	Вариант ответа	В процентах от выборки
1	Это невозможно и не происходит	15
2	Через возможность выступать с предложениями напрямую к руководителю	38
3	<b>Путем получения авторитета в лечебной работе</b>	<b>48*</b>
4	Через авторитет в культурно-массовой и спортивной деятельности	22
5	Другое	1
6	Затрудняюсь ответить	14

\*  $p < 0,05$ .

на третьем месте из этих факторов, по мнению руководителей, – мнение журналистов и характер публикаций в СМИ и новостях региона и страны (41%), на четвертом – эффективность и удобство работы сайта организации и корректность работы с электронными обращениями (37%).

В табл. 2 указаны наиболее слабые стороны в деятельности организаций здравоохранения, где работают респонденты.

Для анализа социальных связей в анкету руководителя были включены вопросы, касающиеся профессиональных, в том числе, деонтологических, ошибок и социальной защищенности/незащищенности врача в случае возникновения таких ошибок.

Каждый четвертый респондент считает, что врач имеет право на профессиональную ошибку. 46% отметили, что врач должен быть застрахован от такой ошибки, при этом, в 40% известных опрошенным случаях профессиональной ошибки был наказан врач. В статье 51 Закона Республики

Беларусь «О здравоохранении» закреплены обязанности врача квалифицированно выполнять свои служебные обязанности, в статье 50 – право врача на страхование от профессиональной ошибки, от которой пострадали жизнь или здоровье пациента, не связанной с небрежным или невнимательным исполнением им служебных обязанностей [3]. Однако в белорусской системе права квалификация «профессиональной ошибки» врача как правового термина отсутствует.

Среди профессиональных ошибок, в понимании термина руководителями здравоохранения, лидируют объективные ошибки (52%), распределение ответов представлено в табл. 3.

Среди деонтологических ошибок наиболее часто встречающимися названы ошибки поведения врача с пациентами (62%) и ошибки поведения врача с родственниками пациентов (62%).

Отрадно, что 76% руководителей отмечают свою сферу деятельности как интересную и называют этот фактор самым ценным в работе для

Таблица 2

**Распределение ответов руководителей здравоохранения Гродненской области о наиболее слабых сторонах в деятельности организации здравоохранения, в которой они работают\***

№	Вариант ответа	В процентах от выборки
1	Внутренние проблемы (организационные)	15
2	Износ оборудования	44
3	Кадры	32
4	Финансовые проблемы	45
5	Репутация организации	4
6	Другое	7

\* Результаты, приведенные в таблице, носят исключительно описательный характер.

Таблица 3

**Распределение ответов на вопрос о наиболее часто встречаемых профессиональных ошибках\* (в понимании термина и по мнению руководителей здравоохранения Гродненской области)**

№	Вариант ответа	В процентах от выборки
1	Объективные	52**
2	Субъективные	19
3	Лечебные	12
4	Организационные	31
5	Деонтологические	31

\* Для целей настоящего исследования использована следующая классификация ошибок:

объективные, например, нетипичность течения заболевания;

субъективные, например, отсутствие опыта и низкая квалификация врача;

лечебные (тактические), например, ошибки в выборе объема и метода оперативного вмешательства;

лечебные (технические), например, ошибки использования медицинской техники, оставление инородных тел;

организационные (административные) – ошибки в оформлении документации;

деонтологические – ошибки поведения и общения врача в коллективе и при выполнении своих должностных обязанностей.

\*\*  $p < 0,05$ .

себя, на втором месте по ценности – хороший трудовой коллектив (43%), на третьем – социальная значимость профессии (43%). С точки зрения социальной психологии и социологии управления полученные результаты отражают важные ресурсные компоненты, которые можно использовать для повышения мотивации руководителей, а также для формирования корпоративной культуры системы здравоохранения на принципах превалирования профессионализма, высокой персональной социальной ответственности и коллегиальности.

#### Выводы

Анализ социальной роли руководителя здравоохранения на организационном уровне показал высокую значимость личного профессионального, врачебного авторитета в коллективах, что не совпадает с основным критерием, от которого, по мнению руководителей, зависит заработная плата (эти результаты приведены в первой части статьи), результаты достоверны, коррелируют со всеми вопросами относительно имиджа и авторитета, в том числе, и в ключе социализации молодых специалистов. Репутацию сотрудников и их клинический опыт руководители считают основными в формировании имиджа своего учреждения.

#### Заключение

На основании информации, полученной в двух разделах исследования, можно заключить, что сущность социальной роли руководителя в рамках социологии управления раскрывается через понятия «профессионализм», обеспечивающий эффективность действий руководителя внутри управляемой им социальной группы и, вследствие этого, позволяющий достичь основной цели организации; «трудовая мотивация», способствующая стабильности функционирования социальной организации за счет удовлетворения потребностей ее руководителей и, как следствие, потребностей общества; «организационная культура», являющаяся частью культуры того общества, в котором функционирует данная организация, а также категории «лидерства» и «карьеризма», без которых невозможно изучение роли руководителей любого уровня. Данные понятия и категории, с одной стороны, зависят от изменений социальной ситуации в обществе, с другой, – влияют на формирование этой ситуации и, наконец, способствуют удовлетворению потребностей общества.

Приоритетными направлениями научных исследований социальной роли руководителей системы здравоохранения с позиции социологии управления могут являться следующие: исследование возможностей повышения имиджа здравоохранения, перспектив карьерного роста, профессио-

нальной подготовки кадров, повышения квалификации, социальной защищенности врачей, в том числе, в случае профессиональной ошибки.

#### Литература

1. Здравоохранение в Республике Беларусь [Электронное издание]: офиц. стат. сб. за 2017 г. – Минск: ГУ РНМБ, 2018. – 274 с. – Режим доступа: [http://minzdrav.gov.by/upload/dadvfiles/%D0%97%D0%B4%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%BE%D0%BE%D1%85%D1%80%D0%B0%D0%BD%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5%20%D0%A0%D0%91%20%D1%81%D0%B1%D0%BE%D1%80%D0%BD%D0%B8%D0%BA\\_2017.pdf](http://minzdrav.gov.by/upload/dadvfiles/%D0%97%D0%B4%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%BE%D0%BE%D1%85%D1%80%D0%B0%D0%BD%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5%20%D0%A0%D0%91%20%D1%81%D0%B1%D0%BE%D1%80%D0%BD%D0%B8%D0%BA_2017.pdf). – Дата доступа: 01.10.2019.
2. Ильин, Г.Л. Социология и психология управления / Г.Л.Ильин. – М.: Академия, 2008. – 190 с.
3. О здравоохранении [Электронный ресурс]: Закон Респ. Беларусь, 18 июня 1993 г., №2435-ХП // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2019.
4. Парсонс, Т. О социальных системах / Т.Парсонс. – М.: Академический проект, 2002. – 832 с.
5. Петрович, М.В. Здравоохранение как экономическая система [Текст] / М.В.Петрович, И.С.Абельская // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2002. – №4. – С.3–5.
6. Решетников, А.В. Социология медицины (введение в научную дисциплину): Руководство / А.В.Решетников. – М.: Медицина, 2002. – 976 с.
7. Сидоров, Г.А. Современные проблемы профессиональной деятельности руководителей учреждений здравоохранения [Текст] / Г.А.Сидоров, А.И.Пехов, В.М.Губарев // Экономика здравоохранения. – 2008. – №1. – С.24–26.
8. Сурмач, М.Ю. Социология медицины: предмет, методология и сферы применения в Республике Беларусь: монография / М.Ю.Сурмач; М-во здравоохранения Респ. Беларусь, УО «Гродн. гос. мед. ун-т», [Каф. общественного здоровья и здравоохранения]. – Гродно: ГрГМУ, 2016. – 315 с.
9. Фененко, Ю.В. Социология управления: Учебное пособие / Ю.В.Фененко. – М.: ПКЦ Альтекс, 2005. – 236 с.
10. Часнойть, Р.А. Охрана труда – актуальный вопрос профсоюзной деятельности на современном этапе [Текст] / Р.А.Часнойть // Медицина: научно-практический рецензируемый журнал. – 2014. – №1. – С.71–77.

#### METHODOLOGICAL BASIS AND RESULTS OF STUDY OF SOCIAL ROLE OF MANAGER IN HEALTHCARE SYSTEM. PART 2. INTRA-ORGANIZATIONAL AND SOCIAL LEVELS OF STUDY

S.L.Boyko, M.Yu.Surmach

Grodno State Medical University, 80, M.Gorky Str., 230009, Grodno, Republic of Belarus

Results are presented of sociological survey of healthcare system managers, characteristics are analyzed of social role of healthcare manager from position of management sociology (intra-organizational and social levels); issues of social responsibility in work of healthcare managers, socialization of young medical professionals, healthcare managers' opinion on image components of their healthcare institutions. Essence of healthcare manager's social role is revealed and promising avenues for its further study are proposed based on analysis of both (first and second) parts of the article.

Keywords: healthcare manager; social role; image of healthcare institution; healthcare system; sociological analysis.

**Сведения об авторах:**

**Бойко Светлана Леонидовна**, канд. мед. наук, доцент; УО «Гродненский государственный медицинский университет», зав. кафедрой психологии и педагогики; тел.: (+37515) 2445529, (+37533) 3012343; e-mail: sduduk@yandex.ru.

**Сурмач Марина Юрьевна**, д-р мед. наук, доцент; УО «Гродненский государственный медицинский университет», зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения; тел.: (+37515) 2600809, (+37529) 2826383; e-mail: marina\_surmach@mail.ru.

*Поступила 04.10.2019 г.*