

УДК 614.2-057.177:316.663]:159.9.072.42

## **МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ И РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ РОЛИ РУКОВОДИТЕЛЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ. ЧАСТЬ 1. ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ ИЗУЧЕНИЯ**

**С.Л.Бойко, М.Ю.Сурмач**

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

*В статье проведен анализ профессиональной группы руководителей системы здравоохранения с позиций социологии управления, предложена методология социологического анализа социальной роли руководителя здравоохранения. Выделены следующие направления такого анализа: возможность карьерного роста, ценность работы и удовлетворенность ее оплатой, социализация молодых специалистов, имидж учреждения, организационная культура, правовая защищенность врача. По данным эмпирического исследования, проанализированы характеристики социальной роли руководителя здравоохранения, полученные при изучении ее на индивидуальном уровне: вопросы морального и материального стимулирования в работе руководителей, субъективная оценка ими семейного благополучия, их индивидуальное мнение о зависимости оплаты труда от уровня профессионализма и качества деятельности.*

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

### **Введение**

В соответствии со статьей 1 Конституции Республики Беларусь, наша страна – унитарное демократическое социальное правовое государство. Основой социального правового государства является взаимная социальная ответственность граждан и государства, а функцией государства как главного субъекта социального управления – регуляция и поддержание социального порядка и устойчивого воспроизведения общества.

Базовая составляющая социальной сферы – система здравоохранения, и ключевое значение имеет готовность системы оперативно реагировать на вызовы времени. Ввиду своей исключительно высокой социальной значимости, здравоохранение находится под пристальным вниманием государства, что отражено в объемах и уровне регулирующих правовых актов, в степени поддержки медицинской науки. Объективным следствием такой значимости является повышенное внимание средств массовой информации к проблемам медицинской среды. Парадоксальным, но, вместе с тем, и закономерным следствием такой значимости становится также факт, что неудовлетворенность медицинской помощью становится причиной неудовлетворенности пациента (то есть по сути, любого человека) социальной политикой в целом.

Руководители здравоохранения – главные врачи, заместители, заведующие отделениями – являются проводниками приоритетов социальной политики государства. Результаты изучения мнений этой профессиональной группы о некоторых вопросах профессиональной и социальной сферы, связанных с их трудовой деятельностью, анализа данных самооценки их социального статуса могут послужить научной базой для своевременного реагирования на проблемные вопросы в организации здравоохранения [2].

Система здравоохранения как часть социальной сферы наиболее чувствительна к изменениям как со стороны государства (система оплаты труда, подготовка медицинских кадров, реформы), так и со стороны общества (удовлетворенность/неудовлетворенность помощью, вопросы доступности медицинских услуг, имидж здравоохранения и общественное мнение об отдельных представителях и системе в целом) [19].

На стыке социологии и менеджмента возникает новое научное направление – социология управления, призванная определить место и вклад различных социологических конструктов и социальных процессов в управление, с одной стороны, и мнение руководителей о социальных составляющих их деятельности, с другой [22]. Во всем мире

---

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

происходит усиление социальной направленности менеджмента, все шире используется понятие «социальная ответственность», под которой понимается как персональная, так и корпоративная ответственность за деятельность, за ее результаты и последствия, а также за те способности, которые организация может реализовать в социуме.

Ученые и практики, в том числе организаторы здравоохранения, обращают все более активное внимание на такие важные аспекты жизни организации как организационная культура, применение различных форм привлечения коллектива к разработке и принятию решений, вопросы использования власти и влияния, проблемы ответственности врачей в случае профессиональной ошибки, управление конфликтами [17]. Изучением роли руководителя занимались ученые в сферах: социологии управления, социологии организации, социологии образования, управления персоналом, менеджмента, социальной психологии и т.д. [1, 3, 8, 9]. Социология управления – это раздел социологии, который изучает социологические аспекты управленческой деятельности. Социология управления использует понятийный и методологический аппарат исследовательской социологии и позволяет обосновывать и внедрять реальные изменения на различных уровнях. Сфера научных интересов социологии управления в здравоохранении может быть представлена следующим проблемным полем: подбор и расстановка управленческих кадров, постановка и реализация социальных целей управления, формирование и поддержание социальных связей вне и внутри коллективов и учреждений, управление конфликтами, анализ социальных последствий принимаемых управленческих решений, организация системы учета мнений и предложений подчиненных, выявление и мониторинг социально обусловленных вопросов трудовой и исполнительской дисциплины, социализация молодых специалистов, социальные вопросы оттока кадров [4, 18, 23, 24].

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**

В соответствии с целью были поставлены следующие задачи:

1. Провести теоретический анализ опубликованных источников, позволяющий разработать методологические основы изучения категории руководителя в здравоохранении, разработать программу с обоснованием предмета, объекта исследования с позиций социологии управления в здравоохранении.
2. Эмпирико-аналитическим путем выявить и описать компоненты социальной роли руководителя системы здравоохранения.
3. Установить социально-психологические, статусные и социально-демографические характеристики руководителей системы здравоохранения.

Использованы следующие методы:

1. Библиографический анализ.
2. Гипотетико-дедуктивный анализ.
3. Социологический метод (анкетный опрос).
4. Статистические методы обработки социологического материала: применены методы непараметрической статистики с расчетом межгрупповых различий посредством критерия  $\chi^2$ .

Объект исследования – 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 [5], что обеспечило достоверность статистических данных на уровне 99,0–99,7%.

Подобное исследование выполнено впервые в Республике Беларусь, его результаты могут быть использованы специалистами кадровых служб, психологами учреждений здравоохранения, специалистами центров мониторинга профессиональных рисков и психологической поддержки медицинских работников, организаторами здравоохранения, а также преподавателями факультетов повышения квалификации и переподготовки, в постдипломном образовании.

## **Результаты и обсуждение**

Библиографический анализ объединил методологические исследования и теоретические публикации ученых из разных областей знаний: были отобраны научные труды, связанные с социологией медицины, организацией здравоохранения, социологией управления, социальной психологией, которые представили **теоретико-методологи-**

**ческую базу настоящего исследования.** Во-первых, это работы о социальной роли руководителя в целом (О.В.Перепелкин, З.Т.Голенкова, М.В.Щавелева), во-вторых, труды по вопросам организационной культуры учреждений здравоохранения, имиджа организаций и роли руководителя (М.М.Алексеева, М.Ю.Сурмач, Р.А.Часноть), в-третьих, теории лидерства (К.Левин, Р.Михельс), в-четвертых, социологические работы, связанные с управлеченческой деятельностью руководителя (М.Вебер, Ч.Кули, В.А.Цвык) [2, 9, 19, 20, 23].

Для того, чтобы обосновать структуру понятий «социальная роль руководителя», «социальный статус руководителя», мы прибегли к основам понимания социальной роли в социологии медицины [14, 20]. Понятие социального статуса подразумевает положение индивида или группы в соответствии с социальными признаками, такими как профессия, экономическое положение, квалификация, уровень образования; социально-биологическими признаками, такими как пол, возраст, семейное положение и другие, а также престижем и местом в структуре управления ( власти). Социальный статус определяется также тем, применительно к какой социальной структуре он изучается: так, один и тот же индивид может иметь одновременно статус мужа и отца с позиций семьи как малой социальной группы, и врача, коллеги, руководителя или подчиненного в организации здравоохранения, в которой он непосредственно трудоустроен, а также одновременно – вратаря в любительской хоккейной команде из числа руководителей здравоохранения области. То есть, у одного и того же индивида может иметься сочетание статусов. Для целей нашего исследования к изучению были отобраны лишь те характеристики социального статуса, которые имели отношение к выполнению социальной роли руководителя в здравоохранении.

К социальной роли относят совокупность норм, определяющих поведение действующих в социальной системе индивидов в зависимости от их статуса или позиции, а также поведение, реализующее эти нормы.

В медицинской среде понятие поведенческих норм достаточно четко определено в нормативных документах – от Закона Республики Беларусь «О здравоохранении» [10] до правил медицинской этики и деонтологии [11]. Вместе с тем, очевидно, что социально-психологические основы поведения не могут объясняться только знанием законов и внутренним осознанием необходимости их соблюдать. Понятие социальной роли руководителя в здраво-

охранении гораздо глубже. В социологии, в том числе в социологии управления и социологии медицинской профессии выделяют также такое понятие, как *достигаемые статусы и роли*. Социальная позиция, которая закрепляется через индивидуальный выбор и конкуренцию, определяется как достижимый статус. Как указывает А.В.Решетников, если каждая личность имеет некоторое количество предписанных статусов [под предписанным статусом понимают социальный статус, предписанный индивиду обществом независимо от его усилий, как, например, изначально руководителю здравоохранения предписано отвечать за здоровье пациентов и деятельность персонала возглавляемой им структуры здравоохранения], которые назначаются ей в группе или обществе без учета ее индивидуальных способностей или предпочтений, то *достигаемые статусы* – это то положение, достижение которого требует определенных усилий («путь к успеху»). В процессе этого пути может возникнуть так называемое *ролевое напряжение* – трудности при выполнении ролевых обязательств и несоответствия внутренних установок личности требованиям роли [14].

Изучение ситуаций ролевого напряжения, попытка обосновать возможности их минимизации также входила в задачи разработки методологии для данного исследования.

Гипотетико-дедуктивный анализ, выполненный по данным изучения результатов библиографических сведений, позволил структурировать изучение социальной роли руководителя здравоохранения с выделением следующих блоков:

индивидуальный уровень, отражающий индивидуальные особенности и предпочтения руководителя (пол, семейное положение, вопросы доходов и карьеры и т.д.);

внутриорганизационный уровень, представленный характеристиками внутригруппового взаимодействия в системе здравоохранения (трудовой режим, стимулирование, социальная поддержка, профессиональная ошибка и т.д.);

социальный уровень, показывающий характер взаимодействия с потребителями медицинской помощи (субъективные и объективные ошибки в работе руководителей, ошибки поведения врача, имидж учреждений здравоохранения среди населения и т.д.).

В данной (первой) части работы представлены результаты эмпирического исследования индивидуального уровня социальной роли руководителя.

Прежде всего, были изучены основные социально-демографические характеристики руково-

дителей здравоохранения, а также круг специфических для данной социальной группы проблем, которые респонденты считают наиболее актуальными.

Традиционно руководитель – это мужчина, однако все больше женщин реализуют себя в этой роли. В табл. 1 представлено распределение по гендерному признаку среди руководителей здравоохранения, достоверные различия при сравнении всех групп отсутствуют, что подтверждает мнение А.Е.Чириковой и О.Н.Кричевской об отсутствии научно обоснованных данных о преимущественной эффективности того или иного пола в качестве руководителей [8], т.е. в системе здравоохранения не наблюдается статистически достоверных отличий по половому признаку при расстановке на ключевые управленческие должности.

С точки зрения социологии возраст – это не только природная, но и, во многом, социально-психологическая характеристика человека, детерминированная его опытом, обуславливающая существенный научно-практический интерес к определению социологического портрета руководителя по критерию возраста, а также оптимальному возрасту для работы на руководящих должностях [21]. В табл. 2 представлена возрастная характеристика руководителей здравоохранения Гродненской области.

Из представленных в табл. 2 сведений следует, что наибольшее количество руководящих должностей заняты лицами в возрастном диапазоне от 40 до 60 лет с равномерным распределением мужчины/женщины.

Таблица 1  
**Гендерное распределение руководителей в зависимости от уровня руководства\***

№	Уровень руководителя / Пол	Всего, в процентах	Женщины, в процентах	Мужчины, в процентах
1	Институциональный	26	27	20
2	Тактический	31	28	42
3	Операционный	43	45	38

\* для целей исследования использована иерархия руководителей по Т.Парсонсу [12]:

операционный уровень или «младшие начальники», руководители первого звена – это организационный уровень, который находится непосредственно над работниками (не управляющими); типичным названием должности на данном уровне является заведующий отделением, старшая медсестра;  
тактический уровень или руководители среднего звена – организационный уровень-буфер между руководителями высшего и низшего звеньев, в здравоохранении – это заместители главного врача по направлениям работы, т.е. руководители, у которых в подчинении есть другие руководители;  
институциональный уровень или руководители высшего звена – например, главный врач, т.е. руководитель, у которого в подчинении есть другие руководители с подчиненными так же руководителями.

Таблица 2  
**Распределение руководителей здравоохранения Гродненской области в зависимости от возраста**

№	Уровень руководителя / Пол	Всего, в процентах	Женщины, в процентах	Мужчины, в процентах
1	<30	8	10	4
2	30–40	19	20	15
3	<b>40–50</b>	<b>36</b>	<b>32</b>	<b>43</b>
4	<b>50–60</b>	<b>32</b>	<b>30</b>	<b>38</b>
5	>60	5	8	0

Таблица 3  
**Оценка благосостояния своей семьи  
(мнение руководителей здравоохранения Гродненской области)**

№	Вариант ответа	В процентах от выборки
1	Выше среднего	4
2	<b>Среднее*</b>	<b>71</b>
3	<b>Ниже среднего*</b>	<b>16</b>
4	Затрудняюсь ответить	9

\* p<0,05

У 82% руководителей здравоохранения среднемесячный доход на 1 члена семьи не превысил 1000 рублей, при этом у 75% их доход в системе здравоохранения назван основным в семье. В табл. 3 приведена субъективная оценка руководителями благосостояния своей семьи.

Поскольку основным своим доходом руководители назвали доходы по основному месту работы, целесообразно привести анализ оценки руководителем уровня своей заработной платы (табл. 4), что, несомненно, связано и с субъективной оценкой благосостояния.

Таблица 4

**Оценка уровня заработной платы\***  
**(мнение руководителей здравоохранения Гродненской области)**

№	Вариант ответа	В процентах от выборки
1	Очень низкая	1
2	Низкая	17
3	Средняя**	68
4	Высокая	13
5	Очень высокая	1

\* Варианты для ответа имели расшифровку:

очень низкая – с трудом хватает для приобретения продуктов питания, оплаты коммунальных услуг; низкая – достаточна для приобретения продуктов, оплаты коммунальных услуг, но даже покупка одежды уже может иногда представлять трудности; средняя – достаточна для приобретения продуктов питания и одежды, оплаты коммунальных услуг, но покупка телевизора, холодильника и т.п. представляет трудности; высокая – недостаточна только для осуществления крупных трат, таких как покупка жилья, автомобиля и дорогостоящего отпуска; очень высокая – достаточна практически для любых трат, в том числе для оплаты жилья, дорогостоящего отпуска.

\*\* p<0,05.

Таблица 5

**Распределение факторов, от которых зависит заработная плата руководителя**  
**(мнение руководителей здравоохранения Гродненской области)**

№	Компонент вопроса	Вариант ответа	В процентах
1	Вашей квалификации	Значительно	36
		Незначительно	57*
		Не зависит	6
		Затрудняюсь ответить	1
2	Конечных показателей Вашей работы	Значительно	56*
		Незначительно	36
		Не зависит	7
		Затрудняюсь ответить	1
3	Конечных результатов работы медучреждения	Значительно	55*
		Незначительно	21
		Не зависит	19
		Затрудняюсь ответить	5
4	Отношений с руководством	Значительно	23
		Незначительно	25
		Не зависит	43
		Затрудняюсь ответить	9
5	Объемов выполняемой Вами работы	Значительно	22
		Незначительно	29
		Не зависит	40*
		Затрудняюсь ответить	9
6	Качества Вашей работы	Значительно	39
		Незначительно	32
		Не зависит	21
		Затрудняюсь ответить	8

\* p<0,05

При этом, каждый пятый руководитель (20%) отметил, что на работе проводит от 40 до 60 часов в неделю.

В табл. 5 представлен расширенный анализ ответов на вопрос анкеты: "В какой степени размер заработной платы зависит от ...".

Из представленных в табл. 5 данных следует, что, по мнению руководителей здравоохранения, размер их заработной платы зависит от показателей работы как самого руководителя, так и показателей работы всего учреждения, существенно в меньшей степени – от объемов выполняемой работы и практически не зависит от квалификации руководителя, что может свидетельствовать о внутренней картине самовосприятия руководителя – обесценивание объемов выполняемой работы, времени для работы и уровня своего профессионализма.

Таким образом, изучение социальной роли руководителя с опорой на современные представления социологии медицины является актуальным, соответствующим запросу времени способом научного обоснования мероприятий надсистемного характера для повышения престижа сотрудников системы здравоохранения и формирования позитивного как внешнего, так и внутреннего имиджа здравоохранения Республики Беларусь. Установленные на индивидуальном уровне особенности понимания своей социальной роли руководителя характеризуются средними значениями оценки благополучия семьи и уровня своей заработной платы, которая, по мнению руководителей, в большей степени зависит от внешней оценки целевых показателей.

## Литература

- временные проблемы и подходы к управлению рисками [Текст] / М.Ю.Сурмач // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2019. – №3. – С.31–36.
20. 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.
21. Удальцова, М.В. Социология управления / М.В.Удальцова – М.: ИНФРА-М., 2000. – 142 с.
22. Фененко, Ю.В. Социология управления: Учебное пособие / Ю.В.Фененко. – М.: ПКЦ Альтекс, 2005. – 236 с.
23. Часноть, Р.А. Охрана труда – актуальный вопрос профсоюзной деятельности на современном этапе [Текст] / Р.А.Часноть // Медицина. – 2014. – №1. – С.71–77.
24. Ясько, Б.А. Формирование управленческих компетенций врача в системе послевузовского образования [Текст] / Б.А.Ясько, Б.В.Казарин // Вопросы психологии. – 2015. – №2. – С.67–77.

**METHODOLOGICAL BASIS AND RESULTS OF STUDY OF SOCIAL ROLE OF MANAGER IN HEALTHCARE SYSTEM. PART 1: INDIVIDUAL LEVEL OF STUDY**

**S.L.Boyko, M.Yu.Surmach**

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

Professional group of healthcare system managers are being analyzed from the perspective of sociology of management in the article.

Methodology is proposed for sociological analysis of social role of healthcare manager. Following areas of such analysis are highlighted: possibility of career growth, value of work and remuneration satisfaction, socialization of young physicians, image of healthcare institution, organizational culture, legal protection of physician. Such characteristics of social role of healthcare organization head (healthcare manager) have been analyzed at the individual level, based on empirical study, as: issues of moral and financial incentive in work of managers, their subjective assessment of family well-being, their individual opinion of remuneration dependence on professionalism level and quality of activity.

**Keywords:** healthcare manager; social role; professional staff; 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.*