ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ИНСТИТУТ МЕЖДУНАРОДНЫХ ОТНОШЕНИЙ (УНИВЕРСИТЕТ) МИНИСТЕРСТВА ИНОСТРАННЫХ ДЕЛ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»

На правах рукописи

Богдан Игнат Викторович

ИНТЕГРИРОВАННАЯ МОДЕЛЬ СОЦИАЛЬНОГО УПРАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИМ ПЕРСОНАЛОМ В УСЛОВИЯХ ЦИФРОВОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИИ

Специальность 5.4.7 Социология управления

Диссертация на соискание ученой степени
доктора социологических наук

Научный консультант:
доктор социологических наук, профессор
Дмитриева Елена Викторовна

Москва – 2026

Содержание

Введение 3

Глава 1. Теоретико-методологические основания интегрированной модели социального управления 40

1.1 Роль социального восприятия в модели социального управления 40

1.2 Типология моделей социального управления 62

1.3 Социально-управленческий подход к интеграции 84

Глава 2. Уровни реализации модели социального управления медицинским персоналом 120

2.1 Структура модели и макроуровень социальных структур в управлении медицинским персоналом 120

2.2 Социальное управление медицинским персоналом на уровне социального восприятия 179

2.3 Микроуровень модели социального управления: лояльность медицинского персонала и ее факторы 226

Глава 3. Применение модели социального управления медицинским персоналом в контексте цифровой трансформации здравоохранения .. 256

3.1 Характеристики модели социального управления медицинским персоналом в условиях цифровизации 256

3.2 Внедрение интегрированной модели социального управления медицинским персоналом на современном этапе трансформации здравоохранения 319

Заключение 347

Список использованной литературы 363

Введение

Актуальность диссертационного исследования

Тема диссертационного исследования актуальна в связи с усложняющейся динамикой воздействия цифровых трансформаций на социальные процессы, которые не получили достаточного осмысления в контексте управления персоналом системы здравоохранения.

Первая группа трансформационных процессов связана с текущим этапом цифровизации, который, как для общества в целом, так и в рамках системы здравоохранения, порождает не только новые возможности, но и существенные угрозы, детерминированные скоростью изменений. Примером данных процессов могут служить цифровые трансформации, вызванные пандемией COVID-19, а вслед за ней – созданием новых нейросетевых моделей генеративного искусственного интеллекта (ИИ). Так, выход текстовой модели ChatGPT 3.5 и визуальной Midjourney V3 в 2022 году продемонстрировал, что генеративные нейросети могут выполнять интеллектуальный труд, который ранее мог быть осуществлен только человеком.

В условиях современных реалий наблюдается непрерывное возрастание роли цифровых технологий в жизни социума, трансформация индивидов в «цифровых людей»[1], которые все больше используют современные устройства, усиливающие их органы чувств, когнитивные способности и трансформирующие их практики коммуникации, при этом возрастает субъективная значимость виртуальных стимулов и новых онлайн-источников информации.

С одной стороны, указанные изменения открывают новые возможности для совершенствования социальных систем, за счет массового использования передовых разработок в области искусственного интеллекта и других цифровых технологий. С другой стороны, они порождают определенные социальные вызовы, среди которых: угрозы безопасности, изменение ландшафта профессий и кризисные явления на рынке труда, проблемы культурной специфичности

[1] Beck U. The metamorphosis of the world. Polity Press, 2016. 200 p.

нейросетевых продуктов и другие. Масштаб и разнообразие угроз, актуализированных на новом генеративно-нейросетевом этапе цифровой трансформации, демонстрируют необходимость включения социальной экспертизы в процесс осмысления и прогнозирования связанных с цифровизацией преобразований и рисков, в т. ч. как основы для принятия эффективных управленческих решений. Указанная экспертиза может быть рассмотрена как в более узком контексте прогнозирования социальных последствий для локальных процессов внедрения новой технологии в отдельной организации или отрасли (здравоохранение), так и в более широком контексте российского общества и вопросов сохранения его самобытности[2].

Проблематика указанных трансформаций особенно актуальна для системы здравоохранения. Медико-социальная реальность, как часть общей социальной реальности, под воздействием цифровизации наполняется новыми формами коммуникации, практиками социального взаимодействия индивидов. Примерами могут служить новые формы телемедицинских консультаций, использование гаджетов для мониторинга здоровья, создание «двойников» пациентов и объектов здравоохранения и другие актуальные проявления цифровизации, которые требуют своего социолого-управленческого осмысления.

Вопросы рисков в здравоохранении стоят наиболее остро, так как ценой ошибки в данном случае является здоровье и жизнь человека. Данным обстоятельством отчасти объясняется больший консерватизм отрасли в контексте современных цифровых инноваций. Также структура и функционирование системы здравоохранения тесно связаны с вопросами социальной справедливости[3], например, на фоне кризиса доверия в обществе использование в здравоохранении

---

[2] Горшков М. К. Российское общество как оно есть: (опыт социологической диагностики). В 2 т. Т. I. Изд. 2-е, перераб. и доп. М.: Новый хронограф, 2016. С. 21–34; Горшков М. К. «Есть такая профессия – общество изучать»: Избранные статьи, интервью, биографические откровения. М.: Весь мир, 2020. С. 48–51, 67; Кравченко С. А. Социологическая диагностика синергийных сложностей современной России. М.: МГИМО-Университет, 2024. 380 с.

[3] Савельева Ж. В., Мухарямова Л. М., Кузнецова И. Б. Социальная справедливость в здравоохранении: опыт и оценки россиян // Мир России. Социология. Этнология. 2018. № 3. С. 154–179.

новых цифровых технологий может рассматриваться в рамках классической для социологии проблемы неравенства, как попытка разделения медицины на «элитарную», с живыми специалистами, и «массовую» с применением цифровых технологий.

Наконец, определенные риски возникают вследствие появления цифровых посредников в лечебном процессе. Данные посредники, «нечеловеческие актанты»[4] обладают значительной трансформирующей силой для социальных отношений в здравоохранении. Порождая новые возможности и угрозы, они могут как ускорить рост продуктивной субъектности пациента (большая ответственность за свое здоровье за счет активного взаимодействия с ИИ-решениями), так и обладать нефункциональными или даже дисфункциональными (Р. Мертон) эффектами для взаимодействия, в котором со стороны пациента исторически силен запрос не просто на экспертное знание, но и на человеческое понимание.

Вопросы трансформации отношений «медицинский персонал – пациент» позволяют обозначить вторую важнейшую группу контекстных факторов, часть из которых относительно автономна от вопросов цифровизации и возникла задолго до появления современных цифровых актантов, в рамках отхода от классической патерналистской биомедицины и становления новых моделей социальных отношений, которые получают наименование пациенто-, клиентоцентризма и других.

Рассматривая трансформацию отношений врача и пациента в контексте социального управления, интерес экспертов смещен в сторону благополучия пациента, без аналогичного внимания к работникам системы здравоохранения[5], вопросам их самоощущения и мотивации, несмотря на то что именно они являются основным условием обеспечения данного благополучия. Фундаментальная важность медицинского персонала для функционирования здравоохранения и, при

---

[4] Latour B. Reassembling the Social: An Introduction to Actor-Network Theory. Oxford: Oxford University Press, 2005. 312 p.

[5] Например, Hiefner A. R., Constable P., Ross K., Sepdham D., Ventimiglia J. B. Protecting Family Physicians from Burnout: Meaningful Patient-Physician Relationships Are «More than Just Medicine» // The Journal of the American Board of Family Medicine. 2022. № 35 (4). P. 716–723.

этом, указанное «вторичное» внимание к нему со стороны исследователей (обусловленное, в том числе, междисциплинарной дистанцией между миром социального исследователя и медицинского работника), определяет необходимость совершенствования модели социального управления именно данной профессиональной группой.

Третий контекст, важный для исследования, – вопросы социальных коммуникаций. Необходимость внимания к ним в контексте системы здравоохранения ярко продемонстрировала ситуация пандемии, когда сформированные как следствие недостатков в управлении информационным полем (несогласованность подачи информации, отсутствие корректной работы с опасениями населения и др.) негативное отношение к вакцинации, низкий уровень информированности и доверия официальной позиции имели негативные последствия для общественного здоровья в аспекте соблюдения противоэпидемических мер населением, что оказывало прямое влияние на течение эпидемического процесса. Ситуация пандемии показала, что надлежащее выстраивание коммуникационной стратегии, включая определение целевых установок, принципов, организационных нюансов взаимодействия, оперативная и грамотная работа с обратной связью по её результатам критичны в борьбе с такими препятствующими корректному самосохранительному поведению явлениями, как мифы или заблуждения (например, о побочных эффектах или эффективности вакцин, обоснованности карантинных мероприятий), в т. ч. вызванные т. н. «фейками»[6].

При этом в ситуации борьбы с коронавирусной инфекцией значимая роль в процессах коммуникации с обществом была у представителей медицинского сообщества. С одной стороны, данное обстоятельство представляется логичным, так как именно они обладают профессиональными знаниями в вопросах общественного здоровья. Указанная компетентность конгруэнтна их образу в

[6] Кравченко С. А. Пандемия COVID-19: вызовы здоровью населения мира – возможна ли гуманистическая глоболокальная биополитика? // Полис. Политические исследования. 2020. № 6. С. 96–97.

массовом сознании, а статус медицинской профессии, ее гуманистическое восприятие традиционно высоки в российском обществе. С другой стороны, «эффект софитов»[7], вызванный повышенным вниманием медиа, оказался непривычным для большинства рядовых сотрудников, которые не имели соответствующей подготовки и опыта в области массовых коммуникаций. Недостаточная институциональная поддержка участия в них медицинского персонала не дает работникам в полной мере реализоваться в роли проводников ценностей системы здравоохранения. Для изменения ситуации требуются трансформации внутри профессионального сообщества, которые обеспечили бы раскрытие коммуникативного потенциала его представителей.

Рассмотренные вопросы следует отнести к относительно обособленному блоку, который может быть определен как управление социальным восприятием, формирующим позитивные или деструктивные установки, образы и представления в отношении самосохранительного поведения, системы здравоохранения и её представителей. В контексте социального управления для предотвращения коммуникационных рисков данные аспекты требуют особого внимания.

Технологические и коммуникационные трансформации, изменение структуры социальных отношений формируют новый запрос к медицинскому персоналу, их профессиональным и личностным качествам. Являясь представителями экспертного сообщества, работникам необходимо не только осваивать новые медицинские технологии и формы оказания помощи, но и передовые формы просвещения населения в сфере здравоохранения, развивать навыки цифровой коммуникации и иные компетенции, необходимые для эффективной работы со социальным восприятием (например, в рамках развития собственного бренда, бренда организации или системы здравоохранения). На личностном уровне медицинский персонал переживает значительное изменение субъективного благополучия, статуса, структуры потребностей, отношения к пациенту и т. д. Разработка научно-обоснованных мер по комплексной социальной

[7] Ослон А. А., Жур Л. В., Калиниченко Л. А., Кожевина Е. В., Перминова М. Н., Кондрахина Е. В. Медики и общество: беседы во времена коронаВируса. М., 2021. С. 18.

адаптации работников здравоохранения к новым условиям цифровой трансформации – важный инструмент развития человеческого потенциала медицинских организаций, повышения эффективности их функционирования. Данный аспект требует отражения в модели социального управления.

Указанные контексты в значительной степени переплетены между собой, образуя «синергийные сложности»[8]. Актуальные изменения социальной реальности требуют системного анализа и социологической диагностики, обновления практик управления с учетом возникающих рисков, а также выработки новых подходов к модели социального управления медицинским персоналом.

Данные сложные образования формируют необходимость в междисциплинарном (например, из-за возникающих смежных вопросов со стороны права, этики, психологии и других) или даже постдисциплинарном[9] управленческом подходе, который обусловливает необходимость разработки не просто сложных, а интегрированных моделей управления, способных согласовать эту многоаспектность с поставленными целями[10].

Таким образом, актуальность разработки интегрированной модели социального управления медицинским персоналом в условиях цифровизации здравоохранения, среди прочего, обусловлена:

- Необходимостью учета в управлении нового этапа социальных трансформаций в контексте текущей *цифровизации*, которые связаны также с изменением *отношений «медицинский персонал - пациент» в системе здравоохранения* и появлением новых подходов к *коммуникациям*;

---

[8] Лапин Н. И. Проблема сложности в философии истории и потребность в рефлексивном саморазвитии России. Тезисы доклада на семинаре № 4 ученого совета ИФ 11.10.2018. URL: https://iphras.ru/uplfile/root/news/archive_events/2018/Lapin_11_10_18.pdf (дата обращения: 24.09.2025).

[9] Кравченко С. А. Развитие предмета социологии: от монодисциплинарности к меж- и постдисциплинарности // Социологические исследования. 2020. № 3. С. 16–26.

[10] При этом важно отметить, что «согласование» не означает, что такие модели не могут иметь достаточно сложную структуру – упрощение моделей в теоретическом знании сегодня не является самоцелью. См., например: Wallis S. E. Existing and emerging methods for integrating theories within and between disciplines // Journal of Organizational Transformation & Social Change. 2014. № 11(1). P. 3–24.

- Сложностью, междисциплинарностью и многоаспектностью проявлений указанных трансформаций, призывающих к *интеграции* знаний, методологий и практик в управлении;
- Недостаточным вниманием к взгляду на социальные отношения в здравоохранении с позиции *медицинского персонала*, сложностью понимания данной области для экспертов вне системы, при ключевой важности медицинских работников для функционирования системы здравоохранения.

Разработка интегрированной модели социального управления медицинским персоналом будет способствовать адаптивности управленческих технологий к реалиям актуальной цифровой трансформации российской системы здравоохранения, а также внесет вклад во взаимное обогащение областей управления здравоохранением и социальных наук, что позволит реализовывать более эффективные управленческие решения.

Соответствие паспорту специальности ВАК. Область исследования соответствует следующим пунктам паспорта специальности 5.4.7.«Социология управления»: 5. Социальное управление. Социальный менеджмент, Социальная политика; 22. Социальные параметры использования цифровых технологий в управлении. Социальные процессы управления искусственным интеллектом.

Степень разработанности темы диссертационного исследования

Труды, представляющие значимость для данного исследования, могут быть отнесены к нескольким направлениям.

Во-первых, это ученые, которые разрабатывали *подходы к социальному управлению*, которые в контексте исследования называются моделями социального управления.

Например, ученые, в большей степени склонявшиеся к модели «субъект-объектного» типа социального управления, в рамках которой не уделяется первостепенного внимания субъектности управляемых индивидов и их общностей. К авторам, которые в большей степени *тяготели* к такому подходу, могут быть отнесены классики индустриального, формально-рационального подхода к

управлению: Ф. Тейлор[11], А. Файоль[12], Г. Форд[13], М. Вебер (в рамках описания модели бюрократии)[14] и другие. Таким моделям в системе здравоохранения близок патерналистский подход к управлению, который обсуждался в работах, посвященных советской системе общественного здоровья (труды Н.А. Семашко[15], Н.Г. Фрейберга[16], Ю.П. Лисицына[17], Г.Г. Онищенко[18], В.А. Решетникова[19], Ю.М. Комарова[20], Н.И. Беловой[21] и других). Несмотря на дискуссию об устаревании патерналистского подхода, элементы данной модели социального управления остаются актуальными в кризисных для системы здравоохранения ситуациях, примером которых является пандемия. Также классические управленческие труды, отражающие логику развития научной мысли, важны как предпосылки для лучшего осмысления современных подходов[22].

К авторам, которые акцентировали внимание на активности, субъектности управляемых («субъект-субъектная» модель) можно отнести Э. Мейо[23], А.И.

---

[11] Тейлор Ф. Принципы научного менеджмента. М., 1991. 104 с.
[12] Файоль А. Общее и промышленное управление. М.: Центральный институт труда, 1923. 122 с.
[13] Форд Г. Моя жизнь, мой бизнес. С современными комментариями. М., 2021. 547 с.
[14] Вебер М. Хозяйство и общество: очерки понимающей социологии: в 4 т; [пер. с нем.]; сост., общ. ред. и пред. Л. Г. Ионина. М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2016. Т. I. Социология. 445 с.
[15] Семашко Н. А. Избранные произведения / Под ред. П. И. Калью. М., 1967. 370 с.
[16] Сборник законов и распоряжений правительства Российской республики по врачебно-санитарному делу и непосредственно с ним касающимся отраслям государственного управления с 7 ноября (25 октября) 1917 по 1 сентября 1919 г. / Сост.: Н. Г. Фрейберг. М., 1922.
[17] Лисицын Ю. П. Здравоохранение в XX веке. М.: Медицина, 2002. 216 с.
[18] Онищенко Г. Г. и др. История санитарного просвещения России. Монография / Под общ. ред. Г. Г. Онищенко, А. Ю. Поповой. СПб.: Наукоемкие технологии, 2023. 546 с.
[19] Решетников В. А., Несвижский Ю. В., Касимовская Н. А. Вклад Н. А. Семашко в развитие медицинской профилактики в России (К 140-летию со дня рождения) // Сеченовский вестник. 2014. № 3(17). С. 29–33.
[20]Комаров Ю. М. О научной основе Семашкинской модели здравоохранения // ОРГЗДРАВ: Новости. Мнения. Обучение. Вестник ВШОУЗ. 2015. № 1 (1). С. 120–127.
[21] Белова Н. И. Общественный договор в сфере охраны советских граждан (1917–1940) // Наука. Культура. Общество. 2025. № 2. С. 75–86.
[22] Merton R. On the Shoulders of Giants: A Shandean Postscript Reprinted edition. University of Chicago Press. 1993. 348 p.; Вернадский В. И. Труды по всеобщей истории науки. М.: Наука, 1988. С. 224.
[23] Mayo E. Social problems of an industrial civilization. Boston, 1945. 172 p.;

Пригожина[24], Ж.Т. Тощенко[25], Т.М. Дридзе[26], С.Э. Мартынову[27], К.Г. Царитову[28], А.А. Грачева[29] и других. К этому направлению также относится блок работ, посвященный вопросам как в целом содержания мотивационных структур личности, так и побуждения сотрудников к достижению организационных целей, среди которых труды В.А. Ядова[30], А.Г. Здравомыслова[31], А.В. Дмитриева[32], П. Друкера[33], А. Маслоу[34], Ф. Херцберга[35], Д. Макгрегора[36] и других.

Далее, поскольку объект исследования связан со здравоохранением, особую важность для работы представляют труды, посвященные различным вопросам *управления в здравоохранении*, в которых представлена интеграция медицинской и социогуманитарной областей знания, в частности, реализован синтез между социологией и управлением здравоохранением (медицинские науки). Ряд таких работ может быть отнесен к отраслевой социологии медицины или здоровья (пусть сами авторы не всегда себя к данной сфере относили) – исследования А.В.

---

[24] Пригожин А. И. Методы развития организаций. М.: МЦФЭР, 2003. 863 с.

[25] Тощенко Ж. Т. Социальные резервы труда: актуальные вопросы социологии труда. М.: Политиздат, 1989. 287 с.

[26] Дридзе Т. М. Две новые парадигмы для социального познания и социальной практики // Россия реформирующаяся. 2001. № 1. С. 222–240.

[27] Мартынова С. Э. «Сервисная» модель социального управления в социологической интерпретации. Спб., 2015. 348 с.

[28] Царитова К. Г., Морозюк Ю. В. Социальное управление организацией как инновационная модель менеджмента // ТДР. 2011. № 10. С. 30–31.

[29] Грачев А. А. Психология и социология в деятельности психологической службы промышленного предприятия конца советского периода (на примере социально-психологической службы ПО "Курганприбор") // Наука. Культура. Общество. 2016. № 3. С. 167–181.

[30] Саморегуляция и прогнозирование социального поведения личности / Под ред. В. А. Ядова. М.: ЦСПиМ, 2013. 376 с.

[31] Здравомыслов А. Г., Ядов В. А. «Человек и его работа в СССР и после». М.: Аспект Пресс, 2003. 485 с.

[32] Дмитриев А. В., Иванов В. Н., Тощенко Ж. Т. Социологическая мозаика - 2018: монография / предисл. М. К. Горшков. М.: КноРус, 2018. 242 с.

[33] Drucker P. The Practice Of Management. Allied Publishers, 1975. 404 p.

[34] Маслоу А. Мотивация и личность. 3-е изд. / Пер. с англ. СПб., 2019. 400 с.

[35] Херцберг А. Мотивация к работе. М., Спб., 2007.240 с.

[36] McGregor D. The human side of the enterprise. NY.: McGraw Hill, 2006. 480 p.

Решетникова[37], Е.В. Дмитриевой[38], И.В. Журавлевой[39], О.А. Александровой[40], О.А. Волковой[41], А.Л. Темницкого[42], В.Н. Бузина[43], М. Сакса[44] и других. В этот блок также можно отнести работы в сфере управления здравоохранением или его организации, которые затрагивают различные аспекты социального управления в данной области, труды В.И. Стародубова[45], О.С. Кобяковой[46], А.Б. Зудина[47], С.В. Шишкина[48], Н.С. Григорьевой[49], Т.М. Максимовой[50], Н.А. Агаджаняна[51] и других.

Для разработки эффективных моделей социального управления в здравоохранении важно не просто объединить наработки указанных областей

---

[37] Решетников А. В. Эволюция социологии медицины // Социология медицины. 2012. № 2. С. 7–10.

[38] Дмитриева Е. В., Фролов С. А. Социология здоровья: от теории к практике (на примере реализации коммуникативной программы «СМСмаме») // Социологические исследования. 2020. № 7. С. 118–127.

[39] Журавлева И. В. Интеракция использования цифровых устройств и поведенческие показатели здоровья молодежи // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024. Т. 32. № 5. С. 904–911.

[40] Александрова О. А., Комолова О. А. Реформа здравоохранения: руководители медучреждений на острие проблем (часть первая) // Народонаселение. 2018. № 4. С. 96–108.

[41] Волкова О. А. Традиционная практика в нарративах представителей официальной медицины // Вестник Челябинского государственного университета. 2007. № 4. С. 64–69.

[42] Темницкий А. Л. Мотивационная структура профессиональной деятельности медицинских работников России // Мир России. Социология. Этнология. 2021. № 4. С. 30–52.

[43] Бузин В. Н., Бузина Т. С. Социально-психологические аспекты лечебного процесса // Профилактическая медицина. 2018. Том 21. № 4. С. 20–24.

[44] Saks M. Sociological Theories of Professions: Challenge and Change from a Neo-Weberian Perspective / Handbuch Professionssoziologie. Springer VS, Wiesbaden, 2025. P. 1–14.

[45] Стародубов В. И. Тенденции в состоянии здоровья населения и перспективы развития здравоохранения в России: актовая речь в ГБОУ РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздравсоцразвития России. М., 2012. 30 с.

[46] Кобякова О. С., Канев А. Ф., Куракова Н. Г., Кармина Р. А. Понятие эффективности в здравоохранении: терминологические и понятийные проблемы // Менеджер здравоохранения. 2025. № 10. С. 12–21.

[47] Зудин А. Б., Кузнецова М. А., Васильева Т. П. Управление риском низкой удовлетворенности работой и профессионального выгорания врачей общей практики // Анализ риска здоровью. 2025. № 2. С. 155–165.

[48] Шишкин С. В., Темницкий А. Л. Результативность введения эффективного контракта с медицинскими работниками // Экономическая политика. 2020. № 3. С. 176–203.

[49] Григорьева Н. С., Чубарова Т. В. Современное социальное государство между «старым» и «новым» патернализмом: ловушки мотивации // Проблемы теории и практики управления. 2019. № 7. С. 45–57.

[50] Максимова Т. М. Современное состояние, тенденции и перспективы оценки здоровья населения. М., 2002. 186 с.

[51] Агаджанян Н. А. Нравственность, здоровье и среда обитания // Субтропическое и декоративное садоводство. 2011. № 45. С. 254–265.

знания, но и поместить их в контекст современных социальных отношений внутри системы здравоохранения и поиска новой модели взаимодействия медицинского работника и пациента. Среди авторов, которые обращались к данной теме, можно назвать К. Дернера[52], Э. Эмануэля, Л. Эмануэль[53], Р.М. Витча[54], М. Шуцберга[55], Т. Е. Куилла[56], Т.В. Семину[57], Т.С. Бузину[58], Е.В. Ушакова[59] и других.

В рамках тематики цифровой трансформации отдельно следует выделить исследователей, которые осмысливают использование новых технологических подходов в управлении здравоохранением, в частности внедрение искусственного

[52] Дернер К. Хороший врач. Учебник основной позиции врача. М., 2006. 544 с.
[53] Emanuel E. J., Emanuel L. L. Four models of the physician-patient relationship // JAMA. 1992. № 267(16). P. 2221–2226.
[54] Veatch R. M. A Theory of Medical Ethics. NY.: Basic Books, 1981. 387 p.
[55] Shutzberg M. The Doctor as Parent, Partner, Provider… or Comrade? Distribution of Power in Past and Present Models of the Doctor-Patient Relationship // Health Care Anal. 2021. № 29(3). P. 231–248.
[56] Quill T. E., Brody H. Physician recommendations and patient autonomy: finding a balance between physician power and patient choice // Ann Intern Med. 1996. № 125(9). P. 763–769; Quill T. E. Recognizing and adjusting to barriers in doctor-patient communication // Ann Intern Med. 1989. № 111(1). P. 51–57.
[57] Семина Т. В. Социальный конфликт «врач – пациент» в современном российском обществе: объективные причины и субъективные факторы // Вестник Московского университета. Серия 18. Социология и политология. 2016. № 22(1). С. 84–106.
[58] Бузина Т. С., Бузин В. Н., Ланской И. Л. Врач и пациент: межличностные коммуникации // Медицинская психология в России. 2020. № 4. С. 2–21.
[59] Ушаков Е. В. Паттерны отношений врача и пациента: Социальная роль больного и особенности клинической коммуникации // Развитие науки и общества в современных условиях: Монография. Петрозаводск: «Новая Наука», 2022. С. 454–466.

интеллекта (М.А. Мурашко[60], Ю.А. Васильев[61], Е.В. Брызгалина[62], А.В. Гусев[63], П. Парих[64], Т. Ведлуга, Б. Микульскене[65], Л. Хантарис[66] и другие).

В связи с рассматриваемой тематикой социальной перцепции, также следует отметить исследователей, обращавшихся к отдельным вопросам социального восприятия в здравоохранении – В.А. Мансуров и О.В. Юрченко[67], С.А. Судьин[68], В.И. Дудина[69], М.А. Бебчук[70], И. Гофман (в рамках исследования психиатрической стигмы[71]), Дж.М. Бриджес[72], К. Олссон[73], М.В. Брунелли[74] и другие.

---

[60] Мурашко М. А., Ваньков В. В., Панин А. И., Артемова О. Р., Матвиенко А. В., Гусев А. В., Васильев Ю. А., Владзимирский А. В. Внедрение технологий искусственного интеллекта в здравоохранении России: итоги 2024 г. // Национальное здравоохранение. 2025. № 6(3). С. 6–19.

[61] Васильев Ю. А., Нанова О. Г., Владзимирский А. В., Гольдберг А. С., Блохин И. А., Решетников Р. В. Опыт использования технологий искусственного интеллекта в лабораторной медицине, их эффективность и сценарии применения: систематический обзор // Digital Diagnostics. 2025. Т. 6. № 2. С. 251–267.

[62] Брызгалина Е. В., Гумарова А. Н., Шкомова Е. М. Искусственный интеллект в медицине: рекомендации по проведению социально-гуманитарной экспертизы // Сибирский философский журнал. 2023. № 21(1). С. 51–63.

[63] Гусев А. В. Перспективы нейронных сетей и глубокого машинного обучения в создании решений для здравоохранения // Врач и информационные технологии. 2017. № 3. С. 92–104.

[64] Parikh P. M., Shah D. M., Parikh U. G. et al. ChatGPT-Preliminary overview with implications for medicine and oncology // Indian J Med Paediatr Oncol. 2023. № 44. P. 377–383.

[65] Vedlūga T., Mikulskienė B. Stakeholder driven indicators for eHealth performance management // Eval Program Plann. 2017. № 63. P. 82–92.

[66] Hantrais L., Allin P., Kritikos M. et al. Covid-19 and the digital revolution // Contemporary Social Science. 2020. № 16(2). P. 256–270.

[67] Мансуров В. А., Юрченко О. В. Профессиональная идеология альтруизма российских врачей // Вестник Института социологии. 2010. Т. 1 № 1. С. 397–410.

[68] Судьин С. А. Психическая болезнь в массовом сознании: динамика представлений // Личность. Культура. Общество. 2014. Т. 16, № 1–2(81–82). С. 254–262.

[69] Дудина В. И., Сайфулина В. О. «Почитала, еще меньше вакцинироваться захотелось»: онлайн-дискурс вакцинной нерешительности // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. 2023. № 1 (173). С. 279–298.

[70] Бебчук М. А., Богдан И. В., Гурылина М. В. и др. Перспективы развития детской психиатрической службы глазами семьи пациента: полный отчет об исследовании. М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2021. 16 с.

[71] Goffman I. Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity. New Jersey: Prentice-Hall, 1963. 147 p.

[72] Bridges J. M. Literature review on the images of the nurse and nursing in the media // J Adv. Nurs. 1990. № 15(7). P. 850–854.

[73] Olsson C., Kalén S., Ponzer S. Sociological analysis of the medical field: using Bourdieu to understand the processes preceding medical doctors' specialty choice and the influence of perceived status and other forms of symbolic capital on their choices // Adv Health Sci Educ Theory Pract. 2019. № 24(3). P. 443–457.

[74] Brunelli M. V., Maluenda Martinez M., Sarco V., Garcia M., Varas Lantaño C., Gonzalez Luis H. Public Perceptions of Nurses in Argentina. A Cross-Sectional Study // Int Nurs Rev. 2025. № 72(2). e70041.

Отдельного внимания в рамках построения интегрированной модели заслуживают исследования интеграционных (интегральных, синергийных) процессов, представляющих опыт управления как за пределами медицины (С.А. Кравченко[75], А.В. Тихонов[76], Н.И. Лапин[77], С.С. Фролов[78], И.А. Седов[79], А.П. Сучков[80], О.Д. Тегенева[81] и другие), так и непосредственно в сфере решения прикладных задач управления системой здравоохранения – труды В.И. Шевского, И.М. Шеймана[82], Е.В. Чернышева[83], А.А. Саитгареевой, С.С. Бударина[84], М. Эксворти[85] и других.

Проведенный анализ научной литературы позволил выявить ряд ключевых проблемных областей.

---

[75] Кравченко С. А. Контуры междисциплинарной концепции синергийных сложностей // Социологические исследования. 2024. № 2. С. 3–12.

[76] Тихонов А. В. Философские основания проблемы управления // Философские науки. 2013. Спец. вып. С. 1–61.

[77] Лапин Н. И. Антропный подход к регулированию неравновесных социокультурных систем // XII всероссийское совещание по проблемам управления ВСПУ-2014, Москва, 16–19 июля 2014 года / Институт проблем управления им. В. А. Трапезникова РАН. М.: Институт проблем управления им. В. А. Трапезникова РАН, 2014. С. 7773–7784.

[78] Фролов С. С. Социальная интеграция системных компонентов организации как одна из целей управленческой деятельности // Вестник университета. 2016. № 3. С. 259–264.

[79] Седов И. А., Саксина Е. В. Формирование проектной модели управления инновационно-инвестиционной деятельностью интегрированных промышленных структур // Вестник Самарского университета. Экономика и управление. 2020. № 3. С. 123–131.

[80] Сучков А. П. Некоторые подходы к интеграции аналитических данных существующих и перспективных систем поддержки принятия решений // Системы и средства информатики. 2015. № 25. С. 195–205.

[81] Тегенева О. Д. Интегрированная модель управления рисками // Альманах современной науки и образования. 2013. № 4 (71). С. 179–180.

[82] Sheiman I., Shevski V. Evaluation of health care delivery integration: the case of the Russian Federation // Health Policy. 2014. № 115(2–3). P. 128–137; Шевский В. И., Шейман И. М. Проблемы формирования интегрированной системы здравоохранения // Вопросы государственного и муниципального управления. 2013. № 3. С. 24–47.

[83] Чернышев Е. В., Калиниченко В. И. Интеграционная модель управления рисками в области медицинского туризма и экспорта медицинских услуг в условиях VUCA-реальности // Менеджмент качества в медицине. 2024. № 1. С. 71–77.

[84] Саитгареева А. А., Бударин С. С., Волкова О. А. Показатели и критерии оценки эффективности деятельности медицинских организаций в федеральных и региональных нормативных правовых актах // Вестник Росздравнадзора. 2015. № 6. С. 12–23.

[85] Exworthy M., Wilkinson E. K., McColl A., Moore M., Roderick P., Smith H., Gabbay J. The role of performance indicators in changing the autonomy of the general practice profession in the UK // Soc Sci Med. 2003. № 56(7). P. 1493–1504.

Во-первых, в недостаточной мере разработана теоретико-методологическая основа для анализа и конструирования интегрированных моделей социального управления, отражающих специфику работы медицинского персонала. Существующие подходы, как правило, встраивают управление данной профессиональной группой в более общие управленческие модели, не учитывающие в необходимой мере её социально-профессиональные характеристики.

Во-вторых, несмотря на признаваемую важность коммуникационных процессов в управлении здравоохранением, недостаточно изученными остаются вопросы управления социальным восприятием целевых групп, особенно в отношении медицинского персонала. В целом, научное изучение в данной области сегодня является фрагментарным, исследования обращаются к отдельным частным аспектам проблематики, что делает актуальным определение универсальных принципов и закономерностей социальной перцепции в контексте здравоохранения.

В-третьих, наблюдается недостаток социолого-управленческой рефлексии на тему интеграции в организацию здравоохранения в нашей стране актуальных тенденций, которые соответствуют современным контекстам социальных трансформаций. Среди них: использование генеративного ИИ, поведенческих методик (подход анализа поведенческих и культурных факторов, поддерживаемый ВОЗ), современных бизнес-метрик и др.

Теоретические и методологические основы диссертационного исследования

При разработке интегрированной модели в качестве основы был выбран системный подход, отраженный в социальных теориях, которые рассматривают закономерности функционирования общественных систем как в рамках первой, так и второй парадигмы системного мышления[86]. Среди его представителей можно

[86] Лапин Н. И. Смена парадигм системного мышления и антропнодеятельностное понимание неравновесных социокультурных систем // Философский журнал. 2014. № 1 (12). С. 93–106.

назвать Т. Парсонса[87], Н. Лумана[88], Дж. Форрестера[89], Э. Гидденса[90], У. Бека[91], М. Кастельса[92] и других. Особое внимание уделено подходу, предложенному В.А. Ганзеном[93], который был взят в качестве основы для системного описания моделей социального управления, а также «метатеоретическому» взгляду Дж. Ритцера[94], сосредоточенному не столько на производстве новых теорий, сколько на интеграции существующих, зачастую противоположных в ряде аспектов, социологических подходов. При описании авторского подхода к моделированию социального управления работа опирается на ряд положений в области модельного подхода в социологии, описанного Ю.М. Плотинским[95].

Вследствие выявленной в работе важной роли социального восприятия, особое внимание при построении модели было уделено авторам, учитывающим его закономерности при анализе социальных процессов.

Во-первых, в качестве теоретической предпосылки для интереса к данной тематике, следует рассматривать работы, которые обращали внимание на несоответствие «объективной» реальности и реальности, переживаемой человеком,

---

[87] Parsons T. The social system. Routledge, 1991. 403 p.
[88] Луман Н. Общество как социальная система. Пер. с нем./ А. Антоновский. М.: Издательство «Логос». 2004. 232 с.
[89] Forrester J. A deeper knowledge of social systems // Ekistics. 1969. № 168. P. 360–67.
[90] Гидденс Э. Устроение общества: очерки теории структурализации. М., 2005. 528 с.
[91] Бек У. Общество риска: На пути к другому модерну / Пер. с нем. В. Седельника, Н. Федоровой. М.: Прогресс-Традиция, 2000. 383 с.
[92] Castells M. Communication Power. Oxford: Oxford University Press, 2009. 571 p.
[93] Ганзен В. А. Системные описания в психологии. Л., 1984. 176 с.
[94] Ritzer G. Metatheorizing in Sociology // Sociological Forum. V. 5. № 1. 1990. P. 3–15.
[95] Плотинский Ю. М. Модели социальных процессов. Изд. 2-е, перераб. и доп. М.: Логос, 2001. 296 с.

среди которых можно отметить труды П. Бергера, Т. Лукмана[96], К. Чармаз[97], Г. Боднера[98], У.И. Томаса[99], С.В. Полякова[100] и других.

Как одну из важнейших причин данного расхождения можно рассматривать специфику процессов социального восприятия. В связи с этим в рамках разработки методологии исследования важно обратиться к работам авторов, которые исследовали отдельные аспекты проявлений, факторы и частные формы социальной перцепции, среди которых С. Фиске[101], Ш. Тейлор[102], Д. Гилберт[103], Дж. Цаллер[104], Н. Макрэ, Г. Боденхаузен[105] и другие.

При исследовании социального восприятия работа в значительной мере опирается на труды представителей кафедры социологии и психологии политики МГУ под руководством Е.Б. Шестопал[106], в которых подробно рассмотрены факторы политического восприятия, а также описана структура политического образа. Данные модели в значительной степени переносимы и на восприятие социальное. Также перспективной в рамках работы обозначена идея У. Липпмана

---

[96] Бергер П., Лукман Т. Социальное конструирование реальности. Трактат по социологии знания. / Пер. Е. Д. Руткевич. М.: Медиум, 1995. 323 с.

[97] Charmaz K. Grounded theory: Objectivist and constructivist methods. In The Handbook of Qualitative Research. Edited by N. K. Denzin and Y. Lincoln. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc., 2000. P. 509–525.

[98] Bodner G. Constructivism: A Theory of Knowledge // Journal of Chemical Education. 1986. № 63(10). P. 873–878.

[99] Thomas W. I., Thomas D. S. The Child In America Behavior Problems And Programs. NY., 1928. 583 p.

[100] Поляков С. Э. Феноменология психических репрезентаций. СПб.: Питер, 2011. С. 374.

[101] Fiske S. T. Social cognition and social perception. Annual Review of Psychology, 1993. № 44. P. 155–194.

[102] Taylor S. E. Asymmetrical effects of positive and negative events: the mobilization-minimization hypothesis // Psychol. Bull. 1991. № 110(1). P. 67–85.

[103] Gilbert D. T., Pelham B. W., Krull D. S. On cognitive busyness: When person perceivers meet persons perceived // Journal of Personality and Social Psychology. 1988. № 54(5). P.733–740.

[104] Zaller J. Information, values, and opinion // The American political science review. 1991. V. 85. № 4. P. 1215–1237.

[105] Macrae N. C., Bodenhausen G. V. Social cognition: Categorical person perception // British Journal of Psychology. 2001.№ 92. P. 239–255.

[106] Власть и лидеры в восприятии российских граждан. Четверть века наблюдений (1993–2018) / Отв. ред. книги Е. Б. Шестопал. М., 2019. 656 с.

о «псевдосреде», которую можно рассматривать как область социальной перцепции[107].

При анализе современных тенденций развития социальных отношений в здравоохранении, работа обращается к положениям нарративного (В.Л. Лехциер[108], А. Франк[109], Т.В. Мещерякова[110] и другие), ценностно-ориентированного (М. Портер[111], Э. Тейсберг[112], Е.И. Аксенова[113], Н.Н. Камынина[114], Й. Коссио-Хиль[115] и другие), биопсихосоциального (Дж. Энгель[116], Н.Г. Незнанов[117], Ф. Боррель-Каррио[118] и другие) подходов в медицине. Отдельно в контексте цифровизации здравоохранения при объяснении современной гибридной реальности, в которой существуют люди и нечеловеческие актанты, важными представляются положения

---

[107] Липпман У. Общественное мнение. М.: Институт Фонда «Общественное мнение», 2004. 384 с.

[108] Лехциер В. Л. Болезнь: опыт, нарратив, надежда. Очерк социальных и гуманитарных исследований медицины. Вильнюс: Logvino literaturos namai, 2018. 312 с.

[109] Frank A. Wounded Storyteller: Body, Illness, and Ethics. Chicago: University of Chicago Press, 1995. 280 p.

[110] Мещерякова Т. В. Медицинский нарратив в биоэтике как критерий учета индивидуальности пациента // Вестник ТГПУ. 2010. № 5. С. 66–72.

[111] Porter M. E. Value-based health care delivery // Ann Surg. 2008. № 248(4). P. 503–509.

[112] Teisberg E., Wallace S., O'Hara S. Defining and Implementing Value-Based Health Care: A Strategic Framework // Academic Medicine. 2020. № 95. P. 682–685.

[113] Ценностно-ориентированное здравоохранение: наукометрический анализ: экспертный обзор / Е. И. Аксенова, Н. Н. Камынина, К. Ю. Тархов. М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2023. 25 с.

[114] Камынина Н. Н., Полищук Н. С. Ценностно-ориентированное здравоохранение: систематизация инструментов и методов (обзор литературы) // Здравоохранение Российской Федерации. 2022. № 66(6). С. 444–450.

[115] Cossio-Gil Y., Omara M., Watson C., Casey J., Chakhunashvili A. et al. The Roadmap for Implementing Value-Based Healthcare in European University Hospitals-Consensus Report and Recommendations // Value Health. 2022 № 25(7). P. 1148–1156.

[116] Engel G. L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine // Science. 1977. № 196(4286). P.129–136.

[117] Незнанов Н. Г., Коцюбинский А. П., Мазо Г. Э. Биопсихосоциальная концепция психических расстройств как основа холистического диагностического подхода // Социальная и клиническая психиатрия. 2018. № 4. С. 47–53.

[118] Borrell-Carrió F., Suchman A. L., Epstein R. M. The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry //Ann Fam Med. 2004. 2(6). P. 576–82.

акторно-сетевой теории[119], к которым исследование обращается на основании трудов Б. Латура[120] и А. Мол[121].

В рамках работы с теоретической частью исследования также использованы общелогические методы, такие как синтез, анализ, сравнение, моделирование, концептуализация, индукция, дедукция.

При работе с эмпирическим материалом использован подход «смешанных методов», предполагающий интеграцию и сопоставление данных, полученных с помощью качественных и количественных процедур. Были использованы следующие методы и соответствующие им приемы анализа (см. подробнее «Эмпирическая база исследований»):

- Количественные, реализованные в рамках исследований на относительно больших выборках (как правило, N≥800), в форме телефонных (CATI), уличных (CAPI), онлайн-опросов (CAWI), опросов на бумажных носителях (с участием интервьюеров или самозаполняемых). При количественном подходе использовались методики статистической обработки данных (построение таблиц распределения, анализ статистической значимости различий и т. д.), машинного обучения (регрессия, деревья решений, частотный анализ слов, кластеризация и т. д.) и алгоритмы на основе больших языковых моделей (далее – large language models, LLM).
- Качественные, в рамках которых использовались глубинные и экспертные интервью, фокус-группы, социологическое наблюдение.
- Аналитики социальных медиа, которую можно отнести к качественно-количественному направлению. Подход сочетал замер количественных характеристик информационного поля и качественную аналитику его содержания/нарративов (последнее может быть рассмотрено отчасти как «прокси-

[119] Кравченко С. А., Ракова К. В. «Умные часы» как фактор становления гибридной коммуникации между врачом и пациентом // Коммуникология. 2021. № 9 (3). С. 15–28.
[120] Latour B. Reassembling the Social: An Introduction to Actor-Network Theory.
[121] Мол А. Множественное тело: онтология в медицинской практике. Пермь: Гиле Пресс, 2017. 254 с.

форма» классических качественных методов). Данный подход особенно важен как имеющий прямое отношение к новой цифровой социальной реальности.

Отдельно следует отметить применение в рамках исследований нового, доказательного, поддержанного ВОЗ подхода к анализу поведенческих и культурных факторов в здравоохранении (далее - АПКФ). Среди исследователей, использующих и популяризирующих его, можно отметить С. Мичи, М.М. ван Стралена, Р. Веста[122], К. Бетч[123], К. Хаберсот[124], К. Варран[125], Р. Бёма[126] и других.

Эмпирическую базу исследования составляют:

Исследования, проведенные под руководством автора в 2013–2025 гг.:

- Опросы и контент-анализ сообщений социальных медиа по тематикам социального восприятия системы здравоохранения в целом, её служб (инфекционная[127], психиатрическая[128], онкологическая[129] и других), групп персонала (административно-управленческий персонал, врачи в целом и

[122] Michie S., van Stralen M. M., West R. The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions // Implementation Sci. 2011. № 6 (42). URL: https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/1748–5908–6–42 (accessed: 28.03.2025).

[123] Betsch C., Wieler L. H., Habersaat K.; COSMO group. Monitoring behavioural insights related to COVID-19 // Lancet. 2020. № 395(10232). P. 1255–1256.

[124] Habersaat K., Fietje N., Koylyu A., Scherzer M., Likki T. Behavioral and Cultural Insights for Better Health: The BCI Unit at WHO Regional Office for Europe/ M. Sanders, S. Bhanot, Sh. O' Flaherty (ed.), Behavioral Public Policy in a Global Context. Springer, 2023. P. 315–327.

[125] Warran K., Burton A., Fancourt D. What are the active ingredients of 'arts in health' activities? Development of the INgredients iN ArTs in hEalth (INNATE) Framework // Wellcome Open Res. 2022. № 7(10). URL: https://wellcomeopenresearch.org/articles/7–10/v2 (accessed: 01.12.2025).

[126]Böhm R., Betsch C. Prosocial vaccination // Curr. Opin. Psychol. 43, 2022. P. 307–311.

[127] Богдан И. В., Гурылина М. В., Чистякова Д. П., Краснова С. В. Опыт проведения курсов пациентоориентированности в медицинских организациях: кейс инфекционной больницы. М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2019. 13 с.

[128] Богдан И. В., Виноградов В. А., Габов К. И. и др. Социологический мониторинг образа психиатрии и психиатрических заболеваний в социальных медиа в период пандемии: результаты и решения // Социальное пространство. 2022. Т. 8. № 3. С. 1–15.

[129] Богдан И. В., Виноградов В. А., Горюшкина О. С. и др. Медико-социологическое обоснование внедрения психологической службы в стационары и амбулаторные организации онкологического профиля. М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2022. 133 с.

представители отдельных специальностей[130], средний персонал[131] и другие), процессов в системе здравоохранения (таких как вакцинация, режим самоизоляции[132] и т. д.), образа будущего медицинской профессии и самовосприятия работников[133].

- Цикл исследований по особенностям управления лояльностью/удовлетворенностью сотрудников организаций здравоохранения и факторам её формирования[134], в т. ч. в ситуации пандемии[135]. Данные были получены методом опроса представителей различных групп медицинских работников, дополнительно в ряде организаций проводилось сопоставление опросных и агрегированных статистических данных.

- Исследования, посвященные населению и медицинскому персоналу в ситуации преобразований системы здравоохранения – цифровизации[136], стандартизации процессов, изменения парадигмы взаимодействия «врач – пациент»[137], проведенные методами опроса работников здравоохранения и

---

[130] Богдан И. В., Кузьменков В. А., Чистякова Д. П. Образ врача в массовом сознании (по материалам социологического исследования) // Вестник Нижегородского университета им. Н. И. Лобачевского. Серия: Социальные науки. 2022. № 4 (68). С. 95–102.

[131] Богдан И. В., Гурылина М. В. Четыре «больших» стереотипа о медицинских сестрах в массовом сознании: по материалам анализа сообщений москвичей в социальных медиа // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019. Т. 27 (спецвыпуск). С. 552–558.

[132] Богдан И. В., Габов К. И., Дренева А. А. Права граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь в первые месяцы пандемии: результаты социологического исследования // Вестник НГУЭУ. 2022. № 2. С. 209–227.

[133] Богдан И. В., Природова О. Ф., Фомина О. А., Чистякова Д. П. Восприятие медицинских сестер работниками здравоохранения: социологический взгляд на дискурс об автономии // Nomothetika: Философия. Социология. Право. 2022. № 2 (47). С. 180–189.

[134] Богдан И. В., Дренева А. А., Праведников А. В., Чистякова Д. П. Лояльность персонала медицинских организаций: теория и практика // Под общей редакцией И. В. Богдана. М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2021. С. 128.

[135] Богдан И. В., Дренева А. А., Кузьменков В. А., Чистякова Д. П. Лояльность персонала инфекционной службы в период пандемии: ключевые факторы и некоторые вопросы управления // Вестник Московского государственного лингвистического университета. Общественные науки. 2022. № 4 (849). С. 118–126.

[136] Например, Богдан И. В., Гурылина М. В., Чистякова Д. П. Внедрение телемедицинских технологий в московском здравоохранении: мнение врачей и пациентов. М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2019. 20 с.

[137] Богдан И. В. Когда мы говорим о доверии врачам, подразумеваем ли мы одно и то же? «The врач» и «а врач» в социологических исследованиях // Труды научно-исследовательского

населения и контент-анализа их сообщений в социальных медиа, с сопоставлением полученных результатов.

- Труды, посвященные анализу социальных последствий внедрения новых цифровых технологий, таких как генеративный искусственный интеллект[138], основанные на опросах населения и медицинских работников, а также контент-анализе генераций нейросетей.

Исследований, которые легли в основу эмпирических разделов (см. описания исследований в Таблицах 4, 7, 12, 16), проведено более 47[139], с объёмами выборки (количественные и качественные исследования):

- 21,382 сотрудника медицинских организаций.
- 27,572 пациента, представителя пациента или населения в целом.
- 739 медицинских волонтеров.

Были проанализированы:

- 1,576,241 сообщение из социальных медиа.
- Более 10,874 визуальных материалов (контент-анализ).
- Более 692 генераций нейросетей по авторской методике (контент-анализ).
- Более 257 сайтов медицинских организаций.

В работе использована статистика в области здравоохранения, собранная Росстатом (численность медицинского персонала в различных разрезах и заработная плата), Министерством здравоохранения РФ и Центром медицинской статистики города Москвы (показатели работы медицинских организаций и показатели движения кадров), а также основные профильные, актуальные на момент исследования нормативные акты по теме исследования.

института организации здравоохранения и медицинского менеджмента: Сборник научных трудов. № 5. М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2020. С. 12–14.

[138] Богдан И. В. Использование генеративного искусственного интеллекта как источника медицинской информации: результаты социологического исследования // Труд и социальные отношения. 2025. Т. 36. № 2. С. 119–126.

[139] Различное число может быть получено в зависимости от отнесения волн или анализируемых подвыборок к отдельным исследованиям.

Также были использованы вторичные данные эмпирических исследований других авторов, как в нашей стране, так и за рубежом.

Количественный анализ данных проводился в программных продуктах MS Excel, IBM SPSS, а также с помощью кода на языке Python. Авторский код также был использован для получения дополнительных данных, например, для обогащения базы текстов визуальными материалами, дающими развернутое представление о глубинных аспектах социального восприятия.

Объект исследования: управление медицинским персоналом.

Предмет исследования: интегрированная модель социального управления медицинским персоналом в ситуации цифровой трансформации.

Цель диссертационного исследования – разработать интегрированную модель управления медицинским персоналом в условиях цифровой трансформации здравоохранения и развития технологий искусственного интеллекта.

Задачи исследования:

- Выработать типологию моделей социального управления;

- Обосновать теоретико-методологические принципы построения интегрированной модели социального управления в здравоохранении;

- Выделить уровни управления медицинским персоналом и охарактеризовать механизмы управления ими;

- Определить место социального восприятия в интегрированной модели социального управления медицинским персоналом и разработать методологию его исследования;

- Оценить степень лояльности медицинского персонала своей работе и определить основные факторы его мотивации;

- Проанализировать воздействие цифровой трансформации здравоохранения на модель социального управления медицинским персоналом;

- Дать характеристику текущему состоянию социального управления медицинским персоналом в России и обозначить направления его совершенствования;

- Выработать рекомендации для повышения эффективности социального управления медицинским персоналом в актуальных условиях.

Научная новизна исследования

1. Предложен подход к разработке интегрированной модели социального управления медицинским персоналом в контексте цифровизации здравоохранения с опорой на эмпирические исследования, проведенные автором.

2. Разработан подход к типологизации моделей социального управления в целом. Выявлены аспекты, которые являются дифференцирующими для моделей социального управления, а также кластеры, к которым они тяготеют.

3. Предложена система показателей для анализа социального восприятия в здравоохранении.

4. Раскрыты механизмы и обоснована необходимость управления процессами социального восприятия в цифровизирующемся мире, а также его закономерности на уровне системы здравоохранения, её подсистем, профессиональных групп.

5. Определены и обоснованы ключевые направления трансформации социального управления медицинским персоналом в России.

6. Предложены механизмы и направления совершенствования социального управления медицинским персоналом в контексте развития ИИ-технологий.

7. Разработан механизм социальной экспертизы рисков, порождаемых характером функционирования больших языковых моделей в системе здравоохранения.

8. Раскрыты закономерности формирования и проявления лояльности медицинского персонала, рассматриваемой как индикатор социальных установок работников по отношению к профессиональной деятельности; определены референтные значения показателей лояльности для различных целевых групп, описаны основные факторы её формирования и принципы мониторинга.

Научно-практическая значимость диссертационного исследования

Выводы, рекомендации, разработанные элементы модели, представленные в диссертации, могут быть использованы:

– для выработки (выбора) модели социального управления медицинскими кадрами с учетом современной цифровой трансформации здравоохранения, расширения применения и развития ИИ;

– для выявления приоритетных целей для вмешательств в рамках управления медицинским персоналом;

– для разработки системы мониторинга реализации существующих и новых моделей социального управления;

– в управлении коммуникациями по актуальным вопросам здравоохранения с целью формирования необходимого социального восприятия медицинских специальностей, служб в системе здравоохранения;

– при подготовке учебных программ по курсам социологии здоровья/медицины, социального управления.

Также данная работа:

– представляет и обосновывает подход к оценке социального восприятия в контексте цифровой трансформации системы здравоохранения;

– предлагает научно-обоснованные принципы для управления лояльностью медицинского персонала и факторами её формирования, на основании которых были подготовлены официальные методические рекомендации для московской системы здравоохранения и цифровые продукты, размещенные в открытом доступе;

– раскрывает логику решений на базе ИИ, которые могут быть использованы в рамках широкого спектра задач социального управления;

– предлагает подходы к интеграции данных различной природы (данные опросов, статистические показатели, результаты контент-анализа социальных медиа и др.);

– демонстрирует примеры практического использования нового подхода АПКФ (анализ поведенческих и культурных факторов), рекомендуемого ВОЗ, в отечественном контексте.

Положения, выносимые на защиту

1. Концептуальная модель социального управления медицинским персоналом реализуется на трех уровнях: социальных макроструктур (область социально-организационных структур, которые влияют на медицинский персонал и представляют пространство устойчивых надличностных паттернов общественных отношений), социального восприятия, связанного с медицинскими работниками (сфера информационной среды и массовой коммуникации, в результате функционирования которой формируются образы социальной реальности у самих работников и в отношении них), субъективного «мира» медицинского персонала (переживаемая им реальность, пространство очевидного и актуального в отношении работы, выраженное в социальных установках общности). Интеграция данных трех уровней в социальном управлении позволяет обеспечивать необходимую дифференциацию управленческих вмешательств при переходе от макро- к микроуровню. Ключевая роль в данном переходе принадлежит социальному восприятию, обеспечивающему связность между макроструктурными вмешательствами и формированием соответствующих практик и установок на микроуровне.

2. Интегрирующую роль в системе социального управления играют цели субъекта, которые задаются как в явном, так и в реконструируемом (не артикулируемом напрямую) виде. Данные цели в контексте управленческого процесса декомпозируются на три уровня: концептуальный, механизмов и конкретных вмешательств. Интеграция в социальном управлении медицинским персоналом может выражаться в трех формах: междисциплинарной/межсекторальной, структурной и субъектной, которые включены в механизмы управления в рамках предложенной интегрированной модели.

3. На концептуальном уровне модели социального управления дифференцированы по четырем осям – 1) динамические характеристики (отражающие направленность моделей на социальную динамику или статику); 2) структурные аспекты (общие или частные модели, применимые в узких контекстах); 3) характеристики отношения субъекта и объекта воздействия (дихотомия субъект-субъектного и субъект-объектного подхода к управлению); характер управленческого воздействия (линейные/директивные и нелинейные, которые в т. ч. направлены на формирование благоприятной среды для достижения целевого состояния объекта управления).

4. Выделены «классический» (в смысле свойственности данных черт предшествующим периодам управленческой практики) и «современный» кластеры моделей социального управления, которые объединяют их на основании схожих концептуальных принципов. Несмотря на выявленные тенденции трансформации социального управления в «современном» направлении (динамические, субъектные, персонифицированные, нелинейные подходы), контекстные условия (такие как ситуация кризиса (пандемия) или специфика отдельных медицинских служб) требуют использования элементов «классических» моделей. Как сбалансированная основа для управления в здравоохранении предлагается «мягкий патернализм», который сохраняет возможность ситуационного патернализма медицинского работника, но одновременно требует большего внимания к субъектности пациента.

5. Социальное управление медицинским персоналом в системе здравоохранения на федеральном уровне является в значительной степени фрагментированным, производным от интересов пациента и не учитывает в необходимой мере субъектность управляемой группы, в связи с чем оно нуждается в стандартизации и систематизации. Обеспечить эффективность социального управления персоналом может комплекс мер, среди которых формирование и нормативное закрепление целевого образа медицинских работников, как в части их функциональной роли, так и в отношении отдельных черт, транслируемых целевым группам (в т. ч. внутри профессионального сообщества); агрегация основ и целей

управления им в едином документе; устранение существующих дисбалансов прав и ответственности; организация единой системы мониторинга, включая мониторинг лояльности медицинского персонала и его восприятия.

6. Выделено три уровня анализа социального восприятия медицинского персонала в контексте управления им: структурный, уровень субъекта и контекста. Структурный компонент включает аспекты внешний (какой элемент системы здравоохранения оценивается, например, сотрудник в рамках конкретной службы или как представитель системы здравоохранения в целом) и внутренний (структура социального образа, его когнитивные, эмоциональные, поведенческие, осознаваемые и неосознаваемые компоненты). На аналитическом уровне субъекта перцепция рассматривается с позиции воспринимающих, которыми могут быть как сами сотрудники, так и пациенты, управленческий персонал или иные группы. Контекстные факторы включают информационный контекст и темпоральное измерение, в рамках которого рассматривается обращённость образов к настоящему, прошлому или будущему. Противоречия между данными уровнями или их расхождение с целевым образом составляют предмет управления социальной перцепцией, которое реализуется в рамках информационных кампаний, вмешательств в контексте общей или профессиональной социализации и иных общественных процессов.

7. Образ медицинского персонала включает различные компоненты, которые определяются такими социальными факторами, как принадлежность работника к группе персонала, медицинской службе, работа в рамках определенной формы оказания помощи, сложившиеся ожидания населения. Социальное восприятие способствует воспроизводству дисфункционального для работы системы здравоохранения статусного неравенства в медицине, фиксируя различия в образе врачебных и неврачебных профессий, стигматизацию медицинских служб, расхождения между идеальными представлениями о медицинской профессии и реальным опытом взаимодействия с ней и другие диспропорции. В управлении информационной политикой и системой коммуникаций, направленном на формирование образа медицинского работника, предлагается учитывать сложность

и многокомпонентность перцепции, а также организовывать такое управление как производное от вектора трансформации функционала соответствующей специальности и общих целей управления в здравоохранении.

8. В условиях новой цифровой реальности происходит имплементация ИИ-алгоритмов в интегрированную модель социального управления. Для минимизации угроз, связанных с системой ценностных ориентаций и социальных установок, которая заложена в данные продукты при их создании (стереотипы, определенные культурные особенности и другие), предлагается использовать «промпт-эксперименты» (авторский термин, обозначающий предлагаемый подход к стандартизированной процедуре нейросетевой генерации контента и определения в нем социальных стереотипов и установок, критичных для процесса социального управления), которые обеспечивают основу для целенаправленной коррекции нейросетевых алгоритмов.

9. На микроуровне модели субъективный «мир» медицинского персонала отражается в показателях его лояльности к работе и влияющих на неё факторов, которые обнаруживают связь с трудовой мотивацией. Данные показатели связаны с профессиональным статусом медицинского работника, службой (например, более низкая лояльность при работе с менее социально адаптированными пациентами), формой помощи (например, более проблемная ситуация у персонала амбулаторно-поликлинического звена). Были выявлены основные факторы лояльности медицинского персонала – психологический климат в коллективе, уровень нагрузки, материальное стимулирование, бытовые условия труда и снабжение отделений / оснащенность. Особую значимость для лояльности приобретает фактор психосоциального благополучия персонала.

Апробация результатов исследования

По различным аспектам исследования подготовлено более 60 выступлений на мероприятиях различного уровня – региональных, федеральных, международных. В частности, отдельные положения исследования были представлены на заседаниях консультативной технической группы по анализу поведенческих и культурных факторов Европейского офиса Всемирной

организации здравоохранения (BCI-TAG WHO/Europe), членом которой автор являлся в 2022–2024 гг.

Доклады, связанные с тематикой исследования, также прозвучали:

- На тематических секциях форумов Международной социологической ассоциации (ISA): 23–28 февраля 2021 г. (Порту-Алегри, Бразилия) и 6–11 июля 2025 г. (Рабат, Марокко).
- На виртуальной конференции Европейской ассоциации по общественному здоровью (EUPHA, 10–12 ноября 2021 г.), а также секции промежуточной конференции EUPHA по исследованиям кадров здравоохранения в Румынии (18–19 июня 2020 г.).
- На тематических секциях Международной Грушинской конференции с 2020 по 2025 гг.
- На конференциях «Обратная связь от граждан: современные методы и сервисы анализа данных» (4 апреля 2024 г.), «Современные тенденции исследования социальных настроений граждан: теория и практика» (21 мая 2025 г.), организованных Аналитическим центром при Правительстве Российской Федерации.
- В рамках профильного форума с международным участием «Социология здоровья» в 2019–2025 гг.

И на многих других внешних экспертных и научных событиях.

Также положения работы, реализованные в рамках НИР, ежегодно обсуждались и принимались на Ученом совете ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ».

По итогам работ были опубликованы:

Монографии, главы в монографиях:

1. Богдан И.В. Медико-социологическое обоснование внедрения психологической службы в стационары и амбулаторные организации онкологического профиля / И.В. Богдан, В.А. Виноградов, О.С. Горюшкина, О.Э. Гольдман, А.А. Дренева, В.А. Кузьменков, А.В. Праведников, Д.П. Чистякова; Под общей ред. И.В. Богдана. – Москва: Государственное бюджетное учреждение города Москвы "Научно-исследовательский институт организации

здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы", 2022. – 133 с.

2. Богдан И.В. Лояльность персонала медицинских организаций: теория и практика / И.В. Богдан, А.А. Дренева, А.В. Праведников, Д.П. Чистякова; Под общей ред. И.В. Богдана. – Москва: НИИОЗММ ДЗМ, 2021. – 187 с.

3. Богдан И.В. Мониторинг лояльности потребителей услуг и персонала медицинских организаций (методология (e)NPS). Методические рекомендации / И.В. Богдан, А.В. Праведников, Д.П. Чистякова. – Москва, 2021. – 36 с.

4. Богдан И.В. Профессиональный рост и трудовые стратегии медицинских работников / Е.И. Аксенова, О.А. Александрова, Н.В. Аликперова, И.В. Богдан, Ю.В. Бурдастова, К.В. Виноградова, Е.В. Локосов, О.А. Коленникова, О.А. Комолова, Ю.С. Ненахова, М.С. Токсанбаева, Д.П. Чистякова, А.В. Ярашева. – Москва: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2020. – 223 с.

5. Богдан И.В. Соблюдение прав населения города Москвы на охрану здоровья и медицинскую помощь в период пандемии COVID-19 / И.В. Богдан, К.И. Габов, А.В. Праведников, Д.П. Чистякова. – Москва: НИИОЗММ ДЗМ, 2020. – 134 с.

6. Богдан И.В. Развитие кадрового потенциала столичного здравоохранения / Н.В. Аликперова, И.В. Богдан, Ю.В. Бурдастова, К.В. Виноградова, М.В. Гурылина, А.А. Дударева, О.А. Коленникова, О.А. Комолова, С.В. Крошилин, Е.М. Гагарина, Ю.С. Ненахова, Е.А. Савостина, М.С. Токсанбаева, П.С. Турзин, Л.А. Ходырева, Д.П. Чистякова, А.В. Ярашева. – Москва: под ред. Е.И. Аксеновой, О.А. Александрова, 2019. – 244 с.

7. Богдан И.В. Реформа здравоохранения в постсоветской России / И.В. Богдан – Москва: Эдитус, 2016. – 302 с.

8. Богдан И.В. Проблематика алкоголизма и наркомании и противодействие им в городе Москве / И.В. Богдан, М.Д. Горносталев, И.С. Иглицына [и др.]. – Москва: Государственное бюджетное учреждение города Москвы "Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и

медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы", 2023. – 261 с.

9. Богдан И.В. Охрана здоровья и медицинская помощь несовершеннолетним гражданам в рамках организации системы диспансеризации школьников в городе Москве / И.В. Богдан, М.Д. Горносталев, И.С. Иглицына, М.Б. Мякишева, Т.А. Потяева, В.Н. Степанова, А.П. Хлынин. – М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2024. – 146 с.

В научных изданиях МБД, журналах из списка RSCI и Перечня ВАК (К1-К3):

1. Богдан И.В. Разработка комплексной методики для оценки удовлетворённости медицинских работников инфраструктурой медицинских организаций в Москве / М.Д. Горносталев, В.Н. Степанова, М.Б. Мякишева, И.В. Богдан // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2025. – Т. 33. – № S2. – С. 951-957.

2. Богдан И.В. Цифровые аспекты психотипирования в социологических исследованиях (на примере управленческих задач здравоохранения) / И.В. Богдан // Вестник Биомедицина и социология. – 2025. – Т. 10. № 1. – С. 2-10.

3. Богдан И.В. Использование генеративного искусственного интеллекта как источника медицинской информации: результаты социологического исследования / И.В. Богдан // Труд и социальные отношения. – 2025. – Т. 36. – № 2. – С. 119-126.

4. Богдан И.В. Здоровье и удовлетворенность системой здравоохранения как факторы качества жизни старшего поколения жителей мегаполиса / И.В. Богдан, Е.И. Аксенова, В.Э. Филиппов, М.Д. Горносталев, М.Б. Мякишева, Д.П. Чистякова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2024. – Т. 32. – № S2. – С. 1202-1208. (0,27 п.л. / 0,1 п.л.)

5. Богдан И.В. Вклад работодателей мегаполиса в сохранение здоровья сотрудников (на примере города Москвы) / И.В. Богдан, М.Д. Горносталев, Д.П. Чистякова // Вестник Кемеровского государственного университета. Серия: Политические, социологические и экономические науки. – 2024. – Т. 9, № 2. – С. 198–208.

6. Богдан И.В. Личностные и профессиональные качества медицинских работников: видение настоящего и будущего профессии / И.В. Богдан, М.Д. Горносталев, О.Ф. Природова, М.А. Фомина, Д.П. Чистякова, А.В. Старшинин // Труд и социальные отношения. – 2024. – Т. 35, № 4. – С. 152-163.

7. Богдан И.В. Социогуманитарные аспекты построения диалога в системе здравоохранения / И.В. Богдан, В.А. Кузьменков // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Социология. – 2023. – Т. 23. – № 3. – С. 654-660.

8. Богдан И.В. Диалоги с нейросетями о настоящем и будущем медицинских профессий: риски и перспективы / Е.И. Аксенова, И.В. Богдан // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2023. – № 31(спецвыпуск 2). – С. 1097-1103.

9. Bogdan I.V. Barriers and drivers of positive COVID-19 vaccination behaviours among healthcare workers in Europe and Central Asia: a qualitative cross-country synthesis / C. Jackson, S. Smith, A. Aghasaryan, D. Andreasyan, A.K. Aregay, K.B. Habersaat, L. Hovhannisyan, I.V. Bogdan, D.P. Chistyakova, Š. Cilović-Lagarija, S. Colonescu, J. Hajiyev, A. Ilves, A. Isahakyan, S. Isahakyan, N. Jusupov, I. Kachkachishvili, E. Kender, E. Kjosevska, S.M. Nielsen, A. Mazhnaia, M. Oona, B. Păunescu, H. Šabanović, A. Săndulescu, A. Vasilevska, S. Warsi, E. Yusifli, R. Zamfirescu, B. Craig // Humanit Soc Sci Commun. – 2023. – № 10. – 926.

10. Богдан И.В. Социологическое исследование содержательных аспектов образа медицинской сестры / И.В. Богдан, С.Ю. Кацаурова, Д.П. Чистякова // Известия высших учебных заведений. Социология. Экономика. Политика. – 2023. – Т. 16, № 1. – С. 41-53.

11. Богдан И.В. Влияние социокультурных факторов на организацию работы с иностранными пациентами: социологический анализ / И.В. Богдан, Г.Д. Петрова, Д.П. Чистякова // Вестник Южно-Российского государственного технического университета. Серия: Социально-экономические науки. – 2023. – Т. 16. № 2. – С. 35–44.

12. Богдан И.В. Особенности репродуктивного поведения жительниц Москвы / В.Н. Архангельский, И.В. Богдан, О.Н. Калачикова, Д.П. Чистякова // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. – 2023. – Т. 16, № 3. – С. 126-141.

13. Богдан И.В. Специфика взаимодействия с пациентами и их родственниками как фактор эмоционального состояния врачей-онкологов / А.А. Дренева, А.В. Праведников, Д.П. Чистякова, О.Э. Гольдман, И.В. Богдан // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2022. – Т. 30. – № 4. – С. 608-615.

14. Богдан И.В. Восприятие медицинских сестер работниками здравоохранения: социологический взгляд на дискурс об автономии / И.В. Богдан, О.Ф. Природова, О.А. Фомина, Д.П. Чистякова // Nomothetika: Философия. Социология. Право. – 2022. – Т. 47. – № 2. – С. 180-189.

15. Богдан И.В. Внедрение гаджетов в систему мониторинга показателей здоровья населения: социологическое исследование / И.В. Богдан, О.А. Волкова, И.С. Иглицына, Д.П. Чистякова // Вопросы управления. – 2022. – № 3(76). – С. 33-45.

16. Богдан И.В. Международные инициативы в отношении медицинских кадров как субъектов активизации процессов вакцинации в пандемию: социологический анализ / И.В. Богдан // Социальная политика и социология. – 2022. – Т. 21. – № 1(142). – С. 54—62.

17. Богдан И.В. Образ медицинского специалиста в социальных медиа глазами москвичей: управленческие и методические аспекты / И.В. Богдан, А.А. Дренева, Д.П. Чистякова // Цифровая социология/Digital Sociology. – 2022. – № 5(3). – С. 57-67.

18. Богдан И.В. Социологический мониторинг образа психиатрии и психиатрических заболеваний в социальных медиа в период пандемии: результаты и решения / И.В. Богдан, В.А. Виноградов, К.И. Габов [и др.] // Социальное пространство. – 2022. – Т. 8. – № 3.

19. Богдан И.В. Лояльность персонала инфекционной службы в период пандемии: ключевые факторы и отдельные вопросы управления / И.В. Богдан, А.А. Дренева, В.А. Кузьменков, Д.П. Чистякова // Вестник Московского государственного лингвистического университета. Общественные науки. – 2022. – Вып. 4(849). – С. 118–126.

20. Богдан И.В. Образ врача в массовом сознании (по материалам социологического исследования) / И.В. Богдан, В.А. Кузьменков, Д.П. Чистякова // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. Серия: Социальные науки. – 2022. – № 4(68). – С. 95–102.

21. Bogdan I. Image of psychiatry and psychic illness during the COVID-19 pandemic: social media monitoring / I. Bogdan, D. Chistyakova, A. Pravednikov // European Journal of Public Health. – 2021. – Volume 31. – Issue Supplement 3.

22. Богдан И.В. Сотрудники многопрофильных стационаров в условиях пандемии COVID-19: условия работы, лояльность и эмоциональное состояние / И.В. Богдан, Н.Л. Маленкова, Е.С. Малышева, А.В. Праведников, Е.А. Сирина, Д.П. Чистякова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2021. – Т. 29. S. 2. – С. 1264-1270.

23. Богдан И.В. Получение медицинских услуг на территории РФ гражданами стран СНГ: инсайты для развития экспорта медицинских услуг (на материале фокус-групповых интервью) / Е.И. Аксенова, И.В. Богдан, Р.Г. Гатаулин, С.И. Грин, К.К. Крюкова, А.В. Праведников, А.В. Радецкая, Д.П. Чистякова // Вестник РАМН. – № 76 (5S). – С. 581-589. (0,36 п.л. / 0,2 п.л.)

24. Богдан И.В. Оценка научно-исследовательского потенциала амбулаторно-поликлинического звена московской системы здравоохранения / Е.И. Аксенова, А.С. Безымянный, О.В. Бессчетнова, И.В. Богдан, Н.Н. Камынина, Э.А. Каширина, А.А. Тяжельников, Н.Н. Шиндряева // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2021. – Т. 29. S. 2. – С. 1331-1337.

25. Богдан И.В. Проблематика доверия в социологии медицины / И.В. Богдан, Д.П. Чистякова, А.В. Праведников // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. – 2021. – № 2. – С. 526-533.

26. Богдан И.В. Социология, здоровье и уроки пандемии / И.В. Богдан, Д.П. Чистякова // Миссия конфессий. – 2021. – Т. 9. – Ч. 8. – № 57. – С. 873-879.

27. Богдан И.В. Исторические аспекты восприятия сестринской профессии: религиозное служение, военный подвиг, «обычная профессия» / И.В. Богдан, Д.П. Чистякова // Миссия конфессий. – 2021. – Т. 9. – Ч. 8. – № 57. – С. 836-842.

28. Богдан И.В. Образ медицинского брата: восприятие населением мужчины в «женской» профессии / И.В. Богдан // Человек. Общество. Инклюзия. – 2021. – № 4(48). – С. 18-24.

29. Богдан И.В. Осведомленность населения Москвы об инсульте и просветительская политика (результаты социологического исследования) / И.В. Богдан, М.В. Гурылина, Д.П. Чистякова, И.С. Чер, Н.А. Шамалов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2020. – Т. 28 (спецвыпуск). – С. 1056-1061.

30. Богдан И.В. Политическое восприятие системы здравоохранения населением: опыт мониторинговых исследований / И.В. Богдан, М.В. Гурылина, А.Л. Зверев, Д.П. Чистякова // Вестник Томского государственного университета. Философия. Социология. Политология. – 2020. – № 55. – С. 216-231.

31. Богдан И.В. Социология в управлении здравоохранением: необходимость диалога / И.В. Богдан, М.В. Гурылина, Д.П. Чистякова // Социологические исследования. – 2020. – № 4. – С. 163-164.

32. Богдан И.В. Основы просветительной работы на тему вакцинации в сети интернет: «рациональные» сторонники и «эмоциональные» противники / И.В. Богдан, М.В. Гурылина, Д.П. Чистякова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2019. – Т. 27. – № 6. – С. 1038-1042.

33. Богдан И.В. Четыре «больших» стереотипа о медицинских сестрах в массовом сознании: по материалам анализа сообщений москвичей в социальных медиа / И.В. Богдан, М.В. Гурылина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2019. – Т. 27. – (спецвыпуск). – С. 552-558.

34. Богдан И.В. Создание организационных условий для формирования здорового образа жизни у населения / П.С. Турзин, М.В. Гурылина, Е.И. Аксенова, Л.А. Ходырева, И.В. Богдан, Д.П. Чистякова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2019. – Т. 27. – (спецвыпуск). – С. 704-709.

35. Богдан И.В. Нормативное правовое обеспечение мониторинга эффективности деятельности руководителей медицинских организаций / А.А. Дударева, Е.И. Аксенова, Л.А. Ходырева, П.С. Турзин, И.В. Богдан, К.Е. Лукичев // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2019. – Т. 27. – (спецвыпуск). – С. 578-586.

36. Богдан И.В. Формирование здорового образа жизни у населения: приоритетные направления (по результатам социологического исследования) / И.В. Богдан, М.В. Гурылина, Д.П. Чистякова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2019. – № 27 (4). – С. 374-378.

37. Богдан И.В. Распространенность табакокурения у медицинских и педагогических работников / Д.В. Мелик-гусейнов, Л.А. Ходырева, Н.А. Костенко, П.С. Турзин, А.С. Евдошенко, И.В. Богдан // Медицина труда и промышленная экология. – 2019. – № 3. – С. 178-182.

38. Богдан И.В. Сотрудничество медицинского работника и пациента в вопросах ведения ЗОЖ: проблемы и пути решения (по результатам социологического исследования) / И.В. Богдан, М.В. Гурылина, Д.П. Чистякова // Государственное и муниципальное управление. Ученые записки. – 2018. – № 4. – С. 173-176.

39. Богдан И.В. Методы распространения здорового образа жизни медицинскими работниками: опыт медико-социологического анализа / И.В. Богдан, М.В. Гурылина, Д.П. Чистякова // Вестник НГУЭУ. – 2018. – № 4. – С. 188-198.

А также 150 публикаций, индексируемых в иных базах данных, включая публикации в рецензируемых журналах не по профилю специальности.

На основании исследований лояльности и социального восприятия, проводимых под руководством автора в интересах отдельных организаций или служб здравоохранения, были разработаны прикладные рекомендации, внедряемые в практику работы организаций системы здравоохранения. Помимо научных публикаций, были зарегистрированы РИДы (результаты интеллектуальной деятельности) на цифровые продукты, по вопросам лояльности в здравоохранении выпущены официальные методические рекомендации и депонирована статья с авторской методикой определения референтных значений лояльности, апробированной в проведенных исследованиях.

Структура диссертации. Диссертация состоит из 3 глав, введения, заключения, библиографии.

Глава 1. Теоретико-методологические основания интегрированной модели социального управления

1.1 Роль социального восприятия в модели социального управления

1.1.1 Основные понятия исследования и значимые аспекты модели

Социальное управление – категория, к пониманию которой в социологической науке сегодня существует ряд подходов. В зависимости от представлений исследователей, зачастую придерживающихся практически противоположных взглядов на то, что лежит в основе социальности, понимание ими таких терминов, как «социальное управление», будет иметь определенный фокус рассмотрения. Исходя из этого, важным является из многообразия социологических подходов отобрать те аспекты, которые будут в наибольшей степени соответствовать целям и задачам, предмету проводимого исследования. То же можно отнести и к другим используемым в работе понятиям – для того, чтобы задать контекст исследования, важно обозначить, что будет пониматься под каждым из них.

В разделе 1.1.1 будет дано контекстное определение используемым в работе *понятиям*. Используя их, будет обозначен авторский подход к *моделям социального управления*. Далее, в разделе 1.1.2 будет обосновано место *социального восприятия* в данных процессах.

В первую очередь определим термины, зафиксированные в названии работы:

Медицинский персонал в рамках данной работы понимается как социально-профессиональная группа работников системы здравоохранения, обладающих медицинским образованием (высшим, средним, начальным), и реализующих в рамках своей профессиональной деятельности функционал, требующий знаний и допусков, полученных в результате данной профессиональной подготовки.

Таким образом, вне рассмотрения оказывается немедицинский персонал, который работает в системе здравоохранения (включая волонтеров, выполняющих немедицинские функции), люди с профильным образованием, не реализующие соответствующий функционал (например, ушедшие из профессии), а также фармацевтические работники (такое разграничение соответствует, например,

приказу 323-ФЗ). К представителям медицинского персонала относятся управленческий персонал с профильным образованием, врачебный, средний (специалисты в области сестринского дела, фельдшеры, акушерки и др.) и младший персонал (младшие медсестры/братья, санитары и т. д.).

В данной работе термины «медицинские сотрудники», «медицинские кадры», «медицинские работники» и смежные рассматриваются как синонимы понятию «медицинский персонал»; также слово «медицинский» может быть опущено или заменено на указание принадлежности работника к системе здравоохранения. В данном случае также будет подразумеваться медицинский персонал, если не указано другое.

Предпочтение термина «персонал», связанного больше с номенклатурными классификациями, по сравнению со смежными терминами вызвано тем, что в исследовании сделан акцент на работе сотрудников в системе здравоохранения и гетерогенности данной группы (управленческий, врачебный, средний, младший персонал), что подчеркивает оппозицию принятого подхода распространенному среди ряда исследователей дискурсу, который абсолютизирует роль врача, по сути, подразумевая под медицинским персоналом только работников с высшим образованием.

Процесс *управления* рассматривается в рамках данной работы в широком смысле, как форма целенаправленного влияния, инициации и реализации изменений субъектом в объекте (управления). Особое внимание будет уделено вопросам субъектности в управлении, его целевым (телическим) аспектам и построению систем обратной связи.

Используя положения системного подхода, именно *социальное управление* трактуется в исследовании как частная, специфическая форма целенаправленного воздействия субъекта на социальные системы (их элементы и структуру). При этом такое воздействие реализуется через механизмы, опосредованные социальными отношениями.

Данное понимание проистекает из анализа существующих подходов к социальному управлению. По итогам изучения научных источников выделены три основных подхода, когда такое управление рассматривается как:

1. Средство реализации социальной политики[140] (например, в контексте соответствующих государственных служб, системы здравоохранения). В частности, в рамках такого подхода исследователи говорят об управлении в рамках «социального государства»[141], о социально-ориентированном управлении, направленном на удовлетворение интересов и потребностей социальных групп[142], нередко поднимая вопрос различных неравенств.

2. Управление «социальным» в целом или его аспектами. При таком подходе социальное управление может пониматься как управление всем обществом[143], его системами[144], процессами и субъектами[145].

3. Тип управления с использованием социальных технологий/механизмов. Такой подход следует из характера управляющего воздействия и того, что социальное управление использует инструменты, основанные на закономерностях общественных отношений[146], в т. ч. могут быть

---

[140] Уржа О. А. Социальное управление как средство реализации социальной политики: теоретические аспекты обоснования // Материалы Афанасьевских чтений. 2016. № 1 (14). С. 32–39.

[141] Охотский Е. В. Социальное государство: реальность или миражи социального благополучия? // Труд и социальные отношения. 2015. Т. 26. № 6. С. 47–62.

[142] Александрова О. А., Ковалева Д. О. Социальное управление: как помочь молодежи реализоваться в профессии и не откладывать создание семьи // Самоуправление. 2022. № 3. С. 116–121.

[143] Уржа О. А. Социальное управление как средство реализации социальной политики: теоретические аспекты обоснования.

[144] Холоднюк М. В. Социальное управление: понятие и содержание // Контентус. 2016. № 6 (47). С. 1–5.

[145] Рейхерт Е. С. Социальное управление как особая разновидность управления // Вестник ЮУрГУ. Серия: Право. 2006. № 13 (68). С. 338–342; Косач Н. Е. Право и социальное управление // Донецкие чтения 2021: образование, наука, инновации, культура и вызовы современности: Материалы VI Международной научной конференции, Донецк, 26–28 октября 2021 года / Под общей редакцией С. В. Беспаловой. Том 8. Донецк: Донецкий национальный университет, 2021. С. 255–257; Франчук В. И. Основы общей теории социального управления / Ин-т организационных систем. М., 2000. 180 с.

[146] Сигитова М. А. Уровни социального управления в объектно-целевом разрезе // Ученые заметки «ТОГУ». 2021. Т. 12. № 1. С. 250; Царитова К. Г., Морозюк Ю. В. Социальное управление организацией как инновационная модель менеджмента.

учтены их социально-психологические аспекты[147]. Также в рамках данного подхода объектом воздействия могут являться социальные механизмы, регулирующие жизнедеятельность и поведение индивида, или же им уделяется повышенное внимание[148].

Следует отметить, что хотя эти три подхода к понятию социального управления не абсолютно тождественны друг другу, они не находятся в оппозиции, скорее подчеркивая различные его аспекты (контекст реализации, объект, методы).

Так, поскольку работа посвящена здравоохранению, социальное управление в данной отрасли рассматривается в контексте социальной политики. Более того, именно государство в лице своих представителей будет прежде всего рассмотрено в исследовании как управляющий субъект в рамках данного типа управления, поскольку именно его деятельность в первую очередь направлена «на целое»[149], функции социальной системы.

Подходы 2 и 3 к социальному управлению через его предмет или механизмы представляются более универсальными, при этом следует отметить их взаимосвязь – для управления социальными процессами явно необходимым является использование соответствующих технологий, действие которых будет соответствовать социальным изменениям в объекте воздействия. При этом определение через социальный предмет расширяет область методов (на него можно влиять не только социальными механизмами), а определение через механизмы расширяет область объектов управления.

С одной стороны, обоснованно рассматривать в качестве критерия отнесения к социальному управлению именно его объект (то, кем/чем оно управляет, то есть то, на что управление направлено). С другой – несмотря на теоретическую возможность использования несоциальных механизмов, для различения с другими

---

[147] Грачев А. А. Психология и социология в деятельности психологической службы промышленного предприятия конца советского периода (на примере социальнопсихологической службы ПО «Курганприбор»).

[148] Тихонов А. В. Философские основания проблемы управления; Кирпиченко А. М. Механизм социального управления // Экономика. Социология. Право. 2021. № 4 (24). С. 86–106.

[149] Пригожин А. И. Методы развития организаций. С. 66.

типами управления введено ограничение на используемые механизмы необходимостью быть опосредованными социальными отношениями – в частности, чтобы представлять исследовательский интерес в контексте социального управления, их применение должно порождать социальные последствия.

Таким образом, в представленном ранее определении присутствует отражение данных трех подходов к пониманию социального управления – как управления социальной сферой (здравоохранение), как управления социальными объектами (социальные системы и их компоненты), как управления с использованием специфических (опосредованных социальными отношениями) механизмов. Уточняя понимание ключевого термина именно в узком контексте исследования, можно определить его как практику управления со стороны субъекта системой социальных отношений, в которые медицинский персонал вовлечен и которые напрямую затрагивают его интересы. При этом к социальному управлению в рамках данного исследования будет относиться только такое управление, которое реализуется через механизмы, опосредованные социальными отношениями.

Следует подчеркнуть, что подход с акцентом на управленческом воздействии субъекта не отвергает возможности нелинейного влияния или процессов самоорганизации. Предлагаемый подход задает прикладной контекст рассмотрения вопроса, подчеркивая, что интересом в рамках данного исследования является в первую очередь то, что в рамках управленческой практики может сделать субъект для направления (директивного или недирективного) или установления границ для социальных процессов, исходя из целей управления, что близко, например, позиции В.И. Слока, который именно в воле и цели субъекта видел основу социального управления[150].

Как следует из предыдущего обсуждения, подход к понятию социального управления в значительной мере будет определяться тем, какой аспект

[150] Слок В. И. Чем управление отличается от самоорганизации и регуляции? // Евразийское Научное Объединение. 2017. № 2(24). С. 126–127.

«социального» при анализе будет выступать наиболее важным. *Социальное* рассматривается в исследовании как новое эмерджентное качество, которое рождается в процессе структурированного взаимодействия социальных систем и их элементов. В рамках проводимого анализа значимая роль отводится таким его аспектам, как существование социальных структур, динамические характеристики соответствующих процессов, вопросы субъектности и обмена информацией в общественных отношениях, что задает в т. ч. исследовательский подход к пониманию социального управления.

Важным аспектом социального управления является использование его *механизмов*, под которыми будут пониматься описания устойчивой причинно-следственной связи между управленческим воздействием и его результатом. Последний может задаваться в показателях различной конкретности, например, как направление изменения, которому содействует использование механизма.

В механизмах в первую очередь предметом исследовательского интереса будут являться области приложения усилий (которые можно учесть в рамках мониторингов и областей для вмешательств), субъекты его реализации, желаемые результаты от вложенных ресурсов. Механизмы будут рассмотрены как достаточно высокого уровня абстракции, допускающие конкретизацию в частных условиях, наполнение которых может варьироваться, исходя из контекста управления.

При обращении к модельному подходу, модель будет пониматься как теоретический конструкт, заменяющий явление внешнего мира, выделяющий существенные аспекты изучаемой социальной реальности (в данном случае, социального управления), которые обладают наибольшим эвристическим потенциалом в объяснении функционирования и предсказании динамики изучаемого объекта. Указанные аспекты могут быть представлены ключевыми элементами системы управления, их структурой, механизмами взаимодействия.

Следует отметить, что существуют различные подходы к моделированию процесса социального управления, и более того, в большинстве приведенных далее источников при описании того, что будет далее называться «моделями социального

управления», термин «модель» не использовался[151]. Также зачастую слово «социальное» в работах, посвященных моделям социального управления, опускается, и используется термин «системы управления», подразумевая управление социальными процессами. Такого рода модели также будут рассмотрены в дальнейшем вне зависимости от использованной при их описании терминологии.

Системный подход, к которому обращается исследование, проявляется в том, что при управлении, в качестве объектов воздействия, рассматриваются социальные объекты как системы или их часть, выделяются элементы, обладающие различной субъектностью, устойчивые и повторяющиеся отношения между ними (связи или *структура*), а также внешняя по отношению к анализируемой системе среда. Также в рамках такого подхода само управление может быть рассмотрено как система со своими элементами, структурой и определенным отличием от внешней среды.

В исследовании будет идти речь не просто о модели социального управления, а об интегрированной модели. Под интеграцией в управлении в данном случае понимается включение в единую систему управления элементов различных областей социальной практики (например, здравоохранение, социальная защита) и знаний (например, социология, психология, точные науки), уровней управления (различные процессы на макро-, мезо-, микроуровнях) и нахождение баланса интересов субъектов управления, для получения синергетического эффекта в рамках достижения поставленных целей.

С такой точки зрения интегрированное управление может подразумевать включение в мониторинги, обеспечивающие обратную связь в рамках конкретной модели управления, показателей из различных областей знаний, которые в своей совокупности по результатам анализа позволят более эффективно отслеживать состояние объекта мониторинга или же может предполагать обеспечение

[151] Например, Пригожин А. И. Методы развития организаций. С. 34; Тихонов А. В. От социологии менеджмента к социологии управления как научно-исследовательской программе // Социология власти. 2009. № 7. С. 7–16.

межведомственной координации в процессе вмешательств (например, взаимодействие сотрудников системы здравоохранения и социальной защиты населения в рамках паллиативной помощи), эффект от которых будет превосходить таковые в рамках отдельных областей.

Выбор понятия интегрированности среди аналогичных обосновывается как с позиции сутевой (как итог процесса интеграции необходимых компонентов), так и с позиции частоты употребления в научной литературе по вопросам управления, в т. ч. в здравоохранении. Например, именно термин «integrated governance» (интегрированное управление) используется ООН[152].

Наиболее популярным смежным термином в научной литературе является термин «интегративный», однако сопоставление практики использования понятий, как в специализированных англоязычных научных базах[153], так и в русскоязычных[154] показывает, что именно термин «интегрированный» относительно вопросов управления используется значительно чаще.

Таким образом, в рамках исследования с учетом коннотаций и частоты употребления в профильных работах представляется наиболее предпочтительным вести речь об «интегрированной модели социального управления». При этом поскольку для ряда поисковых систем понятия «интегрированного» и «интегративного» являются синонимами[155], это позволяет при обзоре работ по теме исследования рассматривать и релевантные труды, использующие понятия

---

[152] UNEP Integrated Governance. A new model of governance for sustainability. 2014. 64 p. URL: https://unfccc.int/files/cooperation_and_support/financial_mechanism/standing_committee/application/pdf/unepfi_integratedgovernance.pdf (accessed: 27.03.2025).

[153] Если взять как пример ведущую базу научной литературы в области здравоохранения, PubMed, поиск по “integrative” governance (ближе к «интегративному управлению») на 27.03.2025 дал всего 262 результата, а по “integrated” governance (интегрированное управление) - 1399. Аналогично, по “integrated” management (интегрированный менеджмент) - 11286 результатов, а по “integrative” management (интегративный менеджмент) – 2207. Таким образом, какое бы из английских слов не использовалось для обозначения управленческой деятельности, именно термин «интегрированный» является в англоязычной научной литературе по управлению здравоохранением в 5 раз более используемым.

[154] Ещё более яркая разница возникает при поиске по научным работам в отечественной базе elibrary (уже без привязки к здравоохранению), когда поиск по словам «интегрированный» + «управление» дает 23799 работ, а «интегративный» + «управление» всего 1770 – здесь разница более чем в 13 раз.

[155] Например, такая ситуация наблюдалась для специализированной базы Pubmed.

«интегративного управления», а также синонимичные в ряде контекстов понятия «интегрального управления», «синергийного управления» и другие.

Понятие интеграции в контексте исследования будет подробнее рассмотрено в рамках раздела 1.3.

Также в дальнейшем будет уделено внимание *концептуальному уровню* анализа. Под данным уровнем будет пониматься более общий, абстрактный уровень анализа (в противоположность более конкретному), на котором анализируются качественные характеристики модели, например, речь идет об области и общем направлении необходимых изменений. Аналогичным образом будут рассматриваться *концептуальные модели* как модели высокого уровня абстракции, не описывающие конкретику.

Обобщая изложенное, в разделе был обозначен авторский подход к основным понятиям исследования, связанным с его объектом, предметом и задачами, в контексте наличия мультипарадигмальности и различных взглядов на явления в социальных науках[156].

Кроме определений, было обозначено, какие аспекты социальных явлений будут представлять в рамках работы наибольший интерес и показано, что исследовательский подход тяготеет к системному.

1.1.2 Понятие и роль социального восприятия

Среди понятий исследования отдельно следует выделить *социальное восприятие*, которое рассматривается как важный аспект при анализе социальных процессов, а также процессов управления. Если под восприятием в широком смысле понимается отражение сознанием объектов внешнего мира, то в случае социального восприятия речь идет об объектах социальной реальности[157]. В рамках данного исследования социальное восприятие/перцепция определяется как процесс отражения в сознании человека и отдельных групп (создание внутренней,

[156] Шубрт И., Подвойский Д. Г. Современные социологические теории: как не заблудиться в концептуальном лабиринте? М., 2024. С. 24.
[157] Психология политического восприятия в современной России / под ред. Е. Б. Шестопал. М.: РОССПЭН, 2012. С. 15.

субъективной модели) явлений социальной реальности в виде соответствующих образов. Такое отражение может быть как пассивным, так и результатом творческой активности и социального взаимодействия.

Анализ будет сосредоточен на коллективном, а не индивидуальном восприятии социальной реальности, так как в последнем случае исследование индивидуальной перцепции несет риски перехода с уровня анализа общества на индивидуально-психологический. В рамках социологического взгляда на социальное восприятие в работе будет уделено особое внимание стереотипизации, роли коммуникации (в т. ч. с участием СМИ и новых медиа, самокоммуникации[158]) в данном процессе, социальной природе и последствиям восприятия, его роли в управлении (например, в рамках формирования и трансляции образа будущего) и перцепции как предмету социального управления.

Рассмотрим подробнее социальное восприятие в контексте обоснования уделяемого ему в работе внимания и обозначения подхода к его исследованию.

Следует отметить следующие положения, которые аргументируют необходимость учета процессов социального восприятия при построении модели социального управления:

1. Внутренняя реальность человека, в которой он живет, опосредована не столько объективными предметами (включая социальные), сколько их восприятием. Можно согласиться с Г. Боднером в том, что в целом сложно сказать, как ментальный образ соотносится с реальностью, потому что единственный способ воспринимать реальность – это только через эти образы[159]. Даже такой достаточно объективный социальный фактор, как уровень заработной платы, во многом будет восприниматься не в отдельности, а с позиции общественных представлений о «достойной зарплате», в соотношении со статусом работы, представлениями о необходимом уровне жизни, восприятием «заслуженности» денег или дохода на фоне членов референтной группы и т. д.

---

[158] Castells M. Communication Power.
[159] Bodner G. Constructivism: A Theory of Knowledge.

Одно из фундаментальных обоснований важности социальной перцепции для понимания социального - так называемая «теорема Томаса», в классической версии которой отмечается, что воспринимаемое людьми реальным, реально по последствиям[160]. Вследствие этого итог процесса социального восприятия, сколь «виртуальным» или «иллюзорным» он бы ни был, в значительной мере определяет движение социальной реальности.

Здесь представляется продуктивной мысль Н. Лумана о том, что сознание – это фильтр, который определяет коммуникацию (которая у Н. Лумана – синоним социального). Именно оно на первом этапе допускает внешние объекты в коммуникацию, которая сама напрямую не может их ниоткуда получить («в отличие от систем сознания с их способностью чувственного восприятия, системы коммуникации воспринимают исключительно с помощью сознания. Все, что воздействует на общество извне, не являясь при этом коммуникацией, должно поэтому проходить через двойной фильтр сознания и коммуникативных возможностей»[161]), потому что внешний мир не структурирован в категориях коммуникации и «не содержит ни "информаций", ни "тем"»[162]. В связи с этим, с позиции анализа социального важно не то, что «объективно» существует вовне, а то, что сознание трансформирует в символы или образы (которые как раз формируются в процессе восприятия) и переносит в социальное. Указанную проблематику можно дополнить и с другой, «объективной» стороны: например, ряд исследований социального восприятия показывает, что оно лишь умеренно коррелирует с реальностью[163], что поднимает вопросы адекватного взаимодействия воспринимающего субъекта с окружающей действительностью.

2. Продукты процесса социального восприятия обладают принуждающей силой. Они структурируют и задают форму мысли, определяют направление

---

[160] Thomas W. I., Thomas D. S. The Child In America Behavior Problems And Programs; Пирогов С. В. Ситуация социальная // Социология управления: Теоретико-прикладной толковый словарь / Отв. ред. А. В. Тихонов. М.: КРАСАНД, 2015. С. 187.
[161] Луман Н. Общество как социальная система. С. 61.
[162] Там же. С. 68.
[163] Nater Ch., Zell E. Accuracy of Social Perception: An Integration and Review of Meta-Analyses // Social and Personality Psychology Compass. 2015. № 9(9). P. 487.

мышления и набор действий по отношению к объекту (образ – это, по сути, и есть для воспринимающего сам объект, его модель в субъективной «реальности»), обосновывают выбор этих действий, что, например, особенно ярко выражено в образах-стереотипах, которые могут полностью терять связь с реальностью[164].

«Объективные» социальные структуры даны социальным акторам как репрезентации (образы) и именно в таком качестве они определяют дальнейшее восприятие, а также социальные взаимодействия людей в рамках воспринимаемой ими реальности.

Восприятие выступает связующим звеном с социальным миром вне субъекта, по сути, формируя то, что У. Липпман называл «псевдосредой», специфической репликой внешнего мира, которая заменяет реальный внешний мир для субъекта в процессе взаимодействия с ним[165].

Помимо роли образов в самоуправлении, их принуждающая сила раскрывается и в управлении со стороны внешнего субъекта. В этой связи следует отметить категорию образа будущего[166], который отражает характеристики цели, задаваемой обычно субъектом, который важен с позиции интеграции усилий и направления коллективной деятельности в процессе управления. При этом, образ будущего – не единственный аспект социальной перцепции, который важно учитывать в контексте управления. Субъекты воспринимают других субъектов, управляемых, заинтересованных лиц («стейкхолдеров») процесса управления, и это влияет на принятие решений (например, на то, как распределяются имеющиеся ресурсы).

3. Изучение социального восприятия особенно актуально сегодня, в эпоху информационного общества[167], когда над уже достаточно виртуальным миром «вещей для нас» надстраивается мир новой виртуальности, к которому

---

[164] Чугров С. В. Post-truth: трансформация политической реальности или саморазрушение либеральной демократии? // Полис. Политические исследования. 2017. № 2. С. 42–59.
[165] Липпман У. Общественное мнение.
[166] Жукова Е. В., Нестик Т. А. Психологические типы управленческого видения будущего // Национальный психологический журнал. 2014. № 3. С. 66–73.
[167] Шубрт И., Подвойский Д. Г. Современные социологические теории: как не заблудиться в концептуальном лабиринте? С. 304.

имеют отношение СМИ, социальные медиа и интернет в целом[168]. Отмечается, что реальность подменяется продуктом творчества СМИ, конструирующих собственную реальность[169]. Эти каналы, по сути, уничтожают объективное пространство[170] (человек может «быть» одновременно во многих точках, независимо от расстояния между ними) и частично время (события прошлого могут оживать для воспринимающего или быть вневременными) – вслед за М. Кастельсом можно говорить о «пространстве потоков» и «вневременном времени»[171]. Данные тенденции требуют своего осмысления, так как они ещё больше утверждают власть восприятия удаленных от нас социальных объектов (которые представляют большинство таких объектов), снижая значение ситуации «лицом-к-лицу»[172] (в которой установки могут быть изменены), все больше увеличивая власть новых виртуальных образов.

Как показывают события современности, зачастую виртуальное становится важнее реального, например, сегодня как никогда справедлива мысль о том, что того, что не показали медиа, по сути, не существует; СМИ приписывают событиям определенные смыслы, во многом через символы конструируют реальность[173]. С другой стороны, власти виртуального способствует развитие средств редактирования, специальных эффектов, монтажа, которые позволяют создать имитации, например, в рамках распространения дезинформации. Важнейшей задачей в этих условиях становится (социальное) управление информационными потоками, задающими основу для социального восприятия.

4. При этом акцент на образах не подразумевает абсолютного релятивизма, несмотря на то что продукты социального восприятия не статичны и

---

[168]Егоров Н. С. Категория виртуальности в истории философии от XIX века до современности // Colloquium-journal. 2019. № 2–3 (26). С. 72.

[169] Литвинцева Г. Ю. Гиперреальность в эпоху постмодерна // Вестник СПбГУКИ. 2011. № 6. С. 44–45.

[170] Луман Н. Общество как социальная система. С. 164.

[171] Castells M. The Rise of the Network Society, The Information Age: Economy, Society and Culture. Wiley-Blackwell, 2010. 597 p.

[172] Латышева Ж. В. Анализ оснований повседневного знания в теории социального конструирования реальности П. Бергера и Т. Лукмана // Ученые записки ОГУ. Серия: Гуманитарные и социальные науки. 2011. № 6. С. 147.

[173] Социология управления: Теоретико-прикладной толковый словарь. С. 189–190.

изменяются в процессе социального взаимодействия. Образы обладают определенной объективностью, присутствует возможность фиксировать как минимум их «следы», вне зависимости от воспринимающего. Как обратное движение от микро- к макроуровню, в процессе объективации представления вплетаются в конвенции, традиции, ценности – все, что названо словом, для людей существует не как абстракции, а как отображенное в определенных и конкретных образах[174]. В дальнейшем эти воплощенные образы, уже воспринимаемые как часть объективной социальной реальности, могут усваиваться другими людьми через СМИ, культуру, институты, «здравый смысл» и другие механизмы, являясь, по сути, объективированными в них, и, как уже было сказано, как их часть, начинают обладать принуждающей силой. В более радикальных теориях, таких как акторно-сетевая (АСТ), можно даже рассматривать такие идеальные объекты (идеи или образы) как актантов[175].

Данные положения представляются достаточными, чтобы обосновать исследовательский интерес к пониманию механизмов и продуктов (образы или представления) социального восприятия и через его анализ добавить в работу элементы когнитивного подхода (восприятие – один из когнитивных процессов), который в целом и так явно или неявно присутствует в социологическом исследовании[176].

С указанных позиций анализ социальных явлений, таких как институты, социальные отношения, ценности и другие, представляется крайне важным дополнить тем, как они представлены в массовом сознании, проходя через его фильтры. Это связано с тем, что действия социальных акторов будут в значительной мере определяться именно внутренними представлениями о данных явлениях, а не объективной реальностью. В целом, можно согласиться с рядом

---

[174] Поляков С. Э. Феноменология психических репрезентаций. С. 374.
[175] Ерофеева М. А. Акторно-сетевая теория и проблема социального действия // Социология власти. 2015. № 1. С. 25.
[176] Плотинский Ю. М. Модели социальных процессов. С. 75.

исследователей в том, что социальный порядок во многом является когнитивным порядком, так как, чтобы следовать нормам и правилам, люди должны их знать[177].

Выявление расхождений восприятия и реальности в отношении социальных объектов и процессов, различий в восприятии участников социального взаимодействия и их причин, можно рассматривать как важный аспект, обогащающий социологическое знание, в частности, способствующий решению проблематики соединения макро- и микроуровня (соединению «двух социологий»[178]), предлагая один из механизмов того, как происходит интериоризация ценностей, норм и других явлений. Так, в исследованиях автора было ранее показано, что даже такие абстракции, как ценности существуют для людей как наборы конкретных восприятий, а не как теоретические концепты, которыми они по сути являются, что объясняет различное понимание ценностей, обозначаемых одним и тем же словом[179].

Какие ключевые аспекты теорий социального восприятия / перцепции представляются перспективными в рамках разработки модели социального управления?

Поскольку воспринимаемые социальные явления сами по себе являются сложными, это отражается в многоплановости процесса социального восприятия, в частности, в множестве рассматриваемых в литературе факторов его формирования. Например, называются такие социальные факторы, как пол, возраст, образование, регион проживания, материальный достаток, социальный статус и другие[180].

---

[177] Там же. С. 81.

[178] Dawe A. The Two Sociologies // The British Journal of Sociology. 1970. V. 21. № 2. P. 207–218.

[179] Богдан И. В. Политические ценности в современной России: неосознаваемые (бессознательные) аспекты // Проблемный анализ и государственно-управленческое проектирование. 2015. № 3. Том 8. С. 91–97.

[180] Образы власти и власть образов. Образы власти в постсоветской России. / Отв. ред. Е. Б. Шестопал. М.: Алетейя, 2004. 535 с.

Называются и психологические детерминанты социального восприятия, среди которых осведомленность[181], интерес к объекту восприятия[182], ценности, которые выступают своеобразным «фильтром», отсеивающим не конгруэнтную ценностной системе информацию[183], мотивы (в т. ч. концептуализированные в рамках модели А. Маслоу)[184], стереотипы[185] и др.

Также можно выделить контекстную группу факторов, среди которых политические, социальные, экономические[186], культурные, региональные, исторические факторы, а также собственно текущие события[187], в т. ч. детально изученные в работах отечественных социологов[188]. Наконец, отдельно в исследованиях социальной перцепции рассматривается контекст, выраженный влиянием на социальное восприятие СМИ, которые подчеркивают одни события и замалчивают другие[189], создавая соответствующие «информационные пузыри».

Такого рода подходы можно охарактеризовать в контексте изучения социальной перцепции как ориентированные на исследование её факторов. Представляется, что в наиболее полном виде данный подход изложен в работах научного коллектива кафедры социологии и психологии политики МГУ под руководством профессора Е.Б. Шестопал. Несмотря на то, что данная модель относится именно к политическому восприятию, и оно обладает своей спецификой[190], представляется, что между социальным и политическим

---

[181] Zaller J. Information, values, and opinion.
[182] Wattier M. J. Political perception // Voting: A Study of Opinion Formation in a Presidential Campaign / B. R. Berelson, P. F. Lazarsfeld, W. N. McPhee (Eds.). Chicago: University of Chicago Press, 1954. P. 230.
[183] Психология политического восприятия в современной России. С. 36; Пфетцер С. А., Зеленин А. А., Яницкий М. С. Политическое участие и политические ценности молодежи российской провинции. Новосибирск: Изд-во СО РАН, 2014. С. 44.
[184] Образы власти и власть образов. Образы власти в постсоветской России. С. 168–189.
[185] Macrae N. C., Bodenhausen G. V. Social cognition: Categorical person perception. P. 240.
[186] Преснякова Л. А. Структура личностного восприятия политической власти // Полис. 2000. № 4. С. 135–140.
[187] Пищева Т. Н. Политические образы: проблемы исследования и интерпретации // Полис. 2011. № 2. С. 47–52.
[188] «Стрела времени» в массовом сознании россиян: оценки прошлого, суждения о настоящем, представления о будущем / Под ред. М. К. Горшкова. М.: Весь мир, 2024. 306 с.
[189] Ментальность россиян (Специфика сознания больших групп населения России). Рос. акад. образования, Психолог. ин-т, "Имидж-Контакт". М.: Фирма "Имидж-Контакт", 1997. С. 49.
[190] Психология политического восприятия в современной России. С. 15.

восприятием больше сходств (политическое является частью общественного), а указанные в данной модели факторы в полной мере относимы и к социальной перцепции в целом. В работах указанного коллектива детерминанты процесса концептуализированы в т. ч. в виде схемы (Рисунок 1).

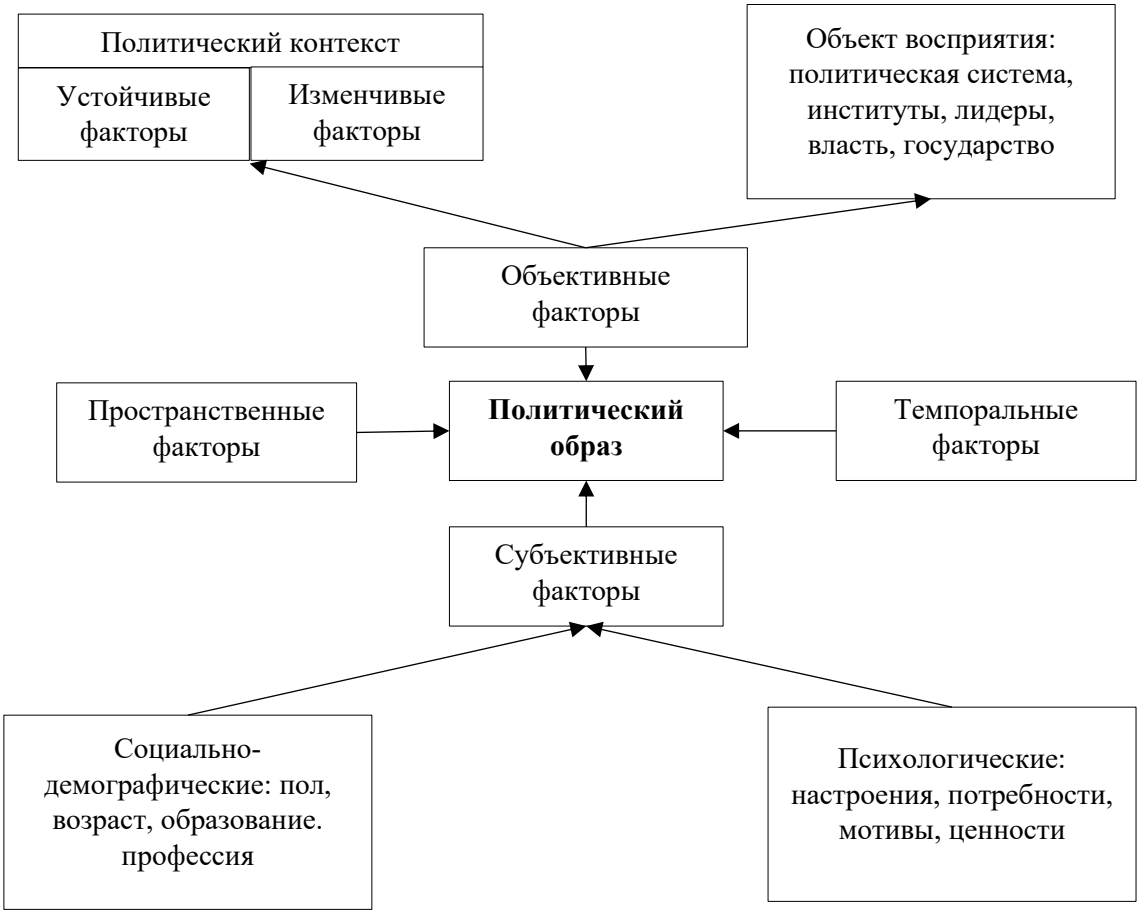


Рисунок 1. Модель политического восприятия в работах кафедры социологии и психологии политики МГУ под руководством Е.Б. Шестопал[191].

При этом, помимо обозначенного факторного подхода к социальному восприятию, можно выделить и другие, например, группу исследований, которые сосредоточились не на факторах восприятия, а на специфике организации его процесса, например, подчеркивая склонность к когнитивной экономии у воспринимающих и предлагая разнообразные метафоры, которые емко описывают данный процесс[192]. Среди критериев, позволяющих сэкономить когнитивные

[191] Перерисовано из: Психология политического восприятия в современной России. С. 20.
[192] См. Granberg D., Kasmer J., Nanneman T. An empirical examination of two theories of political perception // The western political quarterly. 1988. V. 41. № 1. P. 30–31.

усилия, могут быть названы доверие к источнику, исходя из которого информация либо принимается, либо отвергается[193]. К таким работам можно отнести исследования Ш. Тейлора, С. Фиске, Д. Гилберта, Дж. Хиксона и других[194].

Таким образом, по итогам рассмотрения, могут быть выделены два ключевых подхода к исследованиям социального восприятия – ориентированные на детерминанты, которые обусловливают итог восприятия, и на процесс.

Каждый из данных двух подходов обладает своими достоинствами и недостатками, например, процессные модели излишне упрощают процесс, при этом являясь более экономичными, а факторные модели, учитывая большой набор факторов, могут получиться излишне громоздкими. Объединяющим подходом, который отразил бы их достоинства и сгладил недостатки, мог бы выступить предложенный автором подход, ориентированный не на факторы или процесс, а на итог процесса социального восприятия.

Логика указанного подхода состоит в том, что образ как итог социального восприятия отражает в себе процесс и факторы социального восприятия, приведшие к его формированию. При этом такая исследовательская модель является более экономичной и прикладной, чем факторная модель, поскольку имеется возможность концентрироваться только на тех аспектах восприятия, которые фактически закреплены в итоге процесса восприятия, не рассматривая особенности процессов, которые к нему привели. Например, социальные детерминанты находят отражение в различиях образов у соответствующих социальных групп, а социопсихологические – в различных компонентах образа в массовом сознании (когнитивных, эмоциональных, ценностных и т. д.).

Здесь и далее будет использован термин «образ», устоявшийся в социальных науках. Такого типа отражения социальной реальности могут носить и другие названия, например, «представления» – данное понятие было использовано, например, в концепции социальных представлений С. Московичи[195]. Однако

---

[193] Zaller J. Information, values, and opinion.
[194] См. Macrae N. C., Bodenhausen G. V. Social cognition: Categorical person perception. P. 241–242.
[195] Moscovici S. The phenomenon of social representations // Social Representations / R. M. Farr, S. Moscovici (Eds.). Cambridge: Cambridge University Press, 1984. P. 3–69.

понимание данного термина у С. Московичи (как и у ряда других исследователей) является слабо формализованным, ученый даже отказывается давать четкое определение данному понятию (это впоследствии привело к многообразию трактовок у его последователей), что выступает аргументом в пользу употребления чаще используемой и более понятной с содержательной точки зрения категории «образ».

При этом, как уже было отмечено, сам образ является сложным многокомпонентным явлением. Анализ литературы показывает, что наиболее удачный подход к систематизации его компонентов также представлен в работах коллектива под руководством Е.Б. Шестопал (Рисунок 2, аргумент в пользу использования модели политического образа как модели социального образа можно привести аналогичный ранее указанному).

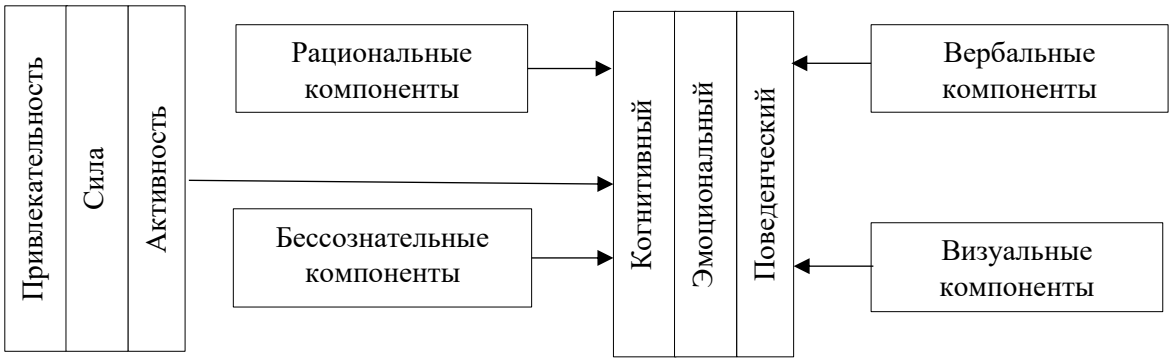


Рисунок 2. Модель политического образа в работах кафедры социологии и психологии политики МГУ под руководством Е.Б. Шестопал[196].

При этом данная модель для целей исследования является избыточной вследствие социологического фокуса работы. В контексте работы из указанных компонентов ключевыми для социального образа представляются триада «когнитивное – эмоциональное – поведенческое», а также диада «рациональное (осознаваемое) – бессознательное». Хотя диада «осознаваемое – неосознаваемое» гораздо меньше используется в социальных науках, исследования школы Е.Б. Шестопал показывают, что именно в данных компонентах массового сознания

[196] Перерисовано из: Психология политического восприятия в современной России. С. 20.

могут быть скрыты ключи к решению так называемого «парадокса Лапьера»[197], который состоит в расхождении поведения и деклараций.

Представленная на рисунке триада Ч. Осгуда («привлекательность – сила – активность») является специализированным психологическим инструментом, который подойдет не для всех социальных объектов и отчасти дублирует три компонента установки (например, «привлекательность» Ч. Осгуда можно явно соотнести с эмоциональным компонентом в ряду «когнитивное – эмоциональное – поведенческое»). Также скорее методический интерес представляет диада «вербальное – визуальное», которая обозначает скорее способ получения доступа к данным, в т. ч. к осознаваемым (которые можно выразить вербально) и неосознаваемым или скрываемым (скорее будут проявляться в проективных рисунках) компонентам массового и индивидуального сознания. Поэтому в дальнейшем в рамках исследования восприятия анализ будет сосредоточен на двух указанных группах компонентов.

В приведенной схеме (Рисунок 2) описание образа строится исключительно с позиции его психологической структуры. Для того чтобы раскрыть образы в рамках социологии управления, необходимо будет дополнить психологическую структуру образа также описанием его с социальной стороны, введя в схему соответствующие структурные факторы. Предлагаемому подходу к анализу социальной перцепции в рамках модели управления будет посвящен соответствующий блок в Главе 2.

Приведенные в разделе аргументы обосновывают важность процессов восприятия для анализа общественных явлений и необходимость учета его социальных аспектов. В частности, в дальнейшем будет показана перспективность рассмотрения перцепции как мезоуровня в рамках модели социального управления.

---

[197] LaPiere R. Attitudes vs actions // Social Forces. 1934. № 13. С. 230–237.

1.1.3 Краткие выводы: основные понятия для моделей социального управления и роль социального восприятия

В разделе были рассмотрены важные с позиции поставленных целей и задач аспекты понятий социального, управления, социального управления, управленческих механизмов, моделей социального управления, социальной системы, интегрированной модели управления, а также социального восприятия.

Под *медицинским персоналом* (и рядом синонимичных терминов) в рамках данной работы понимается социально-профессиональная группа работников системы здравоохранения, обладающих медицинским образованием, и реализующих в рамках своей профессиональной деятельности функционал, требующий знаний и допусков, полученных в результате данной профессиональной подготовки.

Социальное рассматривается как новое эмерджентное качество, которое рождается в процессе структурированного взаимодействия социальных систем и их элементов.

Управление в данной работе понимается широко как форма целенаправленного влияния, инициации и реализации изменений субъектом в объекте (управления).

Социальное управление рассматривается как специфическая форма управления, целенаправленного воздействия управляющего субъекта на социальные системы и их элементы и структуру, реализуемого через механизмы, опосредованные социальными отношениями.

В контексте предмета исследования определение социального управления конкретизируется в понимании его как практики управления со стороны субъекта системой социальных отношений, в которые медицинский персонал вовлечен и которые напрямую затрагивают его интересы. При этом, как отмечено, к социальному управлению в рамках данного исследования относится только такое воздействие, которое реализуется через механизмы, опосредованные социальными отношениями.

Механизмы социального управления – определяются как описания устойчивой причинно-следственной связи между управленческим воздействием в рамках социального управления и его результатом.

В подходе *моделирования* важным в рамках исследования является создание теоретического конструкта (модели), заменяющего при анализе явление внешнего мира и выделяющего существенные аспекты моделируемой социальной реальности, которые обладают наибольшим эвристическим потенциалом в объяснении функционирования и предсказании динамики изучаемого объекта.

Системный подход, на котором основывается работа, проявляется в рассмотрении социальных объектов как систем или их частей, с элементами, структурой, внешней средой или же самого управления как системы с аналогичными составными частями.

Интеграция в контексте модели социального управления подразумевает включение в единую систему управления элементов различных областей знаний и социальной практики, уровней управления и нахождение баланса интересов субъектов управления для получения синергетического эффекта в рамках достижения поставленных целей. Данному понятию будет посвящен раздел 1.3.

Отдельно был выделен *концептуальный уровень* анализа, который понимается как общий, абстрактный уровень (в противоположность более конкретному), на котором происходит оперирование качественными характеристиками модели. Аналогичным образом рассматриваются концептуальные модели как модели высокого уровня абстракции, не описывающие конкретику.

Под *социальным восприятием* в исследовании понимается процесс отражения (создание внутренней, субъективной модели) явлений социальной реальности в массовом сознании социальных групп в виде социальных образов. В разделе был предложен модифицированный подход к анализу социальной перцепции, объединяющий две популярные модели её исследования (через факторы и ключевые характеристики) – подход анализа через рассмотрение итога данного процесса.

В целом, важная *роль социального восприятия* для социальных процессов (включая управленческие) состоит в том, что данный сложный многоуровневый процесс является тесно вплетенным в общественные отношения и в существенной мере определяет их. Поэтому без учета его механизмов, без понимания диалектики реального и воспринимаемого, модели социального управления будут уязвимы вследствие недостаточного учета аспектов субъектности вовлеченных в данной процесс людей, связанных с тем, как объективные социальные отношения субъективно переживаются акторами.

1.2 Типология моделей социального управления

1.2.1 Определение типов моделей социального управления

В данном разделе будет рассмотрен авторский подход к описанию и определению типов моделей социального управления, в рамках пространства из четырех осей, отражающих ключевые аспекты, на которые представляется важным обратить внимание.

Указанная в предыдущем разделе мультипарадигмальность в социальных науках логично соотносится с существованием множества подходов к социальному управлению. Вне конкретного контекста оценить эффективность отдельных моделей затруднительно, более того, изменение внешней среды может требовать смены модели социального управления одним и тем же объектом, примером чего является изменение систем управления в значительной части стран мира в пандемию по сравнению с предпандемическим временем.

В этой связи можно согласиться с авторами, которые говорят о том, что трудно обозначить единые формы власти в различных ситуациях управления[198] или же с представителями «популяционной экологии организаций», которые обращают

[198] Фролов С. С. Восприятие системы власти представителями различных социальных групп // Социология власти. 2012. № 2. С. 103.

внимание на то, что ввиду различий внешней среды нет идеальных механизмов и принципов управления[199].

Эти аргументы обосновывают необходимость построения типологии моделей социального управления, которая не просто будет иметь объяснительную функцию в рамках отнесения модели к какой-либо группе, но и задавать направления ее возможной трансформации в конкретном контексте.

Следуя обозначенному в предыдущем разделе принципу модельного подхода, оси, задающие направления трансформации, должны соотноситься с аспектами социального управления, которые являются критичными в контексте работы, исходя из чего будет предложен набор важных аспектов социальной и управленческой реальности, которые выступают дифференцирующими факторами для различения моделей социального управления. В рамках такого подхода основное внимание будет уделено описанию не отдельных частных моделей, а всей системы координат, в которых могут быть представлены модели социального управления и направления их трансформации.

Для упорядочивания выявленных подходов целесообразно также обратиться к системным теориям, в частности, к трудам В.А. Ганзена, разработавшего системный принцип описания объектов, который можно применить и к социальной сфере. Данный подход предполагает, что для необходимого и достаточного описания объектов могут быть использованы всего четыре категории: время, пространство, энергия, информация[200]. Согласно этой концепции, любая модель (социального управления) может быть описана по этим осям, что находит подтверждение в обращении к схожим категориям для описания социального в отечественной социологии[201].

В рамках данного исследования предлагается соотнести указанные четыре оси с такими важными аспектами социального управления, как: характеристика

---

[199] Хэннан М., Фримен Д. Популяционная экология организаций // Экономическая социология. 2013. № 2. С. 42–72.

[200] Ганзен В. А. Системные описания в психологии.

[201] Тихонов А. В. Свойства социальности // Социология управления: Теоретико-прикладной толковый словарь / Отв. ред. А.В. Тихонов. М.: КРАСАНД, 2015. С. 175.

субъектности, как силы, порождающей социальное взаимодействие (энергия), характер распространения этого взаимодействия/воздействия (информация), динамические особенности процесса (время), и, наконец, структура (пространство), которая претерпевает трансформацию или нет. Как будет показано далее, предложенными четырьмя осями можно охватить ключевые для исследования аспекты социально-управленческой реальности.

Данные оси сконструированы как концептуальная модель, релевантная для описания управленческих отношений в различных контекстах, в частности, в дальнейшем будет рассмотрено преломление данной модели в рамках социального управления медицинским персоналом (Глава 2). Предложенная модель предполагает более высокий уровень абстракции, чем некоторые другие подходы к классификации форм управления, популярные в социологии, например, с позиции управления как производного от типа общества (управление в постиндустриальном обществе[202], в обществе риска[203] и т. д.) или от текущих социально-политических условий, которые уделяют больше внимания контексту управления. Задача Главы 1 – в первую очередь задать концептуальный уровень модели, релевантные же контекстные вопросы, как область более конкретного, будут рассмотрены в следующих главах.

Рассмотрим каждую из указанных осей более подробно и обоснуем интерес к отобранным социальным факторам, определяющим их.

1.2.2 Оси типологии моделей социального управления

Ось субъектности

Вопросы субъектности, связанные с первой осью, играют важнейшую роль в социальном управлении. В частности, ведется дискуссия об акторе, субъекте (управляющий) и объекте (управляемый) управления. Субъектность исторически рассматривалась как ценность в управлении, а «бессубъектность» – в качестве

[202] Тихонов А. В. Философские основания проблемы управления. С. 3.
[203] Бек У. Общество риска: На пути к другому модерну.

серьезной угрозы[204]. Вопросы обладания ею поднимаются как по отношению к отдельным людям, так и к социальным группам и организациям. Последние могут рассматриваться и просто как объединение индивидов, и как сущности, активность которых не сводится к поступкам их представителей[205].

Понимание того, кто является актором/субъектом (персонифицированным или нет), различно в социальных науках[206] и менялось исторически[207]. Причем в рамках некоторых теорий в качестве движущей силы в социальных отношениях можно рассматривать не только классических акторов, таких как индивид или группы людей, но и более специфичного «актанта» (в рамках акторно-сетевой теории, АСТ, начало которой следует отнести к работам Б. Латура и других авторов[208]), который, с одной стороны, является скорее «техническим термином»[209], с другой - в определенной степени нивелирует проблему субъектности, анализируя просто силы, инициирующие действие, уравнивая агентность в таких процессах, как «я разбил чашку» и «чашка разбилась»[210]. Несмотря на определенный радикализм, такие подходы могут быть перспективны в рамках анализа социального управления в здравоохранении, например, в контексте «субъектности» болезней[211], которая ярко проявлялась в нарративах о пандемии COVID-19.

Рассматривая субъектность как ось в рамках описания моделей социального управления, можно выделить два полюса: субъект-объектные и субъект-субъектные модели.

---

[204] Мерзляков А. А. Проблема субъектности в социологии управления // Социологическая наука и социальная практика. 2018. Т. 6. № 4. С. 96.
[205] Холл Р. Организации: структуры, процессы, результаты. СПб., 2001. С. 70.
[206] Мерзляков А. А. Проблема субъектности в социологии управления. С. 95–104.
[207] Кемеров В. Е. Субъект, субъективность, субъектность // Социология. 2024. № 1. С. 4–10.
[208] Денисова Г. С., Полонская И. Н., Сусименко Е. В. Акторно-сетевая теория: инновационные аспекты социологической методологии // Вестник Института социологии. 2022. № 2. С. 137–158.
[209] Денисова Г. С., Полонская И. Н., Сусименко Е. В. Акторно-сетевая теория: инновационные аспекты социологической методологии. С. 149–150.
[210] Ерофеева М. А. Акторно-сетевая теория и проблема социального действия. С. 21.
[211] Напреенко И. В. Семиотический поворот в STS: теория референта Бруно Латура // Социология власти. 2013. № 1–2. С. 83.

Субъект-объектные модели представляли собой первые попытки научного осмысления феномена социального управления[212] и были характерны для индустриального или «классического»[213] подхода к управлению. Первой из них можно рассматривать модель административного, рационального управления, которая связана с фамилиями Тейлора и Файоля, представителями «школы научной организации труда» и «административной школы» соответственно[214].

Характеризуя модель Ф. Тейлора в аспекте социальных отношений, из неё следовало восприятие человека скорее как объекта, одного из ресурсов, за счет которого можно было улучшить показатели компании. Рациональность такого рода моделей соотносится с поиском самого лучшего решения, которое существует как бы отдельно от включенных во взаимодействие индивидов. Фактически сотрудник в такой модели предстает как «стандартизированный» человек с ограниченной субъектностью, а его личные особенности мало учитываются – Ф. Тейлор искал способы «настроить» работника как машину[215].

При этом следует отметить, что некорректно было бы называть данные модели полностью негуманистическими и рассматривающими индивидов исключительно как лишенные субъектности ресурсы. Например, А. Файоль акцентировал значимость корпоративного духа или поддержки инициативы[216]. Однако рассматривая субъект-объектную модель как идеальный тип, подходы указанных авторов все же ближе к данному полюсу, чем к его противоположности.

В данную группу также можно включить модель бюрократии М. Вебера, в рамках которой сделан акцент на ней как наиболее рациональной форме управления[217], когда уже «как машина» настраивается не сотрудник, а сама

---

[212] Тихонов А. В. От социологии менеджмента к социологии управления как научно-исследовательской программе. С. 7.
[213] Там же. С. 8.
[214] Волкова О. А. Психология управления // Социология управления: Теоретико-прикладной толковый словарь. С. 166.
[215] Желнина Е. В. Бюрократическая организация // Социология управления: Теоретико-прикладной толковый словарь. С. 24; Тейлор Ф. Принципы научного менеджмента.
[216] Файоль А. Общее и промышленное управление.
[217] Вебер М. Хозяйство и общество: очерки понимающей социологии.

социальная система[218]. М. Вебер в целом рассматривает процесс становления бюрократии как процесс институционализации управления – становления его правил и соответствующих должностей. В конечном итоге бюрократия сводит все проявления человека к рационально-прагматичным. И хотя в рамках модели рассматриваются определенные личные качества бюрократа, субъектность человека, его желание развиваться в определенном направлении не берутся в расчет – бюрократия обезличена.

Также в данной парадигме можно рассматривать патерналистские модели социального управления. В социальной сфере патернализм подразумевает построение модели с позиции того, что предоставляющий услугу субъект (государство, его представитель, руководитель и т. д.) лучше знает, как она должна оказываться, что позволяет ему фактически не учитывать мнение её получателей[219].

В медицинском контексте следует отметить существование аналогичного выделяемой оси континуума патернализма от системы здравоохранения Семашко[220], существовавшей в СССР, государственной (в меньшей мере это относится к перенявшей её основные аспекты модели Бевериджа в Великобритании), централизованной, плановой, с абсолютной монополией государства, до частной системы в США, которая выступает как представитель максимально сервисной модели частной медицины (с рядом сглаживающих неравенства госпрограмм). Нынешнюю страховую (модель Бисмарка) систему здравоохранения в России можно рассматривать как находящуюся посередине между ними, со сдвигом скорее к первой, ввиду советского наследия.

---

[218] Желнина Е. В. Бюрократическая организация // Социология управления: Теоретико-прикладной толковый словарь. С. 24.

[219] Мартынова С. Э. «Сервисная» модель муниципального управления в социологической интерпретации.

[220] Семашко Н. А. Избранные произведения; Лисицын Ю. П. Здравоохранение в XX веке; Онищенко Г. Г. и др. История санитарного просвещения России; Решетников В. А., Несвижский Ю. В., Касимовская Н. А. Вклад Н.А. Семашко в развитие медицинской профилактики в России. (К 140-летию со дня рождения); Комаров Ю. М. О научной основе Семашкинской модели здравоохранения; Белова Н. И. Общественный договор в сфере охраны советских граждан 1917–1940).

Наконец, в данную группу можно отнести различные модели с авторитарным стилем управления[221]. В рамках данных моделей руководитель как субъект принимает решения, исходя из своей логики, тогда как мнение социального объекта управления носит в лучшем случае вторичный характер. Возможности для творческой активности управляемой подсистемы существенно снижены.

Следует обозначить плюсы и минусы субъект-объектных моделей. С одной стороны, подавление активности объекта управления может приводить к выраженным негативным эффектам, таким как негибкость системы, несвоевременное выявление проблем, ограниченные возможности проявления конструктивной инициативы. Когда человек воспринимается всего лишь одним из ресурсов, его субъектность в ряде ситуаций может стать негативным фактором для реализации планов, не учитывающих данный аспект. В рамках бюрократии как частного примера такого рода моделей, организации могут терять гибкость, будут возникать угрозы снижения предприимчивости, творчества[222].

С другой стороны, безусловно такие модели хорошо показывают себя в кризисные периоды, когда ответственность за решения концентрируется в одних руках, снимаются барьеры долгих согласований, представляются возможности быстро аккумулировать ресурсы[223]. Например, среди плюсов модели бюрократии отмечается, что все действия в ее рамках предсказуемы, стандартизированы, а решения принимаются быстро благодаря унификации[224], также бюрократия способствует установлению порядка в организации[225].

Другие особенности данных моделей выявляются при изучении отличий, когда рассматривается другой полюс оси субъектности – *субъект-субъектные модели*. В отличие от субъект-объектных моделей, они фокусируются на

---

[221] Гаджиева Е. Ю. Авторитарный стиль управления при проведении организационных изменений // Вестник Академии знаний. 2017. № 3 (22). С. 71–74.

[222] Желнина Е. В. Бюрократическая организация // Социология управления: Теоретико-прикладной толковый словарь. С. 24.

[223] Франчук В. И. Основы общей теории социального управления.

[224] Бюрократия в современном мире: теория и реалии жизни. М., 2008. 195 с.

[225] Желнина Е. В. Бюрократическая организация // Социология управления: Теоретико-прикладной толковый словарь. С. 24.

субъектных свойствах общностей, на которые направлены управленческие воздействия. В рамках такой концепции отмечается изменение целей социального управления, которые трансформируются в сторону развития человеческого потенциала, признается важность учета внутренней активности индивида. Сторонники такого подхода говорят о предпочтительности социально-экономических и социально-психологических методов над административными[226]. И наоборот, отмечаются угрозы игнорирования социальных аспектов в управлении и курса на технократический подход с «отходом от нужд человека» (Ж.Т. Тощенко)[227].

Субъект-субъектный подход отмечает важность управления кадровым потенциалом. Например, Р. Оуэн говорил о том, что надо заботиться не только о машинах, но и о людях – тогда работа будет эффективнее[228]. Яркий представитель данного подхода, Э. Мейо (школа человеческих отношений[229]) отмечал, что, если воздействовать на социальные системы, включающие рабочих, можно повысить эффективность труда[230].

К данному подходу в управлении также следует отнести активное использование знаний о закономерностях функционирования системы мотивации, среди релевантных работ в данной области можно особо выделить работы А. Маслоу и Д. Макгрегора[231], чьи концепции, безусловно, являются важными для вопросов управления персоналом.

В отечественной социологии управления вопросы субъектности глубоко рассмотрены, например, в трудах А.И. Пригожина, который при ответе на вопрос о том, почему успехи в управлении техникой значительно превосходят таковые для управления социальными объектами, отмечает как причину то, что управление в

---

[226] Царитова К. Г., Морозюк Ю. В. Социальное управление организацией как инновационная модель менеджмента. С. 30–31.
[227] Тощенко Ж. Т. Прогнозирование, проектирование и планирование в социальном управлении // Социология власти. 2005. № 5. С. 23–45.
[228] Owen R. A New View of Society and Other Writings. London, 1991. 432 p.
[229] Волкова О. А. Психология управления // Социология управления: Теоретико-прикладной толковый словарь. С. 166.
[230] Mayo E. Social problems of an industrial civilization.
[231] Маслоу А. Мотивация и личность; D. McGregor The human side of the enterprise.

обществе является отношением именно субъект-субъектным, что порождает дополнительную сложность[232].

В целом популярно мнение, что ввиду своей внутренней субъектности и активности человек, а также социальные группы не могут быть рассмотрены в качестве пассивного объекта и сегодня о социальном управлении должно говорить исключительно как о субъект-субъектном[233]. В т. ч. социальные акторы, даже если они и выступают объектом приложения управленческих действий в данной системе, в других системах могут выполнять субъектные функции. Это справедливо также в рамках концепции самоуправления, когда человек или социальная группа сами выступают принуждающей силой в отношении себя.

К субъект-субъектным моделям также можно отнести описанную в работе С.Э. Мартыновой «сервисную модель», в рамках которой активно используется механизм обратной связи, социологические мониторинги, которые дают представление о потребностях получателей услуг. Мартынова, в духе ранее упоминавшихся авторов, специально подчеркивает, что в таких отношениях объектом управления является процесс, а не человек, так как объектом партнер/субъект быть не может[234].

В схожем ключе, но уже на уровне отдельной организации, А.А. Грачев отмечает, что нацеленность на показатели качества жизни человека является именно тем, что определяет социальное управление. Грачев противопоставляет заботу о производстве (организационная система управления) и о подчиненных – обеспечение дохода, интересной работы и т. д. (социальная система управления), делая акцент на людях. В рамках такого подхода социальное управление можно рассматривать как управление человеческими ресурсами, в связи с чем к современным руководителям предъявляются требования социальной

---

[232] Пригожин А. И. Методы развития организаций. С. 47.

[233] Там же; Иванова Л. С. Концептуальная характеристика социального управления // Миссия конфессий. 2023. № 71. С. 87–93; Кремнёв Е.В. Социальное управление: воздействие или взаимодействие? // Социодинамика. 2023. № 8. С. 60–68.

[234] Мартынова С. Э. «Сервисная» модель муниципального управления в социологической интерпретации. С. 28.

компетентности, соответствующих коммуникативных и моральных качеств, необходимых для взаимодействия с другими людьми в процессе решения возникающих проблем[235].

Наконец, к субъект-субъектным моделям можно отнести описания демократического стиля управления, партисипативного управления (как его части), который подразумевает достаточно высокую автономию сотрудников и интерес к их позиции со стороны руководителя[236]. Управление в таких системах построено на принципах координации, а самоорганизации отводится большая роль.

Минусы и плюсы данных подходов противоположны таковым в отношении субъект-объектных моделей. Предоставление возможности проявиться субъектности объекта воздействия позитивно сказывается на развитии социальной общности, однако такой подход может не быть оптимальным, когда ситуация требует жестких и не всем приятных решений, ярким примером чего является пандемия или экономический кризис, когда даже в классических «демократических странах» предпринимаются крайне антидемократические меры.

Также следует отметить, что ряд подходов к управлению по оси субъектности можно считать гибридными[237]. Например, подход манипулятивного управления, примером которого является рефлексивное управление[238], которое состоит в передаче оппоненту (подход берет начало в военном деле) оснований (информации), исходя из которых он добровольно выносит выгодное субъекту

---

[235] Грачев А. А. Руководитель в системе социального управления организацией // Социально-экономические и психологические проблемы управления // Сборник научных статей по материалам I (IV) Международной научно-практической конференции, проходившей в Московском городском психолого-педагогическом университете с 23 по 25 апреля 2013 года / Под общей ред. М. Г. Ковтунович. Часть 1. М.: МГППУ, 2013. С. 125–140.

[236] Бердыева Д. Ш. Стили управления, их обусловленность особенностями личности руководителя // Вестник по педагогике и психологии Южной Сибири. Научный журнал. 2019. № 2. С. 100–101.

[237] Тихонов А. В. Философские основания проблемы управления. С. 29.

[238] Дорофеев Н. Б. Соотношение понятий «рефлексивное управление» и «информационная война» // Молодежь и наука в 21 веке: сборник статей молодых ученых. 2004. Вып. 1. С. 212–215; Томас Т. Л. Рефлексивное управление в России: теория и военные приложения // Рефлексивные процессы и управление. 2002. № 1. С. 71–89.

управления решение[239]. С одной стороны, в рамках такого подхода признается субъектность управляемого, но с другой – он лишен гуманистического содержания, поэтому он ценностно ближе к подходу объектному.

Ось характера воздействия

Важнейшую роль в порождении социальной динамики помимо субъектности также играет информация. Так, сторонники системного подхода подчеркивают, что взаимоотношения в социальных системах основаны на ней, в отличие от механических, основанных на энергии[240]. Иногда в контексте социального управления говорят именно о социальной информации[241], которая пусть и понимается исследователями по-разному, но само выделение данного концепта можно рассматривать как признание её специфической роли в социальной системе. Роль информации сегодня становится основополагающей для «информационального» общества, в котором она становится структурирующим фактором для всех сфер жизни[242].

В контексте управления, информация - важнейший ресурс, который обеспечивает обладание властью в социуме; данное понятие является одним из центральных для теоретиков управления[243]. Такая ключевая роль информации находит отражение в управленческих подходах – например, в модели управления Дж. Форрестера пять потоков, связанных с работой предприятия, объединяет в качестве шестого потока именно она[244].

Даже более релевантным социальному является понятие коммуникации, которую можно рассматривать как социально обусловленный процесс передачи

---

[239] Дорофеев Н. Б. Соотношение понятий «рефлексивное управление» и «информационная война». С. 212.
[240] Ритцер Дж. Современные социологические теории. 5-е изд. СПб.: Питер, 2002. С. 217.
[241] Афанасьев В.Г. Социальная информация и управление обществом. Изд. 2. М.: URSS, 2013. 408 с.; Юсов А. Б. Теория социального управления. LAP, 2012. С. 30.
[242] Castells M. The Rise of the Network Society, The Information Age: Economy, Society and Culture.
[243] Афанасьев В.Г. Научное управление обществом: Опыт системного исследования. № 7. Изд. 3, стереотип. М.: URSS, 2023. 400 с.; Юсов А. Б. Теория социального управления. С. 4–5.
[244] Forrester J. W. Industrial Dynamics. Massachusetts, The M.I.T. Press, 1965 (fourth printing). 479 p.

информации[245]. Ее роль в ряде социальных теорий возводится в абсолют. Так, Н. Луман говорит о том, что без коммуникации нет социального, и именно она – его основной признак[246]. Данная позиция также может быть выражена следующим образом: «индивид относится к обществу лишь в той мере, в какой участвует в коммуникации или может пониматься как участвующий в коммуникации»[247].

Информационные/коммуникационные управленческие воздействия могут осуществляться как непосредственно субъектом управления, так и, опосредованно, например, через СМИ или социальные медиа, в рамках «массовых самокоммуникаций»[248]. Чтобы добиться необходимого результата, зачастую используется сила общественного мнения, что создает у человека иллюзию субъектности, при этом подталкивая его в определенную сторону.

В целом, если речь идет о социальном управлении, информация важна в первую очередь как, используя физическую метафору, частица-переносчик влияния, которое, как было подчеркнуто в принятом определении управления, составляет его сущность. С такой позиции характер управляющего информационного воздействия может быть рассмотрен как задающий ось, по которой можно дифференцировать модели социального управления. В частности, в рамках данной дихотомии следует выделить линейные и нелинейные модели.

Исторически первыми появились *линейные модели управления*. Лучше всего их описывает принцип классического бихевиоризма – «стимул-реакция» или, в терминологии управления, «воздействие-результат». Такого рода модели подразумевают практически полное соответствие воздействия и полученного эффекта, с точки зрения того, что в первом как бы заложен образ последнего. В этом случае целью выступает поиск комбинации стимулов, которые приводят к соответствующей реакции. Ярким представителем бихевиоризма можно назвать Дж. Хоманса с его теорией обмена, в рамках которой социальные взаимодействия

---

[245] Белоусова С. В. Концепция интегрированных коммуникаций: терминологический анализ понятия // Бизнес. Общество. Власть. 2014. № 19. С. 99–109.
[246] Луман Н. Общество как социальная система.
[247] Ритцер Дж. Современные социологические теории. С. 223.
[248] Castells M. Communication Power.

рассматриваются в связи с подкреплением, когда вознаграждаемое социальное поведение продолжается, а «стоящее слишком дорого» — нет[249].

Другим образом дела обстоят в случае *нелинейных моделей*. В данном контексте нелинейность рассматривается как синоним хаотичности, проблемности прогнозирования реакции на воздействие[250]. Такие подходы в большей степени учитывают «синергийные сложности»[251] современного мира.

Нелинейные процессы, с одной стороны, могут нести дестабилизирующую функцию в контексте достижения целей социальной системы[252], но с другой – они дают возможности для её адаптации, развития за счет рождения нового качества, которое не подразумевалось изначально в процессе управления, но при этом, может способствовать адаптивности системы. Так, согласно концепции «порядка из хаоса», именно в состояниях неустойчивости (точки бифуркации) система становится особенно чувствительной к малым воздействиям и открывает возможности для качественной трансформации, самоорганизации и рождения нового качества[253].

В целом, нелинейные подходы исходят из того, что между управленческим действием и результатом обязательно есть слабо контролируемая напрямую «шумовая» прослойка, которая может привести как к лучшему, так и к худшему результату.

Обращаясь к терминам ранее примененной аналогии, это больше соответствует необихевиоризму, когда между стимулом и реакцией появляется блок промежуточных переменных, искажающих итог. Такого рода промежуточными переменными можно считать, например, символы – не случайно

---

[249] Homans G. C. Social Behavior: Its Elementary Forms. Harcourt, Brace & World, 1961. 404 p.

[250] Урри Дж. Мобильности/ пер. с англ. А.В. Лазарева, вступ. статья Н.А. Харламова. М.: Издательская и консалтинговая группа «Праксис», 2012. С. 47.

[251] Лапин Н. И. Проблема сложности в философии истории и потребность в рефлексивном саморазвитии России.

[252] Такие исследователи как С. С. Фролов могут даже понимать хаос как состояние полной непредсказуемости действий и состояний социального объекта: Фролов С. С. Возникновение и развитие правил в практике управления социальными системами // Социологические исследования. 2015. № 3 (371). С. 120.

[253] Пригожин И., Стенгерс И. Порядок из хаоса. Новый диалог человека с природой. М.: Прогресс, 1986. 432 с.

основатель интеракционизма Дж. Мид называет себя «социальным бихевиористом»[254], а последователь Дж. Мида Г. Блумер отмечал, что его подход аналогичен включению интеракции между стимулом и реакцией[255]. Также нелинейность можно считать отличительной чертой конструктивистских подходов[256] и, соответственно, моделей социального управления, использующих их принципы.

Такого рода модели демонстрируют, что не обязательно принуждать объект управления директивами; понимая нелинейные взаимодействия, путем небольших, но точечных вмешательств (например, техник поведенческого «подталкивания» или изменений среды[257]), могут быть получены значительные результаты, несоизмеримые с затраченными ресурсами. При этом наличие хаоса в такого рода моделях также приводит к тому, что следует вести речь скорее не о конкретном результате, а о приемлемом пространстве результатов. Несмотря на то, что для хаотических процессов в системе прослеживаются только самые общие тенденции и затруднительно предсказать точное направление движения, в целом всё же можно прогнозировать усредненные характеристики системы[258].

Элементы непредсказуемости присущи управлению обществом, а их источником, помимо осознаваемых процессов, могут быть и процессы неосознаваемые, включая неосознанные формы социального управления[259]. В данном случае вопрос состоит только в том, какое место отводится нелинейности в конкретной рассматриваемой модели.

---

[254] Кривошеев В. В., Макаров С. Н. Символический интеракционизм: методология анализа процессов в системе управления // Вестник Балтийского федерального университета им. И. Канта. Серия: Гуманитарные и общественные науки. 2014. № 12. С. 151; Mead G. Mind, Self and Society. Chicago, 1962. 437 p.

[255] Blumer H. Society as Symbolic Interaction // Human Behavior and Social Processes. Routledge, 1962. 696 p.

[256] Арефьева Н. Т. Социальный конструктивизм как перспективное направление прогнозирования // Вестник Московского государственного университета культуры и искусств. 2014. № 2. С. 119.

[257] Григорьева Н. С., Чубарова Т. В. Продвижение здоровья в контексте поведенческой экономики: гендерный аспект // Народонаселение. 2020. Т. 23. № 2. С. 114.

[258] Плотинский Ю. М. Модели социальных процессов.

[259] Франчук В. И. Основы общей теории социального управления.

Темпоральная/телическая ось

Темпоральное измерение социального – также тематика, которой в социологии уделяется повышенное внимание. При этом динамические характеристики социума необходимо рассматривать в связке с целевыми состояниями, на достижение которых направлена рассматриваемая динамика. Не случайно классик системного подхода в социологии, Т. Парсонс, отмечал, что процессы целеполагания, телические процессы являются важнейшими для функционирования социальной системы, и в целом, акторы системы направляются определенными целями[260].

Анализ целей также важен в рамках управления – можно вести речь о подчиненности им управленческого процесса, о его телической природе. В частности, она отмечается Е.В. Охотским и С.С. Фроловым, которые называют цели «эпицентром управленческой деятельности»[261] и А.И. Пригожиным, который называет их категорическим признаком любой организации[262].

С теоретической точки зрения можно рассмотреть и бесцельное (попустительское) управление, однако ценность этого рассмотрения сомнительна, так как в данном случае сложно вообще говорить об управлении, ввиду того что субъект управления устраняется из процесса, даже не пытаясь как-то повлиять на состояние системы.

При этом важно отметить, что анализ целей управления связан с рассмотренными вопросами социального восприятия, так как со стороны субъекта они обычно представлены образами желаемого результата или целевого состояния системы, явления или процесса[263]. Близким в данном аспекте является подход А.И. Пригожина, отмечающий основополагающую роль «образа будущего» для

---

[260] Parsons T. The structure of social action. Illinois, 1949. 835 p.

[261] Охотский Е. В., Фролов С. С. Качество целеполагания - базовое условие эффективного государственного управления // Вестник Московского университета. Серия 21. Управление (государство и общество). 2020. № 1. С. 26.

[262] Пригожин А. И. Методы развития организаций. С. 23.

[263] Охотский Е. В., Фролов С. С. Качество целеполагания - базовое условие эффективного государственного управления. С. 25. См. также Берков В. Ф. Что такое субъектология? // Журнал Белорусского государственного университета. Социология. 2020. № 3. С. 85.

социального управления[264]. Ещё более радикальна позиция Т.В. Дурана, который отмечает, что сама специфика социального управления подразумевает создание образов возможной реальности, руководство ими в своей деятельности и обмен ими[265]. Это приводит его к тому, что изучение свойств таких образов должно являться исходным пунктом для теории социального управления[266].

Примером проблемной стороны в этом контексте может выступать вопрос согласования образов-целей всех участников социальной системы, например, цели сотрудника как управляемой системы и цели управляющей системы могут расходиться. В контексте рассмотренных вопросов субъектности, необходимо помнить, что индивидам, в отличие от неживых объектов, важно, какая цена будет ими заплачена за достижение целей субъекта управления[267], из чего вытекает задача правильно презентовать сотрудникам необходимые управленцу цели-образы, что явным образом относится к проблематике управления социальным восприятием.

Признавая связь телических и динамических аспектов, следующее измерение моделей социального управления можно задать в дихотомии между социальной статикой и динамикой как целевыми состояниями.

На одном полюсе такой оси находятся модели *социального гомеостаза*, принципы которых отражены, например, в работах Т. Парсонса, описывающих общество в статике и постулирующих как цель социальной системы сохранение соответствующего статус-кво[268]. В рамках моделей социального гомеостаза авторами отмечается, что социальный порядок — это условие, цель и результат социального управления[269].

Следует отметить, что в дальнейшем Т. Парсонс разработал представление об изменениях в социальных системах, однако такого рода изменения

---

[264] Пригожин А. И. Нововведения: стимулы и препятствия. М.: Политиздат, 1989. 272 с.
[265] Дуран Т.В. Теория социального управления. Екатеринбург, 2011. С. 187.
[266] Там же. С. 13.
[267] Юсов А. Б. Теория социального управления. С. 7–8.
[268] Parsons T. The social system.
[269] Сигитова М.А. Уровни социального управления в объектно-целевом разрезе.

представлялись ему в достаточно «консервативном», нереволюционном ключе[270], а классический структурный функционализм все же рассматривается преимущественно как консервативное течение, сконцентрированное на статических структурах[271].

На другом полюсе – например, марксистские идеи *социальной динамики*, в которых рассматривается развитие социального процесса во времени, в частности, слом старого «несправедливого» порядка[272]. В рамках такого рода парадигм авторы могут говорить о движении к более справедливым моделям социального управления, например, от патерналистской к сервисной[273], важности обнаружения и преодоления социальной несправедливости в обществе[274], в т. ч. в контексте систем здравоохранения[275]. В контексте борьбы за социальную справедливость может быть отмечен ряд исторических и современных феминистских теорий[276]. Данные направления можно отнести к учениям одного типа по критерию направленности на борьбу и слом существующего социального гомеостаза (динамику).

При этом не все социальные теории можно свести к данной дихотомии. Так, идеи о цикличности развития, пример которых представлен в трудах П. Сорокина[277], нельзя полностью отнести к моделям динамики или гомеостаза, так как они, анализируя изменения, постулируют одну и ту же прогнозируемую их стабильность. Несмотря на динамичность, изменения в рамках такой модели не предполагают «революционного» субъекта, а происходят из внутренних свойств

---

[270] Parsons T. The System of Modern Societies. Prentice-Hall, 1971. 152 p.
[271] Ритцер Дж. Современные социологические теории. С. 86.
[272] Щербина В. В. Социология управления как специальная социолого-регулятивная теория: генезис, рост, перспективы // Социологические исследования. 2020. № 5. С. 60.
[273] Мартынова С. Э. «Сервисная» модель муниципального управления в социологической интерпретации.
[274] Например, Fraser N., Honneth A. Redistribution or recognition? A political-philosophical exchange. Verso, 2003. 276 p.
[275] Савельева Ж. В., Мухарямова Л. М., Кузнецова И. Б. Социальная справедливость в здравоохранении: опыт и оценки россиян.
[276] См. Брайсон В. Политическая теория феминизма. М., 2001. 304 с.
[277] Сорокин П. А. Социальная и культурная динамика / Пер. с англ., вступ.ст. и коммент. В. В. Сапова. М.: Академический проект, 2017. 964 с.

системы. Таким образом, помимо моделей у полюсов на оси-континууме присутствуют влиятельные промежуточные модели.

Структурная ось

Структурно-функциональный подход в социологии может быть продуктивен не только в рамках анализа динамических (статических) характеристик социального, но и, как следует из его названия, структурных. С позиции такого подхода социальность может быть описана через иерархические свойства социальной системы, а структуру, расположение в определенном пространстве, можно отнести к важным элементам её понимания. При этом следует признать, что несмотря на исключительную важность этого понятия для теории, «несмотря на усилия лучших представителей социологии… четкого и согласованного определения для него по-прежнему не выработано»[278], что, однако, не снижает важности обсуждаемой темы. В рамках данного исследования структура определяется с позиции общего системного подхода как устойчивые связи между элементами целого.

В контексте структуры модели социального управления можно разделить по уровню абстрактности, всеобщности описываемых связей, что отчасти может быть рассмотрено как выражение дихотомии макро- и микроуровня в социологии.

На одном из полюсов оси расположены *верхнеуровневые модели*, описывающие общие закономерности управления в высоко абстрактной форме. В самом явном виде они встречаются в кибернетических работах или же в структурно-функционалистских макротеориях.

Также в данном контексте можно вести речь о различных видах структур управления, таких как матричная, иерархическая, горизонтальная и т. д.[279] Опять же, классификации верхнеуровневых структур управления будут существенно

---

[278] Торин П. А. К понятию «социальная структура» // Знание. Понимание. Умение. 2010. № 1. С. 233. См. также Поликанова Е. П. Социальная структура общества // Философия и общество. 1998. № 5. С. 233–240.

[279] Кугелева А. С. Эволюция организационных структур управления // Инновации и инвестиции. 2017. № 9. С. 72–75.

зависеть от научной традиции автора, принятого в ней научного языка и особенностей взгляда на социальные процессы.

Противоположностью им являются *частные модели*, которые из-за специфики процессов неприменимы к другим отраслям и обладают своими особенностями. Так, авторами предлагаются соответствующие многоуровневые модели социального управления отдельными областями, например, волонтерством[280]. Зачастую это квалификационные научные работы, специфика подхода в рамках которых, собственно, задает новизну исследованию.

В силу близости к конкретному, как тенденция, на данном полюсе оси больше нюансов, в отличие от более абстрактной противоположной точки. В рамках данного полюса моделей прослеживается большая персонификация управления, максимум которой наблюдается сегодня в рамках управления на основании больших данных, где сегментация подвергаемых воздействию социальных объектов становится настолько дробной, что можно говорить об индивидуальном подходе.

1.2.3 Модели социального управления в пространстве четырех осей и их кластеры

По результатам проведенного анализа, вместо анализа отдельных моделей или выбора лучшей из них предлагается подход к описанию имеющихся моделей социального управления в координатах четырехмерного пространства, каждая из осей которого представлена соответствующими дихотомиями, отражающими вопросы:

- субъектности (субъект-объектные и субъект-субъектные модели),
- характера воздействия/информационного обмена (линейные и нелинейные по управляющему воздействию),

[280] Певная М. В. Управление волонтерством: международный опыт и локальные практики: монография. М-во образования и науки Рос. Федерации, Урал. федер. ун-т им. первого Президента России Б.Н. Ельцина, Ин-т гос. управления и предпринимательства. Екатеринбург: Изд-во Урал, ун-та, 2016. 434 с.

- структурного уровня анализа (верхнеуровневые или частные модели)
- и темпоральной динамики/её целей (модели социальной статики или динамики).

Данные оси проистекают из выделенных в разделе значимых аспектов социального в целом и социального управления в частности. Подход к анализу через континуум моделей представляется более предпочтительным, потому что для востребованного сегодня прикладного социального знания скорее важно определить подход, который будет хорошо работать в рамках заданного контекста, а не найти единую универсальную модель, что крайне сложно ввиду комплексности социального.

С учетом того, что выделенные оси являются описанием одного и того же объекта по разным шкалам, логично их рассматривать в единстве. В контексте рассмотрения интегрированных моделей важно, что теоретически каждый элемент пространства четырех осей может быть интегрирован с другими. Всего комбинаций может быть, как это продемонстрировано в Таблице 1, одиннадцать.

Таблица 1. Наборы возможных интеграций в пространстве четырех осей.

	Субъектность (С)	**Воздействие (В)**	**Темпоральность (Т)**	**Структура (Ст)**
С	-	СВ	СТ	ССт
В		-	ВТ	ВСт
Т			-	ТСт
Ст				-
Тройная интеграция	СВТ, СВСт, ВТСт, СТСт.			
Полная интеграция	СВТСт			

Составлено автором

Исходя из этой таблицы, в рамках решения задач управления можно анализировать потенциал интеграции на уровне 2–3 элементов. Например, интеграция оси субъектности (С) и динамики (Т) может задавать степень трансформационного потенциала субъектов, структура (Ст) при интеграции с другими элементами позволяет рассматривать их действие на различных уровнях (здесь могут быть применены в т. ч. подходы к структурированию макро-/микро-континуума) и т. д.

Наиболее ярко среди проанализированных форм интеграции проявляется обозначенная «полная интеграция» всех четырех осей. Показательно, что если расположить известные модели социального управления на этих осях, можно наблюдать их кластеризацию в форме взаимозависимости при расположении по осям, когда неоднородные явления различны по всем измерениям, а схожие – сонаправлены. Визуальное схематическое отображение автором данного тезиса на примере ряда моделей приведено на Рисунке 3:

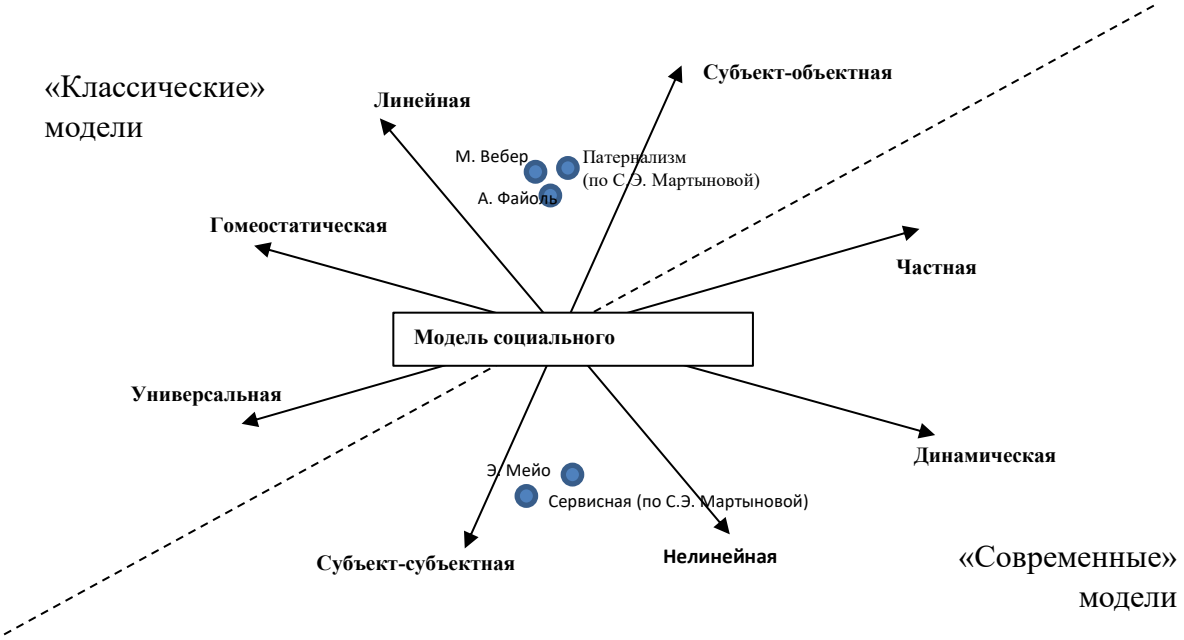


Рисунок 3. Модели социального управления на четырехмерной оси координат (рисунок автора) – экспертное размещение. Составлено автором.

Так, на Рисунке 3 проиллюстрировано тяготение групп моделей к двум кластерам – «новому» или условно «современному» и «старому» или «классическому». Поскольку представленная модель на данном этапе является описательной, качественной, слово «кластеризация» не подразумевает математической процедуры, а означает сутевую близость моделей друг к другу в данном пространстве.

С одной стороны, необходимо отметить, что, как правило, «новые» полюсы дихотомий (субъект-субъектные, динамические, нелинейные, персонализированные модели) в большей степени соответствуют актуальным направлениям изменения социальной реальности (гуманизация, демократизация, персонификация и т. д.). Так, в монографии С.Э. Мартыновой рассматривается

переход от патерналистских моделей социального управления к сервисным (тяготеющим, собственно, ко второму полюсу) как процесс эволюции, когда вторые представляются более совершенными и более соответствующими реалиям сегодняшнего дня. Данный переход связывается ею с переменами, происходившими на Западе в 70–80-х гг., которые выражались в переходе к обществу знания, постиндустриальному обществу, когда на первый план вышла категория качества жизни человека. С.Э. Мартынова говорит о том, что изменение производительных сил привело к необходимости соответствующих социальных трансформаций отношений[281].

С другой стороны, следует отметить, что многие исследователи не разделяют взгляд на такую линейность развития (идеи о поступательном движении от менее развитых форм социальных отношений к более совершенным). Ввиду многообразия социальной жизни в определенных ситуациях более предпочтителен противоположный подход (директивный, линейный, статический, обобщенный), вследствие чего его не стоит отвергать как устаревший. Как уже было отмечено, особенно ярко элементы «устаревших» подходов демонстрируют эффективность в кризисных периодах. Таким образом, можно вести речь об актуальности подхода к моделям социального управления как существующим в определенном континууме осей, когда каждый из полюсов осей является предпочтительным в контексте своих вызовов/задач.

Подводя итог разделу, при *типологизации моделей* социального управления вместо описания отдельных моделей или поиска лучшей из них, были предложены «мета-оси», в пространстве которых можно определить существующие модели социального управления. Были выделены 4 оси такого пространства, проистекающие из ключевых аспектов социального и управления: субъектности, характера воздействия, темпоральности и структуры. Даны примеры моделей, тяготеющих к каждому из полюсов данных осей.

---

[281] Мартынова С. Э. «Сервисная» модель муниципального управления в социологической интерпретации. С. 10–11.

В ходе анализа было выявлено, что модели социального управления тяготеют к определенным кластерам, один из которых с позиций современных моделей управления может рассматриваться как «устаревший» (субъект-объектные, директивные, общие, модели гомеостаза), с чем нельзя однозначно согласиться, так как данные подходы могут быть предпочтительными для определенного контекста, например, кризисных ситуаций.

Наличие кластеризации моделей в рамках заданной структуры свидетельствует в пользу перспективности разработки интегрированного подхода, который бы позволил максимизировать проявления существующих сильных сторон моделей социального управления. Данный подход будет подробнее рассмотрен в следующем разделе.

1.3 Социально-управленческий подход к интеграции

1.3.1 Некоторые формы интеграции в управлении

В предыдущем разделе была продемонстрирована важность рассмотрения элементов модели социального управления в их целостности. Указанное «рассмотрение в целостности» в научной литературе может иметь различные определения, в рамках текущего исследования для обозначения данного подхода используется понятие интегрированности.

Исходя из ранее представленного понимания термина «интегрированная модель социального управления» и интеграции как включения в единую систему управления элементов различных областей знаний и социальных практик, уровней управления, балансировки интересов заинтересованных лиц для получения синергетического эффекта в рамках достижения управленческих целей, в данном разделе будут рассмотрены три её *формы* – междисциплинарная (межсекторальная), структурная, субъектная, которые функционируют и как самостоятельные механизмы, и как функции в рамках механизмов, позволяющих двигаться в пространстве предложенных четырех осей. Первой будет рассмотрена междисциплинарная интеграция.

1.3.1.1 Междисциплинарная интеграция

Теоретические основы для междисциплинарного синтеза в управлении здравоохранением: «расширение» биомедицины и интегрированный подход к данным различной природы

В настоящее время постоянно возникающие и актуализирующиеся в рамках решения задач социального управления пересечения областей знания «принуждают» к реализации междисциплинарного синтеза. Так, Д.В. Иванов и соавторы справедливо отмечают, что в «дополненной социальности» нужен такой же гибридный инструментарий[282]. То, что сегодня имеется больше технических и методологических возможностей отразить сложность, многоаспектность мира, агрегировать множество переменных, «обязывает» воспользоваться ими.

Особенно это актуально для управления здравоохранением, которое уже подразумевает междисциплинарность в рамках соединения гуманитарных областей знания (управление) и естественно-научных (медицина).

Тематика представленной работы позволяет ограничить рассматриваемые области междисциплинарной интеграции (которая зачастую представлена в практике как межсекторальная интеграция, так как в обществе профессиональное разделение часто идет по дисциплинарным границам) до четырех: естественные науки (собственно биомедицина), психологические науки (включая производные от них популярные сегодня поведенческие науки), социальные науки, а также точные науки.

Важность внимания к первым трем направлениям следует из ведущего сегодня подхода в здравоохранении – биопсихосоциального, который противостоит классической биомедицине (к тройственной аналогичной природе человека обращаются также в социологии управления[283]). Подход же точных наук будет необходим, чтобы дополнить данную перспективу более «объективным»

[282] Иванов Д. В., Асочаков Ю. В., Гулькина К. С. Социология в XXI веке: между фрагментацией и интеграцией // Наука. Культура. Общество. 2024. № 3. С. 21.
[283] Тихонов А. В. Философские основания проблемы управления. С. 5.

внешним анализом, так как сущность точных наук во многом состоит в абстрагировании от личного, индивидуального.

Отправной точкой для рассмотрения будут *естественные науки*, собственно биомедицинский взгляд, которые являются основой для интеграции в здравоохранении, а основной областью, которая будет в первую очередь подразумеваться (в контексте интеграции), – социальное в здравоохранении (социологии), что задано тематикой исследования.

Важность такой междисциплинарности в управлении здравоохранением сегодня признается на международном уровне, Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). Как можно заключить из анализа риторики организации, тенденция к междисциплинарной интеграции с социогуманитарным знанием в значительной мере усилилась в последние годы под влиянием пандемии COVID-19. Эпидемиологический кризис продемонстрировал, что при неудаче наладить коммуникацию с населением, все усилия медицинских организаций по борьбе с заболеваемостью могут быть сведены на нет, ввиду того что эффективное противодействие пандемии должно включать собственную активность людей в вопросах самосохранительного поведения, понимание факторов которого является предметом социогуманитарного знания. Нарастающий запрос на углубленное понимание социального в управлении здравоохранением стимулирует поиск точек соприкосновения между социологией и организацией здравоохранения, что, как отмечалось ещё классиками социологии медицины, такими как Э. Фрейдсон, является непростым процессом[284].

Логичным следствием, в рамках движения от биомедицинской к биопсихосоциальной модели, является возникновение новых концепций, таких как пациенто- или человекоцентричная медицина, медицина «4П» (важность Предикции, Профилактики, Партисипативности, Персонификации). Данную трансформацию также можно рассматривать в рамках популярной сегодня концепции ценностно-ориентированного здравоохранения (далее - ЦОЗ),

[284] Freidson E. Viewpoint: sociology and medicine: a polemic // Sociol Health Illn. 1983. № 5(2). P. 208–219.

предложенной М. Портером[285], в которой акцентируется внимание на значимых для пациента результатах, при учете финансовой составляющей, достижении максимальной ценности в сопоставлении с затраченными ресурсами[286]. Сторонники такого подхода призывают к переходу от финансирования на основе числа процедур, привязанных к протоколам, в направлении системы, когда оплата учитывает важный для пациента результат и его удовлетворенность; к переходу от процессного подхода к ориентации на результат.

Важно отметить, что перечисленные подходы не противопоставляются друг другу, а могут рассматриваться как синонимы или как входящие один в другой. Например, Е.И. Аксенова и соавторы отмечают, что пациентоцентричность выступает формой внедрения ЦОЗ в нашей стране[287]. Это объясняется наличием общей основы - биопсихосоциального подхода.

Однако данное движение в сторону биопсихосоциального - не только ответственность органов управления здравоохранением. Указанные пациентоцентричные трансформации требуют и компетентности самого пациента, необходимого уровня информированности, готовности стать действительно «партнером» в рамках ориентированной на него системы здравоохранения. В свою очередь, вопросы доверия, информированности – это несомненно область социогуманитарного знания. Таким образом, и в отношении представителей системы здравоохранения, и в отношении пациентов в контексте управления будет появляться все больше задач, которые предрасполагают к поиску путей (междисциплинарной) интеграции социогуманитарного знания в классический биомедицинский подход.

Следует отметить, что синтез естественных и социогуманитарных наук может идти и в обратную сторону, когда расширяется не предмет медицины, а

---

[285] Porter M. E. Value-based health care delivery.

[286] Камынина Н. Н., Полищук Н. С. Ценностно-ориентированное здравоохранение: систематизация инструментов и методов (обзор литературы).

[287] Аксенова Е. И., Камынина Н. Н., Кравчук А. А., Нечаев О. И., Швец Ю. Ю. Ценностно-ориентированное здравоохранение. Предпосылки становления в Москве. М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2022. 208 с.

предмет социальных наук, в т. ч. социологии. Так, интерес к биологическим коррелятам психических и социальных процессов побудил ученых к рассмотрению соответствующих аспектов телесности человека, в этой связи не случайно появление в последнее время таких интегративных дисциплин, как социальные нейронауки, в т. ч. нейросоциология. Наблюдается интерес к эволюционным истокам социального поведения, генетическим коррелятам культурных факторов, вплоть до обсуждения вопросов биосоциологии[288], роли объектов физического мира в «делании» (термин А. Мол) социального[289]. И в целом биологические метафоры в различных своих проявлениях постоянно присутствовали в социологической мысли, когда, например, на макроуровне общество могло уподобляться организму, социальная эволюция – эволюции биологической и другие[290].

Когда речь идет о значимости междисциплинарной интеграции для социального в целом, подразумевается её важность и для управления, так как принятое понимание социальных процессов явным образом должно находить отражение в управлении ими. В том числе такого рода междисциплинарный синтез должен быть отражен на уровне *управленческих мониторингов*, в рамках которых данные из различных областей не просто должны собираться отдельно друг от друга, а интегрироваться в систему управления (и в дальнейшем приводить к соответствующим интегрированным вмешательствам), способствуя получению обобщенного социального знания и охватывая все важные для модели компоненты социальной реальности, формируя целостную картину.

Ключевое место в мониторингах в рамках социального управления занимают вопросы обратной связи, например, позволяющей получать информацию о различных аспектах массового сознания. В связи с многообразием каналов её

---

[288] Шкурко Ю. С. Биосоциология и стандартная модель социальных наук: в поисках «золотой середины» // Вестн. Том. гос. ун-та. 2020. № 455. С. 91–96.
[289] Мол А. Множественное тело: онтология в медицинской практике.
[290] Шмерлина И. А. Биологическая метафора в социологии: обзор монографии: Biology as Society, Society as Biology: Metaphors / ed. by S. Maasen, E. Mendelsohn, P. Weingart. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1995 // Социологический журнал. 2001. № 4. С. 135–165; Спенсер Г. Основания социологии: Данные социологии. Индукция социологии. М., 2016. 435 с.

получения и при том, что различные методы сбора фиксируют проявления единого общественного сознания, важным методическим вызовом выступает выработка подхода к получению целостной непротиворечивой картины. Текущая практика, когда, например, результаты аналитики социальных медиа не совпадают с опросными данными[291] (ведущие каналы получения обратной связи сегодня), и это просто признается как факт, без попытки осмысления, представляется методологически неполноценной и требует проработки с позиции интеграции собранной информации.

Указанный вопрос соотнесения информации из социальных медиа и опросных данных, как пример интеграции в мониторингах обратной связи данных различной природы, с одной стороны, крайне важный в цифровую эпоху расцвета социальных медиа, с другой – уже в достаточной мере является предметом исследовательской рефлексии, в т. ч. в рамках направления, получившего в зарубежной литературе название «исследования связей» («linkage studies»)[292]. Однако без прочного теоретического фундамента такие исследования не приводят к созданию универсально применимых методик объединения данных.

Изучение социальных медиа сегодня все чаще используется для анализа массового сознания по различным вопросам. И хотя встречается обозначение его как исследования информационного поля, в отличие от массового сознания как предмета опроса, практический опыт свидетельствует, что социальные медиа все чаще анализируются для выявления ожиданий, установок и ценностей индивидов – от мнения покупателей о товаре в частном секторе до оценки населением действий властей – в государственном. Таким образом, с одной стороны, у опросных данных и аналитики новых медиа есть пространство пересечений, как выражения единого массового сознания, с другой – существует также и область

[291] Богдан И. В., Дренева А. А., Чистякова Д. П. Образ медицинского специалиста в социальных медиа глазами москвичей: управленческие и методические аспекты // Цифровая социология/Digital Sociology. 2022. № 5(3). P. 57–67.

[292] Сапонова А. В., Куликов С. П. Интеграция опросных данных и цифровых следов: обзор основных методологических подходов // Социология: 4М. 2021. № 53. 117–164.

различий (результаты количественной аналитики опросных данных и выгрузок из социальных медиа, как было указано, не совпадают между собой).

Основной интерес представляет именно пространство пересечений, где анализ социальных медиа и опросных данных, которые значительно лучше изучены, будут давать одинаковые результаты. Выявление такой области пересечения, понимание ситуаций, когда в различных каналах отражаются одинаковые аспекты массового сознания, позволяет более точно анализировать зоны различий, уникальных дополнений, которые привносит в понимание социальных процессов каждый метод сбора данных.

В авторском[293] исследовании[294], в ходе решения задачи соединения данных социальных медиа и опросов, было определено перспективное направление для такого рода интеграции – анализ не только социальных, но и психологических особенностей авторов/респондентов. Такой подход подразумевает, что индивиды с одинаковыми типажами или чертами будут проявлять себя схожим образом в новых медиа и при опросах (одинаковые мнения, отношения и т. д.), а расхождения в полученных данных могут быть объяснены различием в представленности проявлений различных психологических черт в выборках из исследуемых каналов сбора информации (разница в проценте людей различных типов).

Действительно, опросные данные лучше показывают себя в аспекте репрезентации «среднего человека» благодаря лучшей модели выборки и «принуждения» к участию в опросе со стороны интервьюера для некоторых респондентов, которые по своей инициативе не стали бы в опросе участвовать. Социальные медиа же, поскольку они подразумевают добровольность и публичность высказываний, чаще используются инициативными активистами для влияния на информационное поле, тогда как большинство пользователей себя

---

[293] Здесь и далее имеются в виду исследования под руководством автора (единоличные или с участием соавторов), если отдельно не указано иное.

[294] Богдан И. В. Социальные медиа как отражение массового сознания: трансформация исследовательской парадигмы в новой реальности // Философские контексты: неопределенность современности и социальные онтологии. ФИКОС-2024: Сборник статей III Всероссийской научной конференции с международным участием, Ижевск, 01–02 марта 2024 года. Ижевск: Удмуртский государственный университет, 2024. С. 12–16.

никак в них не проявляет (и не попадает в выгрузки). Эта активность может операционализироваться, собственно, в наличии определенных (социо)психологических черт, например, большей экстраверсии, нарциссизма или просоциальных установок (например, активизм, волонтерство), так как данные цифровые платформы представляют собой, в том числе, мощный канал продвижения своей позиции.

Психографическое направление также перспективно ввиду того, что задача выявления новых форм социальной дифференциации становится одной из ключевых для методологии проведения социологических исследований на фоне кризисных явлений в области сбора опросных данных[295] и дискуссии о важности переосмысления (или как минимум, дополнения) классических социодемографических факторов, используемых для квотирования (образование, доход, возраст и других)[296]. По мнению ряда исследователей, именно психологические переменные выступают перспективным кандидатом на данную роль[297].

Это обосновывает интерес к вопросам междисциплинарного синтеза между социологией и социальной психологией (в данном контексте – между социолого-управленческим знанием в области здравоохранения и психологией), как на уровне мониторингов соответствующих показателей, так и на уровне междисциплинарных мер, которые позволят повысить эффективность воздействия на них.

Интеграция с психологией и поведенческими науками в управлении. Подход анализа поведенческих и культурных факторов (АПКФ)

Интеграция психологического знания в другие отрасли социального знания и практики управления сегодня является выраженной тенденцией. Среди прочего,

---

[295] Couper M. P. New Developments in Survey Data Collection // Annual Review of Sociology. 2017. № 43(1). P. 121–145.

[296] Rogers R. Post-demographic machines / Walled garden. 2009. Amsterdam: Virtueel Platform, 2009. P. 29–39.

[297] Nilsson E., Garvin P., Festin K. et al. Measuring psychosocial factors in health surveys using fewer items // Health Psychol Open. 2020. № 7(2). URL: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7768575/ (accessed: 31.12.2024); Rogers R. Post-demographic machines.

это вызвано как актуальностью вопроса заботы о ментальном здоровье различных групп населения (в т. ч. вызванной текущими социальными кризисами), так и все возрастающим пониманием трудности осмысления социальных процессов, разработки эффективных социальных вмешательств без учета закономерностей функционирования психики человека.

Интеграция научного потенциала социологии управления и психологии выражается как в привлечении социологического инструментария к вопросам исследования ментального состояния общества и его отдельных групп (например, вопросы выгорания кадров), так и в применении психологических шкал в социологии. Мониторинги обратной связи от (медицинского) персонала, проведенные без обращения к наработкам психологии, представляются сегодня недостаточными.

В частности, в рамках рассмотрения психики человека как интегрированной системы, в мониторингах можно обращаться не только к сознательному уровню, но и к неосознаваемому, что классически ближе именно к психологии. Область неосознаваемого/бессознательного, по мнению ряда исследователей, в ряде случаев может лучше предсказывать реальное поведение, чем декларации респондентов[298], таким образом, учет неосознаваемых психологических детерминант социального восприятия имеет прикладное значение с позиции лучшего предсказания социального поведения.

Также, как было отмечено в предыдущем разделе, именно психологические характеристики респондентов могут быть рассмотрены в качестве возможного «ключа», через который соединяются данные, полученные различными методами. Такая возможность была проверена в рамках авторского исследования, и пилот, проведенный на материалах выгрузки социальных медиа и телефонных интервью, действительно показал наличие статистически значимых отличий в

[298] Круглый стол журнала «ПОЛИС». Ракитянский Н. М., Смулькина Н. В., Палитай И. С., Затонских А. В., Евгеньева Т. В., Селезнева А. В., Черданцева А. М., Никифоров А. Р., Богдан И. В., Ахматнурова С. Ф., Самаркина И. В., Букреева О. В., Шестопал Е. Б., Щербинин А. И., Щербинина Н. Г., Яницкий М. С., Титов В. В. Политическое поведение: бессознательные механизмы и их рационализация // Полис. Политические исследования. 2013. № 6. С. 46–63.

представленности психологических проявлений людей при анализе данных, полученных двумя различными методами.

В рамках указанного пилотного исследования[299] была сформирована подвыборка из репрезентативного телефонного опроса населения Москвы 18+ (N=800) и выгрузки социальных медиа (N=14977), состоящей из автоматически определенных «WOM-сообщений» («word of mouth», сообщений, содержащих личное мнение) авторов, которые указали Москву как место своей локации. Данные, использованные для сравнения, были получены в сопоставимый временной промежуток и посвящены одной теме – восприятию населением столичных поликлиник (самая массовая форма оказания медицинской помощи в системе здравоохранения).

В исследовании проводилось сравнение данных, полученных из двух типов источников (две ситуации коммуникации), каждый из которых был изучен в более краткой и развернутой форме – ответ на вопрос об ассоциациях с поликлиниками, полученный из транскрипта разговора с респондентом (1-1); полный транскрипт опроса, из расчета, что респондент мог проявить особенности психики в беседе по другим вопросам (1-2); посты социальных медиа, содержащие ключевые слова, имеющие отношение к поликлинике (2-1); профиль автора и его публичные посты в тех социальных медиа, в которых опубликован его пост с ключевыми словами о поликлинике (2-2). Выгрузки из социальных медиа были произведены автоматически с помощью коммерческого программного продукта Brand Analytics.

Обезличенные фрагменты информации (тексты и другие данные, например, подбор автором иллюстраций к своим постам в социальных медиа) были закодированы на предмет выраженности у авторов индикаторов определенных

[299] Богдан И. В. Цифровые аспекты психотипирования в социологических исследованиях (на примере управленческих задач здравоохранения) // Вестник «Биомедицина и социология». 2025. № 1 (10). С. 2–10.

наборов психологических черт, которые были определены на основании анализа ряда наиболее популярных прикладных психологических подходов[300].

Методика проведенного исследования позволяет рассмотреть полученные данные, используя диспозиционный подход, добавляя социологическое измерение к анализу проявлений черт психики. Обращаясь к пониманию диспозиций у классика отечественной социологии В.А. Ядова[301], для предсказания поведения (в данном случае, коммуникативного) необходимо знание не только об определенных психологических заданностях, но и о социальном контексте, который способствует (или препятствует) их актуализации.

В.А. Ядов определяет диспозиции как «предрасположенности к восприятию, оценке и поведению, относящиеся к отдельным социальным объектам, ситуациям, их свойствам»[302]. Таким образом, с практической точки зрения, концепция диспозиций перспективна не только в управлении социальным поведением, например, в контексте профессиональной деятельности (ученый указывает на её прямую связь с мотивацией человека[303]), но и восприятием.

Анализируя социальную сторону рассматриваемых диспозиций, следует отметить, что хотя сами высказывания в социальных медиа или в рамках опроса едва ли можно считать примерами различных социальных ситуаций, указанные контекстные факторы, которые их окружают, могут рассматриваться как задающие такого рода ситуации (особенности отношений «интервьюер – информант», соответствующей социальной среды, адаптация индивида к определенному контексту коммуникации и т. д.). Далее, использованные в авторском исследовании

---

[300] Богдан И. В. Цифровые аспекты психотипирования в социологических исследованиях (на примере управленческих задач здравоохранения). В рамках указанного исследования были рассмотрены подход Майерс-Бриггс (в частности, данный инструментарий А. И. Пригожин рекомендует для практики управленческого консультанта: Пригожин А. И. Методы развития организаций. С. 120), В.А. Ганзена и последователей, клинические классификации, «большая пятерка», DISC и др. – рассматривался опыт и классического психотипирования (который во многом может характеризоваться как устаревший), и более современные подходы измерения психологических черт в целях выработки подходящей классификации.

[301] См. Саморегуляция и прогнозирование социального поведения личности.

[302] Там же. С. 78; Ядов В. А. Стратегия социологического исследования. Описание, объяснение, понимание социальной реальности. М., Добросвет, 2000. С. 61

[303] Саморегуляция и прогнозирование социального поведения личности. С. 47.

для сегментации респондентов комплексы черт, описанные в категориях ценностей и интересов их обладателя, позволяют их соотнести с высшими уровнями предложенной В.А. Ядовым структуры. Также перейти к подходу диспозиций позволяет то, что предметом оригинального авторского исследования была не психодиагностика (индивидуально-психологический подход), а признаки *проявления* определенных психологических черт в текстах, представленные определенными словами и нарративами.

Рассматриваемые в авторском исследовании четыре типа, которые были использованы для сегментации, в контексте диспозиций были охарактеризованы следующим образом:

Тип 1. Проявляющие в коммуникационной ситуации диспозицию оценивать ситуации и людей с позиции эмоционального опыта. Для них ценны отношения с людьми как источник чувственных переживаний, а также все иное, «красивое» (форма), что порождает яркий отклик. У индивидов в релевантных ситуациях наблюдается склонность к публичному проявлению эмоций и интерес к таким проявлениям у других людей (например, в контексте искусства).

Тип 2. Проявляющие в коммуникациях во многом противоположную Типу 1 диспозицию оценивать ситуации и людей через смыслы (суть), абстрактно-рациональные («философские») оценки, занимающие в коммуникации отстраненную аналитическую позицию.

Тип 3. Проявляющие в коммуникациях интерес ко всему «прогрессивному», новому (желают первыми пробовать новинки) и расширению контактов (новые знакомства, идеи, проекты и т. д.). В сообщениях они подчеркивают ценность эффективности и результативности процессов. Проявляют более индивидуалистические установки и ориентацию на задачи («ничего личного»). Экспансия и приобщение к новому для них более приоритетны перед погружением в суть вопроса.

Тип 4. Проявляющие в коммуникациях во многом противоположную Типу 3 диспозицию к более консервативному взгляду на вещи и обращенности к прошлому (традиция). Для них более приоритетно внимание к частностям и

нюансам. В коммуникациях они демонстрируют ориентацию на коллективные установки, стабильность и конформность, склонность воспринимать ситуации более лично.

По результатам кодировки были получены оценки выраженности указанных диспозиций в различных контекстах (Таблица 2).

Таблица 2. Выраженность проявлений типов диспозиций к определенному коммуникационному поведению по отношению к тематике поликлиники. Данные приведены для социальных медиа и транскриптов интервью (в % по строке)[304]

Тип диспозиции	**Не определено**	**Тип 1**	**Тип 2**	**Тип 3**	**Тип 4**
	Диспозиция актуализирована в сообщении о поликлинике (социальные медиа)				
	31	24	1	18	45
	Диспозиция актуализирована в диалоге о поликлинике (опрос)				
	70	10	0	9	18
	Диспозиция актуализирована в коммуникации в социальных медиа в целом (анализ всей информации аккаунта автора, социальные медиа)				
	13	58	8	38	44
	Диспозиция актуализирована в интервью в целом (анализ полного транскрипта интервью, опрос)				
	44	22	6	34	33

Исследование показывает, что наиболее перспективными для определения диспозиции являются полные данные социальных медиа, которые, в сочетании с анализом поста автора, позволяют обнаружить у человека проявление как минимум одной диспозиции с погрешностью, не превышающей ошибку выборки, что свидетельствует о достаточности данной классификации на этапе пилотного исследования. С позиции обилия личной информации о человеке, перспективно рассмотрение именно ситуации коммуникации в социальных медиа, в среде которых человеку предоставляется возможность множественных способов самовыражения. Это позволяет на основании истории публикаций анализировать типичные паттерны его коммуникации.

[304] Построено на основании Богдан И. В. Цифровые аспекты психотипирования в социологических исследованиях (на примере управленческих задач здравоохранения). С. 6.

Как продемонстрировано в Таблице 2, анализ диспозиций выявляет значимые различия между ситуациями. Так, социальные медиа демонстрируют большую представленность экспрессивных проявлений Типа 1, что является закономерным, так как социальные медиа становятся сегодня привлекательной площадкой для демонстративных проявлений, эмоциональных споров, презентации «красоты» (например, выкладывание своих фотографий или изучение чужих изображений).

Проведенный анализ обосновывает прикладные рекомендации, которые могут быть использованы при управлении процессами социального восприятия. Например, социальные медиа следует рассматривать как в большей степени область проявления Типа 1 (выше частота/доля представительства), где дискуссии относятся преимущественно к проявлению данных диспозиций, а не к ситуации «среднего» человека в «обычной» ситуации, что в большей степени может быть раскрыто в ходе интервью. Указанное обстоятельство должно быть учтено и при мониторингах (рассмотрение выборки новых медиа как «смещенной» в контексте диспозиций), и при вмешательствах (при необходимости, более легкая активация в среде новых медиа Типа 1), например, при информационной работе медицинского персонала или в вопросах формирования его социального восприятия у различных групп населения.

Новацией, проистекающей из рассматриваемого подхода, может выступать новый подход к построению выборок, когда единицей наблюдения становится не человек или социально-демографические группы людей, а социопсихологические общности, объединенные актуализированной диспозицией (определенная ситуативность данных общностей соответствует духу нелинейных подходов к управлению). С одной стороны, из природы диспозиций следует, что связка индивид – проявление диспозиции будет достаточно гибкой (один человек может проявлять несколько из них или может не проявить имеющуюся ввиду отсутствия необходимой ситуации или потребности). С другой стороны, вследствие того, что высшие уровни диспозиции (а в исследовании были рассмотрены именно они)

образуют устойчивую структуру[305], статистически распределение диспозиций в одной и той же ситуации должно быть устойчивым (даже в случае отдельного человека, например, в ситуации осуществления рутинных задач профессиональной деятельности), что позволяет относиться к ним как к достаточно стабильным явлениям и на индивидуальном, и на коллективном уровне[306]. Таким образом, могут замеряться позиции не людей, а социопсихологических общностей, которые в конкретных ситуациях демонстрируют предрасположенность к определенному восприятию и реагированию на управленческие вмешательства (которые в рамках данного подхода можно направлять на данные общности). Подобная сегментация может быть использована при построении мониторингов, в т. ч. в отношении обратной связи от сотрудников (например, в аспектах их ответа на вмешательства).

В контексте социального управления перспективной сферой приложения диспозиционного подхода является управление *мотивацией сотрудников*. Показательно, что предложенный подход – принципиально отличная парадигма в сравнении с самой влиятельной теорией мотивации А. Маслоу, которая постулирует существование единой иерархии потребностей от низших к высшим (от физиологических потребностей до потребности в самоактуализации), которые выступают детерминантами поведения человека. Развитие в рамках данной теории скорее линейно и для перехода на новый уровень необходимо наполнение предыдущего.

Критика данного подхода со стороны ряда исследователей обоснованно указывает, что иерархия не обязательно наполняется именно в таком порядке, а пирамида Маслоу с позиции современной практики требует существенной модификации[307]. Подтверждение этому присутствует и в комплексе авторских исследований, посвященных изучению факторов лояльности медицинского

---

[305] Там же. С. 120–241.

[306] См. как пример такого подхода: Sverdlik N., Oreg S. Beyond the individual-level conceptualization of dispositional resistance to change: Multilevel effects on the response to organizational change // Journal of Organizational Behavior. 2023. № 44(7). P. 1066–1077.

[307] Kenrick D. T., Griskevicius V., Neuberg S. L., Schaller M. Renovating the Pyramid of Needs: Contemporary Extensions Built Upon Ancient Foundations // Perspect Psychol Sci. 2010. № 5(3). P. 292–314.

персонала (которые подробнее будут рассмотрены в Главе 2). Несмотря на не всегда позитивную ситуацию с материальным стимулированием медицинских работников в нашей стране (одной из основных причин неудовлетворенности медицинских работников стабильно называется заработная плата) и на важность финансовой мотивации, основной причиной своей лояльности персонал стабильно называл факторы, имеющие отношение к потребностям более высокого уровня, чем материальный – в частности, психологический климат в коллективе[308].

Теории, подобные подходу А. Маслоу, постулируют определенную психологическую схожесть индивидов в аспекте универсальности мотивационной структуры, когда каждый человек с позиции мотивации стремится от начальной позиции к единой заданной точке-идеалу. Однако такой подход можно рассматривать как в определенной степени «стигматизирующий», поскольку актуализация различных мотивов в рамках пирамиды потребностей может быть рассмотрена как свидетельство различий в степени «развитости» членов коллектива. В таком аспекте подход множественных диспозиций (которые также иерархичны, но мотивы и ценности людей не соотносятся друг с другом с позиции предпочтительности) может рассматриваться как более гуманный или субъектно-ориентированный, так как внимание акцентируется не на универсальности иерархии потребностей, а на индивидуальных отличиях в мотивационных структурах.

Диспозиционный подход, признающий нормативность различий, представляет больше возможностей для эффективного распределения трудового функционала, когда различия могут рассматриваться как зона роста не с позиции «подтягивания» структуры мотивов одних сотрудников к другим, но в контексте раскрытия человеческого потенциала, когда могут быть найдены оптимальные сочетания трудовых ситуаций и диспозиционной структуры. Например, устойчивая актуализация у сотрудника Типа 3 в условиях трудовой деятельности может свидетельствовать в пользу того, что он будет более эффективно выполнять

[308] Богдан И. В., Дренева А. А., Праведников А. В., Чистякова Д. П. Лояльность персонала медицинских организаций: теория и практика.

управленческие функции за счет стремления к результативности и ориентации на задачи, а в случае Типа 4 сотрудник будет более эффективен в выполнении рутинных рабочих вопросов, требующих внимательной, усидчивой работы и глубокого погружения в нюансы и детали.

Изложенные аргументы позволяют рассматривать подход диспозиций в изложенном понимании как перспективное направление в рамках междисциплинарной интеграции элементов психологической экспертизы в социальное управление персоналом.

Другое направление интеграции различных областей социального знания, тесно связанное с психологией, но выходящее за её пределы – направление *поведенческих исследований*, к которому обращаются и теоретики социологии управления[309]. Более того, такие ученые как Г. Хоманс даже приходят к выводу, что именно поведение составляет единый предмет всех социальных наук, включая социологию[310]. Особенно важно в контексте исследования, что данная методология активно популяризируется для решения задач управления здравоохранением.

Ранее указывалось, что ВОЗ приходилось реагировать на социальные вызовы пандемии. И в приложении к системе здравоохранения, ВОЗ был предложен подход – *анализ поведенческих и культурных факторов* (АПКФ), который, испытывая сильное влияние психологии (так, основной пандемический проект ВОЗ «COSMO»[311] был инициирован психологами в классической количественной психологической методологии), подразумевает использование также методологий других социальных и когнитивных наук[312].

---

[309] Тихонов А. В. Философские основания проблемы управления. С. 27.

[310] Homans G. C. Social Behavior: Its Elementary Forms.

[311] COVID-19 Snapshot MOnitoring (COSMO Standard) // PsychArchives. URL: https://www.psycharchives.org/en/item/62216bdb-69fa-44e7-92b4-8438b3817341 (accessed: 16.05.2025).

[312] ВОЗ. Руководство по адаптации программ здравоохранения. Использование анализа поведенческих и культурных факторов с целью адаптации мер политики, услуг и коммуникации, связанных со здоровьем, к потребностям и условиям жизни людей и сообществ. URL: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/375974/9789289060752-rus.pdf (дата обращения: 25.03.2025).

Пандемический поведенческий проект ВОЗ проводился в десятках стран мира, в т. ч. в России (Москве), под руководством автора[313]. Данный проект во многом является показательным примером интеграции не только различных отраслей знания, но и методологий – в рамках него производилось комбинирование различных подходов к сбору данных – массовые опросы населения, в т. ч. его отдельных социально уязвимых групп (количественный подход), сопровождались проведением фокус-групп/глубинных интервью с медицинскими работниками (качественный подход).

Также предложенные ВОЗ изначально полностью количественные опросники в проекте были расширены за счет включения открытых вопросов. Путем добавления нескольких из них, в ходе исследования удавалось оперативно выявлять нарушения коммуникации «исследователь-респондент» и собирать больше качественных данных, что повысило понимание «сухих» цифр. Внесенные преобразования позволили сделать опросник более адаптивным, гибким и представить заинтересованным лицам более объективную информацию по актуальным вопросам противодействия пандемии.

Вышеуказанное сочетание подходов можно рассматривать как частный пример междисциплинарной интеграции или отдельно выделять как *интеграцию методологическую*, которая фокусируется именно на вопросах методологии, таких как использование в инструментарии сочетания количественного и качественного подходов (так называемые «смешанные методы»).

Показательно, что АПКФ, как практико-ориентированный подход, не ограничивается диагностикой ситуации. Для практических преобразований ВОЗ использует модель COM-B[314], которая подразумевает, что для того, чтобы реально изменить поведение человека (Behavior – B) в определенной области, необходимо работать с различными группами переменных – способностями (Capabilities, C),

---

[313] Bogdan I. V., Chistyakova D. P., Aksenova E. I., Kamynina N. N., Bonkalo T. I., Pravednikov A. V. Behavioral Insights Informing the Pandemic Response in the City of Moscow // City Healthcare. 2024. № 5(4). P. 5–24.

[314] Michie S., van Stralen M. M., West R. The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions.

мотивацией (Motivation – M), возможностями (Opportunities – O), которые могут быть как внешними (например, физические возможности), так и внутренними. Данная модель позволяет рассмотреть сильные и слабые стороны определенных аспектов, обусловливающих итоговое поведение индивида – целостно посмотреть на исследуемую ситуацию и убедиться, что необходимый и достаточный анализ проведен, что является полезным в вопросах мониторингов.

После этого необходимо обратиться к так называемому «колесу изменения поведения», в котором каждому элементу модели COM-B соответствуют «функции интервенций» и политики (их можно рассматривать как аналоги механизмов и вмешательств), которые могут быть применены для улучшения ситуации в конкретной области. В конечном итоге модель интегрирует все аспекты системы изменения поведения в единое целое (Рисунок 4). Причем, как видно из рисунка, модель, формально относясь к области поведенческих наук, объединяет в себе очень широкий набор междисциплинарных механизмов.

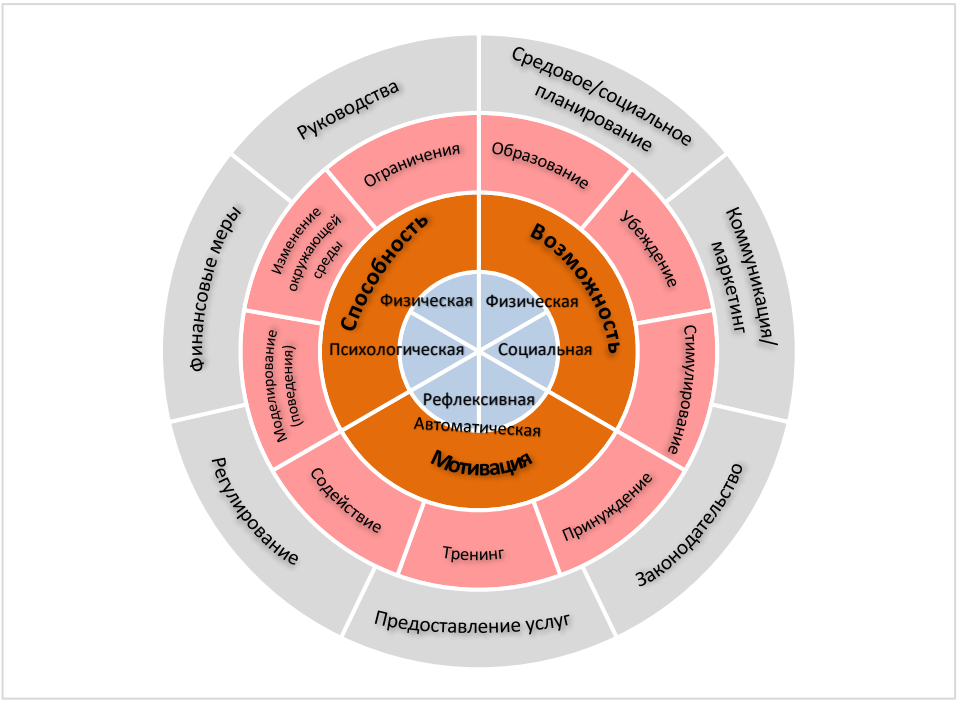


Рисунок 4. «Колесо изменения поведения»[315]. На графике: оранжевый – «источники поведения», розовый – «функции интервенций», серый – «категории политики».

[315] Нарисовано автором на основании английского оригинала: Michie S., van Stralen M. M., West R. The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions // Implementation Sci. 2011. № 6. 42. URL:

В конечном итоге, по результатам исследований в Москве данная модель позволила сформулировать прикладные рекомендации, например, в части изменения поведения медицинских работников в аспекте продвижения идеи вакцинации среди населения[316]. Проведенное московское исследование можно назвать первой апробацией подхода ВОЗ в нашей стране в интересах улучшения качества услуг системы здравоохранения, в ходе которой данный подход зарекомендовал себя как эффективный. Его апробированные элементы могут быть использованы в рамках других интегрированных моделей социального управления.

Подход ВОЗ приведен как частный пример интегрированной модели, используемой в социальной сфере преимущественно на основании психологических разработок (хотя в ней также явно присутствуют аспекты физической (биологической) и социальной областей знаний), однако это, безусловно, не единственная модель такого рода. Помимо COM-B в области психологии существует множество других аналогичных инструментов, как, например, более классическая модель запланированного действия И. Айзена, которая интегрирует для предсказания поведения информацию о ряде психологических и социальных факторов (желание действовать, объективный и воспринимаемый контроль над ситуацией, социальные нормы)[317].

Однако именно подход АПКФ обладает отдельной ценностью, вследствие своей связи с активностью ВОЗ как ведущего института в области медицинского знания по включению в текущие практики управления здравоохранением подходов социальных наук, легитимизируя нормативность и предпочтительность такого рода интеграции в национальных системах здравоохранения.

---

https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/1748–5908–6–42 (accessed: 28.03.2025).

[316] Jackson C., Smith S., Aghasaryan A., Andreasyan D., Aregay A. K., Habersaat K. B., Hovhannisyan L., Bogdan I. V., Chistyakova D. P., et al. Barriers and drivers of positive COVID-19 vaccination behaviours among healthcare workers in Europe and Central Asia: a qualitative cross-country synthesis // Humanit Soc Sci Commun. 2023. № 10. P. 1–15.

[317] Ajzen I. The theory of planned behavior // Organizational Behavior and Human Decision Processes. 1991. № 2(50). P. 179–211.

В рамках исследования также важно, что подход АПКФ предоставляет пример того, как междисциплинарная интеграция может реализовываться на различных уровнях – концептуальном, описывающем общую модель процесса и обоснование привлечения различных отраслей знания, уровне функций, которые можно рассматривать как аналог механизмов управления и, в конечном итоге, политик-интервенций (вмешательств). Данный подход предлагает проработанный инструмент с позиций и теоретического обоснования, и прикладной реализации. Исходя из этого, продуктивно заимствовать элементы рассмотренного подхода к построению модели.

Интеграция с точными науками и статистикой

Другое направление междисциплинарной интеграции, которое следует отметить в контексте связи темы данного исследования с цифровизацией, это интеграция подходов точных наук в систему управления.

С одной стороны, это тематика математических алгоритмов, которые, соединяясь с техническими мощностями, позволяют реализовывать парадигму больших данных. Если для опросного исследования 5–10 тысяч человек являются достаточно большой выборкой, то в случае парадигмы больших данных и машинного обучения, как правило, такие объемы могут считаться недостаточными, малыми и речь идет о сотнях тысяч и миллионах наблюдений.

Большие объемы данных и новые технологии зачастую не просто повышают качество обработки информации, но и позволяют проводить управленческую аналитику в режиме онлайн, а также делать на её основе более обоснованные предсказания. Обладая значительным потенциалом, такого рода возможности должны быть интегрированы в текущие процессы социального управления в тех областях, где они сегодня ещё не используются.

В частности, привлечение рассматриваемых подходов может опираться на имеющуюся практику интеграции со статистическим подходом (междисциплинарная область, имеющая значимые связи с точными науками), когда «субъективное» знание, представленное опросами и иной субъективной

информацией, полученной от индивидов, комбинируется с обычно более «объективным» статистическим описанием. Примером такой комбинации является, например, авторское исследование, которое позволило доказать методом статистического наблюдения существенно завышенные показатели ношения масок по данным опросов по сравнению с реальными практиками поведения[318]. Это и схожие исследования свидетельствуют о высокой важности использования не только более субъективных данных социологических опросов, но и более объективных (в вопросах сопоставления с реальностью) статистических данных в процессе социального управления.

В целом, опыт автора позволяет выделить три возможных концептуальных направления интеграции социологических данных и статистики в процессе решения задач управления здравоохранением[319]:

- экспресс-диагностика проблемных мест работы системы здравоохранения (или отдельной организации), за которыми «не успевает» статистика (например, в период начала пандемии, когда необходимых статистических форм наблюдения по ряду показателей разработано не было и не было другой возможности учитывать факты ношения масок и соблюдения противоэпидемиологических мер);
- уточнение, дополнение или проверка достоверности социологических данных[320];
- поиск «субъективных» предикторов (социологические данные) объективных изменений (статистические данные). Например, в рамках одного из авторских исследований было выявлено, что лояльность сестринского персонала

[318] Богдан И. В., Чистякова Д. П., Габов К. И. Соблюдение масочного режима и социального дистанцирования в период пандемии в городе: фактор снижения внешнего контроля и особенности практик // Здоровье мегаполиса. 2021. Т. 2. № 3. С. 54–65.

[319] Богдан И. В. "Субъективная" социология и "объективная" статистика: в поисках оптимального взаимодействия при управлении здравоохранением (опыт ГБУ "НИИОЗММ ДЗМ") // Статистика здравоохранения нового времени: Материалы Второго съезда медицинских статистиков Москвы, Москва, 08–09 октября 2020 года. М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2020. С. 20–22.

[320] См., например, Богдан И. В., Чистякова Д. П., Габов К. И. Соблюдение масочного режима и социального дистанцирования в период пандемии в городе: фактор снижения внешнего контроля и особенности практик.

может выступать предиктором динамики ключевых статистических показателей деятельности организации, таких как больничная летальность, оборот койки, средняя длительность пребывания пациента и др.[321]

В целом, сегодня в управлении здравоохранением активно используется интеграция результатов социологических опросов и данных статистики. Например, в работе научного коллектива ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ» и ИСЭПН РАН на тему кадрового потенциала российского здравоохранения[322], в которой также принимал участие автор, был интегрирован статистический (данные Федерального регистра медицинских работников, статистической формы № 30) и социологический инструментарий, в свою очередь, раскрывающий мотивы, потребности, нюансы работы, надпрофессиональные качества, необходимые для выполнения должностных обязанностей, и ряд других показателей, которые медицинская статистика не отражает.

Такая интеграция в рамках исследования позволила описать текущее состояние кадрового потенциала московской системы здравоохранения, произвести прогнозирование развития ситуации с медицинскими кадрами и обозначить направления работ в данной области, а также сформулировать рекомендации по улучшению условий труда и стимулированию медицинских работников. Интегрированные метрики позволили увидеть не только факты движения кадров (численность, факт дефицита, распределение по секторам и формам оказания помощи и т. д.), но и их социальные характеристики.

В целом, применение комбинации из опросных и статистических показателей в управлении здравоохранением – это устоявшаяся практика как в нашей стране[323], так и в других государствах. Например, во Франции в рамках мониторингов в здравоохранении активно используется интегрированная оценка, объединяющая

---

[321] Богдан И. В., Гурылина М. В. Лояльность сотрудников медицинских организаций как фактор качества медицинской помощи // Здоровье и здравоохранение в России. Сборник статей научной конференции с международным участием, Москва, 15 октября 2018 года. М., 2018. С. 6–11.
[322] Аксенова Е. И., Александрова О. А., Аликперова Н. В., Богдан И. В., Бурдастова Ю. В., Виноградова К. В. и др. Развитие кадрового потенциала столичного здравоохранения: коллективная монография. М., 2019. С. 22–23.
[323] Там же. С. 27–29.

статистические и социологические индикаторы, привлекаются оценки мнений потребителей, внешних аудиторов, данные внутреннего контроля, статистические данные[324]. Таким образом, актуальный опыт исследований и функционирования систем здравоохранения показывает примеры интеграции со статистическим знанием на уровне показателей, а затем и вмешательств, направленных на их изменение.

При этом продуктивно использовать интеграцию социологических мониторингов с точными науками не только в процедурах получения данных, но и в способах работы с ними – в рамках методик количественного анализа, прогнозирования или, например, математического подхода к созданию мониторинговых показателей – суммирования различных показателей в один напрямую или с различными весами и т. д.

Подводя итог, в разделе о междисциплинарной интеграции были рассмотрены примеры включения в управление на разных уровнях знаний и практик психологии, поведенческих, точных наук и статистики, а также рассмотрена интеграция социологического и биомедицинского знания в контексте управления здравоохранением.

Безусловно, область междисциплинарной интеграции в здравоохранении не ограничивается данными областями. Например, крайне важны экономические аспекты, связанные с обеспечением ресурсов для реализации процессов управления. Однако интеграция экономики с другими важными для управления дисциплинами в значительной мере отражается в уже рассмотренных отраслях знания, как преломленная через социальные отношения или психологию (например, в рамках исследования больший интерес представляет отклик на финансовую мотивацию со стороны сотрудника, а не экономические нюансы распределения финансовых средств).

В целом, как базовые области для описания междисциплинарной интеграции в здравоохранении представляются достаточными:

---

[324] Там же. С. 22–23.

1. Отрасли знания, формирующие основы биопсихосоциального подхода: био (отражающий биомедицину как область взаимодействия), психо (отражающий особенности психики людей, перспективность анализа которых была показана в разделе) и социальный (рассматривающий совокупность общественных отношений). Отдельно был рассмотрен поведенческий подход АПКФ, который демонстрирует, как биопсихосоциальный подход может быть реализован, начиная от концептуального уровня до уровня конкретных вмешательств.

2. Данные точных наук и статистики, которые позволяют обеспечить более объективный взгляд на процессы, в отличие от вышеуказанной группы дисциплин, которая ближе к непосредственному опыту людей.

При этом используемый подход не запрещает интегрировать и знания других областей, при необходимости.

1.3.1.2 Структурная интеграция

Другой важный для рассмотрения тип интеграции — структурная. С позиции обозначенного системного подхода к управлению, обосновано обращение к типичному для социологии анализу процессов на различных уровнях социальной системы.

Получить представление о данных уровнях может помочь ряд теорий, которые формируются в периоды интеграции в социологической науке[325]. Хотя указанная интеграция имеет отношение к социологическим теориям, а не управлению, подходы к структурированию социального, выделяемые в исследованиях мета-теоретиков, могут быть полезны для понимания структурных аспектов и в рамках управления.

В этой связи перспективным представляется интеграционное решение, предложенное Дж. Ритцером, в рамках которого он выделяет четыре уровня социального анализа – макро- и микросубъективность и макро- и микрообъективность, предлагая модель приведения различных уровней

[325] Иванов Д. В., Асочаков Ю. В., Гулькина К. С. Социология в XXI веке: между фрагментацией и интеграцией.

социального анализа к единству (Рисунок 5). Используя такую модель, процесс управления может быть рассмотрен на каждом из четырех указанных уровней.

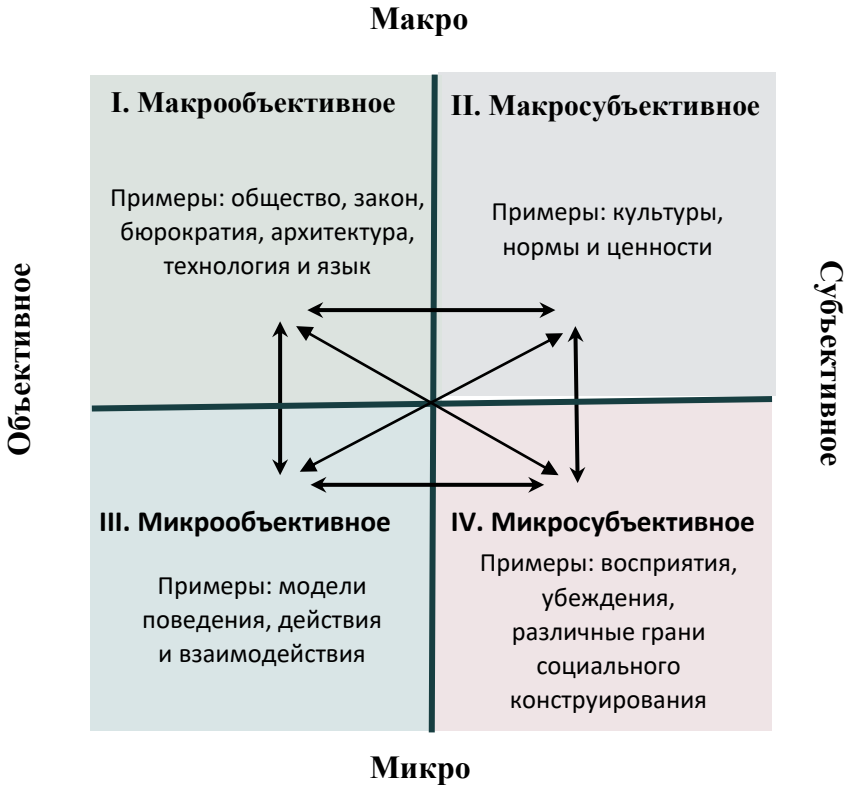


Рисунок 5. Уровни социального анализа по Дж. Ритцеру, составлено на основании оригинальной схемы[326].

Помимо направления макро- и микроинтеграции в социологической литературе активно обсуждается интеграция действия и структуры, в рамках которой можно выделить модели Э. Гидденса, М. Арчер, П. Бурдье, Ю. Хабермаса[327], однако в отличие от макро- и микроинтеграции, единый и непротиворечивый подход к объединению идей авторов по данному вопросу найти затруднительно, ввиду принципиальных противоречий между теориями.

С одной стороны, у Дж. Ритцера продуктивным представляется выделение объективных и субъективных аспектов социальной реальности, что гармонирует с ранее приведенным обоснованием достаточности рассмотренных отраслей знания в рамках междисциплинарной интеграции, с другой стороны – целесообразным

[326] Ритцер Дж. Современные социологические теории. С. 420.
[327] Там же. С. 101–102.

представляется дополнить микро- и макроуровень анализом мезоуровня, как промежуточного уровня, позволяющего преодолеть дискретность модели.

В логике исследования перспективным мезоуровнем может рассматриваться социальное восприятие, которое определяет, что из макроуровня и в каком виде воспроизводится на микроуровне. Обоснованием этого слоя как мезоуровня может выступать то, что воспринимаемые образы, с одной стороны, формируясь частично в личной коммуникации и опираясь на индивидуальную психику (микроуровень), с другой стороны – оформляются в процессе массовой коммуникации и взаимодействия с дискурсами (макроуровень), которые, как будет показано в Главе 2, в значительной мере их определяют.

С такой позиции следует вести речь об интегрирующей силе социального восприятия, которое можно рассматривать не только как интегрированное внутри себя (например, различные его осознаваемые и неосознаваемые аспекты), но и как объединяющую силу в аспекте социального.

Следует отметить, что структура может быть задана не только общей моделью, но также иерархия может существовать и внутри «квадратов», предложенных Дж. Ритцером. Например, рассматривая систему здравоохранения как макрообъективную социальную систему в рамках интеграции, анализ может проводиться на уровнях: социально-политическом и системы здравоохранения в целом (макроуровень), медицинской службы или организации (мезоуровень), а также возможно обращение к более персонализированному управлению взаимодействием (микроуровень).

Каждый из указанных уровней отличается не только спецификой и масштабом рассматриваемых процессов, но и методическими подходами к анализу и внедрению преобразований, также на каждом из уровней рациональна разработка своих показателей. В рамках интегрированной модели три уровня управления должны образовывать целостность, а процессы на них необходимо интегрировать в единую систему управления.

Структурная форма интеграции также представляет обширный материал для рассмотрения *структурных интеграционных вмешательств*. В контексте

предметной области исследования, обзор практик «интегрированного здравоохранения»[328] демонстрирует многообразие прикладных подходов, важнейшими из которых в структурном аспекте можно назвать *горизонтальную и вертикальную интеграцию*.

В случае горизонтальной – интегрируются процессы в подразделениях на одной стадии оказания услуги, когда объединяются медицинские организации, схожие по функционалу. Например, к такому виду можно отнести интеграцию поликлиник по территориальному принципу[329] или модель междисциплинарной бригады, оказывающей медицинскую помощь пациенту по определенному плану или без него[330]. Так, сильны позиции бригадного подхода и в психиатрии, когда междисциплинарной командой пациенту обеспечивается интегрированная медицинская, психологическая и социальная помощь в рамках биопсихосоциального подхода, примеры чего наблюдаются и в отечественной практике. Например, внедрение элементов бригадного подхода составляло один из аспектов реформы психиатрической службы в Москве во второй половине 2010-х гг., в сопровождении которой принимал участие автор.

Аналогично горизонтальная интеграция реализуется при оказании первичной помощи. Например, в Испании такая помощь предоставляется командой, включающей врачей общей практики, педиатров, стоматологов, средний, младший медицинский персонал и других специалистов. Интеграция осуществляется как за счет совместного ведения пациента, когда команда собирается для обсуждения медицинского случая, так и путем распределения обязанностей по ведению пациента между различными группами персонала[331].

---

[328] Essential Hospitals Institute. Integrated Health Care: Literature Review. Washington, DC: Essential Hospitals Institute; May 2013. 32 p.

[329] Малкина Л. В., Кисилева И. Н., Мохова Е. А. Виртуальная интеграция в условиях цифровизации здравоохранения // Эффективное управление экономикой: проблемы и перспективы: Сборник трудов V Всероссийской научно-практической конференции, Симферополь, 16–17 апреля 2020 года. Симферополь: Общество с ограниченной ответственностью «Издательство Типография «Ариал», 2020. С. 333.

[330] Essential Hospitals Institute. Integrated Health Care: Literature Review.

[331] Аксенова Е. И., Александрова О. А., Аликперова Н. В., Богдан И. В., Бурдастова Ю. В., Виноградова К. В. и др. Развитие кадрового потенциала столичного здравоохранения. С. 18.

При вертикальной же интеграции координируется оказание услуг на различных этапах для повышения доступности, эффективности и качества помощи. При такого рода интеграции могут объединяться различные организации – это могут быть как независимые поставщики медицинских услуг, так и объединения поставщиков услуг под эгидой государства[332], например, в рамках служб[333].

Управленческий аспект вертикальной интеграции отдельно отмечен в работе Ф. Куда и соавторов, посвященной интегрированному клиническому менеджменту, в рамках своего подхода авторы говорят об установлении связей между первичным звеном, специалистами и больницами, в целях повышения доступности медицинской помощи населению[334].

На макроуровне вертикальная интеграция может быть также рассмотрена в контексте разделения полномочий между уровнями федеральным, региональным и муниципальным, а на горизонтальном уровне можно вести речь об интеграции между частной и государственной сферой (например, в какой степени частное и государственное здравоохранение должны включаться в оказание медицинских услуг, обеспечивая их качество и доступность для населения, или другие вопросы частно-государственного партнерства). Каждый из этих уровней анализа при необходимости может быть включен в интегрированную модель социального управления.

В контексте российских реалий важной формой вертикальной интеграции является организационная структура оказания медицинской помощи, обеспечивающая её преемственность, например в связке «больница –

[332] Essential Hospitals Institute. Integrated Health Care: Literature Review.
[333] Малкина Л.В., Кисилева И.Н., Мохова Е.А. Виртуальная интеграция в условиях цифровизации здравоохранения. С. 333.
[334] Qudah F., Brannon M., McDougall P. Integrated clinical management: a model for clinical integration // Top Health Inf Manage. 1998 № 19(2). P. 1–11.

поликлиника» или «больница – службы реабилитации»[335], «амбулатории и поликлиники – межрайонные центры – федеральные центры» [336].

В целом вертикальная интеграция предполагает выстраивание иерархии, а горизонтальная – связей на одном уровне. Оба процесса могут быть полезны в социальном управлении в рамках достижения поставленных целей. В итоге их действия формируются как вертикально (иерархические), так и горизонтально (партнерские) интегрированные системы[337], это достаточно универсальный процесс, который характерен не только для сферы здравоохранения, но и для других областей[338].

Проявления структурных интеграционных процессов в здравоохранении многообразны, а основания для разбиения на уровни не единичны, что свидетельствует в пользу важности подбора механизмов структурной интеграции, исходя из конкретных, стоящих управленческих задач.

1.3.1.3 Субъектная интеграция

Наконец, необходимо рассмотреть субъектную интеграцию. Во-первых, она присутствует в рамках такой интегрирующей функции управления как *согласование интересов заинтересованных лиц*. Социология исходит из понимания, что социальные субъекты обладают сложной структурой интересов, ценностей, социальных установок, особенностей восприятия, которые, к тому же, не статичны, а постоянно конструируются в процессе социального взаимодействия, коммуникации. Соответственно, ввиду того что их направленности могут быть не только комплементарными, но и конфликтующими, ставится задача придания

---

[335] Sheiman I., Shevski V. Evaluation of health care delivery integration: the case of the Russian Federation. P. 130.

[336] Здравоохранение: современное состояние и возможные сценарии развития: докл. к XVIII Апр. междунар. науч. конф. по проблемам развития экономики и общества, Москва, 11–14 апр. 2017 г. / рук. авт. кол. С. В. Шишкин; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2017. С. 33.

[337] Дуберман Ю. Е., Тихонов А. В. Архетип // Социология управления: Теоретико-прикладной толковый словарь. С. 20.

[338] Седов И. А., Саксина Е. В. Формирование проектной модели управления инновационно-инвестиционной деятельностью интегрированных промышленных структур.

синергетического эффекта усилиям лиц, включенных в процесс, который является предметом управления, приведения их к состоянию консенсуса или компромисса, которое минимизирует деструктивные конфликты.

В рамках социального управления медицинским персоналом как ключевые в исследовании будут следующие субъекты: государство, реализующее функции системы здравоохранения в целом и ряд своих более специфических интересов, население, в первую очередь, в лице пациентов, которое выступает адресатом прилагаемых усилий, и сама общность медицинских работников, как объект управления. Отношения между данными субъектами зачастую конфликтны, ввиду несовпадения ряда интересов, что поднимает вопросы их согласования. Механизмами достижения синергии в данном аспекте могут выступать стандартизация, социализация, развитие культуры диалога, обеспечение прозрачности и другие. Более подробно отношения в данном треугольнике будут рассмотрены в Главе 2, в рамках изучения конкретных аспектов модели социального управления.

Также теоретический анализ позволяет заключить, что цифровая трансформация вводит в данные сложные взаимодействия новое качество цифровой субъектности, что, с одной стороны, увеличивает сложность и конфликтность, с другой – открывает возможности для новых направлений интеграции, в частности, отдельным важным её направлением следует выделить *субъект-объектную* интеграцию.

В контексте цифровизации необходимо отметить, что в классическую дихотомию «субъект (индивид или социальная группа) – объект (обычно явления неодушевленного мира)» сегодня все активнее встраиваются цифровые «квазичеловеческие» акторы, «не-человеческие, новые цифровые актанты»[339]. В связи с этим может быть выделен новый вид субъектов, которых можно охарактеризовать как «техносубъектов» (роботы, алгоритмы, программы

[339] Кравченко С.А., Ракова К.В. «Умные часы» как фактор становления гибридной коммуникации между врачом и пациентом.

машинного обучения и др.)[340]. Такой техносубъект, как и классический актор, в ряде случаев уже проявляет себя самостоятельным участником социальных отношений, может инициировать изменения и даже осваивать и исполнять различные роли. При этом важной спецификой техносубъекта является отсутствие его связи с одним неодушевленным, предметным носителем (компьютером). Новая телесность такого рода субъекта может возникать на основании «интернета вещей»[341].

Несмотря на ряд интересных методологических возможностей концепции техносубъекта, преобладающим является представление о цифровых Других (под данным термином здесь и далее подразумеваются новые цифровые актанты) как о «расширении» субъектности индивида, варианте «человека дополненного», что можно рассматривать в русле развития традиционных идей о социотехнических системах[342]. В т. ч. в рамках АСТ справедливо отмечается, что «нечеловеки» могут выражать свои интересы только через человеческих посредников[343].

С позиции подхода «расширения» возможно отойти от понятия техносубъекта и вести речь о социотехнической системе. Текущая цифровизация может быть рассмотрена в рамках продолжения процесса того, как создаются «внешние органы», которые обеспечивают функционирование человеческого тела в широком спектре средовых условий. Среди дополнительных органов можно выделить экстенсии (внешние устройства для выполнения функции части тела) и инкорпорации (встроенные в тело чужеродные элементы).

ИИ и аналогичные цифровые технологии сегодня могут быть рассмотрены в основном как пример экстенсий. Причем данный подход доминировал исторически. Так, на предыдущих этапах технического развития Ф. Рёло сравнивал технические системы с системами организма – телеграф с центральной нервной

---

[340] Игнатьев В. И. Проблема техносубъекта: о субъектности «сущностей-конструкторов» // Идеи и идеалы. 2021. № 1–1. С. 130–150.
[341] Игнатьев В. И. Социокультурные аспекты роботизации // Социология науки и технологий. 2019. Т. 10. № 1. С. 66.
[342] Социология управления: Теоретико-прикладной толковый словарь. С. 247–248.
[343] Камалеева А. М. Акторно-сетевая теория Б. Латура: проблема субъект-объектной дихотомии // Контекст и рефлексия: философия о мире и человеке. 2021. Т. 10. № 6А. С. 11.

системой, железную дорогу с кровообращением и т. д.[344]. Аналогичные метафоры встречаются и у других ученых[345]. В рамках более современных концепций, таких как АСТ, авторы говорят о том, что гибриды вида «человек-автомобиль», «человек-телефоны», «человек-оружие» уже стали доминирующей формой жизни[346].

Сегодня появляются экстенсии нового качества, в форме когнитивной гибридизации, «распределенного» или «расширенного» сознания, которые представлены смартфонами, интернетом и тому подобными явлениями[347]. Революция в генеративных нейросетях (таких как ChatGPT, Midjourney), обученных на опыте множества людей, в значительной мере ускорила процессы гибридизации человека и техники, ввиду активного использования технологий в повседневной жизни. При этом степень гибридности системы человек-ИИ не статична и образует континуум по осям «человек-ИИ» и «виртуальное-офлайн»[348], а значит, движение по данным траекториям может быть направлено, в т. ч. посредством управленческих вмешательств.

Вне зависимости от того, как рассматривается новая цифровая субъектность – в качестве техносубъекта, экстенсии или в рамках подхода АСТ, когда человеческие и «не-человеческие»[349] актанты уравниваются как сила, производящая изменение (но не как форма существования)[350] – во всех трех случаях возможно вести речь о гибридизации. АСТ напрямую рассуждает о ней, концепция «расширения» и «дополнения» человека предполагает её, а техносубъект, если принять его реальность, сегодня существует не сам по себе, а

---

[344] Reuleaux F. The Kinematics of Machinery: Outlines of a Theory of Machines. MCMillan and Co, 1876. 639 p.

[345] Соколовский С. В. Экстенсии как техносоматические сборки: к истории одной идеи // Corpus Mundi. 2020. № 1. С. 15–35; Соколовский С. В. Тело киборга: человек и концепция расширенного организма // Сибирские исторические исследования. 2022. № 2. С. 6–26.

[346] Денисова Г. С., Полонская И. Н., Сусименко Е. В. Акторно-сетевая теория: инновационные аспекты социологической методологии. С. 148.

[347] Соколовский С. В. Тело киборга: человек и концепция расширенного организма. С. 6–26.

[348] Dwivedi Y. K., Kshetri N., Hughes L. et al. Opinion Paper: “So what if ChatGPT wrote it?” Multidisciplinary perspectives on opportunities, challenges and implications of generative conversational AI for research, practice and policy // International Journal of Information Management. 2023. № 71. 102642.

[349] Ерофеева М. А. Акторно-сетевая теория и проблема социального действия. С. 19.

[350] Там же. С. 29.

включен в практическую деятельность людей через процессы сотворчества. Эта гибридизация по сути является *видом интеграции,* когда в рамках процессов, в которые данный гибрид вовлечен, происходит объединение субъекта и объекта в новую форму условного «субъекта+». Субъект как бы «ассимилирует» объект, поглощая его своей субъектностью, но и сама субъектность субъекта изменяется под влиянием этого поглощения.

Существование континуума гибридизации, неравномерная распространённость сегодня её цифровых проявлений, позволяет и такую интеграцию рассматривать в качестве механизма управления, перспективного для включения в модель социального управления. Например, в рамках рабочей деятельности имеется возможность локального управления данным процессом за счет контроля степени взаимодействия человека и цифрового Другого, разделения функционала между индивидом, гибридом «человек + ИИ» и передачи ряда процессов исключительно автоматизированным системам на базе ИИ.

1.3.2 Краткие выводы: использование интеграции в социальном управлении

В данном разделе были выделены две основы для разработки интегративных моделей социального управления. Во-первых, можно вести речь об интеграции, исходя из *сути* моделей социального управления, рассмотренной в разделе 1.2, когда, с одной стороны, модель управления, как интегрированную общность возможно аналитически раскладывать на 4 оси, с другой – рассматривать управленческие процессы, описанные по данным осям, как интегрирующиеся для достижения задач управления.

Второе направление, продемонстрированное в данном разделе – это *формы* интеграции. По результатам проведенного анализа были выделены следующие основные формы:

- Междисциплинарная интеграция (интеграция в управление, помимо социологических подходов, подходов естественных, точных, социальных и других наук). Данный вид интеграции предполагает совместное использование знания

различных наук и социальных практик (в управлении она часто выражается как межсекторальная интеграция): перенос моделей, синтез знаний на основании рассмотрения различных междисциплинарных аспектов проблемы и другие направления. Отдельно можно выделить методологическую интеграцию, которая происходит скорее не между областями, а внутри направлений одной отрасли и относится именно к методологической плоскости (выбор методик для качественного и количественного анализа, выявления рационального и иррационального в установках и т. д.).

- Структурная интеграция, которая подразумевает интеграцию на различных структурных уровнях (горизонтальная/вертикальная интеграции, макро-, мезо- и микроуровень и др.). В контексте структуры было предложено рассматривать социальное восприятие как мезоуровень, интегрирующий «слой», который раскрывает логику перехода между макро- и микро- измерениями.
- Интеграция субъектная, которая была рассмотрена в контексте согласования интересов заинтересованных лиц и на примере построения гибридов, субъектно-объектных систем, что особенно актуально в вопросах использования ИИ (будет рассмотрена также далее в разделе 3.1).

Данные три формы интеграции могут быть рассмотрены как механизмы движения в пространстве осей, представленных в разделе 1.2, так и как функциональные части других механизмов, которые подробнее будут описаны в следующих главах. Следует отметить, что сами механизмы, если брать принцип построения «Колеса изменения поведения» за образец логики создания модели (что представляется перспективным), могут быть помещены между концептуальным уровнем и уровнем более конкретных вмешательств.

Алгоритм работы с пространством моделей социального управления с помощью механизмов интеграции в общем виде на концептуальном уровне может выглядеть следующим образом:

1. Определяется управленческая задача/проблема, например, обратная связь будет сообщать, что что-то в системе управления не работает должным образом.

2. Диагностируется текущее положение модели управления по каждой из 4 координат, заданных в разделе 1.2, с акцентом на тех осях, с которыми данная проблема/задача связана.

3. Задается цель изменения, к которой ожидается прийти по итогам управленческого воздействия.

4. Фиксируется расстояние между текущим и желаемым состояниями и необходимое направление движения.

5. Исходя из желаемого направления движения, подбираются механизмы управления (например, происходит обращение к определенным формам интеграции, описанным в разделе 1.3), которые будут сдвигать управленческий процесс в необходимую сторону, пока он не достигнет необходимой цели. Например, в зависимости от вектора движения по оси субъектности, вертикальная интеграция обычно будет способствовать уменьшению субъектности, а горизонтальная – её увеличению[351]. При этом теоретически можно не только увеличивать, но и уменьшать степень самой интеграции, так как излишняя интегрированность, обладая консолидирующими возможностями на первых этапах существования системы, может быстро сделать её неподвижной, забюрократизированной[352].

Более прикладному описанию модели с позиции применения в контексте управления медицинским персоналом будет посвящена Глава 2.

---

[351] Гахраманова Н. Ф. Современные теории социального управления как научная основа становления демократического общества // АНИ: экономика и управление. 2021. № 2 (35). С. 17–21.

[352] Grunow D., Sachweh P., Schimank, U. et al. Social Integration: Conceptual Foundations and Open Questions. An Introduction to this Special Issue // Köln Z Soziol. 2023. № 75 (Suppl 1). P. 1–34.

Глава 2. Уровни реализации модели социального управления медицинским персоналом

2.1 Структура модели и макроуровень социальных структур в управлении медицинским персоналом

2.1.1 Структура модели социального управления медицинским персоналом

В предыдущей главе было рассмотрено базовое пространство из четырех осей, в котором могут быть отражены существующие и потенциальные модели социального управления, а также формы интеграции, которые могут рассматриваться в т. ч. как механизмы управления/движения в данном пространстве.

Указанный подход, несмотря на то что он опирается в т. ч. и на данные исследований в области здравоохранения, является концептуальным (абстрактным), и в рамках разработки более специализированной модели, необходимо связать его с практикой управления. В свою очередь, указанную практику представляется целесообразным также рассматривать в рамках определенной структуры. Так как, например, очевидно, что социальное восприятие будет требовать других управленческих подходов к анализу параметров и вмешательствам, чем, например, управление социальными отношениями на макроуровне.

Исходя из этого, в рамках главы будут рассмотрены различные *уровни реализации социального управления медицинским персоналом,* на каждом из которых будут выделены свои области вмешательств и управленческие механизмы.

Вторая задача главы – помещение абстрактных положений концептуального уровня, связанных с моделями социального управления и интеграцией, в *контекст* как *здравоохранения* в целом, так и персонала системы в частности. Медицинский контекст (положение дел в области социального управления в здравоохранении), как и другие управленческие контексты, если говорить в геометрической метафоре, сдвигает «начало координат», которое задает основы социолого-управленческого анализа.

Рассмотрение управленческих трансформаций и механизмов, а также важных для управления аспектов контекста предлагается провести в рамках логической схемы, предполагающей три уровня реализации социального управления в отношении медицинского персонала, имеющих различный предмет управления и подходы к нему: макроуровень объективных социальных структур, мезоуровень (средний уровень) социального восприятия, микроуровень субъективного мира медицинских работников:

1. В центре предложенной модели – внутреннее пространство субъектности медицинского персонала системы здравоохранения как объекта социального управления. Основу данной субъектности задает субъективная, переживаемая как «очевидная» реальность медицинских работников. В данном аспекте близким является понятие «жизненного мира», который также может рассматриваться как область переживаемого очевидного[353]. Вслед за Ж.Т. Тощенко на этом уровне может быть рассмотрен «жизненный мир работника»[354] (в данном случае – медицинского), который ученый анализирует на уровне социальной группы, на основании опросов её представителей. Аналогично И.А. Полякова (также представитель социологической школы РГГУ) рассматривает жизненный мир врачей, опираясь на количественные данные об их социально-профессиональном положении и социальном самочувствии[355].

Принимая во внимание уже устоявшуюся в социологии трактовку «жизненного мира» и подходов к его анализу в несколько ином (качественном) ключе[356], представляется обоснованным не использовать данный термин и далее вести речь просто о «мире» медицинских работников, подразумевая под ним *часть сферы актуальной и «очевидной» для них (как общности медицинских работников*

---

[353] Юдина Е. Н., Мороз Н. А. Категория "жизненный мир" в социологии и литературе // Системная психология и социология. 2018. № 1 (25). С. 110; Дивисенко К. С. Социальные исследования жизненного мира // Социологический журнал. 2014. № 1. С. 9; Тощенко Ж.Т. Жизненный мир как базовое понятие социологии жизни // Социологические исследования. 2024. № 7. С. 10.

[354] Тощенко Ж. Т. Жизненный мир как базовое понятие социологии жизни. С. 16.

[355] Полякова И. А. Жизненный мир врачей: профессиональное положение и социальное самочувствие // Гуманитарий Юга России. 2022. Т. 11(54). № 2. С. 125–140.

[356] См., например, Ядов В. А. Стратегия социологического исследования. Описание, объяснение, понимание социальной реальности. С. 389.

в целом, так и отдельных её подгрупп) социальной реальности, непосредственных переживаний, связанных с осуществлением ими профессиональной деятельности.

В рамках модели реальность данного мира представляет собой проекцию уровня объективных социальных структур, в которые напрямую вовлечен медицинский персонал, на микроуровень. На нем из всего многообразия проявлений объективных нюансов социальных взаимодействий после прохождения фильтров социального восприятия остается очень ограниченный набор процессов и объектов, воспринимаемых в специфическом ключе. Рассмотрение данного субъективного мира позволяет зафиксировать в нем то важное, сущностное для медицинского работника, что конфигурирует переживаемую им реальность и дает основания для субъектной активности в профессиональной сфере.

На данном уровне предметом рассмотрения в первую очередь являются социальные аспекты установок (их социальная детерминация и последствия реализации). Под влиянием факторов микроуровня в «мир» представителей рассматриваемой социальной группы из всего многообразия итогов социального восприятия отбирается и ранжируется по актуальности то, что востребовано ими в текущем контексте (когнитивный компонент социальной установки), формируется общий сентимент (здесь и далее под термином подразумевается общее эмоциональное отношение с определенным знаком (положительное, отрицательное, нейтральное)) в отношении своей работы (эмоциональный компонент), что в конечном итоге приводит к совершению определенных действий (поведенческий компонент). Данные три компонента установок в преломлении социальных факторов и социальных последствий можно рассматривать как область приложения управленческих усилий. Таким образом, предметом управления на данном уровне являются организационные условия, формирующие актуальные социальные установки медицинского персонала.

2. Второй выделенный уровень, который окружает первый, – область *социального восприятия*, которая выступает «прослойкой», мезоуровнем, механизмом коммуникации с пространством вне субъективного мира

медицинского персонала. Более объективная социальная реальность (внешняя по отношению к индивидуальным членам рассматриваемой системы, реальность до индивидуального сознания, «в себе») видоизменяется в процессе восприятия (важную роль в этом процессе играют массовые коммуникации), превращаясь в социальные образы и представления (последние могут быть рассмотрены как элементы формирующегося габитуса по П. Бурдье[357]). Далее, усвоенные или выработанные в сознании людей образы, после выстраивания их иерархии и актуализации в определённом контексте задают основные параметры восприятия в рамках переживаемого мира.

На данном уровне областью приложения управленческих усилий выступают социальные факторы и последствия формирования у заинтересованных лиц (руководителей медицинских организаций, персонала, пациентов) социальных образов и представлений, затрагивающих работников сферы здравоохранения. Этот уровень по сравнению с другими имеет выраженный социально-психологический фокус, позволяя в большей степени включить в интегрированную модель социального управления элементы психологического блока знаний. Предметом управления здесь с позиции социологии управления выступают коммуникационные процессы и информационная политика.

3. Наконец, макроуровень более объективной *социальной структуры*. Его составляют, в первую очередь, устойчивые надличностные паттерны социальных отношений в рамках системы здравоохранения в целом и её подсистем (службы, формы помощи, формы собственности и т. д.), а если увеличить масштаб рассмотрения – общества, в которое система здравоохранения погружена. Предметом управления в данном случае выступают социально-организационные структуры, которые напрямую затрагивают медицинский персонал.

На данном уровне будут рассмотрены более объективные аспекты социальной структуры, которые можно определить как в значительной степени внешний (извне управляемой системы) взгляд на проистекающие социальные

[357] Bourdieu P. Social Space and Symbolic Power // Sociological Theory. 1989. V. 7. № 1. P. 14–25.

процессы, который будет требовать экспертного подхода, поднятия над уровнем непосредственного опыта субъектов системы. Если использовать термины предыдущего раздела, это будет соответствовать подходу точных наук в аспекте абстрактности.

В целом, по мере перехода от макро- к микроуровню обозначенная ранее междисциплинарная интеграция в рамках предложенной модели будет нарастать: к социологическому подходу (с элементами подхода точных наук) будут присоединяться психологический и даже элементы биомедицинского подхода (биомедицина как контекст взаимодействия в её проекции на социальное), так как роль индивидуального (биологического и психического) по мере движения к микроуровню будет становиться более выраженной. При этом на каждом из уровней также будет представлена интеграция субъектная (с позиции согласования интересов вовлеченных субъектов) и структурная (на каждом уровне можно будет выделить свои структуры, иерархии, которые будут требовать балансирования в рамках достижения целей).

С позиции управления как целевого действия субъекта, модель подразумевает следующую логику: управленческие решения, направленные на изменение макросоциальной структуры (например, введение новых стандартов взаимодействия), опосредуются процессами социального восприятия (формирование образов этих стандартов или изменение восприятия лиц, вовлеченных в реализацию данных стандартов), что в конечном итоге влияет на установки и поведение работника (мир медицинского персонала). Если на каком-то из этапов происходит сбой, возможно локальное вмешательство, реализация соответствующих вмешательств, например, когда присутствует некорректное восприятие преобразований.

Рассмотренные элементы модели социального управления можно отразить в форме таблицы (Таблица 3):

Таблица 3. Описание уровней реализации модели социального управления.

Уровень реализации (структурная интеграция)	**Область приложения (аспект социальной реальности)**	**Предмет**	**Основные субъекты (по возможности влияния), в т. ч. в рамках субъектной интеграции**	**Основные области междисциплинарной интеграции**
Микроуровень «мира» медицинского персонала (социальные установки)	Социальные факторы и последствия установок медицинских работников	Организационные условия, формирующие социальные установки медицинского персонала.	Медорганизация Службы Государство (в т. ч. Минздрав)	Био- (опосредованно) Психо- Социо-
Социальное восприятие	Социальные аспекты формирования у заинтересованных лиц социальных образов и представлений, затрагивающих напрямую медицинский персонал	Организация коммуникационных процессов и информационной политики (инфополе)	СМИ Государство (в т. ч. Минздрав) Службы Медорганизация	Психо- Социо-
Объективные социальные макроструктуры	Социальные макроструктуры в рамках системы здравоохранения и социума в целом (релевантные аспекты)	Социально-организационные структуры	Государство (в т. ч. Минздрав) Службы Медорганизация	Социо- Точные науки

Составлено автором

Эти три уровня анализа, в свою очередь, целесообразно рассмотреть в рамках двух режимов функционирования: нормального функционирования (1) и в ситуации кризиса, примером которой выступает пандемия COVID-19 (2). Необходимость адаптивности в контексте нестабильности и угроз сегодня прямо прописана в законодательстве (Указ Президента РФ «О стратегии развития здравоохранения …» от 08.12.2025 № 896). Как будет показано, кризис делает явными противоречия и неоднозначности в системе управления медицинским персоналом, которые могут упускаться при анализе исключительно «нормы». Обращения к контексту кризисной ситуации будут рассмотрены в каждом из разделов на соответствующих уровнях, однако по причине того, что пандемия не являлась основным предметом рассмотрения, данные будут приведены кратко.

Следует отметить, что ограниченный объем диссертации, а также принятый модельный подход, призывающий к выделению наиболее важных аспектов моделируемой социальной реальности, накладывает ряд ограничений на рассмотрение её отдельных элементов. Так, приоритет отдавался факторам, которые находят явное отражение как минимум на двух из трех рассматриваемых уровней реализации предложенной модели управления, что рассматривается как свидетельство их важности и актуальности.

Принятая логика исследования ограничивает использование ряда распространенных социологических подходов или рассмотрение вопросов генезиса актуальных явлений, которые напрямую к текущему социальному управлению медицинским персоналом не относятся. Например, используемые в отечественной социологии подходы к анализу управленческих моделей через цивилизационные особенности[358] не использовались как основа исследования ввиду того, что данные аспекты, при всей их безусловной важности, в авторских исследованиях не находят прямого отражения в социальном восприятии в отношении медицинского персонала или на уровне его «мира» (именно в отношении профессиональной деятельности). При этом предметом рассмотрения в рамках исследования выступят частные социокультурные вопросы, например, связанные с «культурным кодом» ценности[359] (в данном случае, в здравоохранении), как затрагивающие работников в аспекте формирования их ценностных ориентаций или запросов к медицинскому персоналу со стороны общественности[360].

Также следует подчеркнуть, что поскольку объект исследования – медицинский персонал, то обращение к общим вопросам, связанным с системой здравоохранения, таким как статус пациента, нюансы цифровой

---

[358] Тихонов А. В. От социологии менеджмента к социологии управления как научно-исследовательской программе. С. 10.

[359] Тихонова Н. Е., Каравай А. В. Национальный культурный код: морально-нравственный аспект // Вестник Института социологии. 2025. Т. 16. № 3. С. 87–119.

[360] Ходакова О. В., Евстафьева Ю. В., Деев И. А., Кобякова О. С. Система здравоохранения, основанная на ценностях (систематический обзор) // Здравоохранение Российской Федерации. 2023. № 67(1). С. 5–13.

трансформации/цифровизации здравоохранения и другим, которые напрямую его не касаются, будет осуществляться при условии и только в той мере, в которой это позволяет выйти на рекомендации, описание необходимых трансформаций и механизмов, затрагивающих объект исследования напрямую[361].

После обозначения подхода к модели и принимаемых ограничений, целесообразно перейти к её рассмотрению на уровне социальных макроструктур.

2.1.2 Макроуровень социальных структур в управлении медицинским персоналом

2.1.2.1 Общая структура социальных отношений и позиция медицинского персонала в системе здравоохранения России

Данный раздел посвящен анализу преимущественно макроуровня социального управления медицинским персоналом. В рамках него будут рассматриваться в первую очередь объективные (в указанном в предыдущем разделе смысле) социальные макроструктуры, которые представляются наиболее важными в контексте социального управления медицинским персоналом.

Эмпирической основой для описания макроуровня будут преимущественно выступать: анализ агрегированных статистических данных, отдельных стратегических и нормативных документов, экспертных публикаций и публичного дискурса с применением методов контент-анализа, дискурс-анализа и вторичного анализа данных. Данные источники можно отнести по большей части к отражающим принуждающие надындивидуальные социальные факты (которые составляют эмпирический материал социологии по Э. Дюркгейму)[362]. Также в

---

[361] Например, если рассматривается формирование образа медицинского работника в сознании населения (из населения медработники происходят, с ним они взаимодействуют и из него происходят лица, принимающие решения) как инструмент социального управления именно общностью медицинского персонала, то конечным интересантом будет всегда персонал. При этом в рамках рассмотрения механизмов объектом воздействия не обязательно должна быть данная социальная группа. При условии, что управление в итоге направлено на интересы медицинского работника, обращение к эмпирическим данным от населения в целом **не приводит к изменению объекта исследования**.

[362] Дюркгейм Э. Метод социологии / Дюркгейм Э. Социология. Её предмет, метод, предназначение. М., 1995. С. 1–54.

рамках аргументации ряда положений будут приведены результаты авторских исследований, посвященных структурным закономерностям функционирования подсистем здравоохранения (служб) и организации системы работы с обратной связью. При упоминании в тексте будет даваться ссылка на соответствующую публикацию, подробное методологическое описание приводимых исследований не является предметом рассмотрения. Использованные в разделе в качестве эмпирической основы авторские исследования приведены в Таблице 4.

Таблица 4. Авторские исследования, использованные в качестве эмпирической основы раздела 2.2.

№	Тематика эмпирического исследования	Год проведения	Выборка и метод
1	Лояльность населения к системе здравоохранения и её факторы (в т. ч. связанные с персоналом)	2025	800 респондентов, население 18+, стратифицированная рандомизированная выборка, CATI.
2	Использование инструментария гуманитарных наук в медицинских организациях	2022	203 ответственных представителей медицинских организаций, сплошной опрос.
3	Оказание (онко)психологической помощи и вопросы ментального самочувствия в стационарах и амбулаторных организациях онкологического профиля	2021	534 врача-онколога, всероссийский опрос, комбинация источников (панели, опросы на сайте профессиональных ассоциаций и др.).
4	Социокультурные факторы в работе медицинского работника (на примере работы с иностранными пациентами)	2020	5 фокус-групп с иностранными гражданами (различные социальные группы), получающими медицинскую помощь в Российской Федерации.
5	Инфекционная служба в пандемию: текущее состояние и перспективы (включая вопросы ментального состояния и мотивации персонала)	2020	451 сотрудник инфекционных больниц, сплошной опрос.
6	Оценка эффекта от проведения курсов пациентоориентированности в медицинских организациях	2019	2 волны: 282 и 221 сотрудник больницы, сплошной опрос.
7	Перспективы развития детской психиатрической службы глазами специалистов и семьи пациента	2019	657 сотрудников больницы и 361 родитель пациентов, сплошной опрос, анкетирование.
8	Молодежное медицинское волонтерство в Москве	2019	739 медицинских волонтеров, сплошной опрос по анкете, распространяемой в организациях методом снежного кома.

9	Политическое восприятие системы здравоохранения населением (ценности и запросы к системе здравоохранения, включая запросы к персоналу)	2017–2018 (ежемесячный мониторинг)	13200 респондентов (суммарная выборка нескольких волн), население 18+, квотная выборка, CAPI.
10	Политические ценности в современной России (общая ценностная специфика населения)	2013–2014	2037 анкет, 92 интервью, 342 проективных рисунка, всероссийская выборка (в рамках *участия* автора в общем проекте кафедры социологии и психологии политики МГУ).

Составлено автором

На макроуровне медицинский персонал функционирует в системе сложных взаимоотношений между ключевыми акторами-заинтересованными лицами, между поставщиками и получателями медицинских услуг. В России специфика системы здравоохранения определяется доминирующей ролью государства, выступающего одновременно основным поставщиком услуг (через государственные медицинские организации), регулятором и источником финансов/ресурсов (в рамках системы ОМС). В значительной мере объектом государственного интереса и конечным бенефициаром системы здравоохранения в контексте управления являются пациенты (как представители населения в целом).

С такой позиции важным структурным противоречием, определяющим специфику управления медицинским персоналом, выступает принцип пациентоцентричности. Как системообразующий принцип, он устанавливает приоритет интересов пациента (что закреплено в т. ч. в статье 6 основного ФЗ-323) и придает ключевое значение связанным с ними показателям (доступность помощи, её качество, удовлетворенность пациентов, их здоровье). В данном контексте, управление медицинским персоналом, учет его интересов и развитие выступают лишь производной по отношению к главной цели (удовлетворению потребностей населения) задачей, что имеет прямое отношение к аспекту субъектности модели социального управления.

Данное противоречие является не только концептуальным, но и глубоко институционализированным**.** Сегодня лишь малая часть моделей и практик социального управления в здравоохранении посвящена исключительно кадрам; чаще они представляют собой более общие модели, лишь фрагментарно

затрагивающие вопросы управления персоналом (отдельные процессы, часть индикаторов и т. д.). Более того, на текущий момент в России отсутствует единый интегрирующий документ, полноценно определяющий кадровую политику в здравоохранении на федеральном уровне, аналогичный ранее существовавшей концепции[363].

Указанное не означает отсутствия регулирования вопросов, связанных с медицинским персоналом на общегосударственном уровне. Оно выступает предметом соответствующих законодательных актов, однако в рамках их рассмотрение медицинского персонала преимущественно «объектное». Например, на момент написания работы стартовал новый Национальный проект «Продолжительная и активная жизнь» (во многом преемник предыдущего проекта), который содержит блок, посвященный кадрам, и затрагивает отдельные организационные вопросы в рамках других подпроектов. Однако в отношении именно персонала, по сути, единственным целевым показателем для профильного проекта выступала оснащенность медицинских организаций специалистами[364].

Следует отметить, что после отмены предыдущей федеральной концепции кадровой политики в 2010 г. субъекты России также стали менее активны в законодательных инициативах[365], что подчеркивает системную зависимость региональных усилий от наличия единой общефедеральной интегрирующей нормативно-правовой основы.

В данном разделе, раскрывая логику анализа структурного уровня, в контексте приоритета интересов населения, в рамках дихотомии «патернализм - партнерство» будут рассмотрены отношения «медицинский работник – пациент» на макроуровне (как важнейший структурный элемент системы, отражающий

---

[363] Макаров С. В., Гайдаров Г. М. Кадровая политика в здравоохранении: социальный аспект. Иркутск: Иркутский государственный медицинский университет, 2022. 192 с.

[364]Паспорт национального проекта «Продолжительная и активная жизнь». URL: https://gcmp.ru/template/uploads/2021/03 Паспорт_Нац.проектаПродолжит.-акт.жизнь2025-2030.pdf (дата обращения: 01.10.2025)

[365] Гайдаров Г. М., Макаров С. В. Об опыте разработки концепции кадровой политики в здравоохранении на уровне субъекта Российской Федерации // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020. Т. 28. № 5. С. 1001.

взаимодействия «государство – население»); далее, как производные от них, будут рассмотрены ключевые аспекты взаимодействия медицинского персонала с государством, как основным поставщиком услуг в нашей стране.

2.1.2.2 Управление в концептуальной рамке «патернализм – партнерство» и выход за её пределы

Движение в сторону партнерских отношений как направление трансформации. Нарративный поворот как механизм

Как было отмечено, социальное управление персоналом со стороны поставщиков услуг является производным от отношений с пациентом. Отношения государства с населением в целом и взаимодействия «медицинский работник – пациент» в системе здравоохранения можно рассматривать в первую очередь в рамках дихотомии «патернализм – партнерство», которая также задает характеристики модели социального управления медицинским персоналом в отношении оси субъектности, описанной в Главе 1.

В целом, обращаясь к данной дихотомии, прослеживается тенденция *движения в сторону «партнерской» модели*[366], что требует проекции данного сдвига на систему управления медицинским персоналом. В частности, в отношении процесса управления данная трансформация будет требовать использования механизмов, ограничивающих субъектность медицинского работника, а также наделения его функционалом, который позволит в большей степени раскрыться субъектности пациента (например, в рамках введения стандартов коммуникации, развития институтов пациентских организаций и т. д.). При этом, как будет показано, движение в сторону партнерства обладает рядом проблемных аспектов.

Необходимо отметить, что в данном разделе, когда речь идет об отношениях «медицинский работник (врач) – пациент», подразумевается в первую очередь

[366] Указанное положение является консенсусом в научной литературе (ссылки на которую в т. ч. приводятся в данном разделе) и находит свое прямое отражение в законодательстве, например, в основополагающем ФЗ-323 в рамках указанного приоритета интересов пациента, введения процедуры информированного добровольного согласия и др.

макроуровень и анализ в структурно-функционалистском ключе[367]. В данном разделе не будет рассмотрен микроуровень отношений «медицинский работник – пациент» как уровень конкретного взаимодействия двух индивидуумов, предметом рассмотрения будет выступать именно макроуровень, на котором эти отношения можно рассматривать как институционализированные модели поведения, которые позволяют государству выполнять социальные функции, задавая основы его взаимодействия с населением в области охраны здоровья. С указанной позиции медицинский работник, взаимодействуя с пациентом, выступает в роли представителя системы здравоохранения, выполняя важные для социальной системы функции.

Рост субъектности/партнерства пациента в отношениях «медицинский работник – пациент» возникает вследствие:

1. Общего вектора гуманизации практик социального управления, обозначенного в Главе 1. Поскольку, как было обозначено, основной интерес поставщиков услуг в системе здравоохранения – пациент, то в первую очередь трансформация происходит в отношении него, в форме сдвига моделей социального управления в сторону партнерской, пациентоориентированной, клиентоцентричной, биопсихосоциальной, ценностно-ориентированной и других.

2. Изменения социальной роли пациента, вследствие изменения структуры заболеваемости и социальных условий в целом.

Так, метафора болезни как временной «девиации» в рамках классической «роли больного» все менее отвечает реалиям сегодняшнего дня. Например, она создает дополнительный стресс для хронических больных[368]. Если сто лет назад основным приоритетом для медицины была борьба с острыми инфекционными состояниями, которые отвечали за основную смертность, то теперь, с ростом продолжительности жизни, основной проблемой становятся хронические болезни, которые выходят на ведущее место по объемам заболеваемости. Людям сегодня

---

[367] Parsons T. The social system.

[368] Лехциер В.Л. Болезнь: опыт, нарратив, надежда. Очерк социальных и гуманитарных исследований медицины. С. 31–32.

приходится годами жить с болезнью, поэтому взаимодействие с системой здравоохранения носит пролонгированный характер. Во многих случаях не идет и речи об исцелении, целью становится поддержание приемлемого качества жизни при наличии хронической болезни, таким образом, пациент даже при всем своем желании не может полноценно выполнить навязанную ему классическую «роль больного»[369].

3. Критики властной диспропорции в отношениях «медицинский работник – пациент». Несмотря на «качественный» поворот в медицине и рост интереса к субъектности пациента[370], значительно более открытую коммуникацию персонала с получателем услуг[371], среди экспертов до сих пор силен дискурс о медикализации, чрезмерной власти врача над пациентом[372]. Несмотря на продвижение биопсихосоциального подхода, современное здравоохранение воспринимается значительным числом экспертов преимущественно биомедицинским[373].

В частности, в этом ключе неовеберианский подход[374] критикует медицинских работников как социальную группу, монополизировавшую интерпретации вопросов здоровья и болезни, и либо поглощающую альтернативы своей картине мира, либо маргинализирующую их как ненаучные. В таком контексте логично представление о том, что власть у медицинского работника должна изыматься для соблюдения принципа социальной справедливости, в т. ч. путем таких мер, как включение пациентских сообществ в принятие решений.

---

[369] Там же. С. 80–81

[370] Colmenares-Roa T., Huerta-Sil G., Infante-Castañeda C., Lino-Pérez L., Alvarez-Hernández E., Peláez-Ballestas I. Doctor–Patient Relationship Between Individuals With Fibromyalgia and Rheumatologists in Public and Private Health Care in Mexico // Qualitative Health Research. 2015. 26(12). P. 9.

[371] Novack D. H., Plumer R., Smith R. L., Ochitill H., Morrow G. R., Bennett J.M. Changes in physicians' attitudes toward telling the cancer patient // JAMA. 1979. № 241(9). P. 897–900.

[372] Фуко М. Рождение клиники. М., 2014. 284 с.

[373] Например, Ушаков Е.В. Паттерны отношений врача и пациента: Социальная роль больного и особенности клинической коммуникации. С. 456.

[374] Saks M. Sociological Theories of Professions: Challenge and Change from a Neo-Weberian Perspective; Мансуров В. А., Юрченко О. В. Профессиональная идеология альтруизма российских врачей.

Данные положения обосновывают необходимость интеграции в модель социального управления медицинским персоналом механизмов фасилитации субъектности пациента как целевых и для медицинского персонала. Инструменты для этого могут быть заимствованы у *нарративной медицины*.

Нарративный подход как раз направлен на фиксацию социальной сложности и уникальности в отношениях в сфере здоровья. Один из самых влиятельных авторов этого направления – А. Франк[375], лично прошедший путь пациента. Продуктивным является предложенное им для общества с преобладанием хронических заболеваний различение медицинского диагноза объективного тела и субъективного опыта переживания болезни, к учету которого он призывает. Практика системы здравоохранения тяготеет к первому, а в истории болезни врач излагает второе языком первого[376]. Исследования показывают, что врачи не желают вникать в нарративы[377], а по данным ряда исследований только 20–30% пациентов могут договорить вступительные слова до конца (при том, что в среднем чтобы произнести вступление им было нужно не более 1–2 минут), в других случаях их перебивают[378].

При этом результаты исследований показывают значительный потенциал нарративного подхода. Так, Д. Сильверман с соавторами приводит широкий обзор данных, демонстрирующий связь между умением правильно выслушать пациентов и их удовлетворенностью, приверженностью лечению, а также исходами оказания помощи[379]. Один из механизмов улучшения исходов – в том, что умение слушать

---

[375] Frank A. W. The Wounded Storyteller. Body, Illness, and Ethics, Second Edition.
[376] Лехциер В. Л. Болезнь: опыт, нарратив, надежда. Очерк социальных и гуманитарных исследований медицины. С. 25.
[377] Там же. С. 157
[378] Сильверман Д., Керц С., Дрейпер Д. и др. Навыки общения с пациентами. М.: Гранат, 2018. С. 67–8.
[379] Там же. С. 107–111.

улучшает отношения «медицинский работник – пациент»[380], также приводятся данные о связи умения врача слушать и числа выявленных жалоб[381].

Таким образом, вопросы нарративной компетенции – это не просто требование этики и гуманизма, они имеют прямое отношение к вопросам качества медицинской помощи и требуют своего учета в процессах социального управления в системе здравоохранения, в т. ч. уделения внимания развитию нарративных компетенций у врача[382], как инструменту повышения эффективности его работы. Например, улучшению качества медицинской помощи будет способствовать практика балинтовских групп[383].

Также реализацией данного подхода в управлении системой здравоохранения, помимо использования вмешательств для развития рассмотренных компетенций, может быть включение нарративных показателей в системы мониторинга. Например, как хороший источник нарративов могут быть рассмотрены социальные медиа, в которых люди публично делятся своими личными историями, а современные системы мониторинга позволяют их собирать и анализировать в автоматическом режиме. Причем перспективен не только анализ нарративов пациентов, но и нарративов самих медицинских работников.

Необходимость патернализма и риски партнерской модели в управлении

Несмотря на указанную обоснованность движения в сторону партнерских отношений, важно обозначить группу ситуаций, когда патерналистские элементы могут стать предпочтительной альтернативой партнёрским, а субъект-объектные модели могут быть более эффективными в сравнении с субъект-субъектными.

---

[380] Yaffe M. J., Hovey R. B., Rodriguez C. Use of patients' unsolicited correspondence to a family doctor to describe and understand valued components of a doctor-patient relationship: A Hermeneutics approach // BMC Fam Pract. 2019. № 20 URL: https://bmcprimcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-019-1024-6 (accessed: 06.04.2025).

[381] Сильверман Д., Керц С., Дрейпер Д. и др. Навыки общения с пациентами. С. 67–8.

[382] Мещерякова Т. В. Конфликт нарративов как проблема биоэтики // Идеи и идеалы. 2012. № 4. С. 27.

[383] Burke S.E. The doctor-patient relationship: an exploration of trainee doctors' views. Birmingham, 2008. 303 p.

Вследствие неоднородности социальных отношений в системе здравоохранения, патернализм в ней распространен неравномерно[384]. Так, можно предполагать разное распределение патернализма и в зависимости от специализации, например, более жесткую, патерналистскую позицию в психиатрической службе, в работе с пациентами-заключенными и меньший патернализм в областях, изначально ориентированных на максимальное качество жизни, таких как, например, паллиативная помощь. Это позволяет выделить *континуум медицинских служб по предпочтительной степени субъектности*, предоставляемой пациенту. В первую очередь, ограничение субъектности представляется обоснованным по критериям потенциальной угрозы себе (в т. ч. по критериям низкой критичности в оценке своего состояния) или окружающим (физической или инфекционной) – например, это психиатрическая или инфекционная службы; а предоставление большей субъектности связано в т. ч. с приоритетным интересом к качеству жизни и, в частности, психологическому благополучию, например, в области рекреации (санаторная служба) или заботы о семье (центры репродукции).

Необходимо подчеркнуть, что речь идет о тенденциях и службы сравниваются исключительно между собой, большая субъектность пациента в общем не означает предоставления большей субъектности в частностях, в отдельной организации. Например, психиатрическая служба также делает акцент на качестве жизни пациентов и значительно гуманизируется с течением времени, но если рассматривать среднего пациента, то скорее субъектность пациента данной службы будет в меньшей степени признаваться и учитываться персоналом, по сравнению, например, со службой паллиативной. С этих позиций уровень служб выступает фактором выбора использования более партнерских или

---

[384] Colmenares-Roa T., Huerta-Sil G., Infante-Castañeda C., Lino-Pérez L., Alvarez-Hernández E., Peláez-Ballestas I. Doctor–Patient Relationship Between Individuals With Fibromyalgia and Rheumatologists in Public and Private Health Care in Mexico. P. 11; Ушаков Е.В. Паттерны отношений врача и пациента: Социальная роль больного и особенности клинической коммуникации. С. 463.

патерналистских механизмов, что призывает к вдумчивой дифференциации управляющих воздействий (вмешательств).

Ряд пациентов сам может требовать более патерналистского подхода в рамках позиции «вам лучше знать, доктор», например, такой стиль может быть более предпочтительным для пациентов старшей возрастной категории[385]. В нашей стране эта тенденция усиливается исторической «привычностью» патернализма (также, в первую очередь, для старшего поколения), как опыта отношений с областью здравоохранения в рамках советской системы Семашко, так и в отношениях с государством в целом[386], что задает ценностные основы для принятия элементов патернализма в медицине.

Более того, исследование Т.С. Бузиной и соавторов показало, что ориентированные на патерналистские отношения пациенты были значимо более лояльными, чем те, которые выбирали, например, контрактную модель отношений[387].

Далее, яркий пример *необходимости переключения на более патерналистские механизмы демонстрировала пандемия*[388]: в кризис большинство акторов принимает сверхценность безопасности, и «демократические государства» реагируют на такие кризисы в столь же жесткой манере, что и «авторитарные»[389].

Сам пандемический дискурс власти приобрел черты классического функционализма с позиции дихотомии «публичное – частное». На фоне перегрузки медицинских организаций, приоритет общих целей системы здравоохранения легитимизировал ограничения субъектности у пациентов и «возвращение» её медицинским работникам. Показательно, что такое ограничение происходило относительно безболезненно. Более того, на мезоуровне социального восприятия

---

[385] Burke S.E. The doctor-patient relationship: an exploration of trainee doctors' views. P. 117.
[386] Шабунова А. А. Здоровьесбережение: баланс ответственности государства и личности // Оздоровление городской среды. 2022. № 1. С. 96–101; Богдан И. В. Политические ценности в современной России: неосознаваемые (бессознательные) аспекты. С. 91–97.
[387] Бузина Т. С., Бузин В. Н., Ланской И. Л. Врач и пациент: межличностные коммуникации.
[388] Matthewman S., Huppatz K. A sociology of Covid-19 // Journal of Sociology. 2020. № 56(4). P. 675–683.
[389] Прощай, COVID? Публичное, частное и политическое в медикализированном мире / Под ред. К. Гаазе и В. Данилова. М., 2020.С. 222.

опросы фиксировали рост доверия врачам со стороны населения[390], и, в целом, клинические специалисты вышли на первое место как эксперты по вопросам коронавируса по всему миру[391].

Таким образом, рост патернализма в отношениях «медицинский работник – пациент» в ряде случаев может приниматься населением. Причем пандемический механизм этого в целом схож с описанным для служб здравоохранения, так как пандемия связана с экстренной ситуацией, с острой угрозой жизни. Можно заключить, что патернализм получит большую поддержку в экстренных (или воспринимаемых таковыми) медицинских ситуациях, что поднимает проблему управления социальным восприятием экстренности ситуации на мезоуровне предложенной модели.

Наконец, в пользу сохранения элементов патернализма свидетельствуют и определенные риски гуманистических трансформаций, которые могут носить характер не предоставления человеку потенциала для развития, а деградации, посредством ненужного потакания. Многие зарубежные и отечественные исследователи уделяют большое внимание проблеме *консьюмеризма* (восприятия медицинской помощи как товара), а современных пациентов нередко характеризуют как «потребителей».

Истоки консьюмеризма можно относить как раз к росту субъектности пациента, к его становлению как рационального активного потребителя[392]. Обратной стороной этого выступает то, что пользование пациентом медицинской услугой приобретает аналогии с выбором товаров. Это рождает фундаментальное противоречие – между задачами института здравоохранения, ориентированного на коллективное благо, и логикой индивидуального потребления, стремлением к экономической эффективности. Такой рыночный подход может приводить к

---

[390] Ослон А. А., Жур Л. В., Калиниченко Л. А., Кожевина Е. В., Перминова М. Н., Кондрахина Е. В. Медики и общество: беседы во времена коронаВируса. С. 18.
[391] Zinn J. O. ‘A monstrous threat’: how a state of exception turns into a ‘new Normal’ // Journal of Risk Research. 2020. 23(7–8). P. 1085., Социология пандемии. Проект коронаФОМ / под ред. А. А. Ослона. М., 2021. 319 с.
[392] Burke S.E. The doctor-patient relationship: an exploration of trainee doctors’ views. P. 226.

изменению поведения не только пациента, но и поставщиков услуг, ориентированных на него, в сторону поиска выгоды (например, гипердиагностика), а не общего блага.

Такое партнерство также может давать лишь *иллюзию субъектности*. Например, известный философ медицины К. Дернер справедливо критикует партнерскую парадигму как дающую простор для манипуляций, так как «средний пациент» уязвим по критерию знаний, менее компетентен, чем врач, а почерпнутые им сведения о болезнях из информационной среды могут быть навязанными со стороны СМИ, ложными. Сам врач, воспользовавшись некомпетентностью пациента, может «с его согласия» навязать ненужные услуги. Даже в случае добросовестного клинициста, как отмечает А. Мол, презумпция, что медицинский работник должен представить «нейтральные данные», чтобы пациент мог сделать обоснованный выбор, во многом абсурдна, так как таких данных не существует[393].

С этих позиций целевая точка развития отношений «врач – пациент» в системе здравоохранения не является полностью очевидной, так как не всякий рост субъектности приводит к благу. Следовательно, необходима не просто полная передача субъектности от врача пациенту (в духе консьюмеризма), а более рациональный и взвешенный подход.

Указанные аргументы в пользу сохранения элементов патернализма свидетельствуют о необходимости новой модели социальных отношений, которая была бы более сбалансированной.

«Мягкий патернализм» как интегрированный подход

Ответом на запрос о преодолении ограничений дихотомии «патернализм – партнерские отношения», интегрирующим их сильные стороны (в рамках большего баланса субъектности), может выступить концепция «мягкого патернализма», которую под разными названиями можно найти во влиятельных трудах по философии медицины, этике.

---

[393] Мол А. Множественное тело: онтология в медицинской практике. С. 226.

Так, обозначая характеристики новой позиции, К. Дернер говорит о необходимости подхода «продуктивной пассивности», называя такого рода подход «неопатернализмом», «слабым патернализмом», «матернализмом», суть которого аналогична служению матери своему ребенку. Врач, забывая о себе, предоставляет пациенту всю свою чувствительность, все свои знания, свою личность, чтобы понять, что действительно нужно пациенту[394].

Схожее, но более практико-ориентированное описание идеальной модели отношений представлено во влиятельной работе Эмануэлей, которые выделяют четыре модели отношений с пациентом – патерналистская, информированная, интерпретативная, совещательная (делиберативная). Данные четыре модели образуют континуум, что ценно в рамках моделирования процессов в здравоохранении. При патернализме врач ничего не говорит пациенту (он «знает лучше»), на информированном этапе он дает информацию, на интерпретативном – обсуждает её с пациентом, и на совещательном высказывает на основании этого свое мнение с позиции своих компетенций, пытается убедить пациента в том, что является правильным, исходя из своих знаний. В отличие от патерналистской модели не происходит навязывания, только убеждение.

Данная модель близка матернализму К. Дернера, но более приспособлена к массовому здравоохранению. Также именно такая модель более соответствует идеальному врачу, отраженному в искусстве посредством образа заботливого наставника[395] (данная проблематика связывает структурный макроуровень с уровнем социального восприятия). Более того, как было отмечено в упомянутом исследовании Т.С. Бузиной, близкая такому подходу коллегиальная модель (предложенная другим влиятельным исследователем Р. Витчем) также связана с повышенной лояльностью пациентов[396].

Таким образом, сегодня предпочтительным вектором движения представляется скорее не декларируемое партнерство или возврат к советскому

---

[394] Дернер К. Хороший врач. Учебник основной позиции врача.
[395] Emanuel E. J., Emanuel L. L. Four models of the physician-patient relationship.
[396] Бузина Т. С., Бузин В. Н., Ланской И. Л. Врач и пациент: межличностные коммуникации; Veatch R.M. A Theory of Medical Ethics.

патернализму, а «мягкий патернализм», когда, с одной стороны, максимально учитывается позиция пациента и оставлено место для выслушивания его нарративов (плюсы партнерской системы), с другой – компетенции остаются у медицинского работника (возможности для необходимого патернализма); это «новый патернализм», который признает ограниченную рациональность человека/пациента (в т. ч. по причине необладания необходимыми объемами информации), но при этом ставит в центр его благо. Показательно, что именно такой патернализм хорошо сочетается с философией АПКФ и техниками поведенческого «подталкивания»[397].

В пользу движения к «мягкому патернализму» в разделе приводились в первую очередь экспертные и логические аргументы, что соответствует этико-философской, идеальной природе данной концепции, а также принятому в исследовании подходу к анализу уровня реконструируемых надындивидуальных социальных макроструктур. При этом, как было показано, присутствуют и эмпирические аргументы в пользу модели, такие как принятие такого рода моделей по материалам социологических опросов (а также связь их с большей лояльностью целевых групп), соответствие её ценностной структуре населения страны[398], а также особенности социального восприятия медицинского персонала, которые будут рассмотрены далее.

Обращаясь к управленческой практике, например, в контексте мониторингов, инструментом исследования вопросов распределения власти в отношениях медицинского работника и пациента может также выступить анализ нарративов, как собранных классическими опросными методами, так и цифровыми в социальных медиа. В контексте управленческих вмешательств «мягкий патернализм» может продвигаться включением соответствующих параметров в аттестацию медицинских работников, разработку протоколов принятия решений для различных служб и т. д.

---

[397] Григорьева Н. С., Чубарова Т. В. Современное социальное государство между «старым» и «новым» патернализмом: ловушки мотивации.

[398] Богдан И. В. Политические ценности в современной России: неосознаваемые (бессознательные) аспекты.

Роль дискурса в формировании отношений «медицинский работник-пациент»

В рамках анализа отношений «медицинский работник – пациент» важным аспектом, также требующим освещения, является используемый дискурс, выступающий как один из факторов их формирования и как механизм легитимации сложившихся практик власти и распределения субъектности на макроуровне. В отличие от социального восприятия, фиксирующегося обычно субъективно (высказывания, ответы), дискурс относится к уровню социальных структур и факторам их формирования (задание нормативного), он может быть рассмотрен как преимущественно реконструируемый извне, в этом смысле более «объективный».

Среди отечественных социальных мыслителей широко распространено мнение, что язык описания системы здравоохранения сильно коррелирует с реальным положением дел и, например, переход в публичном дискурсе от «медицинской помощи» к «медицинским услугам» играет важнейшую роль в падении статуса медицинского работника[399]. Показательно, что медицинское сообщество приняло эту мысль и также зачастую называет переход к «услугам» одной из основных причин падения статуса врача[400]. Придерживаясь данной позиции, врачи приветствовали в пандемию возврат от «услуг» к «спасению», хотя и отмечали, что изменение, скорее всего, носит временный характер[401]. Можно сделать вывод, что «услуга» воспринимается врачами как нечто мешающее «спасению», которое рассматривается именно в патерналистском ключе. Таким образом, медицинские работники используют дискурс о необходимости борьбы с услуговым подходом как средство противостояния указанным проблемам партнерской системы отношений.

---

[399] Волнухин А. В., Сибурина Т. А. Управление профессионально-личностным потенциалом врачебных кадров // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021. № 1. С. 151.

[400] Решетников А. В., Айвазян Ш. Г., Присяжная Н. В. Роль участкового врача во мнениях молодых и опытных профессионалов // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. 2020. № 2. С. 336 –337.

[401] Ослон А.А., Жур Л.В., Калиниченко Л.А., Кожевина Е.В., Перминова М.Н., Кондрахина Е.В. Медики и общество: беседы во времена коронаВируса. С. 43–44.

При этом, как показывает анализ, данный дискурс во многом мифологизирует реальные причины проблем, выполняя скорее идеологическую функцию сплочения профессионального сообщества вокруг упрощенного объяснения. Так, понятие «медицинской помощи» осталось в законодательстве, а услуги используются как «дробные» его элементы. Сама же услуга подразумевает по своей сути просто нематериальный продукт труда в интересах её потребителя (того, в чьих интересах она произведена)[402].

Более того, анализ «услуговой» модели США показывает, что в ней врач наравне с медицинской сестрой входит в число самых уважаемых профессий и является, несмотря на консьюмеристскую культуру, одной из самых статусных профессий – таким образом, переход к термину «услуга» не может считаться достаточным объяснением падения статуса врача и актуализирует поиск иных социальных причин сложившейся ситуации.

Одной из таких причин является существенное снижение государством в 90-е гг. поддержки социальной сферы, что привело к тому, что значительная часть тяжести последствий проводимых реформ легла на самих медицинских работников как представителей системы здравоохранения. Медицинский персонал остался без поддержки государства во взаимоотношениях с пациентом, не ограниченным в своих желаниях в должной мере рамками либерализировавшихся законов и практик взаимодействия в постсоветской социальной реальности. Исходя из этого, более важным является не «исправление имен», а нахождение новой продуктивной формулы отношений «врач – пациент», адекватной современным социальным реалиям (например, в рамках продвижения «мягкого патернализма», рассмотренного ранее). Однако такого рода нарративов в рассматриваемом дискурсе нет, и чаще можно услышать призывы просто к механистическому возврату советской модели социальных отношений в здравоохранении.

К ним же обращается смежный дискурс об уважении, апеллирующий к ранее привилегированному статусу профессии. В советское время этика врача во многом

---

[402] Перепелкин В. А. Понятие «Услуга» в экономической теории // Вестник Самарского государственного университета. 2009. № 69. С. 38.

была производна от этики общества[403], а уважение к медицинской профессии соответствовало идеологии страны и системы здравоохранения. Однако если критически рассмотреть статус советского врача в целом, он не обладал законодательно сверхпривилегиями по сравнению с текущим положением, более того, по официальной статистике в советское время зарплаты медработников не превышали средней зарплаты по стране, по отрасли они составляли около 70% (сейчас, по данным статистики, они превышают данный показатель). Таким образом, обсуждаемое высокое уважение к медицинскому персоналу в советское время не подкреплялось особым экономическим статусом, также врачи не имели отдельных правовых привилегий по сравнению с настоящим временем[404].

Сегодня ситуация другая, власть наряду с нерыночными продвигает в здравоохранении и рыночные механизмы, вследствие чего пациент во многом приобретает черты потребителя, платящего лояльностью государству, например, в рамках электорального цикла. С этих позиций изменение социальной ситуации делает невозможным возвращение модели советского врача в исходном виде.

В связи с этим, ключевой проблемой является то, что желаемое позиционирование (под которым здесь и далее будет пониматься происходящее на макроуровне стратегическое определение субъектом ключевых характеристик целевого образа и социального положения объекта управления, в противоположность прикладному управлению формированием образа на уровне социального восприятия) медицинского работника не обозначено четко, а предлагаемые в качестве позиционирования общие позитивные слова не могут его описывать в необходимой мере. С этой точки зрения важно четко обозначить направление совершенствования – например, стратегия заимствования лучших практик других стран (например, США с их высокооплачиваемыми врачами), адаптация конкретных элементов из советского прошлого, синтетическая система или какое-либо другое направление. В свою очередь, выработанное новое

[403] Богдан И. В. Реформа здравоохранения в постсоветской России. М.: Эдитус, 2016. С. 105–107.
[404] Там же. С. 91–95; 103.

позиционирование медицинского работника может стать предметом выстраивания на мезоуровне новых коммуникаций вокруг него (в рамках работы с образом).

Таким образом, проведенный анализ демонстрирует, что сегодня распространены дискурсы, которые связывают трансформацию отношений «медицинский работник – пациент» с языком реформ (появление в законодательстве термина «услуга» безотносительно его содержания) и которые в значительной мере некорректно описывают социальное положение специалистов в советское время, противопоставляя его текущему. Данные дискурсы представляются непродуктивными и несодержательными, не способствующими ни установлению доверия медицинских работников к государству, ни поиску путей решения проблем.

При мониторингах следует отслеживать возникновение и развитие релевантных дискурсов (например, в форме систематического контент-анализа социальных медиа). В отношении вмешательств – инициировать в экспертном сообществе новые, более продуктивные дискурсы, в частности, о направлениях трансформации медицинской профессии – на ведущих экспертных мероприятиях, в научных журналах, СМИ и т. д.

В целом, резюмируя изложенное в разделе, посвященном вопросам отношений «медицинский работник – пациент» как концептуальной рамки, задающей в значимой мере основы социального управления медицинским персоналом, следует отметить концепцию «мягкого патернализма» как перспективное направление движения. В рамках авторского подхода её ключевые аспекты следующие:

- Необходимость признания ведущей компетентности медицинского работника в вопросах лечения и здоровья, но при этом нарративы пациента должны в обязательном порядке учитываться при принятии решений.
- Социальное управление должно учитывать, что субъектность медицинского работника относительно пациента не является константной и подвижна с учетом типа службы, в рамках которой происходит взаимодействие, и ситуации (например, кризис).

- Важно смещение публичных дискурсов вокруг медицинской профессии от ностальгии по советской системе и проблемы консьюмеризма к вопросам выработки нового позиционирования медицинского работника, важным аспектом которого выступает этика заботы.

2.1.2.3 Структурные механизмы управления медицинским персоналом со стороны поставщиков медицинских услуг (государства)

Рассмотрев структуру отношений «медицинский работник – пациент» на макроуровне, обратимся к структуре отношений кадров с поставщиками услуг, которая во многом наследует логику первой. Как было отмечено, ведущую роль среди поставщиков медицинских услуг в нашей стране играет государство. Более того, негосударственные подсистемы здравоохранения (частная, альтернативная, некоммерческая медицина, которые будут рассмотрены далее) с позиции выполнения функций/достижения целей здравоохранения как социальной системы, находятся в подчиненном положении по отношению к государственному регулированию. Эта подчиненность обусловлена прерогативой государства в установлении общих правовых норм, требований к оказанию помощи, механизмов финансирования, контроля за деятельностью всех подсистем здравоохранения и др. Вследствие этого, в данном разделе в первую очередь будет идти речь о государстве и его представителях как субъекте управления социально-профессиональной группой медицинских работников. Предметом рассмотрения в первую очередь выступят элементы механизмов, которые могут применяться субъектом для достижения целей управления.

Поскольку ведущую роль для социального управления в здравоохранении (в рамках парадигмы пациентоориентированности) играют интересы пациента, они выступают как основа для постановки субъектом управления целей[405], в т. ч. в отношении медицинского персонала. Данные аспекты, связанные с пациентом, будут предметом рассмотрения в следующем разделе.

---

[405] Ходакова О. В., Евстафьева Ю. В., Деев И. А., Кобякова О. С. Система здравоохранения, основанная на ценностях (систематический обзор). С. 7.

2.1.2.3.1 Механизмы обеспечения интересов пациента в рамках управления медицинским персоналом

Если рассматривать деятельность медицинского работника с позиции запросов пациента[406] на оказание медицинской помощи, можно выделить три крупных группы релевантных потребностей получателей услуг системы здравоохранения:

- Качество услуг, которое обычно оценивается в категориях того, получил ли пациент желаемый им результат или нет.
- Доступность в широком смысле, которая обычно операционализируется в том, может ли человек в необходимое время и с имеющимися ресурсами получить помощь необходимого ему специалиста.
- Полученный опыт, который напрямую с медицинской стороной не связан, но который также имеет значимый вес в интегральной оценке пациентом оказанной помощи, например, вопросы качества коммуникации в аспекте того, насколько понятно и доступно пациенту объяснили интересующие его вопросы. Данная область социальной практики может быть обозначена как «сервис». Причем в контексте управления персоналом важны не любые факторы медицинского сервиса, а именно те, которые непосредственно связаны с деятельностью сотрудников.

В рамках взаимодействия с институтом здравоохранения пациент, как правило, хочет (имеет интерес) получить помощь качественно, оперативно и испытывая общие приятные эмоции от сервисной составляющей. Данный тезис подтверждается тем, что именно такие запросы, по которым пациенты оценивают систему здравоохранения, были выявлены среди ведущих факторов в авторском исследовании с общей выборкой в 13 200 респондентов в 2017–2018 гг.[407], а также

---

[406] «Результаты, ориентированные на пациента». См. Ходакова О. В., Евстафьева Ю. В., Деев И. А., Кобякова О. С. Система здравоохранения, основанная на ценностях (систематический обзор). С. 11.

[407] Богдан И. В., Гурылина М. В., Зверев А. Л., Чистякова Д. П. Политическое восприятие системы здравоохранения населением: опыт мониторинговых исследований // Вестн. Том. гос. ун-та. Философия. Социология. Политология. 2020. № 55. С. 216–230.

в опросах последних лет, например, среди ведущих факторов лояльности к медицинским организациям, выявленных в 2025 году в Москве[408].

Далее кратко рассматривается каждая из данных групп интересов.

Обеспечение качества помощи для пациентов со стороны персонала

Качество медицинской помощи с точки зрения пациента может рассматриваться как оценка достижения результата в сопоставлении с запросом. При этом учет позиций других заинтересованных лиц, например, поставщиков услуг, будет накладывать на желания пациента ресурсные ограничения, поэтому указанный запрос в рамках управления рассматривается с учетом возможностей оказания медицинской помощи в месте получения услуги (например, в рамках программы государственных гарантий).

Чтобы медицинский персонал выполнил обоснованные запросы пациента, помимо обеспечения техникой и расходными материалами (что не является предметом социального управления персоналом, если речь не идет о восприятии данных вопросов), он в первую очередь должен знать, каким образом оказать нужную помощь и уметь это сделать, а также иметь возможность реализовывать свои профессиональные знания и умения.

Ключевым условием обеспечения качества медицинской помощи в аспекте знаний и умений выступает выстроенная система подготовки кадров в рамках института образования. При этом клинические знания и умения сами по себе не являются предметом социальных наук[409], их предметом выступают в первую очередь общественные условия, которые способствуют развитию компетенций. С позиции социального управления обеспечение качества потребует обучения, стандартизации (что в т. ч. может сбалансировать запрос пациента и ресурсные ограничения) и контроля знаний/навыков персонала, рассмотренных в контексте общественных отношений.

---

[408] «Лояльность населения к системе здравоохранения и её факторы», выборка - 800 человек, общее население, стратифицированная рандомизированная выборка, CATI.

[409] Например, см. Мол А. Множественное тело: онтология в медицинской практике. С. 43.

Рассматривая механизмы *обучения* персонала, следует отметить, что они реализуются не только в форме базового, но и дополнительного профессионального образования, которое может сгладить недостатки полученной ранее подготовки, а также приобретения знаний на рабочем месте (например, институт наставничества)[410].

В рамках социального управления важна функция института образования скорее не как пространства получения и поддержания уровня профессиональных знаний и навыков, а как пространства социализации в духе определенной этики социальных отношений (например, этики «мягкого патернализма»), тенденций развития медицинских профессий[411], привития соответствующих ценностей кадровому составу медицинских организаций. В рамках реализации интереса пациента в качественной помощи предметом анализа могут выступать механизмы развития нарративных компетенций и в целом формирования нарративно-чуткой корпоративной культуры[412], которые, как было показано в предыдущем разделе, обнаруживают прямую связь с качеством работы врача (в первую очередь, через лучшую диагностику).

Дополнительно система наставничества способствует реализации механизмов, которые обеспечивают социальную интеграцию в профессиональной среде и позволяют налаживать не только горизонтальные связи (опытные коллеги на схожих позициях), но и вертикальные – например, когда наставниками выступают руководители более высокого уровня. Так, это реализовано в профессиональных конкурсах руководителей (в т. ч. медицинских) в современной России, таких как «Лидеры России» или «УРБАН ЛИДЕР», когда одним из важных призов для победителей выступает возможность получения такого наставника.

---

[410] Бурдастова Ю. В., Ненахова Ю. С., Аликперова Н. В., Марков Д. И. Новые модели наставничества в здравоохранении как способ повышения профессиональных компетенций медицинских работников // Экономика. Налоги. Право. 2022. Т. 15. № 3. С. 69–79.

[411] Стратегия развития медицинского и фармацевтического образования в Российской Федерации на период до 2025 года. URL: https://www.sechenov.ru/upload/iblock/647/strategiya-razvitiya_2025.pdf (дата обращения: 26.04.2025).

[412] Лехциер В. Л. Болезнь: опыт, нарратив, надежда. Очерк социальных и гуманитарных исследований медицины. С. 196.

С позиции моделей социального управления наставничество связано в значительной степени с процессами нелинейного управления и самоорганизации. Так, профессиональное сообщество через неформальное социальное взаимодействие в процессе наставничества может закреплять как «лучшие практики» медицинской помощи, так и саму ценность качественной помощи безотносительно санкций за её отсутствие.

Однако обладание знаниями и навыками само по себе не гарантирует их адекватного применения на практике, даже в случае приверженности персонала ценности качественной помощи. Среди прочего, для обеспечения реализации профессиональных компетенций специалиста необходим механизм контроля со стороны государства, который реализуется не только в форме социального принуждения к исполнению системы правил, но также как механизм мотивации через повышение престижа и символического капитала (через желание обладать престижным званием). Индикаторами последнего могут выступать статистические показатели, такие как доля медицинского персонала с определенной категорией или званием (например, звание «Московский врач» в Москве), подразумевая, что прошедшие такую аттестацию в действительности обладают необходимыми знаниями и навыками, а также социализированы в том ключе, который задает система аттестации.

Вопрос того, что именно контролировать в рамках содержания образовательных программ или наличия знаний/умений при аттестации, связан с вопросами *стандартизации*, которая может являться и формой государственного контроля, и механизмом обеспечения «минимума» услуг. Обычно базой для стандартизации в здравоохранении сегодня выступают критерии доказательности, а инструментом, с помощью которого доказательность реализуется, можно считать клинические рекомендации. Связь доказательности и клинических рекомендаций обозначена как за рубежом[413], так и в нашей стране на уровне законодательства,

[413] Enthoven A. C. Integrated delivery systems: the cure for fragmentation // Am J Manag Care. 2009. № 15(10 Suppl). P. 284–90.

например, в законе № 489-ФЗ. С позиции социального управления в ходе такой стандартизации создаются не только механизмы управленческого контроля, но и оказывается влияние на конструирование представлений о качестве помощи у специалистов, оказывающих её. В частности, тематика доказательности нередко используется в дискурсах для демаркации медицинского знания «истинного» и нет. При этом проблемой может являться принятие новых нормативов рядом работников с консервативными ценностями, когда предыдущие более привычные стандарты могут восприниматься как «правильные», а новые — как составленные «некомпетентными» экспертами, что может рассматриваться как индикатор недостаточного распространения ценности доказательности и будет требовать учета ценностной специфики персонала в ходе управленческого воздействия.

В рамках работы по обеспечению качества медицинской помощи при управлении персоналом, рассмотренные направления вмешательств будут способствовать не только формированию необходимого уровня знаний и навыков, их реализации, но также позволят двигаться в обозначенном ранее пространстве моделей социального управления – например, социализация персонала, привитие профессиональных ценностей позволяет двигаться по оси структуры в сторону общих моделей, унификации, а усиление процессов самоорганизации, развития субъектности, внедрение элементов нелинейного управления (как в случае с наставничеством), развитие мотивации персонала посредством обращения к таким потребностям как престиж профессиональной деятельности, накопление социального капитала, – все это позволяет реализовывать сдвиг в сторону субъект-субъектных и нелинейных управленческих отношений с медицинским персоналом. При этом ряд рассмотренных механизмов принуждения, наоборот, при необходимости, будет снижать субъектность персонала.

Управление медицинским персоналом в целях обеспечения доступности помощи для пациентов

С позиции обеспечения доступности медицинской помощи для пациента, когда работники сферы здравоохранения выступают объектом управления,

основной интерес представляют такие показатели, как численность кадров, оптимальный баланс различных групп внутри общности медицинских работников, а также процессы перераспределения функций дефицитных работников более профицитным коллегам. В рамках социального управления данные показатели рассматриваются в контексте их социальных причин и последствий, в т. ч. как отражение статусных вопросов.

Важно отметить, что с позиции междисциплинарной интеграции в управлении, рассмотренной в Главе 1, данный раздел в первую очередь предполагает дополнение субъективной обратной связи более объективными показателями статистики. Например, сегодня управление персоналом нельзя представить без мониторинга такого показателя, как численность кадров и вопросов их дефицита, который стабильно актуален для нашей страны. По официальным ведомственным оценкам, актуальный дефицит медицинских специалистов измеряется несколькими десятками тысяч[414]. С позиции социального управления кадрами дефицит персонала будет рассматриваться в первую очередь как один из индикаторов престижности профессии, морального состояния кадров (желание остаться в профессии), созданных условий для работы в здравоохранении (конкуренция с другими сферами) и т. д., т. е. как характеристика макроструктурных социальных процессов, определяющих положение медицинского персонала.

При этом общий дефицит кадров, несмотря на значимость данного показателя, как правило, недостаточно информативен. Не менее важными являются частные показатели, например, состав кадров в разрезе групп персонала, их дисбаланс[415], который отмечен среди угроз безопасности в сфере охраны здоровья (Указ Президента РФ «О стратегии развития здравоохранения …» от 08.12.2025 №

---

[414] Мурашко: Дефицит врачей в России - более 23 тысяч // Российская газета. https://rg.ru/2025/03/05/murashko-deficit-vrachej-v-rossii-bolee-23-tysiach.html (дата обращения: 26.04.2025).

[415] Сенотрусова Ю. Е. Кадровая политика в здравоохранении в аспекте кадрового обеспечения системы оказания первичной медико-санитарной помощи. Аналитический обзор // Социальные аспекты здоровья населения. 2024. № 70(S5):24. URL: http://vestnik.mednet.ru/content/view/1691/30/lang,ru/ (дата обращения: 26.04.2025).

896). Так, Министерство здравоохранения приводит данные[416], что наиболее острая проблема отмечается именно в отношении среднего медицинского персонала (их дефицит почти в 3 раза выше, чем для врачей). В частности, в России не только не соблюдаются необходимые нормативы соотношения «врач – медсестра», но и вплоть до последнего времени отмечалась тенденция к ухудшению ситуации[417]. Указанная диспропорция становится особенно острой в связи с процессом перераспределения функций от врачей к среднему персоналу.

Статистические показатели неравномерности распределения кадрового дефицита можно рассматривать как проявление статусных диспропорций внутри профессии – в данном случае между врачом и медсестрой, который в нашей стране, как будет показано далее, действительно стоит остро.

Другой важный аспект – региональный, когда отмечаются существенные диспропорции, вплоть до разницы в несколько раз, в кадровом оснащении между регионами[418], что обнаруживает корреляцию с уровнем жизни и инфраструктурой – одни регионы имеют дефицит кадров, а в других инфраструктура перегружена[419]. Отдельным аспектом пространственного неравенства также является диспропорция «город – село»[420]. В данном случае возникает задача не просто разового привлечения кадров выгодными инициативами (например, «Земский врач»), а закрепления, удержания их на долгосрочной основе[421].

В контексте мониторингов и вмешательств необходимо внимание и к другим социально-демографическим аспектам. Например, фактор возраста раскрывается через сложности привлечения молодежи, общую проблему старения кадров в

---

[416]Мурашко: Дефицит врачей в России - более 23 тысяч.
[417] Богдан И. В. Реформа здравоохранения в постсоветской России. С. 67.
[418] Там же. С. 62.
[419] Молчанов И. Н. Управление здравоохранением: роль кадрового потенциала // Вестник ВолГУ. Экономика. 2020. № 3. С. 77–87.
[420] Бизин С. В. Проблематика управления кадровым обеспечением системы здравоохранения региона // Лидерство и менеджмент. 2023. Т. 10. № 4. С. 1421; Копытов А. А., Зудин А. Б., Аксенова Е. И., Надуткина И. Э., Волкова О. А. Роль медицинского образования в реализации программы «земский доктор» // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020. Т. 28. № 4.С. 646.
[421] Мурашко: Дефицит врачей в России - более 23 тысяч.

отрасли здравоохранения[422], как отражения изменения демографического состава населения страны в целом. Также присутствует гендерный аспект, например, когда совмещение медицинской работы и семейных обязанностей для женщин может быть более проблемным, чем для мужчин, что продемонстрировали пандемические исследования[423].

С позиции социального управления данные неравенства (пол, возраст, регион/территория, профессия) являются индикаторами статуса, престижности, конкурентности в разрезе отдельных социальных групп медицинского персонала. В дальнейшем будет показано, что данные статистически фиксируемые диспропорции проецируются и на другие уровни модели социального управления, они закрепляются социальным восприятием и, в конечном счете, наблюдаются на уровне мира медицинских работников.

В контексте обеспечения интереса пациентов в доступной помощи целесообразно рассмотреть различные макроуровневые механизмы создания условий для повышения мотивации выбора персоналом работы в дефицитных регионах/специальностях.

Управление обеспечением сервисных характеристик помощи со стороны медицинского персонала

В данном разделе не рассматриваются оснащение или, например, качество маркетинговой работы, в контексте социального управления персоналом важны в первую очередь показатели, которые характеризуют «чуткость» работников сферы здравоохранения к немедицинским потребностям пациентов, их понимание того, что удовлетворит психологические и информационные запросы получателей услуг. В первую очередь это вопросы гуманитарных компетенций медицинских работников, позволяющих лучше понимать данные потребности пациента.

---

[422] Богдан И. В. Реформа здравоохранения в постсоветской России. С. 62.
[423] Matthewman S., Huppatz K. A sociology of Covid-19.

Часть этих компетенций соотносится с рассмотренным нарративным подходом в здравоохранении, однако область сервисных гуманитарных компетенций медицинских работников значительно шире.

Как и обеспечение качества, в первую очередь данные компетенции имеют отношение к системе образования. Однако, в отличие от клинических знаний, повышение общегуманитарной компетентности медицинских работников является более проблемным. С одной стороны, в рамках тенденций гармонизации с пациентоцентричными подходами, гуманитарная компетентность медицинского работника должна расти. С другой стороны, проблемой является достаточно низкое принятие медицинскими работниками значимости данных дисциплин, восприятие их как забирающих часы у действительно профильных предметов[424], что выражается в следующей риторике: «Вам нужно хорошее лечение или чтобы мы с вами могли поговорить на глубокие темы?»

Таким образом, с позиции социального управления сам вопрос принятия важности гуманитарных компетенций со стороны (будущих) медицинских работников при обучении является значимой областью вмешательств. С одной стороны, необходимо признание их важности в образовательном процессе, в т. ч. через обозначение роли в современной медицинской практике (например, культурные компетенции как фактор конкурентности в популярном сегодня направлении развития медицинского туризма[425]), с другой стороны, необходим отбор действительно доказательных подходов к развитию гуманитарных компетенций, так как формальные подходы к тренингам

---

[424] Кафаров Т. Э., Джабраилова Л. Р., Кадыров С. С. Роль социально-гуманитарных наук в подготовке медицинских работников // Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия: Познание. 2024. № 7. С. 95–98; Petrou L., Mittelman E., Osibona O., Panahi M., Harvey J. M., Patrick Y. A., Leedham-Green K. E. The role of humanities in the medical curriculum: medical students' perspectives // BMC Med Educ. 2021. № 21(1). URL: https://link.springer.com/article/10.1186/s12909-021-02555-5 (accessed: 01.12.2025).

[425] Богдан И. В., Петрова Г. Д., Чистякова Д. П. Влияние социокультурных факторов на организацию работы с иностранными пациентами: социологический анализ // Вестник Южно-Российского государственного технического университета (НПИ). Серия: Социально-экономические науки. 2023. Т. 16. № 2. С. 35–44.

пациентоориентированности, согласно авторским исследованиям, не приводят к получению запланированных эффектов[426].

Кроме общегуманитарных компетенций, целесообразно отдельно выделить область компетенций психологических, которые будут особенно актуальными в областях, которые предполагают значимое ментальное страдание, например, онкология, психиатрия, паллиативная помощь и другие.

Например, как показало проведенное авторское всероссийское исследование по вопросам онкологической службы[427], кроме пациентов, которые нередко испытывают моральные страдания и негативные ментальные состояния, есть ещё и родственники, страдания которых зачастую могут быть значительно более сильными, чем у пациентов. Как следствие, 9 из 10 опрошенных врачей отметили, что в своей работе почти в половине случаев они сталкивались с такими обращениями получателей услуг, которые, по их мнению, стоило бы переадресовать психологу, но с которыми приходится справляться медицинскому работнику.

Также исследование показало, что для медицинского работника важны не только основы управления эмоциональным состоянием пациентов, но и управления своим состоянием в рамках профилактики эмоционального выгорания, типичного для медицинской профессии[428]. Сегодня у врачей-онкологов такая самопомощь, как показало авторское исследование, значительно затруднена, в т. ч. вследствие стигматизации психологической области, источники которой также можно отнести к недостатку гуманитарных компетенций.

---

[426] Богдан И. В., Гурылина М. В., Чистякова Д. П., Краснова С. В. Опыт проведения курсов пациентоориентированности в медицинских организациях: кейс инфекционной больницы.

[427] Богдан И. В., Виноградов В. А., Горюшкина О. С. и др. Медико-социологическое обоснование внедрения психологической службы в стационары и амбулаторные организации онкологического профиля.

[428] Зудин А. Б., Кузнецова М. А., Васильева Т. П. Управление риском низкой удовлетворенности работой и профессионального выгорания врачей общей практики. С. 156.

Другая актуальная область гуманитарных знаний – юридические вопросы. Они востребованы с позиции важности знаний персонала о своих правах и правах пациентов, и сами работники высказывают запрос на такие компетенции[429].

В целом, юридические вопросы нуждаются в рефлексии как важнейшая основа для механизмов социального управления на различных его уровнях. В аспекте мониторингов субъективная обратная связь по юридическим вопросам, отражающая уровень компетенций (в т. ч. в формате вопросов на знание ключевых норм законодательства, например, об охране персональных данных) может быть дополнена и юридической статистикой, которая может отражать такие аспекты, как условия труда (например, соблюдение трудового законодательства в отношении работников) или удовлетворенность пациентов (например, количество судебных исков в отношении медработников[430]).

Данные примеры демонстрируют перспективность обогащения медицинских работников социогуманитарными компетенциями – как общими, так и специализированными (психологические, юридические), механизмами развития которых могут выступать образовательные мероприятия, формирующие, помимо прочего, восприятие значимости данных компетенций для работников сферы здравоохранения.

При этом степень и формы погружения для медицинского персонала в гуманитарную сферу остаются предметом дискуссий, ввиду основного предмета их профессиональной деятельности именно в области клинической медицины. Возможной альтернативой может выступать делегация значительной части таких компетенций немедицинским координаторам, которые могут замкнуть на себя сервисные аспекты медицинской помощи. В зависимости от выбранного пути

---

[429] Бебчук М. А., Богдан И. В., Гурылина М. В. и др. Перспективы развития детской психиатрической службы глазами специалистов: (полный отчет об исследовании). М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2021. 51 с.; Бебчук М. А., Богдан И. В., Гурылина М. В. и др. Перспективы развития детской психиатрической службы глазами семьи пациента: полный отчет об исследовании.

[430] Baiganova Zh., Magzumova R., Delellis N., Tulegenova A. SWOT analysis of the human resource management service of medical organizations in Kazakhstan // Journal of Health Development. 2020. № 2 (37). P. 35.

(использование образования или делегирование данных компетенций), в процессе управления медицинским персоналом могут быть задействованы соответствующие механизмы, в частности, само делегирование может выступать перспективным механизмом социального управления.

В целом, как показано в разделе, в рамках обеспечения интересов пациента присутствует необходимость усилить интеграцию системы базового и непрерывного медицинского образования (НМО) с задачами социального управления, что, в частности, подразумевает целенаправленное формирование гуманитарных компетенций (нарративных, психологических, коммуникативных, юридических и др.) и ценностных ориентаций (ориентация на пациента, этика «мягкого патернализма») через образовательные программы и практику наставничества. Второе ключевое направление вмешательств – содействие выравниванию социальных кадровых диспропорций, которые выявляются в т. ч. статистическим наблюдением, при разработке макроуровневых мотивационных вмешательств для дефицитных групп персонала.

2.1.2.3.2 Механизмы обеспечения дополнительных интересов государства как управляющего субъекта в рамках управления медицинским персоналом

Обеспечение в процессе управления дополнительных интересов поставщиков услуг (в лице основного из них — государства), которые не связаны напрямую с достижением целей системы здравоохранения (во многом совпадающих с интересами пациентов как социальной общности), можно отнести в первую очередь к показателям эффективности и управляемости. Последнее, как отмечает А.И. Пригожин, для большинства руководителей является наиболее приоритетным[431].

Среди условий обеспечения указанных интересов следует отдельно выделить высокие управленческие компетенции лиц, которым делегируются функции

[431] Пригожин А. И. Методы развития организаций. С. 57.

управления; согласование позиций основных вовлеченных субъектов (в контексте целей государства как основного поставщика услуг); выстроенную систему мониторингов, фиксирующих цели и динамику их достижения, параметры эффективности, особое место в которых занимают показатели экономической эффективности[432]. В целом, основным интересом поставщика услуг можно считать выполнение поставленных задач с максимальной эффективностью – минимизация расхода ресурсов с учетом выигрыша от решения задачи («ценности» в рамках подхода ЦОЗ[433]).

Рассмотрим вопросы управленческих компетенций в системе здравоохранения.

Обеспечение качества управленческого персонала системы здравоохранения

Аналогично социальным факторам качества оказания медицинской помощи персоналом, важную роль в реализации качественной управленческой деятельности играют знания и умения руководителя, которые могут быть получены в рамках образования или на рабочем месте, а также их реализация.

Однако из-за изначально большей междисциплинарности области управления здравоохранением (управление как область социальных наук и медицина как область естественных наук), запрос на социогуманитарные компетенции при подготовке профильных кадров здесь более выражен, что актуализирует научную дискуссию о том, приоритетны для управленца в здравоохранении навыки клинициста или же менеджера[434]. Значительный набор необходимых социогуманитарных компетенций управленческого персонала, включая культурные компетенции, компетентность в методах количественных и

---

[432] Кобякова О. С., Канев А. Ф., Куракова Н. Г., Кармина Р. А. Понятие эффективности в здравоохранении: терминологические и понятийные проблемы.

[433] Камынина Н. Н., Полищук Н. С. Ценностно-ориентированное здравоохранение: систематизация инструментов и методов (обзор литературы).

[434] Александрова О. А., Комолова О. А. Реформа здравоохранения: руководители медучреждений на острие проблем (часть первая).

качественных исследований и другие, также подчеркивается на международном уровне ВОЗ[435].

Для управленческого персонала системы здравоохранения, помимо привития понимания ценности социогуманитарных компетенций в ходе социализации, важны и более глубокие ценностные трансформации, такие как изменение понимания роли сотрудников в рамках субъект-субъектной управленческой парадигмы. Принятие субъектности медицинского работника должно проявляться не только на декларативном уровне, но и на уровне прикладной коммуникации, важнейшим каналом которой в процессе управления выступает обратная связь. Трансформация управленческой культуры в сторону правильной работы с обратной связью, умения конструктивно воспринимать критику и даже поощрять её проявление в приемлемых формах, видя в критике источник развития[436] – важнейший вызов, и использование управленческих механизмов, в частности, образовательных, должно быть подчинено такого рода цели.

В контексте трансформации культуры управления индикаторы качественной работы с обратной связью, такие как, например, количество и разнообразие используемых субъектом управления социологических мониторингов и прикладные решения, принятые по их итогам, а также оценка удовлетворенности работой с обратной связью со стороны подотчетного медицинского персонала (замер которой должен производиться независимой организацией), могут быть использованы в рамках мониторингов в социальном управлении. В свою очередь, процедуры по стандартизации такого рода работ и методической поддержке могут выступать как примеры соответствующих управленческих вмешательств.

---

[435] ВОЗ. Модель компетенций ВОЗ-ASPHER для кадров общественного здравоохранения в Европейском регионе. ВОЗ, 2020. 97 с. URL: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/347867/WHO-EURO-2020–3997–43756–61570-rus.pdf (дата обращения: 26.04.2025).

[436] Мониторинг лояльности потребителей услуг и персонала медицинских организаций (методология (е)NPS): Методические рекомендации № 2. М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2021. С. 8.

Механизмы согласования интересов подсистем здравоохранения: альтернативная, частная медицина и некоммерческий сектор

В рамках данного раздела будут рассмотрены три важные подсистемы здравоохранения, представляющие трех разных поставщиков услуг, с позиции интеграции их с государственной системой здравоохранения – альтернативная медицина, частный и некоммерческий сектор. Будет показано, что несмотря на возможность расхождения целей и даже конкуренции с государственной медициной, данные подсистемы могут быть интегрированы в решение общих задач социальной системы, так как они предлагают свои дополнительные ресурсы и преимущества для медицинского персонала.

Рассматривая *альтернативную медицину*, её сильной стороной в сравнении с государственным сектором выступает значительно большая ориентация на целостный опыт пациента. Имея ограниченные ресурсы, вынужденно ориентируясь на «средний случай», государственной медицине здесь конкурировать сложнее.

При этом, несмотря на её возможность выступать «компенсацией» ввиду низкой доступности в ряде регионов услуг официальной медицины, бездоказательная природа и слабое государственное регулирование альтернативной медицины несут значительные угрозы, как минимум, мошенничества, а в худшем случае — нанесения существенного вреда общественному здоровью[437]. С этих позиций интеграция альтернативной и официальной медицины является проблемной. Рост холизма (целостного подхода к человеку) в медицине безусловно необходим, но при этом холистическая интеграция должна включать в себя только элементы доказательных или традиционных институционализированных практик (например, когда речь идет о «духовной» помощи в рамках паллиативной помощи или возможностях для отправления религиозных практик в рамках экспорта медицинских услуг (например, «халяльная медицина»)).

---

[437] Богдан И. В. Реформа здравоохранения в постсоветской России. С. 44–45; 234–239.

В целом, с позиции медицинского персонала, задачей в рамках взаимодействия с областью альтернативной медицины становится, с одной стороны, «прививка» доказательного взгляда в отношении её практик. С другой стороны, важной представляется мысль о необходимости базовой компетенции медицинских работников в вопросах альтернативной медицины, чтобы иметь возможность адекватно поддержать диалог с пациентами, прибегающими к ней, понять логику их аргументации и суть применяемых процедур[438] – являются ли они полезными, плацебо или откровенно вредными для здоровья.

Холизму альтернативной медицины может быть противопоставлен более «светский» холистический подход, предлагаемый классическим биопсихосоциальным подходом, который может включать элементы психотерапии и социальной работы. Например, Б. Карла и соавторы видят интегрированную, «холистическую модель» именно такой, с учетом физических, психических и социальных потребностей целевой группы.[439] Такая, более приемлемая для государственной медицины модель, будет также способствовать комплексной удовлетворенности пациента с позиции качества его жизни.

Другой важной подсистемой здравоохранения выступает *частная медицина*. При том, что она не является такой закрытой, как альтернативная, справедливо отмечается дефицит информации о её деятельности – она не включена в должной мере в статистику системы здравоохранения, также предстает предметом достаточно малого числа научных исследований[440].

Получить общее представление о её месте в системе здравоохранения страны в аспекте персонала можно по данным Росстата. Статистический сборник на 2023 год позволяет оценить ситуацию в частной медицине по предыдущему году. Согласно ему, частная служба представляла 8% больничных организаций (при этом

---

[438] Бебчук М. А., Богдан И. В., Гурылина М. В. и др. Перспективы развития детской психиатрической службы глазами специалистов: (полный отчет об исследовании).

[439] Kalra B., Agarwal S., Magon S. Holistic care of menopause: Understanding the framework // J Midlife Health. 2012. № 3(2). P. 66–69.

[440] Сквирская Г. П., Волнухин А. В., Резе А. Г. Государственный и частный секторы системы здравоохранения Российской Федерации: от конкурентной борьбы к интеграции и партнерству // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2022. Т. 30. № 2. С. 276.

у неё было всего 2,5% коечного фонда), 28% амбулаторно-поликлинических организаций (при этом у неё было 15% мощностей), 13% от общего числа медицинских работников. Данные ресурсы в основном концентрируются в крупных городах, ориентируясь на сегмент среднего класса[441].

С одной стороны, данная система зачастую противопоставляется государственной – например, исследователи уделяют внимание соотношению оплаты труда между ними[442]. С другой – граница между рассматриваемыми подсистемами размывается, когда частные поставщики могут конкурировать за финансирование из бюджета (в рамках системы ОМС), а государственные организации, с развитием платных услуг, – за средства населения[443]. При этом конкуренция для частной медицины с государственной сегодня в значительной мере затруднена[444].

В целом, частную медицину целесообразно рассматривать скорее не как конкурирующую, а как компенсаторную, замещающую дефициты в системе государственного здравоохранения, например, ввиду того, что к частной медицине начинают все больше относиться и профилактические запросы[445], а также отмечается рост интереса государства к различным формам государственно-частного партнерства в этой области[446].

Исходя из этого, практики сотрудничества частной и государственной медицины с позиции повышения доступности и качества помощи пациентам должны приветствоваться, в т. ч. на уровне персонала. Механизмами такой

---

[441] Шишкин С., Потапчик Е., Селезнев Е. Частный сектор здравоохранения в России: состояние и перспективы развития // Вопросы экономики. 2013. № 4. С. 95.
[442] Там же. С. 101.
[443] Богдан И. В. Реформа здравоохранения в постсоветской России. С. 36.
[444] Шишкин С., Потапчик Е., Селезнев Е. Частный сектор здравоохранения в России: состояние и перспективы развития. С. 107; Опарин Э.В. Частные медицинские клиники в России: стратегии развития в новых геополитических условиях // Российский журнал менеджмента. 2024. № 2. С. 307.
[445] НРА. Рынок платных медицинских услуг: не всем «по зубам». URL: https://www.ra-national.ru/analitika/rynok-platnyh-med-uslug/ (дата обращения: 26.04.2025)
[446] Сквирская Г. П., Волнухин А. В., Резе А. Г. Государственный и частный секторы системы здравоохранения Российской Федерации: от конкурентной борьбы к интеграции и партнерству. С. 276; Андреева О. В., Саитгареева А. А., Волкова О. А. Государственно-частное партнерство в здравоохранении // Общественное здоровье и здравоохранение. 2014. № 4(44). С. 62.

интеграции могут выступать развитие межсекторального волонтерства, поощрение самоорганизации в рамках межведомственных, профессиональных объединений, поощрение проведения совместных мероприятий и другие.

С позиции медицинского персонала как социально-профессиональной группы, частная медицина может рассматриваться отдельным карьерным треком с более консьюмеристским пациентом, который может быть выбран работниками, тяготеющими к внешним, материальным стимулам (например, диспозиционный Тип 3). При этом дискурс о противопоставлении и антагонизме систем друг другу не обязателен, так как государственное регулирование задает рамки того, чтобы действия частного здравоохранения как минимум не противоречили целям всей системы здравоохранения.

Последняя подсистема здравоохранения, которая будет рассмотрена – *некоммерческая*. Из всего некоммерческого сектора в рамках исследования социального управления медицинским персоналом будет рассмотрена только группа волонтеров-медиков, как близкая тематике исследования (медицинский персонал как волонтеры).

Практики добровольческого сектора представляют интерес как механизмы сглаживания недостатков системы здравоохранения в первую очередь в отношении запросов пациентов, компенсируя дефициты в доступности и сервисе (например, в рамках работы с качеством жизни паллиативных пациентов) медицинских услуг. В ряде случаев речь может идти и о качестве помощи, если рассматривать, например, включение волонтеров-медиков в образовательные мероприятия для работников сферы здравоохранения. Также представляется важным, что некоммерческий сектор может выступать не просто примером подсистемы, требующей интеграции, а источником интеграционных механизмов: так, волонтерство является механизмом развития горизонтальной интеграции в здравоохранении, в т. ч. межсекторальной или же механизмом социализации в рамках профессиональной ориентации для молодых специалистов.

Однако при всех его преимуществах медицинское волонтерство будет требовать специфических социальных условий, как показало авторское

исследование организаций двух различных форм медицинского волонтерства в Москве[447]. Среди выявленных условий, повышающих шанс вхождения в добровольчество – повышенные финансовые возможности, которые увеличивают вероятность актуализации себя в добровольчестве и определенные ценности, среди которых важную роль играет выраженная социальная направленность. В целом, некоммерческий сектор можно рассматривать как (дополнительный) карьерный трек для сотрудников с ценностями просоциальной направленности, а также с определенным уровнем базового достатка.

Авторское исследование показало также существенные зоны роста для волонтерства – обнаруженные практики рекрутинга показали сильную недопредставленность медицинских работников частной системы здравоохранения и среднего медицинского персонала. Было выявлено, что сестринский персонал является более «проблемным» с позиции нехватки кадров, а частная медицина – проблемной в контексте интеграции с государственной. С таких позиций, стимулирование их контактов в пространстве волонтерства может служить выполнению важных задач социального управления персоналом (повышение видимости и престижа сестринской профессии, усиление связей с частной медициной). Более того, например, и для ориентированной на прибыль частной медицины волонтерство может предлагать репутационные стимулы (отхождение от позиционирования в духе получения прибыли), а также карьерные – в аспекте опыта и связей.

Подводя итог анализу трех подсистем здравоохранения, полученные данные можно привести в виде таблицы (Таблица 5).

Таблица 5. Сравнение подсистем здравоохранения с позиции кадровой интеграции.

Подсистема	**Ценностная специфика персонала**	**Выгоды интеграции**	**Угрозы и барьеры**
Государственное здравоохранение	Сравнение подсистем идет относительно государственной		

[447] Богдан И. В., Гурылина М. В., Чистякова Д. П. и др. Молодежное медицинское волонтерство в Москве. М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2019. 38 с.

Альтернативная медицина	Альтернативный холизм (в т. ч. как преодоление рамок биомедицины)	Развитие культурной чуткости, холизма	Придание ценности бездоказательным (в т. ч. лженаучным) подходам. **КРИТИЧЕСКАЯ УГРОЗА**
Частное здравоохранение	Ориентация на прибыль	Карьера для ориентированных на пациента-консьюмериста, развитие сервисной ориентации	Мотив выгоды может противоречить социальному благу
Некоммерческое здравоохранение	Просоциальность, ориентация на устранение социальной несправедливости в области здравоохранения	Механизм горизонтальной интеграции, социализации в духе просоциальности	Специфическая система мотивации – гуманистические мотивы. Удовлетворенность базовых финансовых потребностей

Составлено автором

Как следует из данных, представленных в таблице, по мере перечисления подсистем (сверху вниз) сложность интеграции возрастает, но при этом возникает все больше выгод интеграции. Исходя из имеющихся ресурсов, данные системы здравоохранения могут быть в разной степени интегрированы с государственной, в частности, частная и некоммерческая медицина могут быть позиционированы как отдельные карьерные треки для медицинского персонала.

Вопросы экономической эффективности при социальном управлении персоналом

Один из значительных вызовов для управления медицинским персоналом в системе здравоохранения состоит в том, что субъект управления (в контексте данного рассмотрения – в первую очередь, государство в лице своих представителей) занят непрерывным поиском баланса между задачами, которые стоят перед ним, и ограниченностью в ресурсах, доступных для их выполнения. С этой позиции финансовый аспект управления и достижение экономической эффективности в здравоохранении становятся важными приоритетами для

субъекта[448], что подчеркнуто, в частности, в тезисе о важности совершенствования принципов финансового менеджмента, отраженных в актуальной стратегии развития здравоохранения (Указ Президента РФ от 08.12.2025 № 896). Решение задачи рационального использования имеющихся ресурсов (например, операционализированной в духе ЦОЗ как максимизация соотношения ценных для пациента исходов к затратам[449]), в свою очередь, приводит к трансформациям социальных отношений в здравоохранении, затрагивающих медицинский персонал, его мотивацию и модели поведения в целом.

Во-первых, с позиции социального управления ситуация финансирования – это ситуация конкуренции с другими (в случае государства – социальными и общегосударственными) потребностями. В аспекте управления задачей государства в значительной мере является поиск баланса между конфликтующими интересами различных ведомств, а также выстраивание информационной политики на мезоуровне, поскольку результаты вложений должны не только приносить экспертно оцениваемую пользу, но и быть доступны/понятны населению, удовлетворенность которого, как было указано, составляет собой одну из основных целей управления. С позиции согласования интересов в вопросах финансирования возникает конфликтная ситуация в отношении интересов медицинских работников, потому что мерой эффективности траты денег при таком подходе является опыт пациента, а не опыт сотрудника, что поднимает вопросы учета субъектности сотрудников при разработке механизмов финансового стимулирования.

Второй источник конфликта интересов с позиции управления – потенциальные агентские издержки. Поскольку государство управляет через своих представителей/агентов, делегируя им функции управления персоналом, встает

---

[448] Кобякова О. С., Канев А. Ф., Куракова Н. Г., Кармина Р. А. Понятие эффективности в здравоохранении: терминологические и понятийные проблемы; Douglas H. R., Normand C. Economic evaluation: what does a nurse manager need to know? // J Nurs Manag. 2005. № 13(5). P. 419–27.

[449] Камынина Н. Н., Полищук Н. С. Ценностно-ориентированное здравоохранение: систематизация инструментов и методов (обзор литературы). С. 446.

задача учета возможного расхождения целей агента и системы в целом, так как баланс «выгода/расходы» каждым из агентов, представляющих государство, может восприниматься по-разному. Это требует поиска баланса между финансовой автономией и выполнением задач системы с учетом затраченных ресурсов, что может реализовываться посредством финансово-экономических механизмов контроля и стимулирования, постановки рамочных условий для формирования в едином ключе профессиональных субкультур агентов, что во многом соотносимо с задачей социализации управленцев в духе определенных ценностей.

В-третьих, финансовые рычаги с позиции социального управления рассматриваются не просто как функция оплаты труда, но как мотивационный механизм для формирования определённых профессиональных практик и моделей поведения медицинского персонала. Причем системы мотивации на макроуровне должны учитывать специфику микроуровня, в частности, ценностной структуры индивидов в контексте рабочих ситуаций – например, учета приверженности таким ценностям, как равенство и справедливость («зарабатывать не хуже других») или инициативность (оплата труда должна быть выше при выполнении большего объема работ и активности)[450], что обнаруживает выраженную связь с рассмотренными в Главе 1 диспозиционными типами. Исходя из этого, в рамках «эффективного контракта»[451] – системы, применяемой сегодня для установления прозрачности отношений между медицинским работником и его работодателем, а также закрепления ряда показателей как целевых, сотрудникам могут быть предложены различные модели стимулирования, соответствующие их ценностям.

Таким образом, вопросы материального стимулирования погружены в контекст социальных отношений медицинских работников и требуют механизмов согласования потенциальных конфликтов интересов, в поисках баланса между

---

[450] Богдан И. В., Дренева А. А., Праведников А. В., Чистякова Д. П. Лояльность персонала медицинских организаций: теория и практика. С. 93. Схожие кластеры были выделены в: Бессокирная Г. П., Татарова Г. Г. Социальные типы российских работников: к теории и практике изучения // Социологическая наука и социальная практика. 2025. Т. 13. № 3. С. 156–177.

[451] Шишкин С. В., Темницкий А. Л. Результативность введения эффективного контракта с медицинскими работниками.

ними и экономической эффективностью. При этом материальные стимулы сами могут являться элементами интеграции позиций, задавая консенсусные и признаваемые справедливыми правила взаимоотношений при оказании медицинской помощи, которые поддерживаются финансовыми поощрениями и наказаниями.

Следует подчеркнуть, что финансовые стимулы составляют только часть мотивационного комплекса, включающего в себя, в т. ч., нематериальные факторы, которые более подробно будут рассмотрены далее, на уровне мира медицинских работников.

Вопросы построения мониторингов

Последний из обозначенных ключевых запросов субъекта управления, который будет рассмотрен в данном разделе – это формализация областей мониторинга и вмешательств в виде системы параметров, которая будет способствовать повышению управляемости, в т. ч. в рамках оценки эффективности использования соответствующих механизмов.

Формами сбора данных в данном контексте могут выступать, во-первых, система статистических показателей (например, с помощью которой удобно отслеживать изменения структуры и дефицита медицинских кадров), во-вторых, различные формы обратной связи, как со стороны объекта управления (медицинские работники), так и от получателей услуг (по релевантным вопросам), поскольку процесс управления медицинским персоналом ориентирован на достижение целей в интересах пациентов и населения в целом.

Такого рода мониторинги реализуются уже сегодня, например, в рамках оценки удовлетворенности медицинскими услугами в России (приказ Минздрава РФ от 19.07.2022 N 495), на основании опросов пациентов. Среди перечня параметров мониторинга к области кадров относятся в первую очередь параметры взаимодействия, среди которых вежливость/уважение от персонала, внимательность при приеме, ответы на вопросы о назначенном лечении или процедурах. Таким образом, в данном случае приказ создает институциональные

предпосылки для работ по повышению навыков коммуникации медицинского персонала, в т. ч. в аспекте нарративной компетентности.

Помимо реактивной обратной связи, может использоваться мониторинг источников, в которых обратная связь предоставляется в инициативном порядке, например, в ранее упомянутых социальных медиа или в форме жалоб и обращений со стороны как персонала, так и пациентов.

Указанные мониторинги не только запускаются на федеральном уровне, но также активно развиваются и в субъектах Российской Федерации – региональные медицинские организации, в дополнение к основным официальным мониторингам обратной связи, активно инициируют такие проекты внутри себя. Так, авторский опрос 203 представителей государственных медицинских организаций в Москве в 2022 году[452] показал, что респондентов, которые считали, что в их организации велась работа с обратной связью – 82%. При этом, поскольку обязательные опросные мероприятия проводились во всех медицинских организациях, полученное распределение ответов свидетельствует о недостаточной осведомленности ряда ответственных сотрудников.

Помимо опросов пациентов, в указанном исследовании 61% опрошенных представителей организаций отметили, что они работают и с обратной связью от сотрудников, что представляет собой значительную долю, причем в основном такая инициатива исходила от самой организации (локальный уровень).

По результатам авторского опроса установлено, что наиболее популярной формой сбора обратной связи в медицинских организациях является анкетирование. При этом практика показывает зачастую формальное отношение персонала к подготовке опросных листов; вопросы не адаптируются для пациента или сотрудника, что приводит к высокой частоте выбора варианта «затрудняюсь

---

[452] Исследование «Использование инструментария гуманитарных наук в медицинских организациях», 2022 г., выборка: 203 ответственных представителей медицинских организаций, сплошной опрос. См. Богдан И. В., Чистякова Д. П. Использование инструментария гуманитарных наук в медицинских организациях // XXVIII Всероссийский съезд сердечно-сосудистых хирургов: Тезисы докладов, Москва, 20–23 ноября 2022 года / Ассоциация сердечно-сосудистых хирургов России, Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева. М., 2022. С. 194.

ответить». Данная проблема свойственна в целом для опросных исследований в здравоохранении – например, в проведенных В.И. Шевским и И.М. Шейманом исследованиях было показано, что многие опрошенные врачи не понимали содержания вопросов, посвященных интеграции[453], что свидетельствует о том, что далеко не во всех случаях медицинские работники могут выступать экспертами по вопросам организации здравоохранения (в данном случае область обсуждения интеграции является областью более высокого уровня абстракции, чем то, с чем работает рядовой сотрудник), а значит, коммуникация с ними по управленческим аспектам будет требовать адаптации текстов и помещения в понятные сотруднику контексты.

Значительная доля опрошенных в авторском исследовании также заявляла об использовании для получения обратной связи интервью, однако данный метод сбора информации нередко интерпретировался ими как неформальная беседа без заданной логики и структуры вопросов. И в целом качественные методы (глубинные интервью, фокус-группы и т. д.) нередко в медицинских организациях проводятся «по наитию», без понимания процедуры и методики их проведения, что существенно ограничивает их прикладную значимость. Такое положение дел также объясняется распространенной в медицинских организациях практикой сбора обратной связи некомпетентными в этих вопросах специалистами, немотивированными к данной дополнительной, непонятной для них и неоплачиваемой работе.

При этом крайне редко как источник обратной связи использовались социальные медиа – важный канал информации о нарративах и обращениях (публичные жалобы), почти никогда – в отношении медицинских работников.

В целом, по итогам исследования выявлено, что потенциал использования обратной связи по вопросам социального управления медицинским персоналом сегодня в значительной степени не реализован.

---

[453] Sheiman I., Shevski V. Evaluation of health care delivery integration: the case of the Russian Federation. P. 132.

Другая проблемная область, выявленная в исследовании 2022 года – отсутствие централизации таких работ. Было выявлено, что в 20% случаев ответственные лица тех медицинских организаций, с которыми до этого автором проводились совместные исследования (в т. ч. когда сотрудничество было организовано на уровне главного врача) не имели никакой информации о таких проектах. Как следствие, в управлении организацией уникальные данные, на которые был потрачен административный ресурс, не использовались, а результаты, потенциально интересные другим организациям, не тиражировались как «лучшие практики», в рамках конференций и других форм обмена передовым опытом.

Присутствует потребность в централизации таких работ в рамках независимого юридического лица, сотрудники которого компетентны и в вопросах организации здравоохранения, и в проведении социологических опросов. Сегодня проводниками стандартизации обычно выступают органы управления здравоохранением, но она затрагивает только инструментарий (анкеты). Из-за того, что нет стандартизированной методологии социологических исследований внутри организации, полученные материалы зачастую плохого качества и несопоставимы с аналогичными исследованиями других медицинских организаций. Например, некритично применяется классическая формула случайной выборки, как обоснование её «репрезентативности» (обычно «репрезентативным» числом признается объем выборки в 384 респондента), без понимания, что формула применима исключительно для случайного отбора, который требует определенной организации исследования, и имеет свои нюансы[454]. Указанное юридическое лицо может выступить унификатором не только в аспекте содержания исследований, но и их методики.

Также объединение информации, полученной не только в рамках различной методологии, но и от различных заинтересованных лиц позволит проводить триангуляцию, рассматривать ситуацию с нескольких сторон, интегрировать различные точки зрения в более объективную картину. Обращение только к одной

[454] Мониторинг лояльности потребителей услуг и персонала медицинских организаций (методология (e)NPS).

стороне, будь то медицинский персонал как объект управления или пациенты как основной бенефициар, может приводить к неверным выводам. Например, авторское исследование в детской психиатрической службе показало, что при привлечении работников к оценке перспектив развития службы, они выбирали именно те подразделения, в которых сами работали, без стратегического анализа[455], тогда как обращение к экспертам и получателям услуг позволило сформировать более обоснованную картину.

Наконец, систему индикаторов следует рассматривать не просто как элемент механизма планирования и контроля, но и как механизм мотивации, например, когда такого рода системы параметров используются для рейтингования медицинских организаций или иных объектов управления между собой. Система рейтингования может показывать направление развития интеграции (демонстрирует предпочтительный вектор движения), добавляет элемент состязательности в систему мотивации, а также, например, финансовые стимулы, если определенные целевые значения по показателям будут соответствовать материальному поощрению или санкциям.

Практики рейтингования в здравоохранении, включающие обратную связь, встречаются как за рубежом[456], так и в России – примером такой системы с использованием социологических показателей является созданный на основании материалов опросов пациентов рейтинг медицинских организаций Москвы. Его нормативно установленные показатели: профессионализм, доброжелательность, командная работа, доверие, пациентоориентированность, уважение[457], побуждают

---

[455] Бебчук М. А., Богдан И. В., Гурылина М. В. и др. Перспективы развития детской психиатрической службы глазами специалистов: (полный отчет об исследовании); Бебчук М.А., Богдан И. В., Гурылина М. В. и др. Перспективы развития детской психиатрической службы глазами семьи пациента: полный отчет об исследовании.

[456] Григорьева Н. С. Оценка качества медицинских услуг и построение рейтингов медицинских организаций: опыт программы Medicare в США // Acta Biomedica Scientifica. 2016. № 5 (111). С. 71–76.

[457] В Москве обновлен рейтинг взрослых городских поликлиник, составленный пациентами. URL: https://rg.ru/2024/06/20/v-moskve-obnovlen-rejting-vzroslyh-gorodskih-poliklinik-sostavlennyj-pacientami.html (дата обращения 26.04.2025).

субъекта при управлении (в т. ч. медицинским персоналом) концентрироваться именно на заданных областях.

2.1.2.4 Цели и механизмы модели социального управления на макроструктурном уровне

На макроструктурном уровне реализации социального управления основной целью и направлением трансформаций целесообразно рассматривать преодоление системных проблем в области субъектности медицинских работников. В первую очередь, это вторичный, производный интерес к сотрудникам медицинских организаций в рамках парадигмы пациентоцентричности, что приводит к институциализации медицинских работников преимущественно как ресурса для удовлетворения запросов населения, интересы которого для системы первичны. Одним из критичных показателей того, что система социального управления на федеральном уровне не обладает интегрированным единством, служит отсутствие на федеральном (и, в значительной мере, на региональном) уровне единого интегрирующего документа в данной области. На момент написания диссертации такой документ ожидался уже более 15 лет взамен ранее принятого, чей срок истек.

Второе важное направление приложения управленческих усилий показывает анализ статистических данных – выявленные диспропорции численности персонала неравномерно распределены по профессиям и подсистемам здравоохранения.

Для улучшения ситуации, в рамках модели социального управления должны произойти следующие трансформации:

1. Концептуальная. Предлагается закрепление и принятие нового позиционирования медицинского работника в рамках системы здравоохранения (в т. ч. через дискурс экспертного сообщества, корректировку образовательных стандартов). Например, привнесение элементов «мягкого патернализма», признание компетентностного лидерства медработника и вариативность субъектности в зависимости от типа служб и ситуаций (например, пандемический

кризис), и, при этом, большее внимание к субъективному миру (нарративам) пациента.

2. Институциональная – (1) разработка единого документа в области кадровой политики на федеральном уровне, отражающего в т. ч. ключевые аспекты социального управления – новый подход к субъектности, профессиональному развитию и образованию (важность социогуманитарных компетенций для медицинского персонала), важность устранения статусных дисбалансов внутри медицинской профессии, а также декларирующего принципы координации подсистем здравоохранения (государственный/частный/некоммерческий секторы). (2) Централизация мониторингов в рамках социального управления медицинским персоналом (с предоставлением «голоса» основным заинтересованным лицам), большее внедрение нарративных инструментов в мониторинги.

При этом важно подчеркнуть, что *приоритет интересов пациента для системы здравоохранения* не выступает предметом дискуссий. Действительно, основная цель системы здравоохранения - обеспечение общественного здоровья (см., например, Указ Президента РФ «О стратегии развития здравоохранения …» от 08.12.2025 № 896) и ставить основной целью благополучие медицинского персонала в ущерб оказанию помощи пациентам не является рациональным. Предлагаемое балансирование субъектности, несмотря на усиление позиций клиницистов, также будет служить интересам пациента, например, в аспекте рассмотренной контекстной необходимости патернализма.

Могут быть предложены следующие механизмы реализации указанных трансформаций (Таблица 6):

Таблица 6. Описание механизмов управления на уровне социальных макроструктур.

Механизм	**Содержание механизма**
1. Субъектное нормативно-ценностное позиционирование медицинской профессии	*Ось концептуальной модели и направление изменения:* субъект-субъектный полюс, рост субъектности; полюс общих моделей, унификация на структурных уровнях; полюс нелинейных моделей (создание среды).
	Область приложения: Легитимация новой модели взаимодействия «медицинский персонал – пациент», формирование общесистемных ценностных ориентиров для персонала.

	Предмет управления: Доминирующая модель социальных отношений в системе (патернализм/партнерство), публичный дискурс о статусе и роли медицинского работника.
	Субъекты реализации: Государство (законодательная и исполнительная власть, Минздрав), экспертное сообщество (научные институты, профессиональные ассоциации), СМИ.
	Ожидаемый исход: Формирование общесистемного консенсуса в пользу модели «мягкого патернализма»; переход от контрпродуктивных дискурсов (ностальгия по прошлому, консюмеризм) к конструктивным (этика заботы, новое позиционирование); повышение легитимности управляющих воздействий, основанных на этой модели.
	Формы интеграции в рамках модели управления: Структурная: Интеграция управляющих воздействий на разных уровнях власти (федеральный, региональный) и различных институтов (образование, СМИ) для продвижения единой ценностной рамки. Субъектная: Согласование интересов государства (управляемость, эффективность), медицинского сообщества (статус, автономия) и пациентов (качество, доступность, сервис) в рамках модели «мягкого патернализма». Междисциплинарная: Привлечение различного социогуманитарного знания для обоснования позиционирования.
2. Интеграция образовательных и кадровых политик для формирования целевых компетенций	*Ось концептуальной модели и направление изменения:* полюс общих моделей, унификация на структурных уровнях; полюс нелинейных моделей (создание среды).
	Область приложения: Системы базового и непрерывного медицинского образования (НМО), стандартизация, аттестация, наставничество.
	Предмет управления: Формирование у медицинского персонала (включая руководящий персонал) компетенций, необходимых для реализации целевой модели управления (в первую очередь, социогуманитарных), и ценностных ориентаций («мягкий патернализм», пациентоцентричность).
	Субъекты реализации: Минздрав, профессиональные ассоциации, организации здравоохранения (в части наставничества и практики).
	Ожидаемый исход: рост удовлетворенности пациентов и персонала, снижение конфликтов, формирование элементов единой профессиональной культуры.
	Формы интеграции в рамках модели управления: Междисциплинарная: интеграция различных социогуманитарных дисциплин в медицинское образование и НМО. Структурная: Согласованность целей и программ образовательных институтов (вузы, НМО) и работодателей (медицинские организации); наставничество как элемент вертикальной и горизонтальной интеграции в профессиональной среде. Субъектная: Учет запросов пациентов (на качество коммуникации, сервис) и самого персонала (на защиту прав, психологическую (само)поддержку) при формировании образовательных программ.
3. Использование данных	*Ось концептуальной модели и направление изменения:* динамическая модель (регистрация изменений); полюс общих моделей, унификация на структурных уровнях.

централизованного мониторинга для принятия и корректировки управленческих решений на макроуровне	*Область приложения:* Формирование системы показателей для оценки состояния и эффективности социального управления персоналом, сбор данных (статистика, обратная связь).
	Предмет управления: Качество и релевантность информации для принятия управленческих решений по вопросам персонала; обеспечение обратной связи от ключевых заинтересованных лиц (персонал, пациенты).
	Субъекты реализации: Минздрав и региональные органы управления здравоохранением, Органы медицинской статистики/ЦНИИОИЗ, НИИ, социологические, медицинские организации (как источники данных).
	Ожидаемый исход: объективная и комплексная картина состояния персонала для принятия управленческих решений, своевременное выявление кадровых диспропорций, повышение обоснованности и эффективности управленческих вмешательств, раннее выявление проблем.
	Формы интеграции в рамках модели управления: Структурная: Выстраивание процесса сбора данных в единую систему на разных уровнях. Субъектная: Учет информационных потребностей различных групп заинтересованных лиц при формировании системы показателей; триангуляция данных (сопоставление взглядов персонала, пациентов, экспертов). Междисциплинарная: интеграция подходов из разных областей знаний для комплексной оценки, различных методических подходов. Применение методов социологии, статистики, data science для сбора и анализа данных.
4. Механизм интеграции подсистем здравоохранения в контексте управления персоналом	*Ось концептуальной модели и направление изменения:* полюс общих моделей, унификация на структурных уровнях; субъект-субъектный полюс, рост субъектности.
	Область приложения: Взаимодействие государственной системы здравоохранения с частным, некоммерческим (волонтерским) секторами и регулирование отношений с альтернативной медициной в контексте управления персоналом (критическое восприятие с позиции доказательности).
	Предмет управления: Согласование роли и позиционирования персонала в разных подсистемах, использование их потенциала для решения общесистемных задач, минимизация угроз для помощи пациентам со стороны персонала.
	Субъекты реализации: Минздрав (регулятор), органы управления здравоохранением субъектов РФ, ассоциации частных клиник, НКО.
	Ожидаемый исход: Синергия ресурсов разных секторов, расширение возможностей для карьерной реализации персонала, снижение антагонизма между подсистемами (подсистемы как карьерные треки), повышение доступности и качества помощи в целом.
	Формы интеграции в рамках модели управления: Структурная: Разработка четких правил взаимодействия и интеграции кадровых ресурсов разных секторов (частный сектор, НКО) в выполнении государственных задач; создание платформ для кооперации.

	Субъектная: Согласование интересов государственного сектора (доступность, контроль), частного сектора (прибыль), НКО (просоциальные мотивы) и персонала (карьерные траектории, мотивация).
5.Экономико-мотивационный механизм стимулирования персонала	*Ось концептуальной модели и направление изменения:* субъект-субъектный полюс (рост субъектности через обращенную к субъекту материальную/нематериальную мотивацию); полюс персонифицированных моделей.
	Область приложения: Система оплаты труда, премирования; программы региональной поддержки.
	Предмет управления: Формирование мотивационных моделей, согласованных с ценностными/диспозиционными типажами медицинских работников; баланс между экономической эффективностью и справедливостью вознаграждения.
	Субъекты реализации: Минздрав, Минтруд, региональные органы власти, ФОМС, работодатели (государственные/частные клиники), профсоюзы.
	Ожидаемый исход: Снижение дефицита кадров в уязвимых регионах/специальностях/группах медицинских работников; рост лояльности; минимизация агентских издержек; более справедливое распределение ресурсов.
	Формы интеграции в рамках модели управления: Структурная: Согласование федеральных и региональных программ стимулирования. Субъектная: Учет интересов разных групп персонала при проектировании стимулов, в т. ч. учет ценностных/диспозиционных различий в контексте предлагаемых условий, в балансе с интересами государства (эффективность).

Составлено автором

Помимо указанных механизмов, повысить эффективность управления на макроуровне также могут современные цифровые технологии, вопросы использования которых, рассмотрение набора связанных с ними показателей будут составлять предмет раздела 3.1.

Следующий раздел будет посвящён социальному восприятию, как мезоуровню между рассмотренными макроструктурными показателями и микроуровнем мира медицинского персонала.

2.2 Социальное управление медицинским персоналом на уровне социального восприятия

2.2.1 Общая структура уровня социального восприятия в здравоохранении и его поведенческие компоненты

В данном разделе будет рассмотрен второй обозначенный уровень реализации модели управления – область социального восприятия. Эмпирическая основа раздела – несколько десятков исследований под руководством автора, с использованием авторской методологии по вопросам социального восприятия в системе здравоохранения, в т. ч. опросы населения, медицинских работников и руководителей системы здравоохранения. По причине объемности массива данных и агрегирующего характера данного раздела, подробно описывать каждое из исследований методологически нерационально, однако при обращении к данным отдельных исследований, ссылка на конкретную публикацию будет приведена. Как правило, в рамках изучения социального восприятия со стороны населения использовалась комбинация открытых вопросов об ассоциациях с рассматриваемым объектом (как источник для дальнейшего контент-анализа по авторской методике) и закрытых уточняющих вопросов по отдельным аспектам восприятия. В случае проведения аналитики социальных медиа (образ в информационном пространстве) проводилась сплошная выгрузка из информационного поля массива сообщений по ключевым словам, связанным с объектом восприятия, и также проводился их контент-анализ по тематикам, аналогичным опросным. Дополнительно использовался ряд алгоритмов машинного обучения в рамках задач углубленного анализа, например, для автоматического анализа визуальных компонентов восприятия в социальных медиа. Информация об основных исследованиях приведена в Таблице 7.

Таблица 7. Авторские исследования, использованные в качестве эмпирической основы раздела 2.2.

№	Тематика эмпирического исследования	Год проведения	Выборка и метод
1	Лояльность населения к системе здравоохранения в динамике как эмоциональный	2021 - 2025	2801 респондент в трех волнах, население 18+, стратифицированная рандомизированная выборка, CATI.

	компонент восприятия здравоохранения		
2	Образ дерматовенерологической службы в социальных медиа	2024	77498 текстов, выгрузка сообщений социальных медиа и ряд связанных с ними рисунков.
3	Образ патологоанатомической службы в социальных медиа	2023	25237 текстов, выгрузка сообщений социальных медиа и ряд связанных с ними рисунков.
4	Образ медицинского брата	2021–2023	1204 респондента, население 18+, стратифицированная рандомизированная выборка, CATI; 4896 текстов, выгрузка сообщений социальных медиа и 141 рисунок.
5	Образ специалиста в области акушерства в социальных медиа и онлайн-СМИ	2022	164325 текстов, выгрузка сообщений социальных медиа и ряд связанных с ними рисунков.
6	Образ паллиативной помощи в социальных медиа и онлайн-СМИ	2021–2022	85062 текста, выгрузка сообщений социальных медиа и ряд связанных с ними рисунков.
7	Образ фельдшера в социальных медиа и в восприятии населения	2020–2022	596 респондентов, население 18+, стратифицированная рандомизированная выборка, CATI; 169 975 текстов, выгрузка сообщений социальных медиа и 1057 связанных с ними рисунков.
8	Образ врача и медицинской сестры в массовом сознании	2021	1201 респондент, население 18+, стратифицированная рандомизированная выборка, CATI.
9	Мнение медицинских и фармацевтических работников о работе, эмоциональном состоянии, будущем профессии и медицинских сестрах	2021	14176 респондентов, всероссийская выборка медицинских и фармацевтических работников (опрос через систему НМО).
10	Образ медицинского специалиста в социальных медиа и по данным социологических опросов (сравнение)	2021	1038 респондентов, население 18+, стратифицированная рандомизированная выборка, CATI; 175238 текстов, выгрузка сообщений социальных медиа и ряд связанных с ними рисунков.
11	Оказание (онко)психологической помощи и вопросы ментального самочувствия в стационарах и амбулаторных организациях онкологического профиля	2021	1000 респондентов (включая подвыборки онкопациентов и их родственников) онлайн-панель, 534 врача-онколога со всей страны.
12	Образ психиатрии и психических заболеваний в социальных медиа	2020	737533 текста, выгрузка сообщений социальных медиа и 9054 связанных с ними рисунка.

13	Восприятие медицинских сестер врачами	2018	112 врачей – участников клинико-анатомической конференции, сплошной опрос.
14	Политическое восприятие системы здравоохранения населением	2017–2018 (ежемесячный мониторинг)	13200 респондентов (выборка нескольких волн), население 18+, квотная выборка.
15	Распространение здорового образа жизни медицинскими работниками	2017–2018	603 сотрудника медицинских организаций по квотной выборке (типы медицинских организаций), 16 участников 2 фокус-групп медицинских работников.
16	Медицинская сестра: образ профессии в массовом сознании	2017–2018	31613 текстов, выгрузка сообщений социальных медиа.
17	Образ лабораторной службы в социальных медиа	2017	40156 текстов, выгрузка сообщений социальных медиа.
18	Образ врача-уролога в русскоязычных социальных медиа	2017	44760 текстов, выгрузка сообщений социальных медиа.

Составлено автором

Согласно принятой в Главе 1 базовой схеме анализа социального восприятия, необходимо выделить три компонента формирования социального образа – поведенческий, когнитивный и эмоциональный.

Поведенческий компонент, по сути, обозначает связь восприятия со сферой поведения, что может рассматриваться в контексте частных следствий процессов социального восприятия. Поскольку данный компонент достаточно слабо связан с содержанием процессов социального восприятия, здесь он будет обозначен справочно.

Так, исследования показывают многочисленные поведенческие корреляты социального восприятия медицинского персонала. Образ медицинского специалиста обнаруживает связь с текучестью кадров (желание абитуриентов идти на отдельные профессии, а также у специалистов оставаться в них), качеством помощи (в т. ч. через механизмы социального самочувствия медицинских работников), а в конечном итоге – с возможностями развития профессии, так как ее образ у лиц, принимающих решения, во многом является производным от сформированного в массовом сознании и, например, если определенная профессия считается в обществе «неважной», становится сложнее лоббировать выделение

средств на её поддержку[458]. И в целом тематика социального восприятия обнаруживает связь с вопросом выстраивания баланса интересов заинтересованных лиц (в данном случае, согласование основных аспектов образа процессов, в которые они вовлечены), среди которых следует выделить, помимо лиц, принимающих решения, самих медицинских работников и их подгруппы, а также население в целом, в составе которого основной интерес для данного исследования представляет группа пациентов.

Данные области представляют примеры сфер, на которые можно влиять с помощью механизмов социального восприятия. Другие поведенческие корреляты социального восприятия будут рассмотрены в своих подразделах.

Переходя к когнитивным и эмоциональным аспектам социального восприятия, следует отметить, что многолетние исследования образа медицинского специалиста, проведенные под руководством автора (Таблица 7), свидетельствуют о том, что перспективно рассмотреть *социальное восприятие на различных структурных уровнях*:

- Образ системы здравоохранения в целом (на международном, федеральном, региональном и др. уровнях), который задает «фон» для социального восприятия медицинских кадров в таких аспектах, как, например, доверие.
- Образ отраслей медицины, отдельных организаций, как компонент образа медицинских специалистов, в них работающих, выступающий как источником престижа, так и стигмы.
- Общие составляющие образа медицинского работника и образы специалистов отдельных медицинских профессий, которые дают представление о нормативном в профессии, в частности, о восприятии социального портрета «типичных» их представителей, что раскрывает, среди прочего, тематику социальных барьеров.

Далее данные аспекты будут рассмотрены подробнее.

---

[458] Богдан И. В., Гурылина М. В. Медицинская сестра: образ профессии в массовом сознании // Народонаселение. 2019. Т. 22. № 3. С. 102.

2.2.2 Уровень образа системы здравоохранения в целом

В целом, значимость сферы здравоохранения в публичных коммуникациях задается «заряженными» эмоциональными компонентами её образа, связанными как с самой ценностью здоровья, которая стабильно входит в перечень ведущих ценностей россиян[459] и, как важный фактор восприятия, определяет его специфику, так и с тем, что вопросы жизни и смерти, которые являются предельным выражением тематики здоровья, вызывают сильный отклик у населения.

Общий эмоциональный компонент восприятия отражается в оценках удовлетворённости системой здравоохранения или в аналогичных метриках, замеряемых в опросах населения, которые показывают «знак», «сентимент», «модальность»[460] в отношении системы здравоохранения у респондентов. При этом результат таких замеров в значительной мере будет зависеть от методологических нюансов, таких как выбор показателей и шкалы измерения[461], что выступает аргументом для аналогичной указанной в предыдущем разделе стандартизации в вопросах мониторинга.

В отношении когнитивных компонентов образа системы здравоохранения по результатам авторского исследования были выделены две группы факторов[462]. Первая группа напрямую связана с *опытом взаимодействия* с системой здравоохранения, например, был ли вообще у индивида актуальный опыт обращения за помощью – как показывают исследования автора и ряда других ученых, занимающихся изучением данного вопроса, восприятие системы здравоохранения у тех, кто не имеет актуального опыта обращения в медицинские

---

[459] Жизненные приоритеты россиян: семья, деньги или творчество? // ВЦИОМ. Спутник. 2017. № 3391. URL: https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=1618 (дата обращения: 11.04.2025).
[460] Дуран Т.В. Теория социального управления. С. 142.
[461] Богдан И. В., Гурылина М. В., Зверев А. Л., Чистякова Д. П. Политическое восприятие системы здравоохранения населением: опыт мониторинговых исследований. С. 221; Бузин В. Н. Медиаполитика как интерпретация // Коммуникология: электронный научный журнал. 2021. № 3. С. 8–22.
[462] Рассмотрение в разделе 2.2.2 идет по материалам исследования «Политическое восприятие системы здравоохранения населением» (2017–2018 гг.) с выборкой 13200 респондентов (CATI), если не указано иное.

организации, значительно более негативное, чем у тех, кто таким опытом обладает[463], что можно связать с доминированием различных стереотипов.

Далее – форма собственности. Следует отметить, что из-за того, что подавляющее большинство россиян обращаются в государственные медицинские организации, именно они воспринимаются как «система здравоохранения». Аналогична логика влияния форм помощи: так как большинство людей обращаются в поликлиники, их опыт восприятия системы здравоохранения будет связан в первую очередь с амбулаторно-поликлиническим звеном, что подтверждается результатами проведенного в рамках авторского исследования регрессионного анализа. Таким образом, восприятие системы здравоохранения персонифицирует в себе в первую очередь наиболее массовую её часть – государственную поликлиническую медицину. А следовательно, работающие там медицинские работники будут выступать «витриной» системы здравоохранения, задавая образ «типичного» медицинского работника. При этом остальные сотрудники системы здравоохранения, даже не работая в данной службе, будут испытывать влияние её восприятия как с положительной, так и с отрицательной стороны.

Вторая группа факторов социального восприятия системы здравоохранения – это *факторы, не связанные с прямым опытом*. О важности данных факторов свидетельствуют противоречия, установленные в ходе авторского исследования:

1. Общая оценка системы здравоохранения значимо ниже оценок обращения в любую из её форм оказания помощи.

2. Удовлетворенность респондентов, которые имеют актуальный опыт получения медицинской помощи, значимо выше, чем у не имеющих, а набор факторов оценивания (открытый вопрос, почему была поставлена оценка) в целом одинаков.

Среди не связанных с опытом факторов следует выделить влияние СМИ и информационного поля в целом, что, например, показывает связь актуализации

[463] Богдан И. В., Гурылина М. В., Зверев А. Л., Чистякова Д. П. Политическое восприятие системы здравоохранения населением: опыт мониторинговых исследований. С. 221.

негативных новостей в СМИ и значимого падения удовлетворенности системой здравоохранения. При этом не только новости, связанные с системой здравоохранения, влияют на её восприятие, значим и общий новостной информационный фон (например, крупные резонансные события, кризисы), о чем свидетельствуют как авторские исследования[464], так и исследования других ученых[465], что, скорее всего, опосредовано эмоциональным состоянием общества.

Также система здравоохранения воспринимается как неотделимая от всей социальной сферы общества и образа власти, в аспекте отношения к ней[466]. Как в положительную сторону, например, когда общая поддержка курса власти добавляет позитив к восприятию государственного здравоохранения, так и в негативную – что проявляется, например, в связи недоверия власти и отказа от вакцинации[467].

С таких позиций указанные переменные макро- и мезоуровня могут быть рассмотрены как *контекстные* по отношению к социальному восприятию системы здравоохранения. Наравне с внешними, о которых речь шла ранее, можно привести примеры и внутренних для системы контекстов, оказывающих влияние на образ медицинского работника, вовлеченного в них по «механизму переноса»[468]. Например, конспирологическое восприятие вакцинации будет влиять на восприятие медицинских работников как её «пособников», а к не ведущему ЗОЖ специалисту могут возникнуть вопросы в контексте его просветительской деятельности по данным вопросам[469] и т. д.

---

[464] Там же. С. 234.

[465] Footman K., Roberts B., Mills A., McKee M. Public satisfaction as a measure of health system performance: A study of nine countries in the former Soviet Union // Health Policy. 2013. V. 112. P. 62–69.

[466] Тихонова Н. Е. Социальная политика в современной России: новые системные вызовы // Общественные науки и современность. 2019. № 2. С. 28.

[467] Дудина В. И., Сайфулина В. О. «Почитала, еще меньше вакцинироваться захотелось»: онлайн-дискурс вакцинной нерешительности.

[468] Stiegert P., Täuber S., Leliveld M. C., Oehmichen J. The Stereotype Rub-Off Effect – Organizational Stereotypes Modulate Behavioural Expectations, Expectancy Violation and Punishment After Transgressions // Organizational Behavior and Human Decision Processes. 2021. № 165. P. 127–138.

[469] Богдан И. В., Гурылина М. В., Чистякова Д. П. Методы распространения здорового образа жизни медицинскими работниками: опыт медико-социологического анализа // Вестник НГУЭУ. 2018. № 4. С. 190–191.

Ярким примером контекстного процесса на уровне социального восприятия выступила пандемия. В частности, с позиции социального восприятия было показательным восприятие пандемии как ситуации войны с коронавирусом, в связи с чем, в пандемию было широко распространено для описания ситуации использование военных метафор[470]. Метафора «войны» (а медицинского персонала как солдат-героев), воздействовавшая на неосознаваемые пласты психики, среди прочего, выступала инструментом обоснования большего патернализма и директивных мер, механизмом легитимизации снижения субъектности пациента в рамках системы здравоохранения в контексте трансформации отношений «медицинский работник – пациент», что на мезоуровне коррелировало с преобразованиями макроуровня.

Наконец, важный фактор, выделенный в исследовании, – это ценности, важнейшей из которых является политическая ценность справедливости, которая особенно актуальна для нашей страны[471]. Как показывают исследования, эта ценность важна не только для населения, но и для медицинских работников – например, требования справедливости в оплате труда[472]. Восприятие здравоохранения, например, «справедливым» или нет, также будет оказывать влияние на его интегральный образ[473].

Завершая обзор факторов, не связанных с опытом, следует ещё раз подчеркнуть роль массовых коммуникаций и общего социального контекста событий в стране в формировании образа системы здравоохранения. Через образ системы здравоохранения данный контекст и информационное поле будут

---

[470] Zinn J. O. ‘A monstrous threat’: how a state of exception turns into a ‘new Normal’. P. 1084; Макрон о коронавирусе: «Это война» // ИА REGNUM. 2020. URL: https://regnum.ru/news/polit/2891982.html (дата обращения: 17.04.2025); Ануфриев С. Метафора войны. URL: https://covid19.fom.ru/post/metafora-vojny (дата обращения: 17.04.2025).

[471] Горшков М. К. Социальная справедливость в массовом восприятии и ценностных ориентациях россиян // Гуманитарий Юга России. 2022. № 11(6). С. 32–47.

[472] Темницкий А. Л. Мотивационная структура профессиональной деятельности медицинских работников России; Полякова И. А. Жизненный мир врачей: профессиональное положение и социальное самочувствие.

[473] Богдан И. В., Гурылина М. В., Зверев А. Л., Чистякова Д. П. Политическое восприятие системы здравоохранения населением: опыт мониторинговых исследований. С. 224.

оказывать влияние и на социальное восприятие кадров системы здравоохранения. Таким образом, с учетом глубокой связи восприятия системы здравоохранения и общей социальной сферы общества следует вывод, что проблематика восприятия системы здравоохранения — это ответственность не только Министерства здравоохранения, а общей информационной политики, так как в данном процессе много факторов, на которые органы управления здравоохранением повлиять не могут.

Таким образом, основным субъектом социального управления в контексте образа системы здравоохранения в целом можно назвать государство, а в частности — его общие информационные службы. Среди важных нюансов мониторинга образа медицинского персонала, помимо требования унификации работы в данной области, необходимо уделить внимание эмоциональным (общий сентимент в отношении системы) и когнитивным (наличие релевантного опыта, нарративы СМИ и социальных медиа, в частности, продвигающие определенные ценности и т. д.) аспектам его восприятия.

2.2.3 Уровень образа служб, специальностей и подсистем системы здравоохранения

Восприятие и стигматизация медицинских служб

Образ служб системы здравоохранения необходимо рассматривать как важный компонент образа медицинского специалиста, работающий по указанному механизму переноса. То, как воспринимается в массовом сознании медицинская область, будет задавать восприятие населением отдельных её представителей. Аналогичная ситуация, отчасти, складывается и среди коллег. Следует выделить два важных компонента влияния образа службы на образ её представителя:

1. Как позитивные (например, престиж), так и негативные коннотации со службой, включая её стигматизацию, которая не только ухудшает престиж профессии, но и приводит к ряду негативных эффектов для качества исполнения социальной функции медицинского персонала (лечения) – например, к более позднему обращению пациентов в службу (ввиду нежелания контактировать со

стигматизированной областью), что, в свою очередь, может приводить к поступлению уже в запущенном состоянии или к сложности реинтеграции пациентов в социум, что критично для служб, направленных на повышение качества жизни.

2. Представления о личностных и профессиональных качествах медицинского специалиста, которые, в негативном случае, могут быть производными от стигматизации конкретной области здравоохранения. Данные представления, в частности, задают ожидания в социальном взаимодействии с представителями службы.

Рассмотрим кратко примеры некоторых служб здравоохранения, обладающих яркой спецификой восприятия (в первую очередь, связанной со стигмой), на примере исследований, проведенных под руководством автора. В контексте общей информационной политики в первую очередь представляет интерес содержание наиболее распространенных искажений массового восприятия, которые, за счет своей массовости, влияют на общий образ службы и повышают шансы отражения искаженного образа в информационном поле, что, в свою очередь, влияет на их социальное восприятие.

Самой яркой с позиции общественного восприятия службой, безусловно, предстает служба *психиатрическая* и её стигматизация, чему предоставил самое известное социологическое осмысление И. Гофман[474]. Такого рода исследования стигматизации отрасли продолжаются и до сих пор[475].

Как показало авторское исследование[476], сегодня область психиатрии стигматизирована даже на уровне использования психиатрического языка в быту, за счет активного употребления психиатрических терминов в юморе или при оскорблениях. При этом стигматизируются не столько отдельные заболевания (например, шизофрения), а многообразие психиатрических заболеваний, а также

---

[474] Goffman I. Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity.
[475] Например, Судьин С. А. Психическая болезнь в массовом сознании: динамика представлений.
[476] Богдан И. В., Виноградов В. А., Габов К. И. и др. Социологический мониторинг образа психиатрии и психиатрических заболеваний в социальных медиа в период пандемии: результаты и решения.

все формы помощи - показательно, что люди не разделяют даже стационарную и амбулаторную психиатрическую помощь, предлагая оппонентам пойти «на учет в дурку», в чем, по-видимому, смешан советский опыт постановки на учет и лечения в психиатрической больнице[477]. В создании стигмы участвуют и иллюстрации, связанные с сообщениями о службе, которые способствуют закреплению тревожных ассоциаций на неосознаваемом уровне[478]. В рамках стигмы сам врач-психиатр может восприниматься либо как «опасный», либо как сам имеющий психические отклонения.

Образ психиатрической службы будет требовать значительной работы по общей дестигматизации, в т. ч. в интересах ее медицинских кадров. Основным направлением может выступать предоставление реального опыта общения с психиатрическими пациентами в ремиссии, подчеркивающего их «обыкновенность» или же мероприятия, переносящие акцент восприятия с болезни на внутренний мир человека, например, выставки картин людей с психическими расстройствами, создание и кинопоказы качественных просветительских или художественных фильмов, акцентирующих понятные всем человеческие переживания главных героев. Дестигматизация службы в контексте персонала будет способствовать повышению качества его работы, улучшению эмоционального состояния сотрудников за счет большего принятия пациентов и коллег, а также, потенциально, к улучшению кадровой ситуации за счет роста престижа службы.

Другой пример стигматизированной отрасли – *онкология*, пугающая своими ассоциациями со смертью, которую современное общество пытается обойти, спрятать, сделать вид, что её не существует.

Материалы авторского всероссийского опроса[479] показали, что, с одной стороны, онкостигма не распространена в обществе тотально. С другой стороны,

---

[477] Там же. С. 6.
[478] Там же. С. 7.
[479] Богдан И. В., Виноградов В. А., Горюшкина О. С. и др. Медико-социологическое обоснование внедрения психологической службы в стационары и амбулаторные организации онкологического профиля.

до трети респондентов верит в отдельные мифы и почти у двух третей есть представление, что лечение рака очень дорого, хотя сегодня можно получить высококачественную онкологическую помощь в нашей стране бесплатно.

Распространению такого рода стигмы способствует информационное поле, в котором часты сообщения о тяжелой болезни детей с онкологическим диагнозом, насыщенные негативными эмоциями. Такие массовые сообщения вносят вклад в представления о недостаточной квалификации отечественных врачей и низком качестве отечественной онкологической помощи, а также в закрепление второго самого распространенного стереотипа о том, что онкология связана только со страданиями, что не способствует своевременному обращению за помощью. Как и в случае психиатрии, стигма закрепляется и визуально, в данном случае - через серые безнадежные цвета, что было выявлено в авторском исследовании при кластеризации изображений, использованных в прикрепленных сообщениях к постам о данном заболевании.

Другая служба, стигма которой проистекает из представлений о её связи со смертью – это *патологоанатомическая служба*, которая также сталкивается с ежегодным ростом дефицита кадров, несмотря на ряд реализуемых мер по повышению привлекательности специальности.

При этом, как показало авторское исследование образа патологоанатомической службы[480], стигматизация происходит преимущественно из-за заблуждения о предмете службы врача-патологоанатома — его работа ассоциируется с «моргом» и вскрытием умерших, тогда как это малая часть его работы. Зачастую морги и врачи-патологоанатомы в сообщениях выступают как синонимы слова смерть («… иначе морг»), однако основная часть работы врача-патологоанатома связана как раз с диагностическими исследованиями в отношении живых пациентов, криминалистические вскрытия, которые зачастую приписывают врачу-патологоанатому, производит судмедэксперт.

[480] Исследование «Образ патологоанатомической службы в социальных медиа», 2023 г., выгрузка N=25237 сообщений социальных медиа.

Существенную роль в сохранении неправильного образа службы играют художественные произведения, связывающие ее со смертью. Ввиду закрытости службы для внешнего наблюдателя, художественный вымысел зачастую и становится основным источником представлений о ней. Показательно, что сам термин «морг» является устаревшим и не отражает места работы современного патологоанатома (патологоанатомические отделения).

В отношении образа специалистов, данные социальных медиа также демонстрируют скорее негативное восприятие их как холодных, жестких, без сострадания и даже склонных к садизму (следствие их связи со вскрытиями), что не способствует популярности службы как места работы. Как показывает анализ информационного поля, служба нуждается в новом и более адекватном образе, так как существующий наполнен негативными коннотациями и значительно устарел.

Показательно, что ассоциации со смертью – это не всегда приговор. Об этом свидетельствует авторское исследование образа *паллиативной* службы[481]. С одной стороны, эта область малоизвестна населению даже на уровне названия[482]. С другой стороны, те, кто с ней знаком, понимают, что паллиативная помощь связана со смертью, однако именно позитивные сообщения о ней получают в несколько раз больший отклик в сети, чем негативные. Это во многом связано с личным фокусом сообщений на историях пациентов, передающих не опыт страдания, а торжества жизни, сколько бы её ни осталось.

Служба предстает в социальных медиа как активная и развивающаяся, и даже её акцент на связях с пожертвованиями и благотворительностью не несет такого негатива, как в случае с онкологической службой. Обращает внимание, что цветовая гамма сообщений о паллиативе резко отличается от таковой для других исследованных служб — это мягкие бледно-бирюзовые тона, которые отлично подходят образу паллиатива, вызывая психологическое чувство спокойствия и прилива сил. Данное направление также более персонифицировано, чем ранее

---

[481] Исследование «Образ паллиативной помощи в социальных медиа и онлайн-СМИ», 2021–2022 гг., выгрузка N=85062 сообщений социальных медиа. См. Богдан И. В., Хлынин А. П. Образ паллиативной помощи в социальных медиа и онлайн-СМИ // Pallium. 2023. № 1. С. 59–64.
[482] Там же. С. 59.

рассмотренные — на картинках о службе присутствуют изображения публичных лиц, её представляющих, которые продвигают позитивный образ направления среди населения.

В итоге, несмотря на связь со смертью, паллиативная служба во многом имеет хорошо выстроенный образ, что выступает ярким контрастом с ранее рассмотренными направлениями и представляет пример дестигматизационного подхода. Эта служба также крайне перспективна в отношении работы с социальным восприятием здравоохранения, так как лежащая в её основе позиция недопустимости эвтаназии коррелирует с «культурным кодом» населения нашей страны[483].

Наконец, стигматизация служб может быть связана не только с темами смерти или ментального здоровья. Пример этому – образ *дерматовенерологической службы*[484]. В то время как дерматологический аспект направления активно освещается в информационном поле, население и специалисты активно коммуницируют по данным тематикам, венерологический компонент службы является явным образом стигматизированным.

Значительная часть сообщений именно о венерологии имеет негативный характер. Данные заболевания связывают с сексуальной распущенностью и воспринимаются как «заслуженные». В информационном поле присутствует явная нехватка объективных нарративов и безопасных пространств для коммуникации на тему венерологии. Такое негативное восприятие службы также будет оказывать негативное влияние на восприятие работников, представляющих её, по механизму переноса.

---

[483] Тихонова Н. Е., Каравай А. В. Национальный культурный код: морально-нравственный аспект. С. 96.

[484] Исследование «Образ дерматовенерологической службы в социальных медиа», 2024 г., выгрузка N=77498 сообщений социальных медиа и ряд связанных с ними рисунков.

В целом, как показывают исследования других служб, таких как акушерская[485], лабораторная[486] или урологическая[487], своя специфика есть у каждой из них, что необходимо учитывать в рамках выбора инструментов управления. Однако все же наиболее важными (проблемными) в контексте влияния образа направления на персонал (затрудняющими их работу с пациентами и увеличивающими отток кадров) являются наиболее стигматизированные службы, в частности, связанные с ментальным здоровьем (психиатрическая), смертью (онкологическая, патологоанатомическая), сексуальными табу (венерологическая).

В контексте мониторинга рассмотренных рисков восприятия будет предпочтителен нарративный подход. Источниками нарративов могут выступать как качественные опросные данные, так и контент-анализ сообщений социальных медиа. Ввиду зачастую слабой рефлексируемости заблуждений, количественные мониторинги в форме прямых закрытых вопросов не являются здесь предпочтительными.

Общий подход к информационной работе по дестигматизации медицинских служб может состоять в поддержке оптимистичных нарративов, переносящих фокус с болезни как «приговора» на «обычные» переживания людей с данной болезнью, возможности для излечения или преодоления страдания (если излечение невозможно), поддержке активности по социализации (например, информирование о возможностях посетить встречи пациентских организаций или дестигмационные мероприятия для более широкой публики). Также это работа с пессимистичными нарративами, не путем отрицания или замалчивания их, а посредством маршрутизации их авторов на необходимую помощь со стороны как государственного сектора, так и, например, некоммерческого, или, в случае

---

[485] Богдан И. В., Хлынин А. П. Образ специалиста в области акушерства в социальных медиа и онлайн-СМИ // Женское здоровье и репродукция. 2024. № 3 (64). URL: https://journalgynecology.ru/statyi/obraz-specialista-v-oblasti-akusherstva-v-socialnyh-media-i-onlajn-smi/ (дата обращения: 01.12.2025).

[486] Богдан И. В. Исследование образа лабораторной службы в социальных медиа (кейс Москвы) // Лабораторная служба. 2018. Т. 7. № 3–2. С. 62.

[487] Богдан И. В. Образ врача-уролога в русскоязычных социальных медиа // Мужское здоровье: Сборник тезисов, Сочи, 25–27 апреля 2019 года. Сочи: Межрегиональная Общественная Организация «Мужское и репродуктивное здоровье», 2019. С. 87–88.

заблуждений, – путем корректного информирования с уважением к нарративам пациента.

Обращает внимание, что большинство стигматизированных служб связаны с более низкой субъектностью пациента в отношениях «врач – пациент» и, соответственно, большим патернализмом. Исходя из этого, возникают задачи публичного обоснования снижения субъектности в тех медицинских областях, где оно необходимо, и «компенсации» пациентам менее субъектного положения путём дестигматизации их обращения, демонстрации нормативности взаимодействия с данными службами при необходимости. Стигматизация направлений должна становиться предметом информационных вмешательств в рамках управления образом служб, так как она является фактором восприятия медицинских специалистов, что задает, как было показано, ожидания от них как от людей и профессионалов.

Такого рода работа может быть автоматизирована. В частности, решение, оценивающее индекс стигматизации в информационном поле на основании нейросетей в режиме реального времени, было предложено автором для психиатрической службы[488]. Индекс представляет собой разницу между процентами стигматизированных и нестигматизированных (разделение на группы определяет нейросеть) сообщений в общем информационном потоке. При этом ценность индекса не в самой методике расчета, а в системе автоматизации обработки больших социальных данных – это полезный для политики, направленной против стигматизации, инструмент, делающий мониторинг качества управленческих вмешательств более обоснованным и прозрачным (позволяющий оценить текущий уровень стигмы, успехи конкретных информационных вмешательств, новые возможности и угрозы в контексте распространенных нарративов и т. д.).

[488] Богдан И. В., Виноградов В. А., Габов К. И. и др. Социологический мониторинг образа психиатрии и психиатрических заболеваний в социальных медиа в период пандемии: результаты и решения. С. 11.

Престиж отдельных специальностей и подсистем

Медицинские службы выстраиваются в общественном сознании в иерархию не только по патернализму, но и по престижу. Исследования показывают, что оценки престижности не соотносятся с актуальными кадровыми потребностями служб. Такая иерархия, воспроизводимая в сознании населения и самих медицинских работников, является важным барьером для привлечения кадров в дефицитные специальности.

Обычно на ведущих местах по позитивному восприятию в данной иерархии – хирургия, а в аутсайдерах – стигматизированные специальности. Так, в румынском исследовании более позитивное отношение было в отношении кардиологов, хирургов, радиологов и офтальмологов, а среди аутсайдеров, что показательно, психиатры[489]. Далее, большинство опрошенных (69%) в исследовании К. Олссон и соавторов считали, что хирурги обладают высоким статусом и только 6–7% считали так в отношении гериатрии, психиатрии, лабораторных специальностей[490]. Аналогичные данные были обнаружены и в авторском исследовании образа врача, когда хирурги по престижу значимо превосходили другие рассматриваемые специальности, особенно участкового терапевта[491].

Такое положение дел связано не только с большими трудозатратами на обучение и большей ответственностью, которую несут хирурги, но и с ассоциациями данной медицинской специальности со *стационарной помощью*, которая является намного более престижной, чем амбулаторная, которую оказывают участковые терапевты – там «интереснее» клинические случаи,

---

[489] Dancu V. S. The public image of doctors and illness // Conference: The public image of doctors and illness. 2017. Project: Economia bunurilor imaginare. Sociologia ideologiilor, credintelor colective si superstitiilor la romani. URL: https://www.researchgate.net/publication/320161717_The_public_image_of_doctors_and_illness (accessed: 17.04.2022).

[490] Olsson C., Kalén S., Ponzer S. Sociological analysis of the medical field: using Bourdieu to understand the processes preceding medical doctors' specialty choice and the influence of perceived status and other forms of symbolic capital on their choices. P. 444.

[491] Богдан И. В., Кузьменков В. А., Чистякова Д. П. Образ врача в массовом сознании (по материалам социологического исследования).

устойчивы ассоциации с героическим спасением жизни и более высоким профессионализмом, пациентам легче оперативно помочь, в отличие от хронических больных, которым обычно требуется длительная личная активность для улучшения здоровья[492]. При этом основной дефицит кадров относится именно к службе *амбулаторной*. Таким образом, данное восприятие вносит вклад в проблематику кадрового дисбаланса системы здравоохранения.

Отдельно следует отметить ось *государственная – частная медицина*, в которой, как правило, в аспекте престижа приоритет отдается частной службе, что обусловлено представлениями о более высокой заработной плате и сервисе. Так, в авторском опросе 51% опрошенных жителей Москвы считают её более престижной и только 25% – государственную[493]; разделение аналогично, но несколько более сглажено в результатах авторского всероссийского опроса медицинских работников – 51% против 40% (при этом именно московские работники считают государственную медицину более престижной, что можно связать с существенными ресурсами, имеющимися у столицы для развития здравоохранения)[494]. Несмотря на это, персонал отмечает наличие преимуществ и у государственной службы, таких как большая надёжность, стабильность, бескорыстность[495].

Социальное восприятие демонстрирует в данном аспекте конфликтность между государственным и частным сектором здравоохранения, обладающими различными задачами (общественное здоровье или извлечение прибыли), что подчеркивает риски антагонизма, отмеченные в предыдущем разделе.

---

[492] Там же.

[493] Там же. С. 100.

[494] Богдан И. В., Горносталев М. Д., Природова О. Ф. и др. Мнение медицинских и фармацевтических работников о престижности работы в государственных и частных организациях // Мегаполис будущего: здоровье, профилактика и активное долголетие: Материалы VI научно-методического форума организаторов здравоохранения города Москвы, Москва, 03–05 декабря 2024 года. М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2024. С. 50–51.

[495] Богдан И. В., Гурылина М. В. Медицинская сестра: образ профессии в массовом сознании. С. 106; Богдан И. В., Кузьменков В. А., Чистякова Д. П. Образ врача в массовом сознании (по материалам социологического исследования). С. 101.

Рассмотренные иерархии в восприятии представляют собой ещё одно измерение, которое необходимо учитывать при обсуждении вопросов дефицитных специальностей, и дисфункции в них будут требовать управленческих вмешательств, в т. ч. информационных. В частности, представляется важным повышение воспринимаемой престижности государственной амбулаторной службы (в контексте вмешательств) и мониторинг соотношения престижности рассмотренных служб (в контексте показателей) – государственная/частная, амбулаторная/стационарная (включая ассоциирующиеся с ними медицинские специальности).

2.2.4 Уровень образов медицинских профессий

Общие составляющие образа медицинского специалиста

Аналогично общему сентименту по отношению к системе здравоохранения или её службам, может быть рассмотрено общее отношение к медицинской профессии. В целом оно по большей части положительно, а доверие к клиническим специалистам высоко по всему миру. Например, в Великобритании доктора и медсестры названы как наиболее достойные доверия профессии (92% и 95% доверяющих опрошенных соответственно)[496]. Аналогично высокое доверие было зафиксировано в исследованиях в США[497]. Для России также характерно высокое доверие к медицинским работникам, в частности, к врачам[498]. Высокие показатели позитивного отношения способствуют лучшему эмоциональному состоянию кадров, улучшению их работы за счет большей комплаентности пациентов и снижению текучести кадров вследствие престижности профессии.

---

[496] Allsop J. Regaining Trust in Medicine: Professional and State Strategies // Current Sociology. 2006. № 54(4). P. 625.

[497] American Nurses Association Celebrates The Power of Nurses: Nurses Take the #1 Spot on Gallup's Annual Poll for 23 Years Straight. URL: https://www.nursingworld.org/news/news-releases/2025/american-nurses-association-celebrates-the-power-of-nurses-nurses-take-the-1-spot-on-gallups-annual-poll-for-23-years-straight (accessed: 07.04.2025).

[498] ВЦИОМ. Наиболее престижные и доходные профессии: мониторинг. URL: https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/naibolee-prestizhnye-i-dokhodnye-professii-monitoring (дата обращения: 07.04.2025); Богдан И. В. Реформа здравоохранения в постсоветской России. С. 108.

При этом, как будет показано в разделе, сентимент по отношению к различным группам персонала в значимой степени неоднороден, также образ медицинского работника в нашей стране в отдельных аспектах не является благополучным. Для того, чтобы в дальнейшем понять причины такой дифференциации, важно обратиться к когнитивным компонентам социального восприятия. В ходе многолетних исследований под руководством автора был выявлен ряд аспектов социального восприятия медицинского работника, которые выраженно и стабильно наблюдаются в опросах:

-*Внешность медицинского специалиста (физические атрибуты)* – это то, как воспринимается внешний вид «среднего» медицинского специалиста – например, это физические характеристики его как человека: пол и возраст – молодой ли это сотрудник или пожилой, мужчина или женщина и т. д. Важно отметить, что это не просто вопрос описания, восприятие внешнего вида «типичного сотрудника» – это в т. ч. и фактор доверия. Например, возраст в совокупности с принятыми в обществе культурными нормами будет определять, будут ли более «уязвимыми» с позиции социального восприятия специалисты молодого возраста как «некомпетентные» или пожилого как «отсталые от прогресса». Гендерные аспекты восприятия будут важны для «гендерно нагруженных» профессий - например, восприятие сестринского дела как профессии исключительно женской может крайне негативно сказываться на возможностях привлечения к работе мужчин (медбратьев).

К внешним характеристикам также можно отнести одежду и иные носимые атрибуты. Например, зачастую символом медицинского сотрудника, в первую очередь врача, является белый халат или реже – одежда белого цвета. При всей неважности на первый взгляд этих аспектов, «типичность» одежды медработника, как показывают многочисленные исследования, является фактором доверия и

эмоционального комфорта пребывания в больнице, особенно для людей старшего возраста[499].

К физическим атрибутам также можно отнести часто используемые инструменты, такие как стетоскоп, тонометр, капельницы и другие, которые связаны с типичным функционалом медицинского работника и выступают показателем принадлежности к данной группе.

Внешние атрибуты являются важным аспектом образа медицинского работника, которые в ряде случаев будут нуждаться в корректировке, если, например, определенное восприятие снижает привлекательность медицинской профессии для отдельных целевых групп (как пример – опять же, «сестринское дело» для мужчин).

-Не менее важными для восприятия медицинских специалистов являются *личностные*[500] *качества* медицинского работника – как правило, гуманистические, ассоциирующиеся изначально с медицинской профессией, такие как сострадание, эмпатия, доброта, милосердие и другие. Также это могут быть и отрицательные качества, ассоциации с которыми проистекают как из личного опыта, так и из информационного поля, например, ассоциации работников с корыстностью, черствостью, хамством, коррупцией и т. д., что также вносит вклад в престижность профессии.

-Продолжая тему качеств, определенной оппозицией моральным качествам являются *качества профессиональные*, связанные с умением осуществлять медицинским работником свои должностные обязанности.

Для восприятия медицинских профессий перспективным является сопоставление этих двух групп качеств, которые отражают запросы к медицинским профессиям со стороны населения, а также, отчасти, среди абитуриентов, которые

---

[499] Богдан И. В., Гурылина М. В. Медицинская сестра: образ профессии в массовом сознании. С. 106; Богдан И. В., Кузьменков В. А., Чистякова Д. П. Образ врача в массовом сознании (по материалам социологического исследования). С. 96.

[500] Здесь и далее термины «личный» и «личностный» как имеющие скорее не сутевые, а стилистические оттенки будут употребляться как синонимы.

могут выбирать, идут ли они в медицинские профессии, в которых скорее работают «мозгами», «руками» или «сердцем».

-Также есть определенный набор дескрипторов, описывающих специалиста с позиции *«медицинских координат»* — это уже рассмотренные параметры медицинской специальности, а также представления о формах помощи, которые косвенно показывают относительную престижность определенных профессий и нахождение их в фокусе массового сознания.

-Наконец, отдельно можно выделить ряд *статусных* параметров восприятия медицинских работников, среди которых представления о величине их заработной платы (в т. ч. в сравнении со «справедливой оплатой»), вопросы защищенности трудовых прав, общее представление об условиях труда, которые в значимой мере пересекаются с параметрами структурного уровня. При всей их важности, в авторских исследованиях эти аспекты встречались в восприятии реже указанных выше. Однако в ряде регионов, где ситуация со статусом медицинского работника устойчиво проблемна, эти представления могут входить в ядро восприятия «типичного» медицинского сотрудника.

Другие часто называемые аспекты образа менее содержательны или реже встречаются – это, например, *общемедицинские ассоциации*, просто фиксирующие принадлежность профессии к области медицины (болезнь, медицина, здравоохранение, здоровье и т. д.), однако в рамках анализа их ценность представляется достаточно невысокой по причине формальности.

Рассмотренные аспекты восприятия профессий относятся в первую очередь к осознаваемому уровню. К более глубинному уровню восприятия может быть отнесен блок *образов-метафор* или «больших стереотипов» как они были названы в авторских исследованиях[501], которые фиксируют комплекс черт «среднего» медицинского специалиста, и которые являются крайне привлекательными для массового сознания ввиду своей яркой образности (эмоциональности) и экономичности с позиции восприятия. Последнее, как показывают упомянутые

[501] Богдан И. В., Гурылина М. В. Четыре «больших» стереотипа о медицинских сестрах в массовом сознании: по материалам анализа сообщений москвичей в социальных медиа.

исследования классиков изучения социальной перцепции, - то, к чему стремится психика.

Например, самый яркий образ для врача, выявленный в авторских исследованиях - образ спасителя, целителя, помощника раскрывает гуманистические элементы профессии в целом и заключает общую высокую нравственность в емкой метафоре «спасителя». Также ярок комплексный образ «клятвы Гиппократа», которую, по мнению значительной доли населения, дают врачи (что не соответствует действительности) и которую, хотя мало кто знаком с её текстом, воспринимают как синоним высокой нравственности профессии. Часто данные яркие метафоры возникали под влиянием искусства.

Важным аспектом, также имеющим отношение к общему интегральному восприятию, и также слабо отрефлексированным, является выявленная в авторских исследованиях дихотомия «образ профессии в целом – образ профессии на основании личного опыта». Данная дихотомия была обозначена в ответ на выявленное на первых этапах пандемии противоречие – с одной стороны эксперты приводили данные о росте позитивного восприятия врачей, с другой стороны, часть экспертов приводили данные о высоком недоверии им. В ответ автором была предложена модель анализа образа медицинского работника, выделяющая в нем два компонента – *конкретный опыт* взаимодействия с врачом и абстрактный *образ профессии*[502].

Первый аспект, как отражающий опыт взаимодействия, в том числе негативный, или несоответствие опыта ожиданиям, в пандемию никуда не исчез, и именно с ним можно связать высказанное недоверие врачам. С другой стороны, образ профессии – это образ идеализированный, и во многом это образ должного и эталонного[503], который связан с упомянутым врачом-спасителем и клятвой Гиппократа. И именно образ профессии воспринимается идеализированно, в т. ч. как «герой» и как «спасатель». Этот компонент образа был востребован в

[502] Богдан И. В. Когда мы говорим о доверии врачам, подразумеваем ли мы одно и то же? «The врач» и «а врач» в социологических исследованиях.
[503] См. Саморегуляция и прогнозирование социального поведения личности. С.57.

кризисной и нестабильной ситуации пандемии. При этом указанные противоположные компоненты могут совмещаться в сознании одного человека, который даже при столкновении с некомпетентным, с его точки зрения, врачом все равно мог считать, что ему просто не повезло в данном конкретном случае встретить того самого «настоящего врача». Данная дихотомия также должна быть учтена в мониторингах.

При этом следует отметить, что мониторинг различных компонентов образа медицинского работника обладает множественными нюансами, начиная от методических подходов к установлению представлений о профессии различного уровня глубины – осознаваемых или неосознаваемых (путем использования открытых или закрытых вопросов, изменения последовательности расположения вопросов в анкете и др.), заканчивая вопросами сопоставления образов, полученных с помощью цифровых и нецифровых каналов информации. В частности, в авторских исследованиях было показано существенное расхождение между образом медицинского работника в социальных медиа и по результатам опросов[504]. В связи с этим, в отсутствие обоснованной методологии интеграции информации из различных источников, указанные области должны анализироваться раздельно, с четким пониманием того, какой аспект образа является предметом анализа, и не могут рассматриваться как идентичные, во избежание некорректных выводов.

В целом, важными аспектами для мониторинга и вмешательств следует рассматривать как вопросы общего отношения к медицинским специалистам, так и отдельные когнитивные аспекты образа, среди которых важное место занимают вопросы внешности типичного медицинского работника (в аспекте инклюзивности для релевантных групп), соотношение личных и профессиональных качеств в образе (что можно рассматривать как показатель запроса на личностные навыки и социогуманитарные компетенции), соотношение идеального (отражение текущего состояния социальных отношений) и реального (зона роста) образа профессии.

---

[504] Богдан И. В., Дренева А. А., Чистякова Д. П. Образ медицинского специалиста в социальных медиа глазами москвичей: управленческие и методические аспекты. С. 57–67.

Рассмотрев общую картину со структурой образа медицинских специалистов, следует выделить основные черты образов отдельных профессий здравоохранения.

Образ врача

Образ врача сегодня в массовом сознании жителей нашей страны является достаточно позитивным, врач считается уважаемой в социуме профессией - например, так полагают 84% респондентов в авторском исследовании[505]. Эмоциональный аспект – тональность мнений о враче в проведенном опросе также преимущественно положительная (51% респондентов высказывают положительные ассоциации) и нейтральная в социальных медиа. Последнее можно связать с меньшей склонностью пользователей делиться позитивом в открытых источниках, а также с методикой отбора сообщений по ключевым словам, из-за которой в выборку попало много сообщений, где врач не является смысловым центром сообщения, а упоминается вскользь.

В рамках рассмотрения когнитивных аспектов образа, самой частой ассоциацией, преобладающей в образе врача, является метафора-образ «спасателя/помощника», который подчеркивает важные гуманистические аспекты профессии, что можно рассматривать как отражение культурных аспектов восприятия профессии в нашей стране. При этом, несмотря на такую роль личностных факторов, значимую роль в восприятии играют также и профессиональные качества врача, которые упоминаются не реже личных (Таблица 8). В итоге образ врача в массовом сознании выступает как сбалансированный «сплав человечности и компетенций»[506].

---

[505] Богдан И. В., Гурылина М. В. Медицинская сестра: образ профессии в массовом сознании. С. 106; Богдан И. В., Кузьменков В. А., Чистякова Д. П. Образ врача в массовом сознании (по материалам социологического исследования). С. 99.

[506] Богдан И. В., Кузьменков В. А., Чистякова Д. П. Образ врача в массовом сознании (по материалам социологического исследования). С. 98.

Таблица 8. Восприятие врача в опросах и социальных медиа[507], приведены проценты по столбцу (% от всех опрошенных и % от всех проанализированных сообщений в социальных медиа)

Группа ассоциаций с врачом	**Опрос**	**Социальные медиа**
Несодержательные ассоциации, без конкретики (как положительные, так и отрицательные)	43	51
Помощь/помощник/спасатель/целитель	17	2
Собственные эмоции респондента по отношению к врачу	16	12
Собственные положительные чувства по отношению к врачам: надежда, доверие	10	4
Собственные негативные эмоции по отношению к врачам, например, страх, что окажут некачественную помощь	5	5
Общемедицинские ассоциации: медицина, болезнь, здоровье, лечение	14	0
Физические атрибуты врача	6	17
Белый халат	6	1
Иные физические атрибуты врача, кроме халата	1	0
Пол врача (чаще женский)	1	16
Хорошие душевные качества врача	4	3
Профессиональные качества врача (как положительные, так и отрицательные)	4	13
Форма помощи и специальность работы врача	3	22
Форма помощи (амбулатория, стационар, скорая)	2	7
Ассоциации с конкретной специальностью	2	16
Респондент сам врач/его родственники врачи	2	2
Низкий статус врача: бедность, бесправность, «винтик системы», тяжелые условия труда	2	3
Негативные финансовые ассоциации: вымогатели, коррупция, платность, бюрократия	2	3
Художественные образы: Айболит, Доктор Хаус, Гиппократ и пр.	1	2

В связи с и так высоко позитивным восприятием профессии, потенциал улучшения для образа врача присутствует, но значительно ограничен. Во-первых, проблемой является смешение ответственности врача и института

[507] Исследование «Образ медицинского специалиста в социальных медиа и по данным социологических опросов (сравнение)», 2021 г. Выборка: N=1038, население 18+, стратифицированная рандомизированная выборка, CATI; N=175238 текстов, выгрузка сообщений социальных медиа и ряд связанных с ними рисунков. Таблица приведена на основании: Богдан И. В., Дренева А. А., Чистякова Д. П. Образ медицинского специалиста в социальных медиа глазами москвичей: управленческие и методические аспекты. С. 61–62.

здравоохранения, который он представляет[508], чем зачастую пользуются вышестоящие руководители, делая врачей ответственными за те дефекты, к которым врач не имеет отношения, но агрессия пациента в отношении которых направляется на него – например, недоступность узких специалистов, сложности с записью на прием и т. д. В этой связи необходимо четкое разделение ответственности системы здравоохранения и её представителей в информационной политике.

Во-вторых, население считает, что тяжелая работа врача не всегда оценивается по заслугам, в т. ч. их заработная плата не всегда соответствует важности и сложности труда. И пусть данный вопрос существенно снизил актуальность по сравнению с 1990-ми годами, сегодня периодически возникают с одной стороны – конфликтные ситуации в связи с требованиями справедливой оплаты труда медицинских работников, с другой – подходы к их решению, например, в рамках внедрения эффективного контракта[509].

Образ специалиста в области сестринского дела

По сравнению с образом врача, образ медицинской сестры (здесь и далее в ряде случаев данный термин будет использован как синоним специалиста в области сестринского дела) является в значительно большей мере подверженным негативным стереотипам, что требует управленческих вмешательств. Дисбалансы в восприятии медицинских профессий (например, врач / медсестра) с социологической точки зрения можно рассматривать как закрепляющие неравенства и, как будет показано далее, властные отношения в среде медицинского персонала.

---

[508] Решетников А. В., Айвазян Ш. Г., Присяжная Н. В. Роль участкового врача во мнениях молодых и опытных профессионалов // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. 2020. № 2. С. 331–346; Богдан И. В., Гурылина М. В. Медицинская сестра: образ профессии в массовом сознании. С. 106; Богдан И. В., Кузьменков В. А., Чистякова Д. П. Образ врача в массовом сознании (по материалам социологического исследования). С. 99.

[509] Шишкин С. В., Темницкий А. Л. Результативность введения эффективного контракта с медицинскими работниками.

Несмотря на то, что медсестра – самая массовая профессия в медицине и важность её работы для медицинских исходов, её образ значимо более негативный, как в целом, так и в сравнении с образом врача[510]. В нашей стране, при высоком статусе специалиста с высшим медицинским образованием, медсестры нет среди профессий, пользующихся наибольшим доверием. Сестринская профессия воспринимается скорее неперспективной, нестатусной, рутинной, непрестижной.

В значительной мере такое положение дел можно связать с тем, что изначально сестринское дело развивалось как «женская» профессия[511]. В т. ч. как следствие социальных предрассудков, на момент начала своей институционализации, сестринская профессия позиционировалась как профессия «помощника врача», как вторичная по отношению к врачебной, моделируя иерархию «отец – мать» / «мужчина – женщина», актуальную для того времени.

И когда перед системой здравоохранения встали новые вызовы, возник вопрос расширения должностных обязанностей медсестры за счет функционала, ранее принадлежавшего врачу, наделения её менеджерскими (управленческими) функциями, роста её автономии и лидерства[512], устаревшее некорректное представление о профессии, укоренившееся как в массовом сознании, так и сознании коллег, становится серьезным препятствием. Если автономия не признается ни коллегами, ни пациентами, это рождает препятствия для её воплощения.

При рассмотрении эмоционального компонента восприятия медицинской сестры (общая тональность ассоциаций в опросах или сообщениях в социальных медиа) можно выявить в целом также позитивно-нейтральное отношение к

---

[510] Богдан И. В., Кузьменков В. А., Чистякова Д. П. Образ врача в массовом сознании (по материалам социологического исследования). С. 100.

[511] Богдан И. В. Исторические аспекты восприятия сестринской профессии: религиозное служение, военный подвиг, "обычная профессия" // Миссия конфессий. 2021. Т. 10. № 8(57). С. 836–842

[512] Богдан И. В., Кацаурова С. Ю., Чистякова Д. П. Социологическое исследование содержательных аспектов образа медицинской сестры // Известия вузов. Социология. Экономика. Политика. 2023. № 1. С. 45.

профессии в массовом сознании[513]. При этом когнитивные компоненты восприятия находятся в дисбалансе – повышенное внимание, в отличие от образа врача, отводится внешности и личностным качествам (Таблица 9).

Таблица 9. Образ медицинской сестры, полученный в опросах и социальных медиа, приведены проценты по столбцу (% от всех опрошенных и % от всех проанализированных сообщений в социальных медиа)[514]

Группа ассоциаций с медсестрой	**Опрос**	**Социальные медиа**
Несодержательные ассоциации, без конкретики (как положительные, так и отрицательные)	48	12
Общемедицинские ассоциации: медицина, болезнь, здоровье, лечение	13	0
Физические атрибуты медсестры	12	48
Белый халат	7	1
Пол медсестры (женский)	6	41
Возраст медсестры (девушка, пожилая, средних лет)	5	5
Внешняя красота и привлекательность	4	9
Иные физические атрибуты медсестры, кроме халата	1	1
Помощь/помощник/спасатель, тот, кто должен спасать	8	15
Хорошие личностные качества медсестры	8	12
Функционал медицинской сестры: уколы, массаж, анализы, уход	7	8
Медсестра связана с другим медицинским персоналом	7	16
Медсестра ассоциируется с другими медработниками или путается с ними – врач, фельдшер	5	0
Медсестра – помощник врача	2	3
Форма помощи и специальность медсестры	6	33
Форма помощи (амбулатория, стационар, скорая)	6	13
Ассоциации с конкретным типом работы	0,4	22
Собственные эмоции респондента по отношению к медсестрам	5	26
Собственные положительные чувства по отношению к медсестрам: надежда, доверие	4	15
Собственные негативные эмоции по отношению к медсестрам	2	4
Медсестры – боги, герои	0	5
Профессиональные качества медсестры (как положительные, так и отрицательные)	3	7

[513] Богдан И. В., Дренева А. А., Чистякова Д. П. Образ медицинского специалиста в социальных медиа глазами москвичей: управленческие и методические аспекты. С. 63.

[514] Исследование «Образ медицинского специалиста в социальных медиа и по данным социологических опросов (сравнение)», 2021 г. Выборка: N=1038, население 18+, стратифицированная рандомизированная выборка, CATI; 175238 текстов, выгрузка сообщений социальных медиа и ряд связанных с ними рисунков. Таблица приведена на основании: Богдан И. В., Дренева А. А., Чистякова Д. П. Образ медицинского специалиста в социальных медиа глазами москвичей: управленческие и методические аспекты. С. 64–65.

Низкий статус медсестры: бедность, бесправность, тяжелые условия труда	2	6
Респондент сам, его родственники/знакомые медсестры	2	4
Художественные образы	0	7
Негативные финансовые ассоциации: вымогатели, коррупция, платность	0	1

В первую очередь, важный аспект внешности – это пол (женский), что отражено в самом названии «сестринского дела». И пусть ситуация превалирования женщин в профессии объективна для почти всех стран мира, важно обозначить вопрос о роли *медицинских братьев*, поднимая вопрос мужчин в «женской профессии»[515].

Западная феминистическая традиция исследований уделяет повышенное внимание дискриминации медбратьев, как немужественных, феминных, приводятся примеры произведений искусства, поддерживающих данный стереотип[516], однако, как показывает авторское исследование, образ медбратьев в массовом сознании по большей части далеко не такой (как минимум, в нашей стране), – наоборот они воспринимаются больше как «мужчины в медицине» в противоположность медсестрам как «женщинам в медицине»[517]. С медбратьями у населения больше ассоциируется труд, требующий силы, стойкости, «мужские» пространства – морги, психиатрия, военная медицина. Таким образом, это пример расхождения образа профессии в информационной среде (в которой действительно больше негатива) и в массовом сознании.

Возвращаясь к медсестрам, важны и другие внешние атрибуты, такие как возраст (медсестра воспринимается чаще молодой девушкой), а также в целом привлекательность, которая во многом является отражением «большого стереотипа» «чувственной медсестры» (см. далее).

---

[515] Богдан И. В. Образ медицинского брата: восприятие населением мужчины в "женской" профессии // Человек. Общество. Инклюзия. 2021. № 4(48). С. 18–24.

[516] Богдан И. В., Матвеева А. С. Образ медбрата в социальных медиа и восприятие населения Москвы: Мужчина в «сестринском деле». М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2023. 14 с.

[517] Богдан И. В. Образ медицинского брата: восприятие населением мужчины в "женской" профессии. С. 18–21.

Большой акцент в образе медсестры также отводится личным качествам, что логично в связи с тем, что население зачастую не представляет, чем занимается медсестра[518], так как это слабо отражено в искусстве и информационном поле, в котором делается акцент как раз на личности работника. Таким образом, в восприятии медицинской сестры есть тенденция сдвига баланса «личное – профессиональное» в сторону восприятия сестринской профессии больше как области применения личных качеств, что с одной стороны может облегчать принятие пациентами и коллегами выполнения медсестрой немедицинских функций (например, в рамках работы администратором), с другой – затруднять принятие медсестры как именно медицинского специалиста.

Важным с позиции информационной политики является то, что в ассоциациях с медицинскими сестрами появляется категория, которой ранее не было для врача – это категория их контекстных упоминаний с другими специалистами – врачами, фельдшерами (когда медсестра упоминается в контексте их или указывается её подчиненное положение по отношению к врачу). Восприятие в таком ключе закрепляет дисфункциональные властные отношения в медицинской среде и наносит урон образу сестринского персонала как автономных специалистов среди населения и коллег, что также создает барьеры для реального повышения их независимости в контексте профессиональной деятельности. Указанное повышение автономии необходимо, так как исследования показывают связь её расширения и, например, исходов лечения[519].

Переходя от восприятия осознаваемого к более неосознаваемому, важнейшим аспектом образа медсестры представляется то, что было названо автором *«большими стереотипами»*, образами-метафорами о профессии. Данным метафорам посвящены многолетние исследования зарубежных ученых, однако в

---

[518] Brunelli M. V., Maluenda Martinez M., Sarco V., Garcia M., Varas Lantaño C., Gonzalez Luis H. Public Perceptions of Nurses in Argentina. A Cross-Sectional Study; Богдан И. В., Гурылина М. В. Медицинская сестра: образ профессии в массовом сознании. С. 107.

[519] Богдан И. В., Природова О. Ф., Фомина О. А., Чистякова Д. П. Восприятие медицинских сестер работниками здравоохранения: социологический взгляд на дискурс об автономии. С. 182.

России авторские работы в данной области можно назвать первыми, которые обратились к данной тематике и представили зарубежный взгляд на неё[520].

Основные метафоры также проистекают из гендерного компонента образа, связи сестринского дела с «женской» профессией. На основании обзора литературы было выделено четыре основных образа такого рода: «ангел-хранитель», «помощник врача», «авторитарная медсестра», «чувственная медсестра»[521]. Две метафоры можно условно назвать положительными, как минимум, в ряде аспектов (ангел-хранитель и помощник врача), две остальные – откровенно отрицательные.

Образ медсестры – ангела-хранителя как восхваление моральных качеств медсестры, безусловно, является положительно окрашенным. Встречающийся в ассоциациях образ спасителя также можно по большей части отнести к нему. Однако с другой стороны, в связи с таким восприятием возникает указанный вопрос дисбаланса между профессиональным и личностным, который и так уже изначально смещен в сторону последнего. Как считают исследователи, это рождает риски восприятия сестринской профессии как квази-волонтерской деятельности[522], когда медсестра предстает как просто «добрая женщина в больнице», с единственным «функционалом» — делиться своей добротой. К сожалению, в информационных кампаниях зачастую используется именно такое освещение, фактически закрепляющее дисбаланс в сторону личного и гендерные стереотипы.

Аналогично образ «помощника врача», хотя и включает в себя положительные коннотации помощи, а многие врачи в авторских исследованиях называли медсестер своей «правой рукой»[523], также закрепляет подчиненное положение медсестер в медицинской иерархии, что коррелирует с указанным смешением их в ассоциациях с другими специалистами, когда медсестра предстает просто в перечислении долгой чреды медицинских специалистов – «врачи,

---

[520] Богдан И. В., Гурылина М. В. Четыре «больших» стереотипа о медицинских сестрах в массовом сознании: по материалам анализа сообщений москвичей в социальных медиа. С. 553.
[521] В отсутствие других работ по данной теме на момент первых публикаций автора, приведены авторские переводы, учитывающие социальный контекст на момент публикации.
[522] Bridges J. M. Literature review on the images of the nurse and nursing in the media.
[523] Богдан И. В. Восприятие медицинских сестер московскими врачами // Вестник «Биомедицина и социология». 2018. Т. 3. № 2. С. 14–15.

медсестры, фельдшера…»[524]. Это поднимает вопрос управления восприятием иерархических отношений в медицинском коллективе, чтобы статус медицинских работников более соответствовал их рабочему вкладу (в т. ч. тому, который возникнет вследствие роста автономии профессии и расширения её функций).

Остальные два образа («авторитарная» и «чувственная» медсестра) – откровенно негативны, в них также не присутствуют профессиональные качества и поднимаются вопросы в отношении автономности[525]. Данные образы в целом переводят дискуссию из профессиональной плоскости в негативно-личностную и их использование в информационных материалах недопустимо даже в шутку, так как само повторение стереотипа даже в осуждающем ключе может его поддерживать в массовом сознании, за счет восприятия такой информации как знакомой («я что-то слышал об этом»)[526].

Сестринская профессия, для решения актуальных задач по расширению автономии и «обоснования» получения ряда функций от врача в восприятии населения и коллег, должна получить *новый образ*, в котором будут:

1. В более профессиональном ключе переосмыслены личные качества, например, путем акцента на уникальной роли медсестры в жизни пациента.

2. Изменен образ профессии на более открытый не только «типичным медсестрам» – молодым женщинам европеоидной внешности[527], но и другим группам, например, мужчинам, которые смогут рассматривать сестринское дело как достойную для себя профессию.

3. Закреплены новые профессиональные качества и большая автономия, своя зона ответственности (которая есть уже сегодня – уход и «сестринский процесс», в противоположность лечению у врача).

---

[524] Богдан И. В., Дренева А. А., Чистякова Д. П. Образ медицинского специалиста в социальных медиа глазами москвичей: управленческие и методические аспекты. С. 65

[525] Богдан И. В., Гурылина М. В. Четыре «больших» стереотипа о медицинских сестрах в массовом сознании: по материалам анализа сообщений москвичей в социальных медиа. С. 555.

[526] Lewandowsky S., Cook J., Ecker U. K. H., Albarracín D., Amazeen M. A. et al. The Debunking Handbook 2020. 2020. URL: https://sks.to/db2020 (accessed: 07.04.2025).

[527] Богдан И. В., Гурылина М. В. Медицинская сестра: образ профессии в массовом сознании. С. 109.

4. Обозначены перспективы сестринского дела как полноценной карьеры, а не временной подработки[528].

Причем работа должна вестись не только с населением, но и с самими *медсестрами и их коллегами*. Последними во многом воспроизводятся стереотипы массового сознания, коллеги также нередко воспринимают медсестер сквозь личностные качества[529], что также может приводить к недооценке их профессиональных компетенций. Аналогично, самовосприятие (автообраз) медсестер воспроизводит образ в массовом сознании в аспектах неавтономности. Например, по данным авторского опроса, сами специалисты также в целом согласны с тем, что основная задача медсестры – помогать врачу[530] .

В контексте управленческих вмешательств ключевым аспектом в данной области должны выступать изменения в системе подготовки сестринских кадров. В частности, сами медсестры и их коллеги должны получать опыт нового функционала и автономии уже в рамках обучения.

Медсестры - во многом представители тех, кто в авторских исследованиях был назван «тихими профессиями»[531] (другие ученые в схожем ключе говорят о метафоре «социальной полутени»[532]), которые незаметны для массового сознания, несмотря на важнейший вклад в обеспечение здоровья населения, что поднимает вопрос предоставления им «голоса» в публичном поле, продвижения ярких представителей, поощрения процессов их самоорганизации. В том числе, это необходимо для того, чтобы услышать от самих представителей сестринской профессии ЗА какой они образ профессии, а не ПРОТИВ какого, чему обычно уделяется повышенное внимание[533].

---

[528] Там же. С. 110.
[529] Богдан И. В., Природова О. Ф., Фомина О. А., Чистякова Д. П. Восприятие медицинских сестер работниками здравоохранения: социологический взгляд на дискурс об автономии. С. 184.
[530] Там же. С. 184.
[531] Богдан И. В., Горносталев М. Д. Образ фельдшера в социальных медиа и в восприятии населения Москвы // Здоровье мегаполиса. 2023. № 4(4). С. 79
[532] Кармадонов О. А. Социальная стратификация в дискурсивно-символическом аспекте // Социологические исследования. 2010. № 6. С. 3–13.
[533] Богдан И. В., Гурылина М. В. Медицинская сестра: образ профессии в массовом сознании. С. 110.

Образы иных «тихих» профессий

Также следует упомянуть ряд медицинских профессий, которые даже более «тихие», чем профессия медсестры, среди которых фельдшеры, акушерки, санитары, основной характеристикой которых с позиции восприятия как раз является публичная «невидимость».

Так, например, авторское исследование образа *фельдшера*[534] показывает присутствие в информационном поле за месяц всего нескольких тысяч сообщений о них по сравнению с десятками или сотнями тысяч в отношении ранее указанных коллег. Проблематика образа фельдшера усугубляется тем, что профессия является специфичной для советского пространства и полноценных аналогов фельдшеру за рубежом найти крайне сложно, что приводит к слабой рефлексии о профессии в международном научном сообществе.

Общая тональность ассоциаций в социальных медиа преимущественно нейтральная (61%), что соответствует статусу «тихой профессии» (нет яркого интереса, выраженного эмоциями). Когнитивные аспекты образа в социальных медиа скорее позитивны, а негатив связан не с самой работой специалистов, а скорее с их социальным положением – нарушением трудовых прав, заработной платой, тяжелыми условиями труда и т. д. (статусный аспект восприятия). При этом у профессии есть значительный потенциал позитивного освещения, например, в контексте героизма в ситуации боевых действий или кризисных ситуаций, так как тематика скорой помощи связана с образами спасения жизней.

С одной стороны, функциональные обязанности фельдшера в целом воспринимаются корректно, и даже в восприятии москвичей помимо работы на скорой помощи (основная область работы специалиста в городе) присутствует представление о возможности для фельдшера работать «сельским доктором» (в рамках сельских фельдшерско-акушерских пунктов). С другой стороны, часть респондентов в рассматриваемом исследовании не различала фельдшера и медсестру (10%), фельдшера и врача (11%), исходя из чего статус «тихой

[534] Богдан И. В., Горносталев М. Д. Образ фельдшера в социальных медиа и в восприятии населения Москвы.

профессии» можно рассматривать как связанный с проблемами в понимании её функционала у части населения.

Новое позиционирование фельдшеров (и образ профессии как его результат) должно отталкиваться от вектора будущей трансформации профессии, который сегодня недостаточно четко задан, в т. ч. ввиду указанной двойственности функционала фельдшера (скорая помощь или «сельский врач»). Обозначение направления трансформации профессии, которое в дальнейшем ляжет в основу образа будущего профессии у субъекта управления и сотрудников, выступает одной из важнейших задач на макроуровне, имеющей значимые последствия для мезоуровня.

Другой пример «тихой профессии» — это средний персонал в области *акушерского дела*[535]. С одной стороны, у населения есть представление о сути работы сотрудников службы, но именно деятельность специалистов со средним образованием – акушерок, в отличие от врачей-акушеров, является значимо недопредставленной в информационном поле.

Как «тихой профессии» области акушерства соответствует ещё более нейтральный сентимент (71%), чем для фельдшеров. При этом основные тематики сообщений (когнитивный аспект) о службе специфичны – это реклама услуг (28%) или просвещение (19%), которое зачастую также является контекстной рекламой специалиста. Однако указанная медиаактивность относится в первую очередь к врачам, а коммуникационные площадки для акушерок сегодня не выстроены.

Для акушерства также распространены негативные сообщения о недостаточной оплате труда, наряду с его тяжелыми условиями. Известного публичного «лица» профессии у акушерок также нет (как нет его у медсестер или у фельдшеров).

При этом позитивным аспектом является значительная доля позитивных сообщений о личном опыте обращения к специалистам, что может рассматриваться

[535] Богдан И. В., Хлынин А. П. Образ специалиста в области акушерства в социальных медиа и онлайн-СМИ.

как потенциал улучшения образа. Также перспективным является освещение службы через эмоциональные аспекты, которые очень важны для рожениц[536].

Таким образом, можно отметить общие черты «тихих профессий» – отсутствие четкого и целостного образа, малая представленность в информационном поле, отсутствие яркой персонификации, негатив, связанный не столько с работниками, сколько с их плохим социальным положением (что негативно влияет скорее не на отношение к профессии, а на её восприятие как перспективной, например, у абитуриентов), а также нереализованный позитивный потенциал, который отличается от одной профессии к другой. На микроуровне такие сотрудники, как правило, меньше, чем врачи, чувствуют свою способность влиять на принятие решений в организации, а также демонстрируют большую пассивность - реже состоят в профсоюзах и проявляют социальную активность[537], что соотносится с пребыванием в «социальной полутени».

В целом, в аспекте управления социальным восприятием необходимо усилить их «голос» и других «тихих профессий», например, младшего медицинского персонала. В контексте рассмотрения передачи им новых функций и повышения автономии, важной является работа с образом данных специалистов, чтобы в профессиональном сообществе и массовом сознании они были «достойны» нового позиционирования.

При этом встают вопросы баланса публичного освещения различных медицинских профессий. Его ресурс ограничен, а люди по своей природе стремятся к экономии когнитивных усилий, поэтому, если человек не работает в медицине, встает вопрос, насколько ему важно отличать, например, фельдшера от санитара или медбрата? Не отвергая важности формирования образа «тихих» профессий у населения, представляется, что такие вмешательства должны формулироваться, исходя из актуальных задач и приоритетов системы здравоохранения, из того, какую роль каждая профессия должна занимать в системе. С этой позиции, для ряда

---

[536] Темкина А. А. Оплачиваемая забота и безопасность: что продается и покупается в родильных домах? // Социология власти. 2016. № 28(1). С. 76–106.

[537] Полякова И. А. Жизненный мир врачей: профессиональное положение и социальное самочувствие. С. 131–132.

«тихих» профессий, возможно, будет достаточно только изменения восприятия их коллегами.

Обобщенная информация по восприятию рассмотренных медицинских профессий приведена в Таблице 10.

Таблица 10. Сильные стороны и проблемные области восприятия медицинских профессий.

Профессия	**Сильные стороны (сохранить и использовать как лучшие практики)**	**Проблемные области и риски (зоны вмешательств и мониторинга)**
Врачи	Позитивное отношение, лицо медицины. Наиболее статусная и престижная профессия.	Смешение ответственности системы здравоохранения и врача, нарративы о недостаточности вознаграждения.
Сестринский персонал	Позитивное отношение, потенциал с позиции личностных качеств, необходимых для нового управленческого функционала.	Максимум стереотипов среди населения и коллег, дисбаланс личное/профессиональное, закрепление некорректных властных отношений (недостаток автономии), публичная «невидимость», нет «голоса».
Иные неврачебные («тихие») профессии	Обычно минимум негатива и потенциал в аспекте освещения опыта взаимодействия.	Публичная «невидимость», нет «голоса», статусные проблемы.

Составлено автором

Конкретные механизмы изменения ситуации будут приведены в конце данного раздела.

2.2.5 Темпоральное измерение образов как основание для управленческих вмешательств

Наряду с ранее упомянутыми контекстными факторами, отдельно следует выделить темпоральное измерение образов в системе здравоохранения. Ранее речь шла в основном об образах актуальных, но часть из них может быть обращена к прошлому или к будущему.

Например, в образах медицинских работников присутствуют постоянные отсылки к прошлому – к авторитетам целителей прошлого, таких как Гиппократ, или к подвигам медицинских работников в военное время. Образы прошлого предоставляют не только исследовательский интерес, но и могут быть

использованы для закрепления позитивных аспектов образов профессий, выстраивая преемственность между героическим «тогда» и «сейчас»[538].

Ярким примером позитивных образов прошлого являются образы Великой Отечественной войны (ВОВ), которая сегодня является редкой общекультурной ценностью для населения России. Героизм медицинских работников в то время никем не оспаривается, а впечатление от подвига медработников в войну закономерно приводило ряд абитуриентов в медицинскую профессию[539]. В связи с указанным широким использованием военных метафор, данные образы актуализировались в пандемию и, например, анализ образа медицинской сестры с позиции её героизации в авторском исследовании показал коннотацию «медсестры-герои» исключительно в контексте ВОВ[540]. В этой связи возможностью является обозначить преемственность героизма медсестер или фельдшеров в военное и мирное время, что и в мирное время они также герои, но несколько «по-другому».

Рассматривая компоненты образа, обращенные к будущему – с позиции кадров важную роль играет восприятие того, какой профессия будет, например, образ нового медицинского работника в России. Как было отмечено, отдельную роль в данном контексте будет играть то, как сформировался данный образ у лиц, принимающих решения, что обнаруживает преемственность с процессами макроуровня, на котором задаются целевые аспекты позиционирования медицинского специалиста.

Другой аспект связан с самовосприятием будущего для медицинских работников, что особенно актуально сегодня в связи с масштабной цифровизацией системы здравоохранения. Как показывают исследования, проведенные с участием автора, профессиональные навыки (hard skills), связанные с цифровыми

---

[538] Богдан И. В., Дренева А. А., Чистякова Д. П. Образ медицинского специалиста в социальных медиа глазами москвичей: управленческие и методические аспекты. С. 65.
[539] Татьяна Амплеева: медсестра — сердце столичного здравоохранения // Московская медицина. 2016. № 4 (11). С. 6–9.
[540] Богдан И. В., Дренева А. А., Чистякова Д. П. Образ медицинского специалиста в социальных медиа глазами москвичей: управленческие и методические аспекты. С. 65.

компетенциями, составляют ядро видения будущего медицинских профессий со стороны работников. При этом надпрофессиональным (soft skills) или личностным аспектам отводится намного меньше внимания, что может порождать определенные проблемы[541], коррелирующие с недооценкой социогуманитарных компетенций медицинскими работниками, отмеченной ранее на макроуровне.

Подводя итог, в темпоральном аспекте анализ образов прошлого предоставляет исторические параллели для легитимации определенного положения дел, а образы будущего перспективны в контексте определения и легитимизации целей управления. В последнем случае важной задачей является поддержание конгруэнтности транслируемых образов будущего в здравоохранении и реально поставленных целей социального управления.

2.2.6 Цели и механизмы модели социального управления на уровне социального восприятия

Анализ эмпирического материала (данные авторских опросов и контент-анализа социальных медиа) позволил выявить следующие проблемы на уровне социального восприятия, выступающие барьерами для эффективного управления медицинским персоналом:

1. Воспроизводство социального неравенства: иерархия восприятия профессий в аспекте степени положительного отношения, в которой образ врачебного персонала значимо более позитивен, чем неврачебного, закрепляет статусные и властные диспропорции внутри медицинского сообщества, в частности, препятствуя расширению продуктивной автономии и принятию нового функционала среднего и младшего персонала.

2. Недостаточная «видимость» и субъектность неврачебных профессий: «тихие» профессии (фельдшеры, акушерки, санитары и др.) лишены «голоса» в публичном поле, их вклад и специфика не рефлексируются массовым сознанием и

[541] Богдан И. В., Горносталев М. Д., Природова О. Ф. и др. Личностные и профессиональные качества медицинских работников: видение настоящего и будущего профессии // Труд и социальные отношения. 2024. Т. 35. № 4. С. 152–163.

коллегами, что снижает их престиж, привлекательность и возможности для улучшения своего положения.

3. Дисбаланс профессионального и личностного в восприятии сестринской профессии: значительное преобладание личных качеств в образе медсестер и иных неврачебных профессий негативно влияет на восприятие их профессиональной автономии, обесценивает медицинские компетенции в контексте статуса профессии.

4. Стигматизация служб как фактор стигматизации персонала: негативные стереотипы и страхи, связанные с определенными службами (психиатрия, онкология, патологоанатомия, венерология), переносятся на работающих в них специалистов, ухудшая их эмоциональное состояние, затрудняя работу с пациентами и усиливая отток кадров.

5. Исторически сложившиеся проблемы в восприятии функционала медицинских работников: укорененные в массовой культуре и профессиональной среде стереотипы и «большие метафоры» (например, представление о медсестре исключительно как о помощнике врача) противоречат актуальным задачам повышения автономии, ответственности, придания нового функционала для отдельных групп медицинского персонала (в первую очередь, сестринского).

6. Фрагментация информационного воздействия: отсутствие единых мониторингов, согласованной стратегии формирования целевых образов медицинских профессий и служб на уровне государства и профессионального сообщества, а также фактическое отсутствие научных оснований сегодня для неё приводит к закреплению негативных стереотипов и упущенным возможностям.

7. Конфликт между идеализированным образом медицинской профессии («спаситель», «клятва Гиппократа») и негативным личным опытом взаимодействия, ведущий к росту латентного недоверия и социальной напряженности в рамках отношений в системе здравоохранения.

В целях преодоления выявленных проблем на мезоуровне социального восприятия управление медицинским персоналом должно обеспечить следующие трансформации:

1. Дестигматизация и создание нового образа служб: активное формирование адекватных, нестигматизирующих образов «проблемных» служб (психиатрия, онкология и др.), в т. ч. через предоставление позитивного опыта взаимодействия с ними и распространение нарративов, развенчивающих мифы в рамках научно обоснованных стратегий[542] работы с заблуждениями.

2. Изменение фокуса в работе с восприятием профессий:

2.1 Для неврачебных профессий: больший акцент в освещении на профессиональные компетенции, их уникальный вклад в процесс лечения/ухода, особую зону ответственности и перспективы карьерного роста.

2.2 Для врачебных профессий: четкое разделение ответственности врача и системы здравоохранения в публичном дискурсе для снижения необоснованных претензий.

3. Повышение видимости и субъектности «тихих» профессий: создание условий и новых платформ для публичной репрезентации фельдшеров, акушерок, санитаров и др., формирование их узнаваемых «лиц» и нарративов, подчеркивающих ценность их вклада в задачи системы здравоохранения.

4. Преодоление социальных стереотипов: деконструкция жесткой привязки профессий к отдельным группам населения (например, сестринского дела как «женской» профессии), освещение их как открытых и престижных для всех социальных групп.

5. Формирование интегрированного позитивного образа медицинского работника: согласованная работа по созданию и продвижению образа, объединяющего гуманистические ценности профессии с высоким профессионализмом, достойным статусом и перспективами развития для всех категорий персонала.

6. Создание научно-обоснованной системы мониторинга и управления образами: разработка и внедрение комплексного инструментария для отслеживания ключевых параметров социального восприятия (сентимент,

[542] Lewandowsky S., Cook J., Ecker U. K. H., Albarracín D., Amazeen M. A. et al. The Debunking Handbook 2020.

стереотипы, престиж, стигма, баланс личное/профессиональное) на разных структурных уровнях и среди ключевых субъектов.

7. Уменьшение разрыва между идеальным и реальным образами профессий здравоохранения через повышение качества взаимодействия «медицинский работник – пациент» и управление ожиданиями населения на основе реалистичных нарративов.

Также было аргументировано, что основным управленческим субъектом в вопросах социального восприятия должно выступать государство (в первую очередь, макроуровень информационной политики, её согласованность), так как восприятие системы здравоохранения и её элементов неотделимо от процессов социальной перцепции на уровне общества, в т. ч. его политической сферы. При этом более частные элементы данного процесса, такие как формирование образа специальностей или образов медицинского персонала внутри системы, могут быть решены на ведомственном уровне, включая уровни Министерства здравоохранения, руководства служб, профессиональных объединений (восприятие служб) или даже отдельных организаций и публичных медицинских работников (образ конкретной организации, проекта).

Для достижения указанных трансформаций предлагаются следующие механизмы управления (Таблица 11):

Таблица 11. Описание механизмов управления на уровне социального восприятия.

Механизм	**Содержание механизма**
1.Механизм формирования корректного образа и дестигматизации медицинских служб и профессий	*Ось концептуальной модели и направление изменения:* полюс нелинейных воздействий (формирование среды смыслов); структура - полюс общих моделей, унификация.
	Область приложения: Информационная политика системы здравоохранения (федеральная, региональная, организационная); взаимодействие со СМИ и социальными медиа; образовательные и просветительские программы.
	Предмет управления: Доминирующие в коммуникации нарративы и стереотипы о службах и профессиях; публичная репрезентация разных групп персонала; стигма**;** управление ожиданиями населения в отношении медицинских профессий и услуг; формирование исторических нарративов/образов, связывающих героические образы прошлого с современными ценностями и задачами профессий; разработка и продвижение образа будущего медицинских профессий
	Субъекты реализации: Минздрав РФ и региональные органы управления здравоохранением; профессиональные ассоциации (врачебные,

	сестринские и др.); пиар- и коммуникационные подразделения медицинских организаций; ключевые медийные лица и эксперты в здравоохранении.
	Ожидаемый исход: Снижение стигмы целевых служб; повышение престижа «тихих» и стигматизированных профессий; формирование более сбалансированного (профессионально-личностного) образа неврачебного персонала; увеличение позитивного восприятия всех категорий медработников; снижение уровня недоверия, вызванного конфликтом идеального и реального образов**;** формирование позитивной исторической преемственности и привлекательного, реалистичного образа будущего для медицинских профессий.
	Формы интеграции в рамках модели управления: Структурная: Интеграция усилий федеральных, региональных и локальных (организационных) уровней управления. Субъектная: Согласование интересов государства (имидж системы, кадровая стабильность), профессиональных сообществ (статус профессии, автономия), медицинских организаций (репутация), работников и пациентов (доверие, комфорт). Междисциплинарная: Применение знаний социологии, социальной психологии и других социогуманитарных областей знаний для разработки эффективных вмешательств.
2.Механизм формирования и продвижения профессиональной идентичности и «голоса» для «тихих» профессий	*Ось концептуальной модели и направление изменения:* полюс общих моделей, унификация; полюс нелинейных моделей (создание среды); полюс субъектности (предоставление «голоса»).
	Область приложения: деятельность профессиональных ассоциаций; внутренние коммуникации в медицинских организациях; системы наставничества и профессионального развития; цифровые платформы для профессионального общения и публичной презентации.
	Предмет управления: уровень самоорганизации и солидарности внутри профессиональных групп (особенно среднего и младшего персонала); процессы коммуникации внутри общности; публичная репрезентация достижений и ценностей профессии.
	Субъекты реализации: Профессиональные ассоциации (сестринские, фельдшерские и др.); руководство медицинских организаций; лидеры мнений внутри профессиональных сообществ; кадровые подразделения, органы управления здравоохранением на всех уровнях.
	Ожидаемый исход: Усиление коллективной субъектности и солидарности среди представителей «тихих» профессий; формирование позитивного самовосприятия и профессиональной гордости; появление узнаваемых публичных представителей профессий; повышение привлекательности профессий для абитуриентов и действующих кадров.
	Формы интеграции в рамках модели управления: Субъектная: на основании общего видения интеграция усилий ассоциаций, образовательных организаций и работодателей в программах развития профессиональной идентичности и лидерства.
3.Механизм актуализации целевых образов в системе «образование –	*Ось концептуальной модели и направление изменения:* полюс общих моделей, унификация.
	Область приложения: Содержание образовательных программ; корпоративная культура и стандарты коммуникации в медицинских организациях; публичная репрезентация профессий и их трансформации.

практика – коммуникация»	*Предмет управления:* Согласованность образа профессии, формируемого в образовании, с реальной практикой и ее публичным позиционированием; преемственность в формировании профессиональной идентичности.
	Субъекты реализации: Минздрав РФ; образовательные организации (медвузы, колледжи); руководство и кадровые подразделения медицинских организаций; профессиональные ассоциации.
	Ожидаемый исход: Формирование у выпускников реалистичных и позитивных ожиданий, соответствующих целевой модели профессии; уменьшение разочарования у молодых специалистов; единый и непротиворечивый образ профессии во всех каналах коммуникации; снижение ролевых конфликтов внутри медицинского сообщества.
	Формы интеграции в рамках модели управления: Структурная: интеграция образовательных стандартов, программ развития персонала в организациях и коммуникационной стратегии системы здравоохранения. Субъектная: согласование видения различных профессий и их будущего между преподавателями, практикующими специалистами, управленческим персоналом и представителями ассоциаций.
4.Механизм использования данных мониторинга социального восприятия медицинского персонала для коррекции коммуникационной политики	*Ось концептуальной модели и направление изменения:* динамическая модель (регистрация изменений); полюс общих моделей, унификация.
	Область приложения: Система сбора и анализа данных о восприятии (опросы населения, медицинских работников, лиц, принимающих решения; мониторинг СМИ и социальных медиа); формирование системы индикаторов; подготовка научных/аналитических отчетов для управленческих решений.
	Предмет управления: информация о состоянии социального восприятия**,** включая: динамику баланса восприятия личных и профессиональных качеств у разных групп персонала; уровень и характер стигмы; распространенность и изменение ключевых метафор и стереотипов; соотношение идеального и реального образов профессий; воспроизводство властных нарративов в профессиональной и массовой коммуникации; выявление проблемных зон и точек роста; оценка эффективности коммуникационных вмешательств; прогнозирование кадровых рисков, связанных с восприятием.
	Субъекты реализации: Минздрав РФ и региональные органы управления здравоохранением; специализированные социологические службы и НИИ, государственные эксперты в области информационной политики (социальный блок).
	Ожидаемый исход: наличие оперативной информации для обоснования управленческих решений в кадровой и коммуникационной политике; раннее выявление негативных тенденций в восприятии; повышение эффективности и адресности вмешательств по управлению социальным восприятием.
	Формы интеграции в рамках модели управления: Структурная: Создание единой системы показателей и методологии сбора данных на разных уровнях управления. Междисциплинарная: интеграция данных из разных источников для комплексной оценки, различных методических подходов. Применение методов социологии, точных наук (анализ больших данных, машинное обучение).

Составлено автором

В контексте последнего механизма с прикладной точки зрения необходимо использовать алгоритм анализа, отражающий ключевые аспекты социального восприятия, связанного с медицинским персоналом. Для его создания были структурированы аспекты, которые важно принимать во внимание при работе с социальным восприятием, ввиду того, что они должны выступать как объектами мониторинга (при отборе основных параметров для отслеживания достижения управленческих целей), так и областями прикладных вмешательств.

Эти области могут быть использованы как контрольный перечень («чек-лист»), согласно которому проверяется соответствие текущего восприятия в системе здравоохранения целевому. Например, если стоит цель повысить численность представителей медицинской профессии, необходимо проанализировать, не создает ли каких-либо барьеров текущий образ типичного представителя профессии, достаточен ли её воспринимаемый статус и т. д. Предложено следующее структурирование аспектов восприятия:

1. Структурные аспекты (что и как воспринимается)

1.1 Внешние, социальные аспекты (что воспринимается)

1.1.1 Система здравоохранения в целом

1.1.2 Медицинские службы, формы собственности и формы оказания помощи

1.1.3 Медицинские профессии

1.1.3.1 Медицинская профессия в целом

1.1.3.1.1 Образ профессии

1.1.3.1.2 Личный опыт контакта

1.1.3.2 Отдельные медицинские профессии, включая «тихие»

1.2 Внутренние, психологические аспекты (структура образа – как воспринимается)

1.2.1 Эмоциональные компоненты (отношение и испытываемые эмоции)

1.2.2 Когнитивные компоненты

1.2.2.1 Внешние аспекты

1.2.2.2 Личные качества

1.2.2.3 Профессиональные качества

1.2.2.4 Восприятие статуса

1.2.2.5 Иные аспекты, включая вопросы места в медицинской иерархии

1.2.3 Поведенческие компоненты (связь восприятия и поведенческих исходов)

1.2.4 Неосознаваемые компоненты, включая неотрефлексированные ассоциации, цветовые ассоциации и иную проективную продукцию, а также образы-метафоры.

1.2.5 Иные социопсихологические факторы восприятия, например ценности.

2. Субъектные аспекты (кто воспринимает)

2.1 Основные группы заинтересованных лиц

2.1.1 Население/пациенты

2.1.2 Самовосприятие (автообраз)

2.1.3 Коллеги

2.1.4 Иные заинтересованные лица, включая лиц, принимающих решения

2.2 Другие/отдельные социально-демографические срезы

3. Контекстные факторы (в каком контексте происходит восприятие - действуют на всех уровнях структуры)

3.1 **Информационные аспекты** – актуальные события, контекст ситуации (процессы, проекты), представленные в СМИ и социальных медиа или в художественных произведениях, присутствующих в информационном поле.

3.2 **Темпоральное измерение** – образы настоящего, будущего или отсылающие к прошлому/будущему

Данные элементы необходимо рассмотреть в интегрированном единстве, что позволит комплексно анализировать процессы социального восприятия. В рамках практического использования данного подхода в процессе управления целесообразно *придерживаться следующего алгоритма*:

1. Определить целевое состояние образа, исходя из целей управления.

2. Определить область работ с позиции указанной ранее структуры восприятия (внешнего и внутреннего аспекта образа).

3. Определить субъектов восприятия, у которых будет изменяться образ.

4. Определить информационный контекст, с учетом п.2 и выбранных субъектов, его важные элементы, которые будут существенны для социального восприятия (актуальная событийная повестка, популярные художественные образы и т. д.)

5. Проанализировать темпоральное измерение - какие сильные и слабые стороны в рамках работы с образом есть в контексте прошлого или будущего.

В целом, в разделе показано, что социальное восприятие на мезоуровне выступает связующим звеном между структурными условиями системы здравоохранения и «миром» медицинских работников. Выявленные диспропорции в восприятии – воспроизводство иерархий, стигматизация, недостаточная видимость и субъектность ключевых групп персонала, дисбаланс компонентов восприятия – не просто отражают существующие социальные отношения, но и активно конституируют их, в т. ч. выступая барьером для необходимых трансформаций в управлении медицинским персоналом (повышение автономии, престижа, привлекательности «дефицитных» профессий и служб). В случае проблем на данном уровне, они в дальнейшем будут способствовать наступлению социальных последствий соответственно сформированным некорректным образам.

В следующем разделе будет рассмотрено, как итог социального восприятия трансформируется на микроуровне «мира» медицинских работников, в контексте их переживаемой реальности.

2.3 Микроуровень модели социального управления: лояльность медицинского персонала и ее факторы

2.3.1 Лояльность персонала как интегрированная метрика отношения

Как было обозначено, микроуровень управленческих показателей связан с характеристиками «мира» медицинских работников в отношении профессии. Данный мир был описан в терминах пространства актуального и очевидного для медицинского персонала в отношении профессии. В свою очередь, данные показатели рассмотрены как отраженные в социальных установках в отношении профессиональной деятельности.

Как перспективный для измерения трех компонентов установок в отношении работы в исследовании рассматривается показатель «истинной лояльности сотрудников» (eNPS), предложенный Ф. Райхельдом, как расширение его

классического показателя лояльности получателей услуг (NPS)[543], который позволяет замерить эмоциональные и когнитивные аспекты установок, а также обнаруживает доказанную связь с поведением (поведенческие компоненты)[544]. Данный подход позволяет оперативно оценить общий уровень лояльности персонала (эмоциональный компонент установок в отношении условий труда), приоритетные факторы лояльности (область актуального и когнитивный аспект), также в своих работах Ф. Райхельд эмпирически обосновывает связь использования данного подхода и роста ключевых экономических метрик (данный подход был изначально разработан для бизнеса)[545].

Для обеспечения содержательной валидности в рамках системы здравоохранения «основной вопрос» о лояльности (готовности поручиться рекомендацией за свою оценку места осуществления трудовой деятельности), предложенный Ф. Райхельдом, в авторских исследованиях был переформулирован на следующий: «С какой вероятностью по шкале от 0 до 10 Вы могли бы рекомендовать свое отделение в качестве места работы друзьям/знакомым/коллегам с соответствующей квалификацией? («0» – никогда не стал бы рекомендовать; «10» – рекомендовал бы обязательно)»[546]. С одной стороны, более классический вариант – спрашивать о лояльности всей организации, с другой стороны, именно предложенный вариант вопроса позволяет получать более конкретные ответы, связанные с непосредственным опытом работника.

В соответствии с подходом Ф. Райхельда, выработанным в ходе его прикладного эксперимента[547], на основании полученных ответов сотрудники делятся на: высоколояльных «промоутеров» (9–10 баллов), «нейтралов» (7–8

---

[543] Райхельд Ф., Марки Р. Искренняя лояльность. Ключ к завоеванию клиентов на всю жизнь / Фред Райхельд, Роб Марки; пер. с англ. С. Филина [науч. ред. И. Чичмели]. М.: Манн, Иванов и Фербер, 2013. 352 с.
[544] Reichheld F. F. The one number you need to grow // Harvard business review. 2003. Т. 81. № 12. P. 46–54.
[545] Ibid. P. 46–54.
[546] Богдан И. В., Дренева А. А., Праведников А. В., Чистякова Д. П. Лояльность персонала медицинских организаций: теория и практика. С. 128.
[547] Reichheld F. F. The one number you need to grow.

баллов), которые при наличии лучшего предложения покинут организацию, и «критиков» (до 6 баллов, к которым также иногда относят затруднившихся ответить) – которые недовольны организацией и способствуют ухудшению её имиджа за счет своей критики. Сам индекс лояльности (eNPS) представляет собой разницу в долях высоколояльных сотрудников и нелояльных «критиков», выявленных на основании ответов на вопрос о готовности рекомендовать свою организацию в качестве потенциального места работы.

В целом, лояльность сотрудников обнаруживает себя, как и другие социальные концепты, многоуровневым показателем со множеством взглядов на его содержание. Проведенный обзор литературы позволил сделать вывод, что лояльность, обладая своей спецификой, во многом связана с такими смежными понятиями, как удовлетворенность, благонадежность, приверженность, идентификация, вовлеченность, доверие[548]. Расхождение между ними не является четко зафиксированным в литературе и зачастую относится к нюансам перевода, неоднозначности терминов в социальных науках, а также к стремлению привнесения научной новизны[549]. Таким образом, исследования с использованием смежных показателей, раскрывающих содержание социальных установок по отношению к своей работе, также могут быть использованы в рамках нашего анализа.

В целом, дискуссия о смежных с лояльностью понятиях и подходах к её эмпирическому измерению отражена в авторской монографии[550] и не является целью данной работы, ввиду её объемности.

В дополнение к ранее указанному, подход Ф. Райхельда к измерению лояльности был выбран по двум группам оснований:

1. В связи со своей популярностью в здравоохранении и высокой востребованностью данного подхода со стороны организаций и органов

[548] Богдан И. В., Дренева А. А., Праведников А. В., Чистякова Д. П. Лояльность персонала медицинских организаций: теория и практика. С. 17–25.
[549] Там же. С. 24.
[550] Богдан И. В., Дренева А. А., Праведников А. В., Чистякова Д. П. Лояльность персонала медицинских организаций: теория и практика.

управления здравоохранением. Ввиду запроса именно на данную методологию, авторские исследования позволили собрать значительную сопоставимую базу замеров индексов лояльности пациентов и сотрудников в отношении различных медицинских организаций в различных контекстах.

2. Вследствие в целом преимуществ данного индекса:

2.1 Многочисленные удачные примеры внедрения методики в организациях системы здравоохранения.

2.2 Краткий, ёмкий, простой инструментарий.

2.3 Рост популярности методики в отечественной системе здравоохранения по мере того, как представители бизнеса, где данный подход распространен, приходят в государственное здравоохранение.

2.4 Наличие научной рефлексии в отношении данного индекса в целом (но малое её присутствие относительно применения метода в системе здравоохранения).

В рамках авторского подхода к лояльности персонала она обозначается как «высший уровень положительного отношения… к объекту лояльности (системе здравоохранения в целом, организации, руководству, коллегам), [который] выражается в т. ч. в соответствующих инициативных действиях, направленных на благо/в соответствии с задачами объекта лояльности и толерантности к его частным недостаткам»[551], что в целом соответствует выбранной методологии eNPS, когда респондент не просто ставит (высокую) оценку своему месту работы, но и готов поручиться за неё своей рекомендацией.

Кроме общего сентимента, в рамках методики вторым открытым вопросом замеряются причины такой оценки, которые могут быть рассмотрены как когнитивные компоненты социальной установки, показывающие, что именно из социальных представлений о профессиональной деятельности актуально для сотрудника. Обычно в отношении причин оценки, их анализ проводится методом количественной кодировки/контент-анализа. Представляется, что именно

[551] Там же. С. 25

методология открытого вопроса соответствует поставленной задаче определить актуальное, так как в данном случае человек не получает подсказок от вариантов ответа, как в закрытых вопросах, и ему предоставляется пространство для проекции его актуальных представлений, смыслов, выраженных своими словами. Проективные вопросы представляются подходящим в данном случае методологическим выбором, так как их суть как раз в том, чтобы предоставить «белый лист», который психика (в т. ч. на групповом уровне), не имея других «подсказок», будет наполнять своим актуальным содержанием в виде актуальных и привычных (повседневных) компонентов образов и представлений, зачастую слабо рефлексируемых.

В рамках исследования «мир» медицинских работников, как и в случае анализа социального восприятия, рассматривается через итог проходящих на данном уровне процессов (в данном случае, выраженный в результатах социологических исследований). Общий сентимент лояльности и его факторы выступают в качестве наблюдаемых проявлений (симптомов) исследуемого латентного конструкта – профессионального мира медработников в рамках операционализации понятия «пространства актуального и очевидного».

Следует подчеркнуть, что исследование *не ограничивалось двумя вопросами*, в анкете использовались и другие формулировки (закрытого и открытого типа), уточняющие важные аспекты сложных социальных явлений, связанных с профессиональной деятельностью медицинского персонала, но именно эти два вопроса лежали в основе авторских исследований как отправная точка. Компактность и эмпирическое обоснование Ф. Райхельдом методики именно в такой форме позволили использовать её в максимальном числе исследований, что в конечном итоге привело к созданию объемной базы знаний по вопросам лояльности медицинского персонала и факторов её формирования и, таким образом, позволило многократно валидировать в рамках различных исследований применение методики в рамках управления в здравоохранении.

Эмпирической базой для раздела выступили исследования, проведенные под руководством автора по тематике лояльности в различных медицинских

организациях и службах, как в Москве, так и в масштабах всероссийских опросов. Цель данной главы – обобщить указанные исследования по теме, в связи с чем разбирать каждое из них подробно нерационально, однако почти каждое из исследований отражено в своей отдельной публикации, на которую будет даваться ссылка при обсуждении. Основные исследования, которые легли в основу раздела, приведены в Таблице 12.

Таблица 12. Авторские исследования, использованные в качестве эмпирической основы раздела 2.3.

№	Тематика эмпирического исследования	Год проведения	Выборка и метод
1	Лояльность и оценка инфраструктуры здравоохранения сотрудниками детского многопрофильного стационара	2025	235 сотрудников детского стационара, сплошной опрос.
2	Лояльность и оценка инфраструктуры здравоохранения сотрудниками специализированного стационара	2025	134 сотрудника специализированного стационара, сплошной опрос.
3	Лояльность и мнение о работе у руководящего звена службы скорой помощи	2023	198 представителей руководящего состава службы скорой помощи, сплошной опрос.
4	Лояльность, эмоциональное состояние и мнение медицинских и фармацевтических работников о своем месте работы	2021	14176 респондентов, всероссийская выборка медицинских и фармацевтических работников (опрос через систему НМО).
5	Оказание (онко)психологической помощи и вопросы ментального самочувствия в стационарах и амбулаторных организациях онкологического профиля	2021	534 врача-онколога со всей страны, комбинация источников (панели, опросы на сайте профессиональных ассоциаций и др.).
6	Медицинские работники в пандемию и их отношение к вопросам вакцинации	2021	6 фокус-групп с медицинскими работниками (врачебный и сестринский персонал), сгруппированных по должности, опыту работы.
7	Лояльность сотрудников детской поликлиники	2020	331 сотрудник поликлиники, сплошной опрос.
8	Лояльность сотрудников многопрофильного стационара	2020	595 сотрудников ковидного стационара, сплошной опрос.
9	Инфекционная служба в пандемию: текущее состояние	2020	451 сотрудник инфекционных больниц, сплошной опрос.

	и перспективы (включая вопросы ментального состояния и мотивации персонала)		
10	Факторы приверженности медицинских сотрудников к работе в организации.	2019	551 сотрудник 6 медицинских организаций различных форм оказания помощи, детских и взрослых.
11	Оценка эффекта от проведения курсов пациентоориентированности в медицинских организациях и динамика состояния медицинских работников	2019	2 волны: 282 и 221 сотрудник больницы, сплошной опрос.
12	Перспективы развития детской психиатрической службы глазами специалистов и их лояльность	2019	657 сотрудников детской психиатрической больницы.
13	Социологический опрос сотрудников медицинского НИИ	2018	102 сотрудника медицинского НИИ, сплошной опрос.
14	Лояльность сотрудников медицинских организаций как фактор качества медицинской помощи	2017	1241 сотрудник многопрофильного стационара, сплошной опрос в организации.

Составлено автором

Если исследование проводилось в медицинской организации, оно, как правило, представляло собой сплошной опрос согласившегося участвовать медицинского персонала. В рамках используемой методологии квоты на опрашиваемых представителей профессий не устанавливались. Если в дальнейшем будет идти речь о различиях в количественном отношении между подгруппами персонала, это будет означать, что указанные различия являются статистически значимыми ($p<0,05$), с учетом размера соответствующих подвыборок.

2.3.2 Важные аспекты реализации лояльности в здравоохранении

Закономерности для показателя лояльности и её факторов

Каковы закономерности формирования лояльности и её факторов в здравоохранении? Исследования, проведенные под руководством автора по тематике лояльности, а также немногочисленные представленные в открытом доступе исследования других авторов, позволяют делать заключения о ряде системных закономерностей. В частности, обнаружено, что уровень лояльности персонала связан с профессиональным статусом и местом работника в медицинской иерархии (наиболее лояльными являются управленческие кадры и

врачи, а наименее – такие сотрудники, как средний и младший медицинский персонал). Также психоэмоциональный климат в коллективе был выявлен в качестве ведущего фактора лояльности персонала.

Тезис об отражении профессиональных иерархий в показателях лояльности в т. ч. иллюстрируется тем, что в среднем по представленным в базе авторских исследований данным[552], лояльность врачебного персонала (eNPS=30) в организациях стабильно была выше лояльности персонала сестринского (eNPS=2).

Полученные результаты демонстрируют выраженную связь с двумя другими уровнями модели – уровнем социального восприятия (значимо более положительный образ врача относительно неврачебных профессий) и макроструктурным (выстроенная иерархия медицинских профессий). Таким образом, объективные макроструктурные факторы, проходя через отражение на уровне социального восприятия, находят свое отражение в различиях общего сентимента по отношению к профессиональной деятельности в переживаемом мире медицинских работников.

Причины такого положения дел с микросубъективной позиции проясняет когнитивное измерение социальных установок на уровне мира медицинских работников, отраженных в факторах лояльности.

По итогам авторского исследования в ответах респондентов на открытый вопрос о причинах своей лояльности и областях, нуждающихся в улучшении, было выявлено 23 причины лояльности, объединенных в 5 базовых групп факторов[553]: психоэмоциональные условия труда, климат в коллективе (1), (материальное) стимулирование (2), бытовые условия труда (3), снабжение подразделений и оснащенность (4), нагрузка (5) – Таблица 13.

Таблица 13. Факторы (не)лояльности персонала медицинской организации.

№	Аспект работы / причины (не)лояльности	Фактор (не)лояльности
1	Отношения с руководством отделения	

[552] База данных по ряду показателей доступна на публичном ресурсе nps.niioz.ru (дата обращения: 07.08.2025).

[553] Богдан И. В., Дренева А. А., Праведников А. В., Чистякова Д. П. Лояльность персонала медицинских организаций: теория и практика. С. 97.

2	Отношения с руководством больницы	психоэмоциональные условия труда, климат в коллективе
3	Коллектив, атмосфера в коллективе	
4	Отношения с пациентами	
5	Общие психоэмоциональные условия труда	
6	Самореализация, интересная работа	
7	Положительная оценка коллектива как профессионалов (положительное восприятие коллег/коллектива)	
8	Зарплата	(материальное) стимулирование
9	Стимулирование материальное (надбавки) и нематериальное (дополнительный отпуск и т. п.)	
10	Ремонт в отделении	бытовые условия труда
11	Бытовые условия для персонала	
12	Бытовые условия для пациентов	
13	Оборудование	снабжение отделений и оснащенность
14	Расходные материалы	
15	Информационные технологии	
16	Кадровое обеспечение	Нагрузка
17	Физические нагрузки	
18	Медицинская нагрузка	
19	Бумажная нагрузка	
20	Условия труда в целом (формальные ответы)	Другое
21	Иные формальные ответы	
22	Частные организационные вопросы	
23	Организационные вопросы высокого уровня (региональные, федеральные).	

Составлено автором

Для получения данных факторов сначала несколько кодировщиков параллельно проводили кодировку открытых ответов респондентов о причинах лояльности, обсуждая при возникновении различия в полученных категориях. Затем полученные 23 основания лояльности (которые могут выступать также основаниями нелояльности) на основании тематического анализа ответов и обсуждения в рамках рабочей группы были объединены в вышеуказанные пять групп факторов. На основании материалов данного опросного исследования была разработана базовая инструкция для определения, к какой категории относить тот или иной тип ответов в дальнейшем.

Указанная в Таблице 13 классификация первично была разработана на основании ответов 1241 медицинского работника многопрофильного стационара, в дальнейших исследованиях правила кодировки уточнялись. Так, дополнительно

к этим факторам в специализированных стационарах (инфекционная, психиатрическая служба) был выделен фактор специфики работы службы. В частности, лояльность обусловливал опыт взаимодействия с отдельными группами пациентов (тяжелые, опасные пациенты с позиции поведения или, например, опасности заразиться). При этом фактор специфики работы может также способствовать повышению лояльности, как в ситуации научных сотрудников, не контактирующих с пациентами[554]. Также есть более частные случаи, такие как ситуация переезда организации, которая может приводить к росту важности отдельных организационных моментов среди факторов лояльности[555]. Однако в целом, указанные пять групп факторов показали себя базовыми и в дальнейших исследованиях.

Исследования также показали, что многие факторы-жалобы можно было объективно проверить данными аудита (например, связь жалоб на нехватку помещений и нарушений нормативов в данной области в больнице)[556], что показывает связь между субъективным восприятием медицинских работников и объективной ситуацией, и обосновывает использование показателя лояльности в рамках мониторингов с позиции практических преобразований. Данный пример демонстрирует возможность ранее указанной междисциплинарной интеграции со статистическим знанием, когда данные социологических опросов и статистического аудита взаимно дополняют друг друга и позволяют проводить триангуляцию.

Поскольку контент-анализ ответов на открытые вопросы позволяет количественно измерять представленность определенных смыслов (число упоминаний в ответах респондентов), становится возможным использовать для

---

[554] Богдан И. В., Гурылина М. В. Социологический опрос сотрудников ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ» (брошюра). М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2021. 36 с.

[555] Богдан И. В., Габов К. И., Гурылина М. В. и др. Лояльность сотрудников детской поликлиники. М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2020. 54 с.

[556] Богдан И. В., Дренева А. А., Праведников А. В., Чистякова Д. П. Лояльность персонала медицинских организаций: теория и практика. С. 76.

определения наиболее значимых и актуальных факторов различные методы количественного анализа, например, корреляционный анализ.

Результаты и частотного, и корреляционного анализа на уровне и индивидов, и подразделений (связь упоминания определенного фактора и оценки лояльности в методологии Ф. Райхельда) в авторских исследованиях стабильно показывают приоритет для персонала *хорошего психоэмоционального климата в коллективе* (это не только основной позитивный фактор лояльности, но и ведущий фактор лояльности вообще). Во всех авторских исследованиях персонала именно эта группа ответов чаще всего упоминалась респондентами в открытых вопросах, продемонстрировав наибольшую корреляционную связь с показателем лояльности. Признавая важность финансовых мотивов, можно предположить, что с момента удовлетворения базовых материальных потребностей сотрудников данный фактор будет становиться все более важным для персонала.

Полученные данные в значительной мере противоречат сложившимся практикам – так, проведенные интервью показывают, что даже в более благополучной по зарплатам медицинских работников Москве главные врачи нередко разделяют уверенность, что основной побуждающей силой для сотрудников являются деньги[557]. И в целом, акцент на материальных факторах как основной подход к мотивации сотрудников характерен и для других отраслей[558].

При этом заработная плата также находится среди ведущих факторов, только со знаком «минус». Так, *основными негативными факторами лояльности* выступали недовольство заработной платой и нагрузка, однако они и назывались реже, и корреляционная связь с общей лояльностью была слабее.

Авторское исследование в пяти медицинских организациях Москвы различного типа (сплошной опрос) продемонстрировало прямую зависимость лояльности и уровня нагрузки персонала. Установлено, что средняя лояльность тех, кто говорил о сверхнагрузке (данная нагрузка была преимущественно

[557] Там же. С. 84.
[558] Пригожин А. И. Методы развития организаций. С. 13.

«бумажной»[559]), составила eNPS = -35, о повышенной – eNPS=17, а о нормальной – eNPS = +59. В том же исследовании заработная плата (которая также зачастую была фактором положительной лояльности в Москве) воспринималась как низкая, несоответствующая нагрузке и непрозрачная в формировании (данные позиции были измерены дополнительными заданными вопросами). Также отмечена значимая дифференциация в оценке оплаты труда между врачебным и средним персоналом (Рисунок 6), что подтверждалось исследованиями в других организациях. Установленный эмпирический факт можно рассматривать как отражение макропроцессов (статусной разницы и объективного различия в уровне заработной платы между представителями данных профессий) на микроуровне.

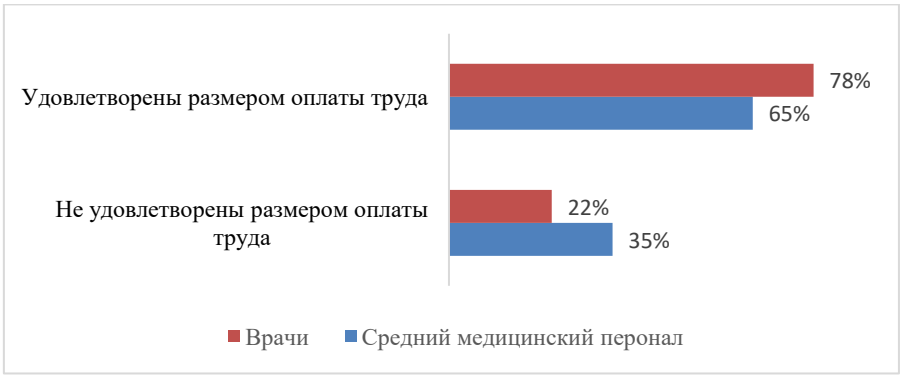


Рисунок 6. Различия в восприятии заработной платы между врачами и средним медицинским персоналом[560].

В целом, результаты исследований демонстрируют, что на уровне мира медицинских работников присутствует отражение макроструктурных диспропорций в отношении медицинского персонала. С другой стороны, это не просто пассивное отражение макропроцессов — рассмотренный подход позволяет взглянуть на указанную проблематику по-новому, в аспекте того, какие из макрофакторов значимы именно для сотрудников. Анализ с позиции микроуровня

[559] Богдан И. В., Гурылина М. В., Чистякова Д. П. Факторы приверженности медицинских сотрудников к работе в организации. М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2019. С. 8.
[560] Исследование «Факторы приверженности медицинских сотрудников к работе в организации», 2019 г. Выборка: N=551 сотрудник 6 медицинских организаций различных форм оказания помощи, детских и взрослых. Округленные значения приведены по: Богдан И. В., Гурылина М. В., Чистякова Д. П. Факторы приверженности медицинских сотрудников к работе в организации. С. 9.

в таких вопросах, как мотивация может быть в ряде случаев более ценным, чем внешний экспертный взгляд.

Вопросы референтных значений лояльности

Также важнейшим вопросом в рамках управления лояльностью персонала выступает вопрос определения референтных значений (так называемых «бенчмарков»). Для постановки задач социального управления лояльностью медицинского персонала, крайне важно соотносить целевой и текущий показатель с набором обоснованных критериев, чтобы понимать, лояльность в организации «хорошая», «на среднем уровне», «низкая», это «лучшая практика» и т. д. При этом различия в методологии измерений (например, различные подходы к построению выборки, модификации опросного инструментария и т. д.), а также неготовность компаний публично делиться низкими показателями лояльности своего персонала усложняют процесс получения обоснованных значений.

Для определения референтных значений показателей могут быть использованы различные стратегии, в частности, в разделе будут описаны четыре из них, ориентирующиеся на группы индикаторов, полученных в рамках четырех подходов: статистики, экспертов, логики, исходов. Приоритетным в исследовании рассматривается подход исходов (при этом он является наиболее ресурсозатратным). Будет показано, что текущее значение лояльности в здравоохранении имеет значимый потенциал роста, особенно среди таких статусно уязвимых групп, как средний медицинский персонал.

С*татистический подход* (в данном контексте подразумеваются средние значения по отрасли/подвыборке) к определению референтных значений в отношении показателя лояльности может быть проиллюстрирован на примере ряда зарубежных агрегаторов опросов лояльности. Если доверять им, средний показатель лояльности сотрудников в целом находится на уровне eNPS=12–14. При этом, если даются показатели именно по системе здравоохранения, значения

обычно ниже[561]. Ещё более низкие значения фиксируются в средних замерах eNPS в России. Так, исследование НАФИ показывает средний eNPS в различные годы в диапазоне от -47 до -32[562].

В целом, можно констатировать, что в публичном доступе, кроме авторских исследований, представлены лишь единичные исследования замеров eNPS в здравоохранении, как в нашей стране, так и за рубежом, поэтому обзор источников не позволяет сформировать целостную картину ситуации[563]. Ввиду противоречивости открытых данных более обоснованным представляется обратиться к авторской агрегированной базе, в которой были собраны классифицированные по различным основаниям исследования лояльности в здравоохранении. В данной базе средний eNPS для медицинского персонала по имеющимся исследованиям на момент написания текста составил eNPS=17[564].

Экспертная оценка показывает, что значения eNPS в диапазоне 0–30 можно считать «хорошими»[565]. Это соответствует минимальной *логической оценке* «хорошего» уровня начиная с 0, когда процент «промоутеров» превышает процент «критиков»[566], а также теоретическим подходам, в рамках которых говорится об областях неустойчивости, которые возникают «когда удовлетворенность акторов меньше их неудовлетворенности»[567]. Такие референтные значения не противоречат другим подходам.

---

[561] Богдан И. В., Дренева А. А., Праведников А. В., Чистякова Д. П. Лояльность персонала медицинских организаций: теория и практика. С. 67.

[562] НАФИ. «Карьерная инертность»: россияне недовольны своей работой, но не готовы искать новую. URL: https://nafi.ru/analytics/karernaya-inertnost-rossiyane-nedovolny-svoey-rabotoy-no-ne-gotovy-iskat-novuyu-/ (дата обращения: 20.10.2021); НАФИ. «Карьерная инертность»: россияне недовольны своей работой, но не готовы искать новую. Пресс–релиз. URL: https://nafi.ru/upload/pressrelease/Survey%20results_eNPS.docx (дата обращения: 20.10.2021).

[563] Богдан И. В., Дренева А. А., Праведников А. В., Чистякова Д. П. Лояльность персонала медицинских организаций: теория и практика. С. 68–70.

[564] Исследования лояльности в системе здравоохранения. URL: nps.niioz.ru (дата обращения: 14.04.2025).

[565] Богдан И. В., Дренева А. А., Праведников А. В., Чистякова Д. П. Лояльность персонала медицинских организаций: теория и практика. С. 86.

[566] Там же. С. 86.

[567] Лапин Н. И. Смена парадигм системного мышления и антропнодеятельностное понимание неравновесных социокультурных систем. С. 103.

Примером использования подхода связи лояльности персонала и *исходов*, который представляется наиболее предпочтительным, является авторское исследование в многопрофильном стационаре в 2017 г.[568] Его результаты продемонстрировали, что определенные уровни лояльности обнаруживают связь с критическими значениями статистических показателей деятельности подразделения (что также можно рассматривать как пример интеграции социального подхода и статистики, которая описана в разделе 1.3).

В ходе исследования был проведен сплошной опрос сотрудников многопрофильного стационара города Москвы (N=1241), определены уровни лояльности различных групп персонала, агрегированные по подразделениям, а также факторы лояльности, агрегированные на уровне подразделений по результатам количественного контент-анализа (доля сотрудников, называвших ту или иную категорию среди всех, кто назвал причины своей лояльности в конкретной группе).

Корреляционный анализ на уровне отдельных подразделений показал сильную связь лояльности персонала с рядом важнейших статистик, таких как оборот койки, длительность пребывания, больничная летальность и другие (Таблица 14).

Таблица 14. Корреляция лояльности различных групп персонала и статистических показателей в разрезе профилей коек (приведены значения коэффициентов корреляции)[569]

Категория медицинского персонала	**Отклонение статистических показателей медицинской организации от среднего по многопрофильным больницам Москвы**			
	Среднее число дней занятости койки в году (функция койки)	**Средняя длительность пребывания**	**Оборот койки**	**Больничная летальность**
	Связь лояльность-статистика			
Все категории		-0,49	0,45	-0,67
Врачи	-0,5	-0,45		
Средний персонал		-0,48	0,54	-0,72

[568] Богдан И. В., Гурылина М. В. Лояльность сотрудников медицинских организаций как фактор качества медицинской помощи.

[569] Исследование «Лояльность сотрудников медицинских организаций как фактор качества медицинской помощи», 2017 г. Выборка: N=1241 сотрудник многопрофильного стационара, сплошной опрос.

Младший персонал				-0,51

Следует подчеркнуть, что в рамках исследования статистические показатели были нормированы по профилям койки с помощью авторской методики относительно среднего по другим подразделениям с аналогичным профилем койки по Москве[570], что нивелировало потенциальные искажения, связанные с различиями между специализациями медицинской помощи (например, более высокая смертность в реанимации относительно терапии).

Обращает внимание, что наиболее сильная корреляция (обратная) была обнаружена для лояльности медицинских сестер с больничной летальностью (r=-0,72, корреляция eNPS медсестер в конкретном отделении и стандартизированного показателя больничной летальности по профилю койки, нормированного на среднее по Москве среди аналогичных коек), что, во-первых, свидетельствует в пользу актуальности роли сестринского персонала в снижении больничной смертности, обоснованную исторически ещё основательницей «сестринского дела» Ф. Найтингейл[571], во-вторых, в пользу важности работы с лояльностью именно сестринского персонала, который, как было показано ранее, демонстрирует значимый разрыв в лояльности с врачами и является «уязвимой группой».

В ходе исследования удалось установить в отдельной организации связь между эмоциональным самочувствием медсестер, через показатель их лояльности, и стандартизированной больничной летальности и найти референтные значения показателей лояльности и доли персонала, удовлетворенного эмоциональным климатом в коллективе, начиная с которых ситуация будет способствовать снижению или повышению летальности по сравнению со средним по Москве среди аналогичных отделений (Рисунок 7).

[570] Богдан И. В., Гурылина М. В. Лояльность сотрудников медицинских организаций как фактор качества медицинской помощи.
[571] Коэн Б. Флоренс Найтингейл // В мире науки. 1984. № 4. С. 80–88.

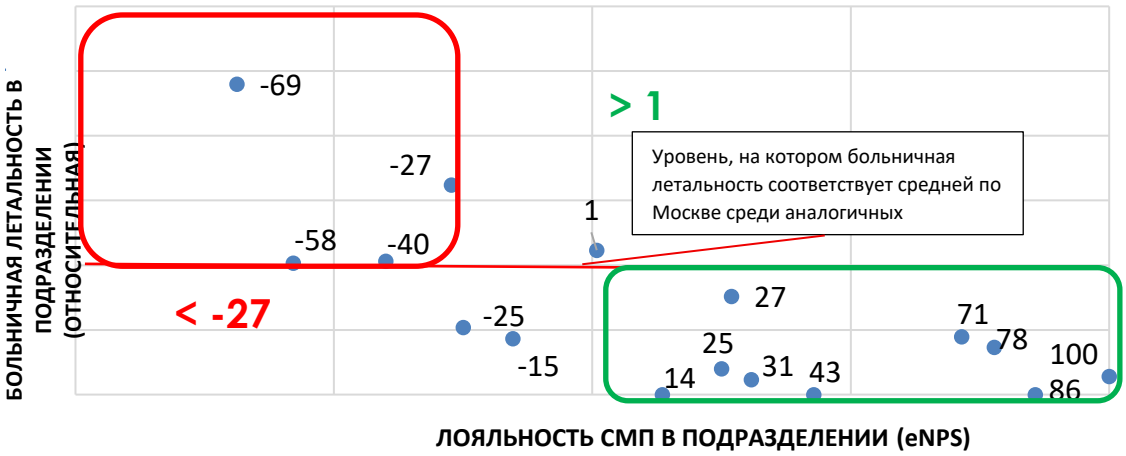


Рисунок 7. Связь лояльности среднего медицинского персонала (СМП) и больничной летальности в соответствующих подразделениях[572]

Как следует из графика, исследование обосновывает с позиции исходов значения eNPS>0 как референтные, так как при среднем eNPS>1 не было отделений, в которых больничная летальность была бы выше средней по Москве среди аналогичных отделений.

В отношении факторов лояльности, если менее трети медсестер по профилю койки отмечали психоэмоциональный климат как причину своей лояльности – больничная летальность в таких подразделениях была всегда выше среднего по Москве, а если больше половины (55%) - то всегда ниже. В связи с указанной ролью психоэмоциональных детерминант отношения к медицинскому труду, актуальным сегодня является работа с эмоциональным выгоранием сотрудников, как со стандартизированным показателем их эмоционального неблагополучия (следует отметить, что на федеральном уровне уже разрабатываются программы, которые подразумевают воздействие на лояльность сотрудников за счет снижения эмоционального выгорания[573]).

---

[572] Исследование «Лояльность сотрудников медицинских организаций как фактор качества медицинской помощи», 2017 г. Выборка: N=1241 сотрудник многопрофильного стационара, сплошной опрос. Нарисовано по: Богдан И. В., Дренева А. А., Праведников А. В., Чистякова Д. П. Лояльность персонала медицинских организаций: теория и практика. С. 101.

[573] ЦНИИОИЗ. Снижение профессионального выгорания в медицинской организации. URL: https://mednet.ru/uslugi/dlya-glavnyh-vrachei/razrabotka-kompleksa-mer-potiyisnizheniyu-professionalnogo-vyigoraniya-v-mediczinskoj-organizaczii (дата обращения: 14.04.2025).

В целом, анализ «мира» медицинских работников показывает важность для них ограниченного набора областей восприятия своей профессиональной деятельности, когда стабильно ведущими положительными факторами эмоционального заряда и мотивации выступают социально-психологические детерминанты, а негативными – вопросы материального стимулирования и нагрузки. При этом ведущая роль в формировании лояльности принадлежит психологическим факторам. Более того, именно они показывают прямую связь со статистическими показателями, что выступает аргументом в пользу их большего использования в мониторингах и управленческих вмешательствах.

Также средние значения лояльности в отрасли на уровне 10–20 (из 100) свидетельствуют в целом о присутствии в недостаточной мере реализованного потенциала мотивации сотрудников, в т. ч. с позиции социально-психологических факторов её увеличения.

2.3.3 Управление лояльностью в кризис: социально-психологические механизмы мобилизации

Целью данного заключительного раздела является рассмотрение вопросов управления лояльностью персонала в условиях кризиса. Будучи ситуацией контрастной норме (которой было посвящено предыдущее рассмотрение), кризис позволяет по-новому взглянуть на факторы лояльности персонала и их значимость, а также поднимает вопросы специфики управления на уровне мира медицинских работников. Изучение опыта медицинских кризисов особенно актуально ввиду постоянно возобновляющихся дискуссий о потенциальном возникновении новых пандемий / «болезни Х»[574].

С одной стороны, кризисы (в частности, ситуация пандемии) обостряют существующие системные проблемы. С другой – они позволяют проанализировать особенности активации мотивационных механизмов в ответ на резкое ухудшение

[574] ТАСС. Глава ВОЗ пояснил, что термин "болезнь Х" обозначает любое неизвестное заболевание. URL: https://tass.ru/obschestvo/19749489 (дата обращения: 19.04.2025).

ситуации практически в режиме реального времени, что дает новое знание о функционировании системы мотивации персонала.

Например, авторское исследование в инфекционной службе предоставило возможность сравнить пандемический период с допандемическим и, таким образом, рассмотреть роль кризисных факторов в выявленной динамике.

Исследование показало, что к концу 2020 года лояльность сотрудников больниц инфекционной службы, принявшей на себя первый удар пандемии, не только оставалась достаточно высокой, но и продемонстрировала значимую *положительную динамику* (рост eNPS с 1,8 до 20,9) за год, которую на основе результатов исследования можно связать[575]:

- со сплочением коллектива в период пандемии (из ведущих факторов нелояльности исчезли плохие отношения с коллегами),
- с поддержкой государства, непосредственного руководства (отношения с которым оценивались на 4,3 из 5 баллов, и половина сотрудников была скорее согласна, что руководство поддержит их в сложной ситуации)
- общественным признанием вклада медицинских работников в противодействие пандемии (данный фактор был вторым по частоте упоминания среди положительных аспектов работы службы в пандемию).

Механизмы роста лояльности в пандемию объясняются также активизацией ценностных диспозиций, рассмотренных в предыдущей главе – как показало авторское исследование, среди сотрудников службы на момент опроса значимо преобладали сторонники равенства, считающие, что успех подразделения – это общая заслуга, и поэтому вознаграждение за работу должно распределяться равномерно между всеми работниками, что можно рассматривать как проявление коллективистских установок. Аналогично в дихотомии «ориентация на коллектив – ориентация на дело», среди сотрудников преобладали те, для которых хорошие отношения в коллективе были важнее эффективности и результативности в работе, то есть, в рамках подхода к диспозициям, обозначенного в предыдущей главе – они

[575] Богдан И. В., Дренева А. А., Праведников А. В., Чистякова Д. П. Лояльность персонала медицинских организаций: теория и практика.

проявляют скорее конформный Тип 4. С одной стороны, такая ситуация, скорее всего, и привела к росту лояльности сотрудников в пандемию за счет установок на сплоченность и несостязательность, с другой – в таких организациях проблемой может стать поиск инициативных лидеров (Тип 3), которые мотивированы на достижение целей и улучшение службы[576]. Как определено диспозиционной концепцией саморегуляции социального поведения, механизмы включения мотивации явным образом обнаруживают связь с высшими ценностными уровнями диспозиционной структуры, что выступает аргументом за интеграцию указанных элементов в модель социального управления персоналом.

Пример инфекционной службы, как и другие авторские пандемические исследования, показывает, что социопсихологические механизмы представляли значимый ресурс мобилизации медицинских кадров в период пандемии. Факторами такого включения явились правильное выстраивание взаимоотношений с руководством и внутри коллектива, а также совпадение смыслов деятельности организации/системы здравоохранения и самого человека (высокая цель бороться с пандемией, реализация внутренних ценностей и т. д.).[577]

При этом, в контексте выявленной активизации социопсихологических механизмов, исследование показало, что несмотря на то, что такие меры не требовали от организации дополнительных средств, потенциал нематериальной мотивации в значимой мере не был использован.

Также данные свидетельствуют, что в период пандемии менее острыми стали конфликты с пациентами, что может быть обусловлено временным переходом к более патерналистской модели взаимодействия с ними. В ситуации кризиса врач вернул часть своего «изначального» авторитета, а пациент имел меньше возможностей выступать во взаимоотношениях с медицинскими работниками с позиции консьюмеризма[578].

---

[576] Там же. С. 93.
[577] Там же. С. 90.
[578] Там же. С. 94.

Важно отметить, что помимо согласованности с макроуровнем (на котором отмечались нарративы о возврате к «помощи» от «услуг» в рамках соответствующего дискурса), исследование показало и явное расхождение между воодушевлением на уровне мира медицинских работников и негативной макросоциальной ситуацией (например, проблемы снабжения, повышенная нагрузка на систему здравоохранения), что обосновывает продуктивность анализа на различных уровнях.

Пандемия продемонстрировала важность социопсихологических факторов не только с позиции обеспечения роста лояльности, но и того, что именно в кризисные периоды актуализируются вопросы общего психологического состояния медицинских кадров, которые, как и население в целом, затронуты выраженным ментальным неблагополучием. Высокий уровень стресса среди персонала показало и авторское исследование в инфекционной службе[579]. Несмотря на рост лояльности, повышенные нагрузки в пандемию способствовали выгоранию персонала[580].

Полученные для инфекционной службы данные продемонстрировали необходимость своевременного выявления потребности в психологической помощи и психологического сопровождения персонала медицинских организаций (особенно в ситуации кризиса), что особенно актуально ввиду недостаточного развития у них навыков борьбы со стрессом. Так, всего 18 % сотрудников, отметивших, что у них есть способы справляться со стрессом, указывали, что владеют психологическими техниками саморегуляции[581].

Поскольку проблема выгорания медицинских работников — не вопрос исключительно пандемии, важно использовать период вне кризисов для

---

[579] Богдан И. В., Дренева А. А., Кузьменков В. А., Чистякова Д. П. Лояльность персонала инфекционной службы в период пандемии: ключевые факторы и некоторые вопросы управления.

[580] Giusti E. M., Pedroli E., D'Aniello G.E., Stramba Badiale C., Pietrabissa G., Manna C., Stramba Badiale M., Riva G., Castelnuovo G., Molinari E. The Psychological Impact of the COVID-19 Outbreak on Health Professionals: A Cross-Sectional Study // Front Psychol. 2020. № 10;11:1684. URL: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7366071/ (accessed: 01.12.2025).

[581] Богдан И. В., Дренева А. А., Кузьменков В. А., Чистякова Д. П. Лояльность персонала инфекционной службы в период пандемии: ключевые факторы и некоторые вопросы управления. С. 124.

выстраивания системы заботы о ментальном здоровье медицинских работников, тем более, как было показано, данная тематика стабильно актуальна, особенно для таких эмоционально сложных областей, как онкология[582]. Выстроенная система заботы о психоэмоциональном состоянии сотрудников может представлять, в т. ч. механизм продуктивной устойчивости в период кризисов, за счет создания комфортной психологической среды. Существенная роль в её создании принадлежит руководителям системы здравоохранения, которые, увидев пользу открытого диалога и предоставления субъектности персоналу в пандемию, могли бы быть заинтересованы в развитии данной культуры и после её окончания[583].

Акцент на ментальном здоровье не исключает значимости материальных стимулов. Результаты авторских исследований показывают также значимость материальных и бытовых аспектов, которую отмечали медицинские работники, — повышение оплаты труда за работу в «красной зоне», решение бытовых вопросов (например, обеспечение питания)[584]. Однако данные аспекты были представлены значительно меньше в нарративах опрошенных медицинских работников.

Также следует отметить, что психологическая мобилизация не является панацеей от всех кадровых проблем, например, статусного дисбаланса. Так, несмотря на рост лояльности, указанное исследование в инфекционной службе показало, что остался актуальным разрыв между лояльностью врачей и сестринского персонала (eNPS = 47,7 против 6,3)[585]. Аналогичные данные о существовании значимых различий были получены во всех авторских пандемических исследованиях. Асимметрия между врачебным и неврачебным персоналом была вызвана в том числе и новыми пандемическими реалиями — врачи обладали большей информированностью, часто большим авторитетом

---

[582] Богдан И. В., Виноградов В. А., Горюшкина О. С. и др. Медико-социологическое обоснование внедрения психологической службы в стационары и амбулаторные организации онкологического профиля.
[583] Богдан И. В., Дренева А. А., Праведников А. В., Чистякова Д. П. Лояльность персонала медицинских организаций: теория и практика. С. 95.
[584] Там же. С. 89.
[585] Там же. С. 93.

у пациентов, «последним словом» в вопросе решения, например, о допуске на вакцинацию и т. д.[586].

Подводя итог разделу, анализ пандемического кризиса позволяет как подтвердить тезис о важности для формирования лояльного отношения к работе именно социопсихологических факторов, так и углубить, конкретизировать их понимание как источника продуктивной устойчивости в кризисы. При этом акцент на заботе об эмоциональном состоянии персонала не означает отказа от работы с другими четырьмя выделенными группами факторов, среди которых традиционно проблемными являются вопросы заработной платы и нагрузки.

2.3.4 Цели и механизмы управления на микроуровне модели социального управления

По итогам рассмотрения данного раздела и обращения к результатам авторских исследований следует обозначить следующие проблемные аспекты:

1. Достаточно низкая лояльность медицинского персонала, особенно среди среднего персонала, что можно рассматривать в т. ч. как отражение статусных проблем.

2. Недостаточный учет нематериальных факторов мотивации в управленческих моделях, в т. ч. психосоциальных детерминант поведения сотрудников.

3. Психоэмоциональное состояние персонала как системная проблема, усугубляемая высокой нагрузкой, недостатками финансирования и отсутствием системы психологической поддержки, что особенно остро проявляется в кризисные периоды.

4. Диспропорции в субъективном благополучии между медицинскими профессиями, в частности, стабильный высокий разрыв в лояльности между врачебным и сестринским персоналом.

---

[586] Там же. С. 89.

В ответ на указанные проблемы модель социального управления персоналом нуждается в следующих трансформациях:

1. Большее внимание к психосоциальным детерминантам труда (психоэмоциональный климат в коллективе) в управлении персоналом.

2. Преодоление статусного разрыва между медицинскими профессиями, в т. ч. целевая поддержка уязвимых групп (например, средний медицинский персонал), усиление их субъектности и предоставление возможностей участия в принятии решений.

3. Создание возможностей для динамической адаптации к кризисам, в т. ч. институционализация практик, доказавших эффективность в кризисных условиях.

4. Системный мониторинг лояльности (или смежных показателей), а также их основных факторов. Важным аспектом в контексте мониторинга является установление обоснованных референтных значений.

Указанные трансформации могут быть реализованы с помощью следующих механизмов (Таблица 15):

Таблица 15. Описание механизмов управления на уровне мира персонала.

Механизм	**Содержание механизма**
1. Механизм создания системы психологической поддержки и поддержания психологического климата	*Ось концептуальной модели и направление изменения:* Субъект-субъектный полюс — рост автономии/вовлеченности, внимание к внутреннему миру сотрудника.
	Область приложения: Профилактика негативных эмоциональных состояний/выгорания, формирование доверительной среды в коллективе, управление конфликтами.
	Предмет управления: Психологическое благополучие персонала, уровень групповой сплоченности, снижение эмоционального напряжения.
	Субъекты реализации: руководители медицинских организаций и психологических служб, штатные психологи, кадровые службы, профсоюзы, Минздрав (в части методической поддержки).
	Ожидаемый исход: Повышение показателей удовлетворенности/лояльности; снижение текучести кадров; улучшение медицинских показателей (например, больничной летальности).
	Формы интеграции в рамках модели управления: Междисциплинарная: обращение к психологическому знанию в рамках работы с ментальным здоровьем, межсекторальные коллаборации.

2. Механизм мотивационно-статусного балансирования для неврачебного персонала.	*Ось концептуальной модели и направление изменения:* субъект-субъектный полюс — рост автономии/вовлеченности, внимание к внутреннему миру сотрудника.
	Область приложения: Системы нематериального стимулирования; дифференциация в мотивации.
	Предмет управления: снижение разрыва в лояльности между врачами и неврачебным персоналом; повышение воспринимаемого статуса неврачебных профессий
	Субъекты реализации: Минздрав, руководители медицинских организаций, кадровые службы.
	Ожидаемый исход: Сокращение разрыва в лояльности/удовлетворенности между врачами и неврачебным персоналом; рост инициативности; улучшение качества исходов за счет большего задействования потенциала инициативы тех, кто находится «у кровати» пациента.
	Формы интеграции в рамках модели управления: Структурная: синхронизация программ развития на федеральном и локальном уровнях. Субъектная: балансирование интересов врачебного и неврачебного персонала, учет запросов неврачебного персонала при проектировании мотивационных схем.
3. Механизм кризис-адаптивного социального управления	*Ось концептуальной модели и направление изменения:* динамическая модель (учет кризисных явлений); субъект-субъектный полюс — рост внимания к персоналу как к субъектам
	Область приложения: Протоколы действий при медицинских кризисах в аспекте состояния персонала, центры психологической помощи, механизмы обратной связи в кризис.
	Предмет управления: Сохранение лояльности и работоспособности в экстремальных условиях (например, пандемия).
	Субъекты реализации: кризисные менеджеры, Минздрав и региональные органы здравоохранения, службы экстренной психологической помощи.
	Ожидаемый исход: Поддержание обоснованного уровня лояльности (eNPS>0) в кризис; задействование механизмов эмоциональной мобилизации; снижение издержек кризисов с позиции выгорания персонала.
	Формы интеграции в рамках модели управления: Структурная: координация между медицинскими организациями и руководящими службами. Междисциплинарная: межсекторальные коллаборации.
4. Механизм использования данных единой системы мониторинга субъективного благополучия медицинского персонала для	*Ось концептуальной модели и направление изменения:* полюс общих моделей, унификация; ось динамических моделей (отслеживание динамики)
	Область приложения: регулярные замеры показателей субъективного благополучия сотрудников.
	Предмет управления: Выявление актуальных проблем персонала в реальном времени; оценка эффективности управленческих вмешательств с точки зрения персонала.
	Субъекты реализации: Минздрав (как инициатор и заказчик), профильные аналитические центры, администрация медицинских

оперативного реагирования	организаций, служб, региональных органов управления здравоохранением.
	Ожидаемый исход: Оперативное выявление зон риска; обоснование решений данными.
	Формы интеграции в рамках модели управления: Междисциплинарная: инструментарий различных методологий, комбинация социологического, психологического инструментария и подходов точных наук. Структурная: единая платформа сбора и анализа данных для всех уровней управления.

Составлено автором

В рамках последнего механизма, поскольку исследования показывают, что рассмотренные пять факторов лояльности в целом охватывают основные мотивационные нарративы сотрудников, может быть рекомендован количественный мониторинг их в дополнение к самому показателю лояльности (или смежным). Также, как было показано, важен анализ показателей лояльности в разрезе различных социальных групп медицинского персонала – прежде всего профессиональных, и мониторинг значимых разрывов между ними, которые дают представление о властных и статусных диспропорциях, а также их субъективно воспринимаемых причинах (факторы лояльности). Данные показатели могут быть дополнены и другими, например, имеющими отношение к психическому выгоранию персонала, исходя из актуальных целей социального управления.

Важно также постоянное обновление референтных значений лояльности в зависимости от актуальных целей (например, исходя из целевых статистических показателей, как это было показано в описанном в разделе авторском эксперименте).

Выводы по разделу: три уровня реализации модели социального управления медицинским персоналом

В Главе 2, в дополнение к концептуальному уровню, описанному в Главе 1 и представленному пространством четырех осей, которые задают координаты для модели социального управления, были рассмотрены три взаимосвязанных уровня (объективные социальные структуры, социальное восприятие и мир медицинских работников), на которых реализуется модель управления. Каждому из уровней

соответствуют свои механизмы (которые также позволяют реализовать движение по отдельным осям из Главы 1) и направления трансформаций, для которых данные механизмы могут быть использованы. В свою очередь, направления трансформаций обоснованы выявленными преимущественно на данных эмпирических исследований ключевыми аспектами и проблемными зонами социального управления медицинским персоналом. С одной стороны, концептуальный уровень (Глава 1) задает рамки для модели управления, определяет её общие принципы, с другой – изменения ситуации на рассмотренных трех уровнях управления (Глава 2) могут призывать к концептуальной трансформации модели управления.

Общий вид модели социального управления по итогам Главы 2 может быть отображен следующим образом (Рисунок 8).

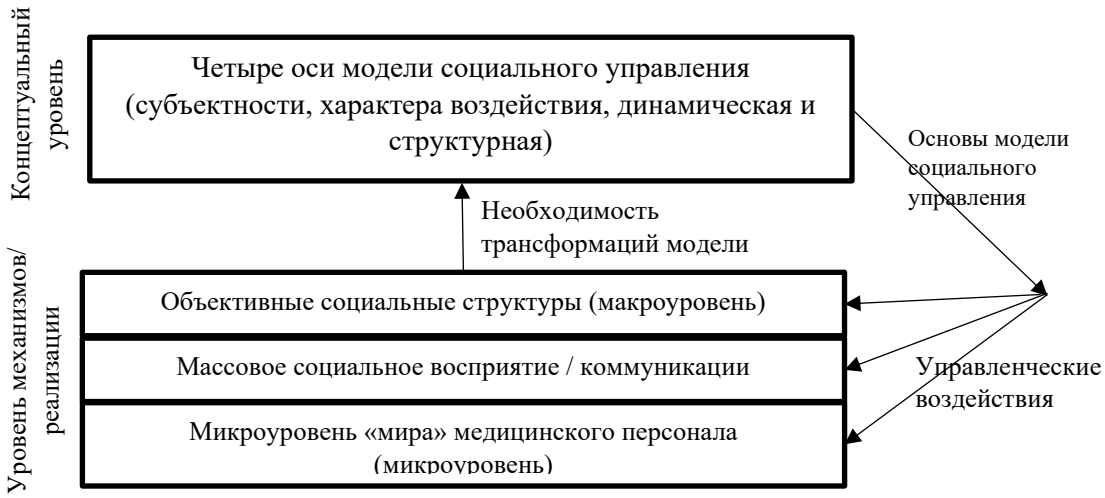


Рисунок 8. Общий вид структуры модели социального управления медицинским персоналом. Составлено автором.

Интегрированный характер модели социального управления задается реализацией трех рассмотренных в Главе 1 форм интеграции (междисциплинарная, структурная, субъектная) в рамках описанных механизмов, а также взаимосвязью логики управления на трех представленных в Главе 2 уровнях в рамках достижения поставленных целей. Так, в контексте описанного подхода, трансформации на уровне объективных социальных структур опосредуются социальным восприятием, что в конечном итоге формирует переживаемый макроуровень мира

медицинского персонала. С этой позиции, дисфункция на любом уровне (например, неэффективная коммуникация структурных реформ макроуровня на мезоуровне социального восприятия) затрудняет достижение целей управления на микроуровне. Безусловно, существует и обратный процесс экстернализации, однако в рамках рассмотрения управления с позиции управляющего субъекта, он представляет интерес только в той степени, в которой управляем «сверху-вниз».

Как следует из логики рассмотренных механизмов, основные направления трансформации социального управления на концептуальном уровне связаны с движением в сторону более современной модели управления (субъект-субъектной, нелинейной, динамической), за исключением оси структуры, которая требует сегодня большей стандартизации и унификации процессов на различных уровнях. Основные векторы современной трансформации предполагают:

- Макроуровневую трансформацию и легитимацию (в т. ч. в едином документе) новой модели социальных взаимодействий в здравоохранении, как основа которой был предложен «мягкий патернализм», сочетающий компетентностное лидерство медработника с учетом интересов пациента, а также не отрицающий вариативность распределения власти в данных отношениях в зависимости от контекстных условий.
- Преодоление статусных диспропорций внутри общности медицинских работников, проявляющихся в первую очередь на уровне социального восприятия, с приоритетом врачебного персонала в ущерб неврачебному, «привилегированных» служб в ущерб стигматизированным.
- Большее внимание на микроуровне к психосоциальному благополучию персонала как условию долгосрочной эффективности системы и её продуктивной устойчивости.

Несмотря на примат отдельных механизмов на каждом из уровней, некоторые механизмы и тематики пронизывают все рассмотренные уровни социального управления медицинским персоналом, находя отражение на каждом из них:

- Статусные диспропорции, которые на макроуровне могут наблюдаться в индикаторах движения кадров (дефицит), на уровне социального восприятия – в преобладании негативных аспектов восприятия в образах отдельных профессий и служб, а на уровне мира медицинского персонала отражаться в различиях уровня лояльности работников.
- Вопросы мотивации, представленные на макроуровне системой стимулирования (например, экономическая модель стимулирования), на уровне социального восприятия – как характеристики отдельных аспектов образа профессий (например, связанных с представлениями о материальном положении медицинского персонала), на уровне мира медицинских работников представлены в различии запросов на повышение заработной платы или на нематериальное стимулирование.
- Ситуации больших кризисов, таких как пандемия COVID-19, ввиду тотальности такого рода кризисов для всех сфер социального, приводят к сдвигу на концептуальном уровне в сторону более «классических» моделей управления, что находит отражение на каждом из трех уровней реализации управления.
- Наконец, каждый из уровней, как было показано, предлагает свой интегрированный механизм мониторинга и обоснованный подход к нему, которые в конечном итоге должны быть также объединены в единую систему. Сегодня такие указанные важные аспекты, как эмоциональное состояние кадров, различные аспекты социального восприятия в системе здравоохранения, статус медицинского работника (вне финансовых аспектов), нарративы врачей и пациентов и др., не выступают предметом систематических мониторингов, которые должны принимать и классические, и новые, актуальные социальному развитию формы. В частности, неоднократно была показана важность реализации мониторингов социальных медиа, которые ещё не стали повсеместной управленческой практикой.

Такие мониторинги будут требовать более широкого использования цифровых технологий в процессе осуществления. Раскрытию данного аспекта будет уделено внимание в следующей главе, описывающей как отдельные

механизмы и направления трансформации, связанные с цифровизацией, так и общую логику использования авторской модели в контексте цифровой трансформации здравоохранения.

Глава 3. Применение модели социального управления медицинским персоналом в контексте цифровой трансформации здравоохранения

3.1 Характеристики модели социального управления медицинским персоналом в условиях цифровизации

Предмет рассмотрения в данном разделе – трансформация модели социального управления, описанной в предыдущих главах, в контексте цифровизации, влияние которой испытывает как общество в целом, так и система здравоохранения (медицинский персонал), в частности. Трансформационное значение цифровизации для социума, её революционность, достигаемая за счет встраивания новых технологий во все цепочки процессов, позволяет вести речь о новом этапе развития, «индустрии 4.0»[587], формирующей, помимо прочего, новые трудовые реалии, которые ряд исследователей характеризует как «Работа 4.0»[588].

В области медицины указанные трансформации порождают цифровое здравоохранение. Как и другие, рассмотренные ранее концепты, цифровое здравоохранение имеет сторонников различных взглядов на него, что может в определенный момент стать критичным – например, О.В. Романовская и Г.Б. Романовский приводят три подхода к нему, в зависимости от которых в центре внимания будет либо пациент и медицинский персонал, либо разработчики, либо коммерческие организации, что будет требовать различного подхода с позиции регулирования[589].

Данный вывод представляется обоснованным вследствие того, что, как тотальный для общества процесс, цифровизация является многоаспектной.

---

[587] Мишон Е. В., Канапухин П. А. Промежуточные итоги цифровизации системы здравоохранения: направления развития и основные угрозы // Вестник ВГУ. Серия: Экономика и управление. 2022. № 3. С. 101; Кузнецова О. Д. Цифровизация здравоохранения в России: этапы развития // Тенденции экономического развития в XXI веке: материалы IV Междунар. науч.-практ. конф., Минск, 1 марта 2022 г. / Белорус. гос. ун-т; редкол.: А. А. Королёва (гл. ред.) [и др.]. Минск: БГУ, 2022. С. 533; Бацина Е. А., Попсуйко А. Н., Артамонова Г. В. Цифровизация здравоохранения РФ: миф или реальность? // Врач и информационные технологии. 2020. № 3. С. 74.

[588] Сизова И. Л., Хусяинов Т. М. Труд и занятость в цифровой экономике: проблемы российского рынка труда // Вестник Санкт-Петербургского университета. Социология. 2017. № 4. С. 376–396.

[589] Романовская О. В., Романовский Г. Б. Право и цифровизация современного здравоохранения // RUDN Journal of Law. 2024. Т. 28. № 3. С. 569.

Указанная характеристика проистекает не только из технологических трансформаций, которые зародились в здравоохранении, но и из общесоциальных трансформаций, оказывающих значимое влияние на социальные отношения в целом и процессы социального управления в частности. Наличие значительно различающихся подходов к исследованию цифровизации в здравоохранении будет требовать выработки авторского взгляда на данные процессы, адекватного разработанной модели.

В разделе 3.1, посвященном специфике управления в условиях цифровизации, вызовы, возможности, трансформации и механизмы, порожденные данным контекстом, будут рассмотрены на трех уровнях реализации предложенной модели социального управления:

На *макроуровне объективных социальных отношений* будет показана ведущая роль субъекта-государства в управлении процессами цифровизации, новые формы и продукты цифрового здравоохранения, которые задают специфику социально-управленческого взаимодействия с медицинским персоналом, со своими угрозами и возможностями, а также социальные трансформации, которые порождаются включением упомянутых ранее «цифровых Других» во взаимодействия, затрагивающие кадры, и ключевые для социально-управленческих отношений последствия данных процессов.

На *мезоуровне социального восприятия* будут рассмотрены цифровые коммуникации как в аспекте общественных обсуждений по тематикам здравоохранения, так и внутри самой системы, которые приводят к необходимости трансформации подходов к мониторингам и вмешательствам в отношении медицинского персонала, в рамках работы с информационным полем, а также требуют адаптации (методической поддержки) медицинских работников в новой цифровой реальности. Будет показано, что цифровые Другие также «воспринимают» социальную реальность с прямыми последствиями для социально-управленческих отношений, затрагивающих кадры, в свою очередь, это поднимает вопросы управления и данным типом «восприятия».

На *микроуровне модели* будет показано, как цифровизация преломляется в непосредственно переживаемом медицинскими работниками опыте. В частности, это вопросы взаимодействия с новыми технологиями (в т. ч. в контексте изменения формы и характера нагрузок), цифровых компетенций, готовности сотрудников быть проводниками данных технологий.

Отдельный вопрос в рамках этого раздела – то, как цифровизация меняет формы и подходы к *управленческим мониторингам*, и какие новые подходы в данной области могут быть предложены.

Авторские исследования, использованные в качестве эмпирической основы раздела 3.1, приведены в Таблице 16.

Таблица 16. Авторские исследования, использованные в качестве эмпирической основы раздела 3.1.

№	**Тематика эмпирического исследования**	**Год проведения**	**Выборка и метод**
1	Отношение населения к технологиям генеративного искусственного интеллекта	2025	800 респондентов, население 18+, стратифицированная рандомизированная выборка, CATI.
2	Промпт-эксперимент: медицинские стереотипы у ведущих текстовых и визуальных генеративных нейросетей	2025	672 генерации из 6 ведущих нейросетей по стандартизированным промптам
3	Лояльность и оценка инфраструктуры здравоохранения сотрудниками детского многопрофильного стационара	2025	235 сотрудников детского стационара, сплошной опрос
4	Лояльность и оценка инфраструктуры здравоохранения сотрудниками специализированного стационара	2025	134 сотрудника специализированного стационара, сплошной опрос
5	Разработка и тестирование «нейросотрудников» для аналитической работы	2025	Разработка и тестирование 8 нейросотрудников, разработанных в Центре цифровой социологии и социогуманитарных технологий в здравоохранении НИИОЗММ ДЗМ
6	Отношение населения к технологиям генеративного искусственного интеллекта и направлениям их внедрения в здравоохранение	2024	800 респондентов, население 18+, стратифицированная рандомизированная выборка, CATI.
7	Образ поликлиники у населения	2024	800 респондентов, население 18+, стратифицированная рандомизированная выборка, CATI;

			14977 текстов, выгрузка сообщений социальных медиа
8	Генеративные нейросети, геймификация и метавселенные здравоохранения в зеркале социальных наук	2023	800 респондентов, население 18+, стратифицированная рандомизированная выборка, CATI.
9	Промпт-эксперимент: стереотипы, прошлое и будущее медицинских профессий	2023	Качественный анализ выгрузки нейросетей, 20+ генераций.
10	Отношение населения к городским проектам в сфере здравоохранения	2023	800 респондентов, население 18+, стратифицированная рандомизированная выборка, CATI.
11	Образ специалиста в области акушерства в социальных медиа и онлайн-СМИ	2022	164325 текстов, выгрузка сообщений социальных медиа и ряд связанных с ними рисунков.
12	Лучшие практики применения технологий привлечения и информирования посетителей на Интернет-ресурсах медицинских организаций: улучшение пользовательского опыта	2022	Анализ интернет-ресурсов 20 ведущих медицинских организаций различных форм собственности.
13	Рейтинг медицинских организаций, подведомственных Департаменту здравоохранения города Москвы по эффективности информационной работы с населением, проводимой в сети Интернет	2022	Экспертная оценка информационной работы 237 организаций Департамента здравоохранения города Москвы
14	Интерес населения к информации по вопросам здоровья, размещенной в социальных медиа	2022	638 респондентов, население 18+, стратифицированная рандомизированная выборка, CATI.
15	Мотивация российской молодежи к донорству крови	2022	1030 респондентов, всероссийский опрос молодежи, квотная выборка, онлайн-опрос (CAWI).
16	Образ врача и медицинской сестры в массовом сознании	2021	1201 респондент, население 18+, стратифицированная рандомизированная выборка, CATI.
17	Внедрение гаджетов в систему мониторинга показателей здоровья населения	2021	469 респондентов, население 18+, стратифицированная рандомизированная выборка, CATI.
18	Мнение медицинских и фармацевтических работников о будущем профессии	2021	14176 респондентов, всероссийская выборка медицинских и фармацевтических работников (опрос через систему НМО).
19	Лояльность сотрудников детской поликлиники	2020	331 сотрудник поликлиники, сплошной опрос.
20	Образ психиатрии и психических заболеваний в социальных медиа	2020	737533 текстов, выгрузка сообщений социальных медиа и 9054 связанных с ними рисунка.

21	Цифровые информационные системы здравоохранения: взгляд населения	2019	800 респондентов, население 18+, квотная выборка, CAPI.
22	Цифровые информационные системы здравоохранения: взгляд врачей	2019	452 сотрудника 6 медицинских организаций различных форм оказания помощи, детских и взрослых.
23	Внедрение телемедицинских технологий в здравоохранение: мнение врачей и пациентов	2019	304 опрошенных врача; 297 опрошенных пациентов. Квотная выборка, репрезентирующая медицинские организации по форме оказания помощи и представленности детской и взрослой служб, 7 организаций.
24	Основы просветительной работы на тему вакцинации в сети интернет: портрет сторонников и противников	2019	19948 текстов, выгрузка сообщений социальных медиа и 280 связанных с ними рисунков.

Составлено автором

3.1.1 Особенности управления на макроуровне социальных структур в контексте цифровизации

Стандартизация в области медицинских информационных систем как фактор в управлении персоналом

Особенности процесса цифровизации здравоохранения в Российской Федерации[590] привели к тому, что к концу 2000-х гг. в данной области был выбран путь централизации, а *ведущим субъектом в процессе цифровизации отрасли стало государство*[591] (как это обычно происходит в других развитых странах[592]). Это гармонирует с принятым в исследовании на макроуровне подходом, когда государство рассматривается как основной субъект управления.

Ведущая роль государства в данном вопросе связана с внедрением единой медицинской информационной системы (МИС) во всех бюджетных организациях, в рамках процесса стандартизации, который должен, среди прочего, повысить управляемость, эффективность работы системы здравоохранения, а также сгладить

[590] Гусев А. В., Владзимирский А. В., Голубев Н. А., Зарубина Т. В. Информатизация здравоохранения Российской Федерации: история и результаты развития // Национальное здравоохранение. 2021. № 2(3). С. 5–17.
[591] Там же. С. 10.
[592] Аксенова Е. И., Камынина Н.Н., Хараз А. Д. Цифровизация здравоохранения: мировой опыт // Московская медицина. 2021. № 2(42). С. 10.

диспропорции. Приказ Минздравсоцразвития России от 28.04.2011 № 364 «Об утверждении Концепции создания единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения» запустил процесс построения единой информационной системы в области здравоохранения – ЕГИСЗ, которая, в свою очередь, заложила основы единого цифрового контура в отрасли. Среди его функций – различные формы горизонтальной и вертикальной интеграции, а в аспекте управления персоналом, особый интерес представляют планы объединить государственную и частную медицину с позиции обмена данными, что будет способствовать реализации обозначенного на макроуровне направления интеграции между данными подсистемами.

Следует отметить, что помимо возможностей для интеграции с частной медициной, функция субъектной интеграции реализована МИС и в другом аспекте – ЕГИСЗ и смежные сервисы на момент написания работы интегрируют в себе функционал, который направлен и на сотрудника системы здравоохранения, и на пациента, что может быть использовано в контексте балансировки отношений между ними. Потенциальные выгоды данных цифровых решений относительно указанных заинтересованных лиц приведены в Таблице 17.

Таблица 17. Преимущества цифровой системы здравоохранения для врача и пациента в рамках программы «цифровая экономика» (по Л.А. Скороходовой и соавторам)[593]

Цифровой контур «Врач» (электронная платформа: облако ЕГИСЗ)	Цифровой контур «Пациент» (личный кабинет на едином портале государственных услуг и функций: gosuslugi.ru)
Телемедицинские консультации Дистанционное обучение Система профессиональной поддержки при принятии решений Консилиумы с коллегами высшей квалификации Полная и оперативная информация о состоянии здоровья пациента (электронная медицинская карта, анамнез, медицинские изображения, и др.)	Запись на прием Уведомления и запись на плановые и профилактические осмотры Удаленный мониторинг здоровья, получение телемедицинских услуг Информация о полисе ОМС, ДМС и данные страховых организаций Информация о прикреплении к медицинской организации Информация об оказанной медицинской помощи

[593] Скороходова Л. А., Микушин М. М., Климентьева И. В. Цифровизация системы здравоохранения: социально-экономические аспекты // Управленческий учет. 2022. № 8–2. С. 229.

Электронные клинические рекомендации Электронные алгоритмы лечения (соответствие стандартам и протоколам) Электронная документация (снижение бумажного документооборота)	Оценка удовлетворенности качеством работы медицинской организации Электронные медицинские документы (справки, больничные листы, выписки, рецепты, результаты анализов и др.)

Построенная система также выступает мощным инструментом стандартизации (как и цифровизация в целом), так как врач понимает, что коллеги видят его назначения, а автоматизированная система не дает отклониться от стандарта[594]. В данном аспекте система облегчает контроль доступности и качества оказания помощи, повышая эффективность процессов управления в здравоохранении с позиции интереса получателей услуг, пусть и за счет снижения субъектности/автономии медицинского персонала.

В целом, можно выделить три основных блока системы:[595]

- Регистры, в т. ч. медицинских работников (перспективный с позиции социального управления кадрами) и медицинских организаций, который также позволяет проводить мониторинги ряда релевантных аспектов, например, кадровой оснащенности[596].
- Технологический слой, включающий сбор информации и геоинформационную систему.
- Слой нормативной и справочной информации.

Среди составляющих ЕГИСЗ на этих уровнях также представлены электронная регистратура, интегрированная электронная медицинская карта

[594] Там же. С. 229.

[595] Гончарова Н. А., Полубабин Д. Н. Цифровизация здравоохранения в РФ: состояние и перспективы // Естественные и гуманитарные науки в современном мире: Материалы Международной научно-практической конференции, Орёл, 13–15 мая 2021 года. Орёл: Орловский государственный университет имени И.С. Тургенева, 2021. С. 165.

[596] Кубасов Р. В., Ленина Ю. А., Мыцюк М. И., Кубасова Е. Д., Лупачев В. В. Цифровизация отечественного здравоохранения: современные аспекты и пути дальнейшего развития // Вестник «Биомедицина и Социология». 2022. Т. 24. № 5. С. 34–35.

(ЭМК)[597], системы мониторинга высокотехнологичной помощи, санаторно-курортного лечения[598] и многие другие инструменты.

С позиции управления медицинским персоналом, данные инструменты можно рассматривать как способствующие улучшению качества мониторинга статистических показателей, которые имеют отношение к сотрудникам, как в аспекте кадрового состава (по которым оперативно могут выявляться диспропорции), так и в контексте качества их работы, которое может быть рассмотрено в связке с их эмоциональным состоянием на микроуровне; в рамках блока справочной информации они могут обеспечить условия для методической поддержки персонала, в т. ч. по социальным вопросам (например, правовая защита).

Также МИС в контексте социальных отношений нормализируют и стандартизируют процессы записи, приема, документирования, опосредуя отношения медицинского персонала с другими заинтересованными лицами. Таким образом, инструменты МИС с данных позиций могут быть полноценно использованы при социальном управлении медицинским персоналом.

Несмотря на успехи распространения технологии (доля государственных и муниципальных медицинских организаций в РФ, внедривших различные МИС, выросла с 3,7% в 2007 до 91% в 2021 году[599]) и на то, что, запустив процесс централизации МИС на федеральном уровне, государство активно включилось в систему выравнивания регионального неравенства, оказывая поддержку отстающим субъектам страны[600], следует отметить, что у ЕГИСЗ сегодня есть полноправный московский (региональный) аналог - ЕМИАС[601]. Данный факт

---

[597] Скороходова Л. А., Микушин М. М., Климентьева И. В. Цифровизация системы здравоохранения: социально-экономические аспекты. С. 228.

[598] Кубасов Р. В., Ленина Ю. А., Мыцюк М. И., Кубасова Е. Д., Лупачев В. В. Цифровизация отечественного здравоохранения: современные аспекты и пути дальнейшего развития. С. 34.

[599] Гусев А. В., Владзимирский А. В., Голубев Н. А., Зарубина Т. В. Информатизация здравоохранения Российской Федерации: история и результаты развития. С. 15.

[600] Там же. С. 11–12.

[601] Полянская С. Г., Телятникова Т. В. Цифровизация российской системы здравоохранения как перспективное направление развития цифровой экономики // Вестник Сибирского института бизнеса и информационных технологий. 2024. № 13(3). С. 114.

подчеркивает отдельную роль Москвы в цифровизации российского здравоохранения и поддерживает наличие региональной неоднородности. В целом, цифровизация, помимо интегрирующей функции в одних аспектах, продолжает выступать источником закрепления диспропорций в других, о чем свидетельствуют данные о сохранении значимых неравенств в отечественном здравоохранении[602].

Доминирующее положение государства в области цифровизации здравоохранения, связанной с МИС, подтверждается и данными опросов. Так, в рамках авторского исследования составленная по итогам анализа ответов москвичей[603] карта цифровых продуктов в области здравоохранения показывает безраздельное доминирование государственных продуктов, с ЕМИАС на первом месте среди них (Рисунок 9).

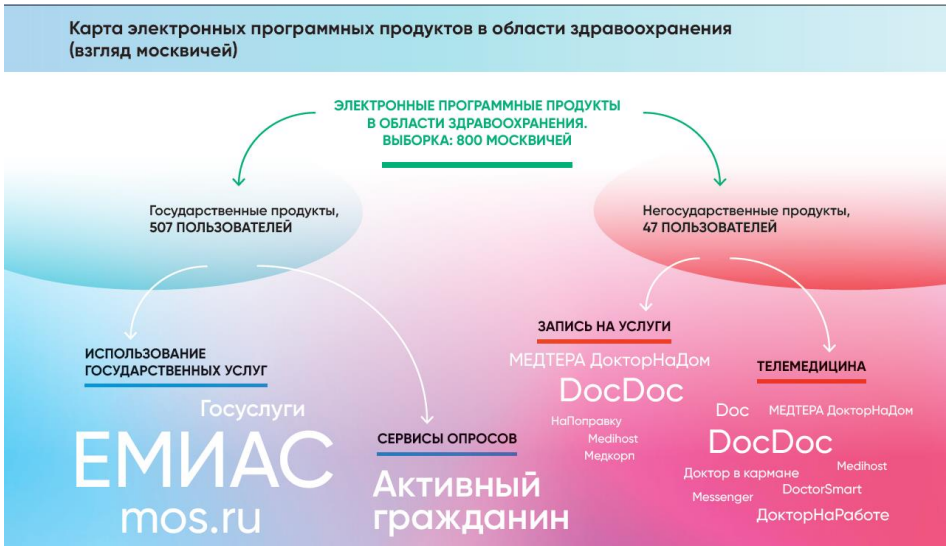


Рисунок 9. Карта использования цифровых медицинских продуктов для населения в Москве - составлено по данным исследования. Размер шрифта, которым написано название продукта, соотносится с частотой упоминания соответствующего продукта респондентами[604].

---

[602] Ивашинников А. В. Телемедицина сегодня: тенденции использования телемедицинских консультаций на опыте регионов // Российский журнал телемедицины и электронного здравоохранения. 2024. № 10(3). С. 7–20.

[603] Богдан И. В., Гурылина М. В., Чистякова Д. П. Цифровые информационные системы московского здравоохранения: взгляд населения // Московская медицина. 2020. № 4(38). С. 18–20.

[604] Исследование «Цифровые информационные системы здравоохранения: взгляд врачей», 2019 г. Выборка: N=452 сотрудника 6 медицинских организаций различных форм оказания помощи, детских и взрослых. Рисунок взят из: Богдан И. В., Гурылина М. В., Чистякова Д. П. Цифровые информационные системы московского здравоохранения: взгляд населения. С. 19.

Поскольку Москва находится в лидерах по развитию частной медицины, в других городах логично предполагать ещё большее смещение в сторону государственных цифровых технологий (как по факту доминирования государственных МИС, так и в восприятии населения).

В целом, рассмотренный процесс внедрения и совершенствования ЕГИСЗ, возглавляемый государством, можно назвать основным процессом в цифровизации здравоохранения в Российской Федерации в 2010–2020 гг.

Второй мощнейший импульс технологической трансформации в нашей стране был получен во время пандемии, которая привела к росту цифровизации всех сфер социального, значительно повысив спрос на оказание услуг в цифровой форме (например, телемедицины, что будет показано далее).

С одной стороны, завершение эпидемиологического кризиса вновь актуализировало очный контакт в здравоохранении. С другой стороны, в пандемическое время была накоплена значительная инерция, как в аспекте спроса на соответствующие продукты, удобство которых пользователи смогли почувствовать, так и в аспекте его реализации. В целом, в пандемию наблюдалось сохранение государством основной управленческой монополии в области цифровизации здравоохранения в условиях инициации им противодействия кризису.

Наконец, последний, ускоривший развитие цифровых технологий этап начался по завершении пандемии и был вызван появлением качественно новых моделей генеративного искусственного интеллекта. С позиции управления этот этап важен как задающий тенденцию отхода государства от монополии в области цифровизации в здравоохранении (движение в противоположную сторону от полюса общей модели социального управления).

Таким образом, если предыдущие этапы цифровизации здравоохранения длились десятками лет, то факторы, задающие её ускорение в последние пять лет, сменились уже дважды. Такая скорость, среди прочего, способствует отставанию научной рефлексии от динамики изменения социальных процессов под влиянием цифровизации, в т. ч. затрагивающих кадры здравоохранения. Недостаток

экспертного осмысления, в свою очередь, не способствует обоснованной нормативной реакции на данные процессы, которая была бы построена на научных основаниях (на момент рассмотрения не было даже общего закона об ИИ). Указанные обстоятельства актуализируют задачу разработки методологии прогнозирования изменений в рамках систем мониторинга и других механизмов сглаживания отставания научной рефлексии, что сегодня критично ввиду масштаба трансформаций.

Рассмотрим особенности текущего этапа цифровизации здравоохранения как актуального контекста социального управления.

Особенности управления на новом нейросетевом этапе

Сегодня в здравоохранении вопросы внедрения именно *генеративного ИИ*, например в формате ИИ-агентов (приложения на основании LLM, которые автономно выполняют ряд специфических (когнитивных) задач[605]), рассматриваются среди наиболее перспективных областей ближайшего будущего[606]. Об этом же свидетельствует прямой интерес бизнеса – например, активный интерес у крупнейшей IT-компании страны – Сбера, которая во многом сосредоточена именно на разработке ИИ-агентов по различным вопросам здравоохранения как в интересах пациентов, так и в интересах работников системы[607].

Развитие генеративного ИИ уже сегодня меняет ландшафт труда, проявляя новые вызовы и возможности. С одной стороны, как и в других областях, в здравоохранении ИИ рассматривается как инструмент, которому можно

---

[605] Galileo. Mastering AI-agents сборник. URL: https://www.turingpost.com/p/galileo (accessed: 03.05.2025).

[606] См., например, обсуждения на одной из ведущих площадок: Телемедфорум-2025. URL: https://telemedforum.ru/13march (дата обращения: 03.05.2025).

[607] Мурашко М. А., Ваньков В. В., Панин А. И., Артемова О. Р., Матвиенко А. В., Гусев А. В., Васильев Ю. А., Владзимирский А. В. Внедрение технологий искусственного интеллекта в здравоохранении России: итоги 2024 г. С. 11.

делегировать рутинную работу, автоматизировать её[608] (в т. ч. работу с документами, которая является причиной повышенной нагрузки и эмоционального выгорания кадров[609]), оставив персоналу более творческие и сложные задачи, тем самым повысив производительность его труда[610]. Последнее крайне актуально с позиции наличного кадрового дефицита, а также в контексте связи высокой нагрузки и выгорания кадров, наблюдаемой на микроуровне.

С другой стороны, внедрение ИИ порождает угрозы – ряд авторов видят во внедрении нейросетевых технологий (например, в системах поддержки принятия врачебных решений) риски ухудшения клинического мышления медицинских работников[611] или даже потери медицинской автономии[612]. Указанные угрозы можно рассматривать в контексте проблем недостаточной адаптивности системы подготовки персонала к изменениям (в т. ч. как следствие обозначенной опаздывающей рефлексии), что будет требовать соответствующих механизмов противодействия им.

Несмотря на контроль развития генеративного ИИ и в нашей стране, и в мире со стороны правительственных структур, сегодня развитие данной технологии приводит к отходу от государственной монополии в сфере цифровизации, что во

---

[608] Васильев Ю. А., Нанова О. Г., Владзимирский А. В., Гольдберг А. С., Блохин И. А., Решетников Р. В. Опыт использования технологий искусственного интеллекта в лабораторной медицине, их эффективность и сценарии применения: систематический обзор; Бурдастова Ю. В., Аксенова Е. И. Нейросотрудники в здравоохранении (наука, управление, клиническая практика): как изменится рынок труда в ближайшие 10 лет: экспертный обзор. М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2025. 23 с.

[609] Shanmugam D., Agrawal M., Movva R., Chen I. Y., Ghassemi M., Jacobs M., Pierson E. Generative Artificial Intelligence in Medicine // Annu Rev Biomed Data Sci. 2025. № 8(1). P. 199–226.

[610] Симонин П. В., Анохин С. А. Перспективы использования искусственного интеллекта и потенциал цифровизации рынка труда // Труд и социальные отношения. 2023. № 3. С. 39.

[611] Улумбекова Г. Э., Худова И. Ю. Оценка влияния новых технологий и изменений в характеристиках пациентов на систему здравоохранения: обзор публикаций и результаты опросов врачей // ОРГЗДРАВ: Новости. Мнения. Обучение. Вестник ВШОУЗ. 2023. № 1 (31). С. 41–56.

[612] Lupton D., Butler E. Generative AI in medicine and public health: an overview and position paper on directions for social research. Sydney: UNSW Centre for Social Research in Health/ ARC Centre for Automated Decision-Making and Society. 2024. URL: http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.4871308 (accessed: 03.05.2025).

многом обусловлено широкой доступностью генеративных технологий для использования и разработки:

- Существующие вычислительные мощности позволяют запускать сложные нейросети почти на любых компьютерах.
- Эти мощности доступны — например, есть возможность использовать не сами дорогие видеокарты, а покупать доступ к серверам с видеокартами или к портам (API) для подключения к развернутым нейросетям.
- Имеются очень простые и удобные программные платформы («фреймворки») для создания ИИ-агентов.
- Промптинг (написание запросов большим языковым моделям, LLM), по сути, стал формой «программирования» на языке, на котором говорит человек. Для создания прототипов программ больше нет необходимости разбираться в сложном коде и учить принципы программирования, нейросети сегодня можно сформулировать задачу на естественном языке.

С позиции властных отношений данные тенденции децентрализуют процессы, что способствует изменению модели управления в сторону нелинейной, но с другой стороны – они предоставляют возможности для повышения субъектности медицинского персонала, который может участвовать в создании и внедрении такого рода продуктов с позиции своих интересов – как в государственном, так и в других секторах.

Более того, тенденции децентрализации и нелинейности при текущем векторе развития будут нарастать, так как следующим за генеративным этапом в здравоохранении эксперты видят этап более автономного агентного ИИ[613].

При этом, в дополнение к генеративному, продолжает развиваться и *классический ИИ*, который обычно выдает более фиксированные результаты. Данный тип искусственного интеллекта сегодня в большей степени принимается здравоохранением и имеет множество успешных примеров внедрения, в том числе

[613] Мурашко М. А., Ваньков В. В., Панин А. И., Артемова О. Р., Матвиенко А. В., Гусев А. В., Васильев Ю. А., Владзимирский А. В. Внедрение технологий искусственного интеллекта в здравоохранении России: итоги 2024 г. С. 11.

в нашей стране – например, известный проект по развитию компьютерного зрения в Москве[614], который позволил существенно улучшить работу рентгенологической службы. На данный момент большинство зарегистрированных ИИ-решений в здравоохранении относятся именно к области узкоспециализированного компьютерного зрения[615].

Такие классические нейросети, аналогично языковым моделям, также могут заменять рутинные операции сотрудника, например, связанные с восприятием. Так, в рамках компьютерного зрения они могут распознавать наличие патологии на снимках человека или контролировать соблюдение им самосохранительного поведения (например, ношение масок) по видео. Технологии на такого рода нейросетях также получили ускорение во время пандемии в нашей стране[616] и сегодня продолжают развиваться.

В целом, указанные два вида ИИ демонстрируют тенденцию к конвергенции, когда, помимо процесса фрагментации, который выбирают небольшие компании (например, разработка специализированных нейросетей под отдельные задачи), крупные компании создают омниканальные системы, которые могут включать элементы классических ИИ-моделей и принимать почти все типичные для человека стимулы – цифры, текст, звук, картинки (сегодня даже есть разработки искусственного обоняния – «электронного носа»[617]), а на выходе также позволяют получать данные различных модальностей. Такая интеграция модальностей позволяет реализовывать более многомерные, соответствующие современной

---

[614] Морозов С. П. Социологические аспекты внедрения технологий искусственного интеллекта в лучевой диагностике // Труды III Форума с международным участием "Социология здоровья: уроки пандемии и контуры будущего здравоохранения", Москва, 23 ноября 2021 года. М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2021. С. 48–51.

[615] Мурашко М. А., Ваньков В. В., Панин А. И., Артемова О. Р., Матвиенко А. В., Гусев А. В., Васильев Ю. А., Владзимирский А. В. Внедрение технологий искусственного интеллекта в здравоохранении России: итоги 2024 г. С. 10.

[616] Назарова Е. А., Карнаухов П. А. Основные направления деятельности московского здравоохранения в условиях кризиса и институциональных преобразований // Вопросы политологии. 2022. Т. 12. № 2(78). С. 531–539.

[617] Pogfay T., Watthanawisuth N., Pimpao W. et al. Development of Wireless Electronic Nose for Environment Quality Classification // International Conference on Electrical Engineering/Electronics Computer Telecommunications and Information Technology. 2010. P. 540–543.

«синергийно сложной» реальности решения. Для управления медицинским персоналом это будет означать возможность все большей передачи функций работников искусственному интеллекту, что поднимает вопросы регулирования разделения обязанностей в паре «ИИ-человек» в рамках здравоохранения в контексте субъект-объектной интеграции.

Основные направления и продукты цифровизации здравоохранения в контексте управления персоналом

Цифровизация, как было обозначено ранее, не ограничивается ИИ или МИСами, и каждая из её форм/продуктов, обладая общими признаками, привносит свои возможности и угрозы для управления персоналом.

В целом, рассматривая направления цифровизации в здравоохранении, кроме ИИ можно также выделить:

- *Телемедицину.* Причем несмотря на принадлежность области цифровизации к более точным наукам, обзор статей на тему телемедицины показывает, что трактовка данного термина различна у разных авторов, вплоть до понимания под ней любой медицинской помощи вне медицинской организации[618]. Этому способствует и многообразие форм телемедицины, среди которых: дистанционные консультации врача с пациентом или другим врачом, дистанционное назначение лекарств, диспансерное наблюдение и другие функции[619]. В контексте данного исследования используется широкое понимание телемедицины как медицинской деятельности или консультаций с использованием средств цифровой коммуникации[620].

Использование телемедицины в рамках механизмов социального управления следует рассматривать как актуальную реальность здравоохранения. Её

---

[618] Волкова О. А., Бударин С. С., Смирнова Е. В., Эльбек Ю. В. Опыт использования телемедицинских технологий в системах здравоохранения зарубежных стран и Российской Федерации: систематический обзор // ФАРМАКОЭКОНОМИКА. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. 2021. № 14(4). С. 552.
[619] Там же. С. 549–562.
[620] Там же. С. 552.

распространение обусловлено возможностью обеспечить рост экономической эффективности приемов[621], сглаживать проблемы доступности медицинских услуг для удаленных территорий[622] и в целом, тем, что она помогает системе здравоохранения выполнять свои функции, в т. ч. в кризисные периоды, такие как пандемия, за время которой использование технологии выросло в десятки раз[623]. Реальный эффект телемедицины в пандемию смог склонить в её пользу даже ранее скептичных врачей[624], показывая, что эффективный путь повышения доверия персонала цифровым инновациям – предоставление опыта взаимодействия с ними, показывающего их полезность.

В рамках телемедицины интерес представляет и такое её потенциальное преимущество, как возможность более гибкого графика для медицинского персонала, что актуально в вопросах «колеса жизненного баланса»[625] и проблемы дефицита кадров. В целом, телемедицина на макроуровне социального управления персоналом выступает перспективной технологией, обладающей значительными выгодами и, в значительной мере, заслужившей доверие кадров.

- *Носимые гаджеты*. Это направление можно рассмотреть как новый этап развития телемедицины, в рамках перехода от классических её форм к

---

[621] Мишон Е. В., Канапухин П. А. Промежуточные итоги цифровизации системы здравоохранения: направления развития и основные угрозы. С. 103.

[622] Волкова О. А., Бударин С. С., Смирнова Е. В., Эльбек Ю. В. Опыт использования телемедицинских технологий в системах здравоохранения зарубежных стран и Российской Федерации: систематический обзор. С. 551.

[623] Гусев А. В., Владзимирский А. В., Голубев Н. А., Зарубина Т. В. Информатизация здравоохранения Российской Федерации: история и результаты развития. С. 15. См. также Указ Президента РФ «О стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2030 года» от 08.12.2025 № 896.

[624] Волкова О.А., Бударин С.С., Смирнова Е.В., Эльбек Ю.В. Опыт использования телемедицинских технологий в системах здравоохранения зарубежных стран и Российской Федерации: систематический обзор. С. 554.

[625] Михайлова Е. Тренды в управлении персоналом // Первая краевая. 2022. № 10 (85). С. 18–24.

здравоохранению на мобильных устройствах[626] (mHealth[627]) или же просто как одну из форм телемедицины[628].

Данные устройства играют важную роль не только в мониторинге показателей здоровья, но и в улучшении коммуникации «врач – пациент», а также позволяют пациентам самостоятельно контролировать свое здоровье[629], способствуя становлению пациента как партнера[630], и, таким образом, выступая потенциальным механизмом обеспечения роста субъектности, актуального сдвига в направлении к партнерству в отношениях с медицинским персоналом. Причем данные устройства могут быть полезными не только для пациента, но и для работника как пациента, что актуально ввиду проблематики повышенной профессиональной заболеваемости медицинского персонала по ряду нозологий[631]. В т. ч. гаджеты можно рассматривать как элемент мониторинга психофизиологических процессов в рамках отслеживания самочувствия персонала, дополняющий субъективную обратную связь.

Однако, как и другие технологии, гаджеты следует рассматривать и в аспекте рисков. В частности, исследования свидетельствуют о значимых искажениях устройствами данных[632], что соотносится с проблематикой «восприятия» нечеловеческих актантов (примерами которых ряд авторов считает гаджеты[633]), которая будет рассмотрена далее.

---

[626] Дмитриева Е. В. Социология здоровья и цифровое здравоохранение // Коллекция гуманитарных исследований. 2021. № 3 (28). С. 7–8.
[627] Романовская О. В., Романовский Г. Б. Право и цифровизация современного здравоохранения. С. 574.
[628] Волкова О. А., Бударин С. С., Смирнова Е. В., Эльбек Ю. В. Опыт использования телемедицинских технологий в системах здравоохранения зарубежных стран и Российской Федерации: систематический обзор. С. 554.
[629] Хохлов А. Л., Андреенкова А. В., Дмитриева Е. В. и др. Социальные и психологические аспекты внедрения мобильных технологий в клинические исследования // Вестник Российской академии медицинских наук. 2023. № 3. С. 194–195.
[630] Романовская О. В., Романовский Г. Б. Право и цифровизация современного здравоохранения.
[631] Петрухин Н. Н. Профессиональная заболеваемость медработников в России и за рубежом (обзор литературы) // Гигиена и санитария. 2021. № 100 (8). С. 845–850.
[632] Кравченко С. А., Ракова К. В. «Умные часы» как фактор становления гибридной коммуникации между врачом и пациентом.
[633] Там же.

- *Технология блокчейн*, которая выступает не только как средство хранения и защиты информации, но и как ответ на вызовы защиты интеллектуальных прав[634], позволяя зафиксировать историю транзакций в отношении блока и его владельца. Современные авторы[635] рассуждают о развитии технологий NFT («невзаимозаменяемые токены», уникальные цифровые объекты на базе блокчейна), связанных со здоровьем, которые могут стать ценной собственностью человека, ввиду спроса на такие данные, особенно в случае редких комбинаций болезней. Проводя аналогию с прикладной социологией, возможно, в будущем появится возможность наблюдать «панели» обладателей различных NFT с информацией о своем здоровье, которые компании будут закупать для обучения моделей.

Права в данном контексте могут возникать не только на сведения о здоровье, но и на медицинскую экспертизу, в контексте изменения роли клиницистов, которые сегодня рассматриваются не только как пассивный источник клинической информации, но также есть запрос на их большее вовлечение в разработку ИИ-решений как заказчиков и соисполнителей[636]. Таким образом, и в отношении медицинского персонала развитие такого рода технологий предоставляет возможности для повышения субъектности.

На основании блокчейн-технологий также построены экосистемы криптовалют. Кроме финансовых и игровых проектов, появляется ряд (около)оздоровительных проектов, таких как, например, Stepn[637], когда за физическую активность участник получает награду в виде криптовалюты проекта. Также данные инструменты могут использоваться в околомедицинской благотворительности. Например, в авторском исследовании донорства крови с

---

[634] Романовская О. В., Романовский Г. Б. Право и цифровизация современного здравоохранения. С. 578.
[635] Amory S. NFT In Me. Passionpreneur Publishing, 2024. 152 p.
[636] Zhang P., Shi J., Kamel Boulos M. N. Generative AI in Medicine and Healthcare: Moving Beyond the ‘Peak of Inflated Expectations’ // Future Internet. 2024. № 16 (12). URL: https://www.mdpi.com/1999–5903/16/12/462 (accessed: 01.12.2025).
[637] Stepn. URL: https://www.stepn.com/ (accessed: 20.12.2025).

благотворительной организацией Donorsearch[638], возможность получения цифровых токенов рассматривалась как один из мотиваторов вовлечения в донорскую активность, и эта возможность нашла отклик у части опрошенной молодежи.

Награждение медицинских работников такими токенами, которые они могут обменивать на интересные им призы в рамках «программы лояльности», можно рассматривать как перспективное направление мотивации. Например, в краевой больнице Красноярска выстроенная в духе программы лояльности цифровая система геймификации[639] позволяет эффективно решать задачи организации в игровой форме, в частности, достичь определенного охвата персонала обучающими мероприятиями, когда выполнение рабочих задач облекается в форму «квеста» и по итогу дополнительно премируется баллами, которые можно потратить на ценные призы от партнеров или даже на чашку кофе с главным врачом[640].

- *Робототехнику* – как в контексте роботизации медицины, так и, например, доставки лекарств. Данные роботы, как показывает пример Москвы, могут не только выполнять медицинские функции (например, роботы-хирурги), но и создавать приятную атмосферу для посетителей, как это делают «робокошки» в столичных больницах[641], что может быть учтено при построении цифрового бренда медицинских организаций и в информационных кампаниях. Для медицинского персонала инициированная на макроуровне роботизация поднимает вопросы включения данных агентов в социальные взаимодействия, принятия их на мезоуровне восприятия. В частности, при отсутствии их восприятия как угрозы рабочему месту, и для медицинского персонала такие социальные роботы могут

[638] Богдан И. В., Виноградова В. А., Степанова В. Н., Сутягина А. И., Чистякова Д. П., Шекуров Р. П. Мотивация российской молодежи к донорству крови // Социальные аспекты здоровья населения. 2024. № 70(4):11. URL: http://vestnik.mednet.ru/content/view/1633/30/lang,ru/ (дата обращения: 18.12.2025).
[639] Ветушинский А. С. Больше, чем просто средство: новый подход к пониманию геймификации // Социология власти. 2020. V. 32. № 3. С. 14–31.
[640] Михайлова Е. Тренды в управлении персоналом.
[641] Онищенко А. О. Робокошка – больше, чем робот. URL: https://socforum.niioz.ru/ (дата обращения: 03.05.2025).

рассматриваться как источник снижения эмоционального стресса и общего повышения настроения[642].

- *Системы «человек – интерфейс» и биочипы*. Данные системы могут быть реализованы в т. ч. в форме геймификации, когда, например, медицинская реабилитация проходит в формате игры. В более продвинутом случае чипов, когда контакт идет через вживленный в тело объект, в данной области возникают упомянутые вопросы гибридизации, когда «биодигитальные» технологии рассматриваются в рамках вопроса биоцифровой конвергенции[643]. Для медицинских работников это поднимет вопросы взаимодействия в будущем с более киборгизированными пациентами и их восприятием – например, стигматизации пациентов в зависимости от степени киборгизации, и соответственно, будет требовать управленческих вмешательств в рамках обеспечения интересов пациента.

- *Метавселенных*, в т. ч. с использованием технологий виртуальной и дополненной реальности[644], что позволяет комбинировать данную технологию с предыдущей. Использование таких виртуальных миров в здравоохранении рассматривается исследователями перспективным в вопросах диагностики, проведения консультаций, медицинского образования и других[645].

Результаты авторского опроса населения Москвы показали, что более половины респондентов слышали что-то о цифровых метавселенных, и треть опрошенных были готовы получать медицинские услуги в них[646]. Уже сегодня,

---

642 Otaka E., Sato K., Shimotori D., Ninomiya T., Sugimoto N., Nakabo Y., Matsumoto Y., Yoshida T., Kondo I. Longitudinal changes following the introduction of socially assistive robots in nursing homes: a qualitative study with ICF framework and causal loop diagramming // BMC Geriatr. 2024. № 24(1). URL: https://link.springer.com/article/10.1186/s12877-024-05628-4 (accessed: 01.12.2025).

643 Романовская О. В., Романовский Г. Б. Право и цифровизация современного здравоохранения.

644 Аксенова Е. И., Камынин Н. Н., Хараз А. Д. Цифровизация здравоохранения: мировой опыт. С. 7.

645 Лагутин М. Д., Тюфилин Д. С., Кобякова О. С., Деев И. А. Метавселенные в медицине: оценка перспектив применения для практического здравоохранения // Врач и информационные технологии. 2023. № 2. С. 4–15.

646 Богдан И. В. Генеративные нейросети, геймификация и метавселенные здравоохранения в зеркале социальных наук. URL: https://socforum.niioz.ru/forum-2023-ru/ (дата обращения: 03.05.2025).

хотя сторонников получения медицинских услуг в таких виртуальных пространствах меньшинство, спрос на них может потребовать, как и в случае предыдущей технологии, подготовки врачей к новым практикам взаимодействия. Например, телемедицина может быть интегрирована с данной технологией без значительных сложностей[647]. Также может прорабатываться перенос части социальных взаимодействий между медицинскими работниками в такие онлайн-пространства, например, в рамках процессов обучения в форме виртуальных симуляций.

- Могут быть названы и иные цифровые технологии, в рамках подхода «интернета вещей», технологий 3D-печати[648], оказывающие помощь в научных исследованиях, в т. ч. в области предиктивной или точной медицины («precision medicine»)[649], в области обучения, за счет симулирования реальных клинических ситуаций с помощью ИИ[650] и многие другие, которые здесь не анализируются, ввиду того, что уже рассмотренные технологии в целом дают представление об основных векторах влияния макрофакторов цифровизации на социальные отношения, затрагивающие медицинский персонал.

В целом, как было показано, различные цифровые технологии в здравоохранении, с одной стороны, могут рассматриваться как технологии с позитивным эффектом для персонала, снижающие остроту кадровых проблем, а также могут выступать механизмом субъектной интеграции, например, повышая доступность (интерес населения), управляемость (интерес государства) и снижая

---

[647] Лагутин М. Д., Тюфилин Д. С., Кобякова О. С., Деев И. А. Метавселенные в медицине: оценка перспектив применения для практического здравоохранения. С. 4–15.

[648] Латков Н. Ю., Веропаха Д. В., Ситникова А. А. Цифровизация здравоохранения РФ как фактор повышения качества медицинских услуг // Современные научные исследования: сборник материалов VIII-ой международной научно-практической конференции, 27 мая, 2024. М.: Издательство НЦ «Издание», 2024. С. 102; Полянская С. Г., Телятникова Т. В. Цифровизация российской системы здравоохранения как перспективное направление развития цифровой экономики. С. 115.

[649] Аксенова Е. И., Камынина Н. Н., Хараз А. Д. Цифровизация здравоохранения: мировой опыт. С. 12.

[650] Bhuyan S. S., Sateesh V., Mukul N. et al. Generative Artificial Intelligence Use in Healthcare: Opportunities for Clinical Excellence and Administrative Efficiency // J. Med Syst. 2025. № 16;49(1):10. URL: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11739231/ (accessed: 01.12.2025).

рутинную нагрузку (интерес персонала). С другой стороны, чтобы реализовать эти преимущества, необходимы новые подходы к подготовке кадров и новые юридические нормы, а на мезоуровне и микроуровне – изменение восприятия технических инноваций и практик взаимодействия с ними. Отдельным вопросом выступает важность прогнозирования изменений социальных отношений в здравоохранении под влиянием цифровых технологий и предварительной подготовки к ним медработников (в т. ч. через инструменты отслеживания трендов, которые будут затронуты в следующем разделе).

Трансформация субъектности в контексте цифровизации

Цифровая трансформация здравоохранения на макроуровне тесно связана с тематикой субъектности персонала, в аспекте его отношений с другими заинтересованными лицами. В контексте цифровизации, помимо классических участников отношений, появляются новые актанты, влияние которых на субъектность медицинского персонала не менее выражено.

С одной стороны, в рамках социального взаимодействия в системе здравоохранения цифровизация может проявлять себя в форме внедрения в медицинские организации осязаемых физических носителей - робототехники, гаджетов и т. д. С другой стороны, данный процесс может быть не связан с конкретным физическим воплощением, и в качестве «цифровизации» напрямую не наблюдаем со стороны многих его участников (например, электронный документооборот).

Данное «виртуальное» измерение процессов, протекающих в цифровой форме, связано с вопросами *«активности» цифровых объектов,* которые вовлечены в них, и того, в какой мере эта активность является признаком субъектности. Как уже было продемонстрировано в предыдущих разделах, продуктивно смотреть на указанные вопросы в контексте подхода АСТ, когда внимание уделяется не различиям в форме, а на общности с позиции проявления

активности[651]. С такой точки зрения, безусловно, «нечеловеческие» сущности себя проявляют в социальных отношениях и как проводники воли своих разработчиков, и как сущности, следующие своей внутренней логике (алгоритмам, в т. ч. алгоритмам, активно и нелинейно реагирующим на внешнюю среду). В предложенном понимании цифровые Другие являются актантами, становятся сегодня частью социальной реальности, или даже задают «новую искусственную социальность»[652].

Всё это поднимает вопросы субъектной (субъект-объектной) интеграции. В значительной мере такая интеграция реализуется на мезоуровне социального восприятия (построение образа цифровых Других) и на микроуровне практик взаимодействия с ними и полученного в данном контексте опыта. Однако и на макроуровне есть механизмы управления интеграцией – например, юридическое определение круга задач и условий, в которых цифровые Другие берут на себя функционал, ранее выполнявшийся только живыми сотрудниками или определение законодательного статуса субъектности ИИ, как работающего в команде с медицинским персоналом. Изменения в нормативном регулировании структуры труда медицинского персонала будут приводить к смещению акцентов в его работе (например, больше в сторону надпрофессиональных навыков), а в рамках адаптации, будут требовать таких механизмов, как переподготовка или балансировка субъектности медицинских работников. Сотрудники, несомненно, должны быть активно включены в данную работу по перестраиванию затрагивающих их отношений, например, за счет включения представителей медицинского персонала в соответствующие этические и профессиональные комитеты.

На текущем этапе институционализации указанных практик сложно предложить оптимальную модель взаимодействия «ИИ - медицинский работник», однако важно уделять внимание данной тематике и способствовать выработке

---

[651] Ерофеева М. А. Акторно-сетевая теория и проблема социального действия. С. 26.

[652] Резаев А. В., Иванова А. А., Стариков В. С., Трегубова Н. Д., Яблонский П. К. От искусственного интеллекта к искусственной социальности: новые исследовательские проблемы современной социальной аналитики. М., 2020. 256 с.

обоснованного экспертного знания, например, инициируя и поддерживая профессиональные дискуссии.

Цели и механизмы управления медицинским персоналом в контексте цифровизации на уровне социальных макроструктур

Проведенный анализ показал ряд вызовов цифровизации в контексте управления медицинским персоналом, которые требуют управленческих ответов:

1. Отставание экспертной и нормативно-управленческой рефлексии: экспоненциальное ускорение темпов технологических изменений (пандемическое ускорение, прорыв в области генеративного ИИ) приводит к значительному запаздыванию в осмыслении их социальных последствий для трудовых отношений, статуса, мотивации и управления персоналом на нормативном и концептуальном уровнях, как с позиции использования возможностей (например, телемедицина как возможность более гибкого графика для персонала), так и вызовов.

2. Диспропорции в доступе и управлении: сохраняющаяся региональная дифференциация в развитии цифровой инфраструктуры способствует воспроизводству неравных условий для персонала в разных субъектах РФ, усугубляя существующие кадровые дисбалансы и ограничивая возможности стандартизации.

3. Вызовы интеграции новых актантов: развитие технологий (ИИ-агенты, робототехника, гибридные системы и др.) требует разработки новых моделей социального взаимодействия и управления, решения вопросов распределения ответственности при включении цифровых Других в рабочие процессы и пересмотра структуры трудовых функций, что сегодня институционально на макроуровне в должной мере не обеспечено.

4. Недостаточная вовлеченность персонала: несмотря на потенциал цифровизации для роста субъектности (например, через участие в создании ИИ-решений, в т. ч. в рамках частного сектора), недостаточно развиты механизмы

включения рядовых медицинских работников в процессы разработки, внедрения и оценки цифровых инструментов, влияющих на их труд.

Для ответа на данные вызовы и реализации потенциала цифровизации в социальном управлении медицинским персоналом необходимы следующие концептуальные и институциональные трансформации:

1. Ревизия модели субъектности: переход от модели медицинского работника как пассивного пользователя/объекта контроля цифровых систем к модели активного субъекта-партнера в цифровой среде. Это включает признание и усиление его роли как соразработчика, оценщика и интерпретатора новых решений в рамках профессиональной деятельности. Соответствующие изменения должны быть закреплены нормативно, например, в обсуждавшемся едином документе в области кадровой политики в здравоохранении.

2. Формирование новой междисциплинарной компетентностной модели: интеграция вопросов цифровой грамотности и навыков взаимодействия с ИИ/новыми технологиями в базовое и непрерывное медицинское образование, с параллельным усилением социогуманитарных компетенций как ключевого конкурентного преимущества человека.

3. Разработка адаптивной нормативной структуры: создание гибких правовых и этических норм, регламентирующих статус цифровых Других, распределение ответственности в системах «человек-ИИ», защиту данных и интеллектуальных прав персонала в цифровой среде, использование данных МИС для управления персоналом, взаимодействие с частными разработчиками.

4. Стратегия цифровой инклюзии и сокращения неравенства: разработка и реализация дополнительных мер по преодолению региональных цифровых диспропорций в доступе к современным инструментам и обучению, обеспечение единых минимальных стандартов цифровой среды для медицинского персонала.

Реализация данных трансформаций требует внедрения следующих механизмов социального управления на макроструктурном уровне (Таблица 18):

Таблица 18. Описание механизмов управления на уровне объективных социальных макроструктур в контексте цифровизации.

Механизм	**Содержание механизма**
1. Механизм нормативного позиционирования цифровой субъектности персонала	*Ось концептуальной модели и направление изменения:* субъект-субъектный полюс (рост субъектности); динамическая модель (адаптация к изменениям).
	Область приложения: законодательство, профессиональные стандарты, этические кодексы.
	Предмет управления: правовые основания и статус медицинского работника в цифровой среде, модель отношений «человек-ИИ».
	Субъекты реализации: Минздрав, Минцифры, профсоюзы, этические комитеты, IT-разработчики.
	Ожидаемый исход: Четкие «правила игры», защищающие автономию и интересы персонала, легитимизирующие его роль в цифровой трансформации; снижение правовой неопределенности.
	Формы интеграции в рамках модели управления: Структурная: Согласование норм на федеральном/региональном уровнях и между секторами (государственный и частный). Субъектная: Учет интересов персонала (безопасность, автономия), государства (управляемость), бизнеса (инновации). Направления субъект-объектной интеграции. Междисциплинарная: Синтез социогуманитарных и IT-знаний.
2. Механизм интеграции новых профессиональных цифровых компетенций в систему подготовки персонала	*Ось концептуальной модели и направление изменения:* полюс общих моделей (унификация базовых требований и стандартов); динамическая модель (адаптация к изменениям).
	Область приложения: образовательные стандарты (вузы, НМО), аттестация, системы наставничества в цифровой среде, условия обучения.
	Предмет управления: формирование и оценка новых междисциплинарных компетенций (клинические + цифровые + социогуманитарные).
	Субъекты реализации: Минздрав, Минобрнауки, учебные заведения, работодатели (медицинские организации).
	Ожидаемый исход: персонал, адаптивный к цифровым изменениям, с усиленными «человеческими» навыками, способный эффективно взаимодействовать с технологиями; снижение цифрового неравенства, обусловленного различиями в компетенциях и навыках.
	Формы интеграции в рамках модели управления: Структурная: связь требований стандартов образования/аттестации с реальными цифровыми практиками в медицинских организациях. Междисциплинарная: глубокая интеграция IT и социогуманитарных знаний в образовательные программы.

Составлено автором

Также дополнительно описанный на макроуровне в Главе 2 механизм «*Использование данных централизованного мониторинга для принятия и корректировки управленческих решений на макроуровне*» может быть дополнен практиками использования МИС и гаджетов как источника данных, а механизм

материального стимулирования может использовать игровые и токенизированные механики, которые были упомянуты в разделе.

Таким образом, цифровизация здравоохранения представляет собой мощный, но амбивалентный фактор социального управления медицинским персоналом на макроструктурном уровне. С одной стороны, она создает возможности для повышения эффективности мониторинга, поддержки, координации и роста субъектности работников. С другой – генерирует риски, связанные с запаздывающей научной рефлексией и нормотворчеством, ростом цифрового неравенства.

Рассмотренные макроуровневые цифровые изменения, для того чтобы эффективно реализоваться в рамках актуального мира медицинских работников, должны адекватно восприниматься и приниматься медицинским персоналом, что, среди прочего, составляет предмет рассмотрения следующего раздела, посвященного мезоуровню социального восприятия.

3.1.2 Особенности управления на уровне социального восприятия в контексте цифровизации

Проблематика социального восприятия различных аспектов цифровизации здравоохранения с позиции управления

Проблематика социального восприятия в цифровую эпоху может относиться как к процессам внутри системы здравоохранения, вызванным включением в них новых технологий и актантов, так и к внешним процессам (например, массовым коммуникациям), окружающим систему. В последнем случае предметом рассмотрения выступает восприятие различных аспектов системы здравоохранения, имеющих отношение к медицинскому персоналу и опосредованных цифровыми каналами коммуникации.

В отношении цифровых технологий здравоохранения особый интерес представляет восприятие технологий со стороны субъектов, взаимодействующих с ними. Как показывают результаты опросов, сегодня такое восприятие в

значительной мере мифологизировано – и у населения, и у медицинских специалистов.

Например, как показало авторское исследование практик использования генеративного ИИ в Москве в 2025 году, 46% респондентов отмечали наличие у себя опыта его применения для решения различных вопросов, и около трети - опыт использования ИИ именно по вопросам здоровья. В силу ограниченного опыта взаимодействия неудивительно, что образ генеративных технологий у большей части населения слабо сформирован, отстает от актуального развития ИИ. Кроме того, существенно выражено недоверие к возможностям его применения в сфере здоровья. Причем недоверие обусловлено не принципиальной технофобией, а несовершенством разработанных ИИ-продуктов, которые выполняют возложенные на них функции хуже человека. Таким образом, проблемой является как малый опыт использования, так и негативный опыт взаимодействия с технологией. Причем ввиду того, что большинству сложно отличить генеративный ИИ от более ранних алгоритмов, негатив может быть связан именно с неверными представлениями об ИИ (искажения восприятия)[653]. Схожие паттерны по оценке ИИ в первую очередь с позиции качества его работы представлены и в результатах опросов врачей[654].

Кроме общих для населения и работников сферы здравоохранения аспектов восприятия цифровых технологий, авторское исследование, посвященное отношению врачей к телемедицине[655], выявило ряд специфичных особенностей восприятия цифровых технологий именно у медицинского персонала.

---

[653] Исследования «Отношение населения к технологиям генеративного искусственного интеллекта», 2025, N=800, население 18+, CATI и «Отношение населения к технологиям генеративного искусственного интеллекта и направлениям их внедрения в здравоохранение», 2024, N=800, население 18+, CATI.

[654] Васильев Ю. А., Зинченко В. В., Кудрявцев Н. Д., Михайлова А. А., Кляшторный В. Г., Владзимирский А. В. Оценка удовлетворенности и вовлеченности врачей-рентгенологов при использовании программного обеспечения с искусственным интеллектом // Врач и информационные технологии. 2024. № 1. С. 76.

[655] Богдан И. В., Гурылина М. В., Чистякова Д. П. Внедрение телемедицинских технологий в московском здравоохранении: мнение врачей и пациентов.

Возможности и барьеры телемедицины по мнению врачей приведены на Рисунке 10:

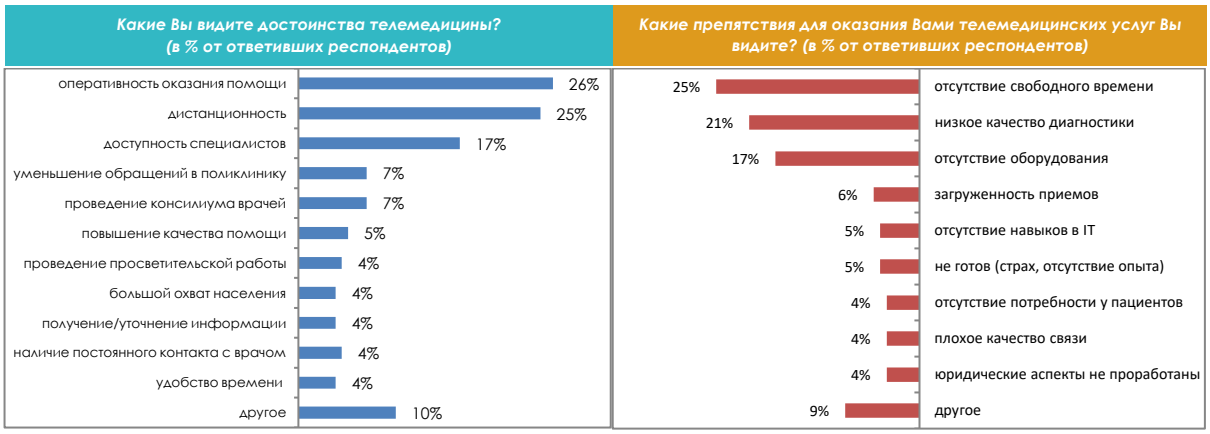


Рисунок 10. Мнения врачей о возможностях и барьерах телемедицины[656]. Сумма ответов превышает 100%, так как вопрос допускал множественный выбор.

Анализ графика позволяет заключить, что называемые персоналом барьеры во многом, опять же, были связаны с мифами и неверным восприятием. Так, если речь идет о факторе отсутствия свободного времени (наибольшая частота упоминаний данной причины) – следует отметить, что цифровые технологии могут предполагать переходный период повышения нагрузки[657], но в долгосрочной перспективе приводят к её снижению. Обращаясь ко второму самому распространенному барьеру – низкое качество диагностики – на момент исследования диагностика не предполагалась как предмет телемедицинских консультаций (242-ФЗ от 2017 года), что делало его нерелевантным. Таким образом, и в профессиональном сознании область цифровизации остается в значимой мере мифологизированной, в т. ч. ввиду недостаточного опыта взаимодействия с новыми технологиями.

[656] Исследование «Внедрение телемедицинских технологий в здравоохранение: мнение врачей и пациентов», 2019 г., Выборка: N=304 опрошенных врача. Квотная выборка, репрезентирующая медицинские организации по форме оказания помощи и представленности детской и взрослой служб, 7 организаций. График взят из: Богдан И. В., Гурылина М. В., Чистякова Д. П. Внедрение телемедицинских технологий в московском здравоохранении: мнение врачей и пациентов.

[657] Мохова Е. А. Цифровизация здравоохранения: проблемы и тенденции // Эффективное управление экономикой: проблемы и перспективы: Сборник трудов V Всероссийской научно-практической конференции, Симферополь, 16–17 апреля 2020 года. Симферополь: Общество с ограниченной ответственностью «Издательство Типография «Ариал», 2020. С. 293.

Другой прикладной вопрос в области восприятия – вопрос соотношения «цифрового двойника» (реплики объекта реального мира в цифровую среду) и реальности. Например, как справедливо отмечает С.А. Кравченко, в медицине сбор данных современными методами формирует не идентичное реальности отражение пациента, а его «цифровое тело»[658], которое может находиться в различных соотношениях с реальностью. При этом процедуры и лечение будет получать реальное тело человека.

С позиции такого рассмотрения цифровые системы могут не только проявлять активность (производить изменения), но и «воспринимать» людей, медицинские организации или другие объекты, создавая у себя их цифровой образ (двойника). Этот вопрос имеет прикладной аспект, так как такое «объект-субъектное восприятие» приводит к соответствующему функционированию нейросетей при взаимодействии с человеком или в рамках ведения ими процесса, в т. ч. в области работы с медицинским персоналом.

Таким образом, цифровой контекст добавляет новое измерение процессу социального восприятия – процесс «восприятия» со стороны цифрового Другого, которым также необходимо управлять – проводить мониторинг/диагностику (реконструировать «мышление» по продукции нейросети), разрабатывать обоснованные вмешательства и оценивать их успешность.

Указанные вызовы требуют не только технического, но и социогуманитарного подхода. Например, исследование Сколково 2025 года[659] показало наличие культурных различий в результатах работы нейросетей, в зависимости от использованного языка запроса и специфики общения с ними. Данное обстоятельство рассматривалось исследователями как выражение «характера» ИИ, его «ценностей», сформированных на обучающей выборке. Это, в

---

[658] Кравченко С. А. Контуры междисциплинарной концепции синергийных сложностей. С. 8.

[659] Диденко А., Балакир А., Запылихин В., Шабано А. Культурный код искусственного интеллекта: исследование ценностных установок LLM. Сколково, 2025. 16 с.

частности, позволяет поставить вопрос соответствия заложенного в нейросетях «культурного кода» российским ценностям[660].

Другой пример, иллюстрирующий необходимость социогуманитарной экспертизы, – это пример авторского исследования уже из области здравоохранения[661]. Качественное исследование было проведено как на текстовых моделях, так и на ряде отечественных визуальных моделей, создающих по текстовому описанию рисунки, что актуально, например, в контексте склонности различных групп людей доверять больше визуальным «аргументам»[662]. Исходя из указанного тезиса о важности обучающей выборки, в исследовании было высказано предположение, что, поскольку модель обучена на массовых данных, она будет воспроизводить и массовые мифы, стереотипы общественного сознания в отношении здравоохранения.

Исследование позволило выявить, что нейросети различных модальностей воспроизводят свои типы стереотипов о медицинских профессиях. Например, генерация визуальных моделей стабильно показывала образ «типичной» медсестры, как это задано в массовой культуре – молодой, преимущественно европеоидной женщины. Причем это видение скорее не статистическое, а культурное, поскольку врача отечественные генеративные сети изображали как пожилого мужчину, что не соответствует реалиям здравоохранения нынешней России с преобладанием женщин-врачей. В целом, в генерациях визуальных нейросетей присутствует ряд ранее рассмотренных стереотипов о внешнем облике «типичного» представителя медицинской профессии (Рисунок 11).

---

[660] Тихонова Н. Е., Каравай А. В. Национальный культурный код: морально-нравственный аспект. С. 87–119.

[661] Аксенова Е. И., Богдан И. В. Диалоги с нейросетями о настоящем и будущем медицинских профессий: риски и перспективы // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023. № 31(спецвыпуск 2). С. 1097–1103.

[662] Богдан И. В., Гурылина М. В., Чистякова Д. П. Основы просветительной работы на тему вакцинации в сети интернет: "рациональные" сторонники и "эмоциональные" противники // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019. № 27 (6). С. 1038–1042.



Рисунок 11. Генерации изображений специалиста в области сестринского дела и врача визуальными нейросетями. Составлен автором на основании более чем 20 генераций из ведущих нейросетей (2023 год).

Несколько другая ситуация возникает при обращении к текстовым нейросетям. Если в LLM вводится промпт на тему того, кто такая медсестра или кто такой врач, полученный итог отражает наличие у нейросети «установок» воспринимать медицинскую сестру как неавтономного специалиста, который «работает вместе с врачами и другими медицинскими работниками…», в ряду иных специалистов, как вспомогательный персонал (распространённый стереотип «помощника врача»). На момент тестирования дискурс о движении профессии в сторону автономии в ответах нейросетей представлен не был.

При этом, если был введен запрос о враче, никакой информации о его работе совместно или в ряду других специалистов не давалось, что можно рассматривать как воспринимаемую нейросетью автономию врача (как минимум, в отношении указанным образом характеризуемой медсестры).

Таким образом, в данных двух аспектах выявлено достаточно «обыденное» представление нейросетей о медицинских профессиях и ряде их атрибутов – внешних и функциональных, несмотря на то что при обучении нейросети были использованы большие массивы в т. ч. профессиональной медицинской литературы, которые, по-видимому, были «заглушены» массовыми стереотипами.

Такое положение дел может порождать две группы рисков – для социального восприятия и для «объектного» восприятия со стороны ИИ.

С позиции социального восприятия есть риски попасть в негативный замкнутый цикл – когда нейросеть обучается на материале продукции массового сознания, богатого стереотипами, затем генерирует, повторяет их и, как продукт «сотворчества» с людьми, выдает обратно в публичное поле, усиливая представленность в информационном пространстве. Таким образом, может образовываться самоподдерживающийся процесс роста медицинских заблуждений в массовом сознании.

С позиции «объектного» восприятия риски могут возникать, когда LLM всё больше начинают встраиваться в цепочки процессов, например, в виде ИИ-агентов, в образовательную или медицинскую деятельность. Имеющийся искаженный «образ» медицинских работников будет в значительной мере детерминировать поведение моделей по отношению к персоналу, предоставление рекомендаций или аналитики, что в конечном итоге приведет к последствиям для социальных отношений в профессиональной среде.

Проблема стереотипов нейросетей признается компаниями-разработчиками[663], также о схожих проблемах в итогах работы нейросетей ранее писали и другие авторы[664], в т. ч. призывая к балансировкам выборок, чтобы они представляли более репрезентативно различные группы[665].

Исходя из указанных рисков, важно прервать данный самоподдерживающийся цикл, что может быть сделано на этапе обучения нейросетей. Для такого исправления в контексте специализированных медицинских моделей необходимо междисциплинарное сотрудничество, интеграция знания технических, медицинских и различных социогуманитарных

---

[663] OpenAI. The power of continuous learning. URL: https://openai.com/index/the-power-of-continuous-learning/ (accessed: 03.05.2025).

[664] Shanmugam D., Agrawal M., Movva R., Chen I. Y., Ghassemi M., Jacobs M., Pierson E. Generative Artificial Intelligence in Medicine.

[665] Marko J.G.O., Neagu C.D., Anand P.B. Examining inclusivity: the use of AI and diverse populations in health and social care: a systematic review // BMC Med Inform Decis Mak. 2025. № 25(1). URL: https://link.springer.com/article/10.1186/s12911-025-02884–1 (accessed: 01.12.2025).

наук[666]. Как основа такого взаимодействия автором предложен новый подход, названный *«промпт-экспериментом»* (от названия инструкции для нейросети – промпт/prompt), который переносит основные принципы разработки инструментария для социальных исследований на взаимодействие с нейросетью. Ранее указанный качественный анализ генерации нейросетей также можно считать формой разведочного промпт-эксперимента, однако представляется, что полноценная процедура такого эксперимента требует большей строгости и структурированности.

Общие принципы промпт-эксперимента взяты из патопсихологии, когда личность ставится в определенные условия в ходе «патопсихологического эксперимента», который обычно включает в рамках общего взаимодействия набор «функциональных проб» (стандартизированные тесты, в которых актуализируются психологические функции), а по итогу рассмотрения различных аспектов эксперимента делается комплексное заключение о неблагополучии психической деятельности[667]. Также и в промпт-эксперименте, предлагая промпты-стимулы в «коммуникации» с нейросетью, можно описать общую патологию «психики» нейросети в виде дефектов, изначально порожденных смещениями выборки, неправильным обучением или случайными техническими ошибками, словами Е.В. Брызгалиной и соавторов, идет поиск «цифрового тайного суда»[668].

Перенос принципов исследовательских процедур в отношении человека на нейросеть может быть обоснован тем, что сегодня у современного генеративного ИИ могут наблюдаться аналоги биопсихосоциальных проявлений. Как аналог биологической структуры можно рассматривать на текущем этапе сам код с весами модели (аналог биологии, нейрональной структуры мозга[669]), его работу – как

---

[666] Романовская О. В., Романовский Г. Б. Право и цифровизация современного здравоохранения; Брызгалина Е. В., Гумарова А. Н., Шкомова Е. М. Искусственный интеллект в медицине: рекомендации по проведению социально-гуманитарной экспертизы. С. 55.

[667] Зейгарник Б. В. Патопсихология. М.: Издательство Московского университета, 1986. 287 с.

[668] Брызгалина Е. В., Гумарова А. Н., Шкомова Е. М. Искусственный интеллект в медицине: рекомендации по проведению социально-гуманитарной экспертизы. С. 58.

[669] Lindsey J., Gurnee W., Ameisen E. et al. On the Biology of a Large Language Model. URL: https://transformer-circuits.pub/2025/attribution-graphs/biology.html (accessed: 03.05.2025).

аналог психики, которая уже может имитировать такие сложные когнитивные процессы, как рефлексия о своем состоянии[670]. Также может быть выделен социальный аспект с позиции коммуникации различных моделей между собой (например, в рамках агентских систем), однако его, ввиду динамичной изменяемости агентских функций моделей (направление активно трансформируется на момент написания текста), сегодня достаточно сложно замерить.

Из этих аспектов (нейросетевые аналоги биологического, психического, социального), в первую очередь как наиболее доступная для тестирования интерес представляет «психика» нейросети, яркая особенность которой по сравнению с психикой человека в том, что она представляет собой компиляцию коллективного опыта. Поскольку все знания модели присутствуют в нейросети сразу, а окраску ответу дает роль («говори от лица того-то»), которая задается промптом, представляется рациональным проводить тест на различных уровнях персонификации, задаваемых ролью модели (например, роль отдельного сотрудника, их объединений или целевой группы населения, общества в целом, эксперта и другие).

Далее, если состояние человека есть результат сложной системы нелинейных внутренних и внешних факторов, в случае нейросети есть возможность управлять ее состоянием вручную, например, задавая в числовой форме параметр «температура», который регулирует «хаотичность» результата работы и отклонение модели от роли, что позволяет лучше оценить её изменчивость. Вариативность по параметру температуры и иным задаваемым числовым настройкам можно рассматривать как второе потенциальное измерение промпт-эксперимента.

Третье направление имеет отношение к стратегии промптинга – в экспериментах может быть использована различная комбинация однотипных запросов и более вариативных, исследована специфика нейросети в аспекте

[670] Lindsey J. Emergent Introspective Awareness in Large Language Models. Transformer Circuits, 2025. URL: https://transformer-circuits.pub/2025/introspection/index.html (accessed: 01.11.2025).

вызывающих её нетипичное поведение слов (или стоп-слов), протестировано применение существующих методик «взлома» нейросети для выявления дефектов её «мышления» (манипулятивные промпты, которые искажают логику работы нейросети, заставляют её отклоняться от инструкций) и другие.

Оптимальной схемой, по которой предлагается вести тестирование «психики» нейросети в аспекте здравоохранения, представляются блоки предложенной схемы анализа социального восприятия (Глава 2), когда на каждый из аспектов восприятия могут задаваться промпты, производные от вопросов, апробированных в исследованиях на живых людях, что можно рассматривать в целом как ключевое измерение «промпт-эксперимента». В первую очередь, как область исследования, в рамках данной работы интерес представляют основные искажения социального восприятия, описанные в Главе 2.

Указанным ранее социальным стереотипам в области здравоохранения были посвящены пилотные промпт-эксперименты, проведенные в 2025 году под руководством автора, которые позволили прийти к важным выводам об особенностях «мышления» нейросетей. В рамках данных исследований было проанализировано присутствие важных социально-медицинских стереотипов в стандартной генерации[671] текстовых и визуальных нейросетей (были отобраны две ведущих американских, две китайских и две отечественных нейросети, см. Таблица 19).

Таблица 19. Фрагмент таблицы с количественными результатами промпт-эксперимента в отношении 6 генеративных нейросетей (визуальные). 0 означает отсутствие стереотипа во всех генерациях, а 1 – присутствие во всех. Различия нейросетей под * статистически значимые ($p<0,1$) [672].

[671] На первом этапе экспериментов проводился анализ только по факту присутствия стереотипов (без погружения в сложную структуру социального восприятия), с использованием проективных вопросов (например, «напиши краткий рассказ о…»), без варьирования параметров генерации, на базовых параметрах выдачи. На каждый промпт было проведено как минимум 4 независимых генерации.

[672] Исследование «Промпт-эксперимент: медицинские стереотипы у ведущих текстовых и визуальных генеративных нейросетей», 2025 г., Выборка: N=672 генераций из 6 ведущих нейросетей по стандартизированным промптам. Методология презентована в выступлении на VII форуме с международным участием «Социология здоровья»: Богдан И. В. «Промпт-

Стереотипы	**Нейросеть (Н.) 1**	**Н. 2**	**Н. 3**	**Н. 4**	**Н. 5**	**Н. 6**
Гендерные	**0**	**0,125**	**0**	**0,5**	**0,25**	**0**
Врач – мужчина (все врачи мужчины)	0	0,25	0	0	0	0
Сестринский персонал – женщины (все специалисты женщины)	0	0	0	1	0,5	0
О специальностях	**1**	**0,25**	**0**	**0**	**1**	**0**
Основная работа патологоанатома - в морге (в морге или вскрытие)	1	0,25	0	0	1	0
Подсистемы	**0**	**0,25**	**1**	**0,25**	**0,75**	**0**
Бесплатная медицина некачественная, хуже платной (плохие изображения бесплатной медицины)	0	0,25	1	0,25	0,75	0
…	…	…	…	…	…	…
ИТОГО:	**2**	**1,25**	**2,25**	**2,25**	**2,5***	**1***

Проведенный «промпт-эксперимент» ещё раз подтвердил, что разные нейросети и разные модальности нейросетей уязвимы к различным группам стереотипов (например, выявлена уязвимость актуальных на 2025 год текстовых нейросетей к гендерным стереотипам). При этом было выявлено, что если широко известные стереотипы нейросетям в целом не свойственны (например, о психиатрии, онкологии, ВИЧ), то менее очевидные (например, типичные искажения в коммуникациях врача и пациента, в зависимости от их пола) – далеко не всегда.

Вследствие того, что авторские и аналогичные исследования выявляют многочисленные смещения в результатах работы нейросетей, а также роста объемов использования технологии, такого рода промпт-эксперименты, проверяющие «восприятие» нейросети, должны стать обязательной частью внедрения нейросетей в медицинскую практику, которая затрагивает социальные аспекты здравоохранения.

эксперимент», как новый подход к социальной экспертизе нейросетей. URL: https://socforum.niioz.ru/wp-content/uploads/2025/11/Промпт-эксперимент_Богдан.pdf (дата обращения: 18.12.2025).

Цифровые коммуникации по тематикам здравоохранения с позиции управления персоналом

Как было отмечено в начале раздела, под действием цифровизации социальное восприятие в здравоохранении изменяется как вследствие появления новых технологий и процессов в медицине, которые становятся его объектом и изменяют восприятие других явлений, так и общих трансформаций, связанных с развитием новых цифровых каналов взаимодействия. В контексте новых коммуникаций по вопросам здоровья необходима адаптация медицинских работников к динамически меняющемуся информационному полю, которая подразумевает наличие компетентности в понимании коммуникационных контекстов и их текущего состояния, закономерностей ведения цифровой информационной работы.

С такой позиции, во-первых, важным является понимание основных *каналов цифровых коммуникаций*. Их актуальный этап развития начинается с технологического прорыва в виде появления интернета и его массового распространения. Возможность создания широко доступных интернет-сайтов упростила коммуникации СМИ с читателями, а также привела к росту субъектности независимых авторов – так, создать свою страницу было значительно легче, чем создать свое СМИ. До сих пор авторские сайты или выступления в онлайн-СМИ остаются важными каналами для коммуникации с аудиторией.

Процесс роста субъектности авторов ускорился в 2000-х гг. с появлением Интернета 2.0 – социальных медиа, основной площадкой которых стали социальные сети, использование которых в цифровых коммуникациях по вопросам здоровья сегодня ещё более актуально. Они обладают низким порогом входа, что дает «голос» практически каждому индивиду, который не нарушает политики площадки. Однако с усилением государственного контроля социальные сети все больше переходят из области неформального, спонтанного и демократичного в свою противоположность – регулируемые законодательством, неанонимные площадки коммуникации. Сегодня за свои действия в сети индивид несет ответственность, вплоть до уголовной, не говоря уже о репутационных рисках.

Пространство социальных медиа становится все более управляемым и манипулируемым – в нем можно запускать информационные волны нужной направленности, что может приводить к вполне ощутимым изменениям и за пределами сугубо виртуального поля сетевых коммуникаций (например, вопросы «инсценированных рисков»[673]).

Большие надежды на возврат субъектности социальным акторам возлагались на «Интернет 3.0» – уже упомянутые блокчейн-технологии, к которым можно подключиться анонимно. Однако сегодня данная область также начинает все в большей степени выступать объектом регулирования – вводится все больше ограничений на использование криптовалют, появляются требования деанонимизации, государственные контрольные органы вмешиваются в деятельность блокчейн-проектов. Таким образом, данная область, являясь в целом более субъектной, чем классические социальные медиа, постепенно снижает возможности для реализации данной субъектности.

В целом представляется рациональным рассматривать данные три области как часть единого цифрового информационного поля – классические СМИ, которые уже почти полностью превратились в онлайн-СМИ и личные сайты, социальные медиа, в основном представленные социальными сетями, и блокчейн-проекты, которые только завоевывают нишу за пределами индустрии развлечений. Все они могут быть интегрированы в управление здравоохранением, обеспечивая площадки коммуникации, самоорганизации, просвещения и формирования мнения, вовлечения в активность, в т. ч. и для медицинских работников. При этом в настоящий момент в контексте здравоохранения центральная роль отводится площадкам социальных медиа. Среди указанных каналов коммуникаций именно они рассматриваются как неотъемлемая часть цифрового здравоохранения[674].

Несмотря на массовость их использования населением в целом, только активная часть пользователей социальных медиа доступна для исследования. При

---

[673] Бек У. Общество риска: на пути к другому модерну.

[674] Демкина А. Е., Владзимирский А. В., Морозов С. П., Артемова О. Р., Рябинина М. Н., Воробьев А. С. E-health у пациентов с хронической сердечной недостаточностью: реалии и перспективы // Креативная кардиология. 2020. № 14 (2). С. 150–157.

этом будучи лишь частью социума, данные пользователи обладают своей *спецификой, как субъект восприятия*.

Например, контент-анализ сообщений социальных медиа показывает, что к цифровым коммуникациям склонны «прогрессивные» группы населения — более молодые, с более высоким материальным достатком, жители больших городов. Другая выявленная в авторских исследованиях системная закономерность коммуникаций в социальных сетях именно по вопросам здоровья — это значительное преобладание женщин в обсуждении большинства тем. Зачастую это матери, которые активно коммуницируют по вопросам здоровья своих детей[675]. Также, как было продемонстрировано, публичные площадки как область самовыражения, привлекают авторов, склонных к диспозициям «эмоционального» реагирования, которые на них максимально видны и максимально проявляют себя, что может быть учтено в рамках и аналитики, и информационной политики. Специфика контингента социальных медиа обусловливает особенности просветительской работы в сети для медицинского персонала, с точки зрения необходимости адаптации сообщений под определенные социально-демографические группы.

Кроме социально-демографических характеристик, целевые группы обладают своей спецификой ценностных установок, которые нередко конгруэнтны массовому сознанию. Так, например, высокое неприятие абортов в рамках актуального «культурного кода» населения[676] коррелирует с выраженным негативом при обсуждении абортов в социальных медиа в контексте акушерской службы[677]. Понимание культурной специфики населения требует от коммуницирующего медицинского работника развитых социогуманитарных компетенций.

---

[675] Например, Богдан И. В., Гурылина М. В., Чистякова Д. П. Основы просветительной работы на тему вакцинации в сети интернет: "рациональные" сторонники и "эмоциональные" противники.
[676] Тихонова Н. Е., Каравай А. В. Национальный культурный код: морально-нравственный аспект.
[677] Богдан И. В., Хлынин А. П. Образ специалиста в области акушерства в социальных медиа и онлайн-СМИ.

С другой стороны, медицинский работник, выходящий в публичное цифровое поле, должен понимать, что информационное поле в целом или его подписчики не репрезентируют мнения всего населения по значимому числу вопросов. Например, как показывают данные авторского исследования, противники вакцинации в социальных медиа гораздо более представлены, по сравнению с их реальной численностью (эффект «крикливого меньшинства»), что создает иллюзию массовости[678].

Кроме понимания специфики аудитории и культурного контекста по вопросам здоровья в рамках коммуникации со стороны медицинского персонала, важно понимание особенностей *восприятия медицинских работников в цифровых пространствах*, задающих основу для доверия к деятельности персонала и получаемой от них информации. Как было продемонстрировано, количественные замеры информационного поля существенным образом расходятся с количественными опросами по репрезентативным (рандомизированным) выборкам населения, что ставит вопрос о необходимости отдельных исследований для выявления специфики социального восприятия медицинских работников в цифровой среде.

Кроме обозначенных в Главе 2 различий, с одной стороны, по сравнению с традиционными опросами социальные медиа отличает большая конкретика в рамках описания взаимодействия с медицинским работником. Формат написания поста на определенную тему предполагает в среднем большую рефлексию, и его автор может при необходимости привлечь все нужные источники, описать нюансы. Из-за большей представленности таких более развернутых и зачастую «приземленных» сообщений социальные медиа тяготеют к полюсу полученного опыта рассмотренной дихотомии «образ профессии — конкретный опыт

[678]Методические рекомендации по основам ведения социальных сетей медицинскими работниками: методические рекомендации / сост.: А. Е. Демкина, М. В. Беззубцева, А. М. Кочергина… И. В. Богдан [и др.]. М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2023. С. 41.

взаимодействия»[679] и выступают источником подробных рациональных нарративов.

С другой стороны, социальные медиа во многом предстают областью иррационального, ведь более «вирусными» тематиками скорее станут именно те, которые предполагают большее вовлечение населения, не обязательно конструктивные[680]. Также, как было отмечено, преобладание определенных диспозиций у активных авторов социальных медиа будет соответствующим образом формировать информационное поле. Такого рода факторы иррациональности должны быть учтены при планировании информационных кампаний в области здравоохранения.

Наконец, несмотря на то что восприятие медицинских работников формируется спонтанно в рамках цифровой коммуникации, образ или бренд отдельного сотрудника также может конструироваться осознанно как часть управления социальным восприятием. Ранее вопросы имиджа относились в первую очередь к частной медицине, в которой качество коммуникации в информационном поле и бренд организации/специалиста обнаруживают связь с доходом. Однако сегодня данные вопросы становятся актуальны и для государственной системы, когда публичная экспертность сотрудника становится важным аспектом продвижения его по карьерной лестнице (например, больше шансов, что его заметит потенциальный государственный работодатель), а также позволяет более эффективно выполнять функции представителя системы здравоохранения при медицинском просвещении или в рамках рекламы государственных продуктов (например, медицинский туризм).

Исходя из важности бренда и в целом цифровых компетенций для информационной политики, формирование образа в информационном поле будет требовать от заинтересованных лиц (руководителей) *стандартизации данного процесса* — например, путем создания единого корпоративного стиля

---

[679] Богдан И. В. Когда мы говорим о доверии врачам, подразумеваем ли мы одно и то же? «The врач» и «а врач» в социологических исследованиях.

[680] Например, по Липпману это тематика борьбы или интимные тематики, см.: Липпман У. Общественное мнение.

коммуникаций, формализации подходов к общению или в целом подготовки общих методических рекомендаций в данной области (например, аналогичных подготовленным с участием автора[681]).

Отсутствие такой стандартизации может приводить к рискам двух типов. К первому можно отнести низкую эффективность информационной работы, когда субъект в недостаточной мере использует имеющиеся ресурсы. В случае рисков второго типа подразумевается потенциальный вред образу системы здравоохранения, например, когда сотрудник службы в погоне за популярностью начинает эксплуатировать стереотипы о профессии, службе, специальности (о психиатрии, патанатомии, образ «чувственной медсестры» и т. д.). Это может привести к временному росту охватов и «вирусности», но в долгосрочной перспективе будет наносить урон общему образу работодателя или медицинской профессии. Все это будет требовать управленческих вмешательств в области стандартизации и контроля, а также донесения информации как о стереотипах или мифах в цифровом пространстве, так и о позитивных сторонах образа профессии, которую спикер представляет. Форматом донесения такой информации до медицинских работников, которые проявляют интерес к публичной деятельности в современном цифровом информационном поле, могут выступать указанные методические рекомендации, образовательные курсы или базы знаний по вопросам социального восприятия.

Когда медицинский работник обладает необходимыми знаниями — социальные медиа могут использоваться в социальном управлении как среда для преодоления мифов, распространения нового образа служб, а также как мощный инструмент предоставления «голоса» медицинским профессиям. Яркий блогер-представитель профессии может стать её новым лицом, что актуально ввиду крайне

---

[681] Методические рекомендации по основам ведения социальных сетей медицинскими работниками: методические рекомендации / сост.: А. Е. Демкина, М. В. Беззубцева, А. М. Кочергина… И. В. Богдан [и др.].

слабой персонификации здравоохранения у населения сегодня по данным наших исследований[682].

Кроме подготовки новых лидеров общественного мнения (ЛОМ), важны усилия со стороны государства по налаживанию связи с ними не в контексте цензуры (полюс прямого воздействия), а скорее с позиции непрямого воздействия, выстраивания доверительных отношений власть-ЛОМы, работающих эффективных каналов коммуникаций (полюс нелинейного управления). Например, государство может оказывать спикерам поддержку, предлагая доказательные принципы, на которых должны строиться коммуникативные кампании[683]. Эффективно настроенная сеть лидеров мнений может выступать основой «общественного иммунитета» (концепция, предложенная ФОМ, в которой представлен взгляд на продукты авторов онлайн-материалов, в т. ч. вирусные медиа-ролики, как на «социальные антитела» такого «иммунитета»[684]) в периоды кризисов.

Наконец, социальное управление цифровыми коммуникациями по вопросам здравоохранения должно учитывать такую характеристику современной информационной среды, как сильный динамизм. Цифровая среда подвижна и каналы коммуникации с населением со стороны медицинских организаций и персонала должны соответственно изменяться, что не всегда имеет место. Так, например, после ухода ряда социальных сетей в 2022 году из России, результаты авторских исследований позволили обнаружить, что многие медицинские организации не смогли оперативно перестроиться на новую цифровую реальность и не переключились на их отечественные аналоги, просто остановив работу с населением в данном направлении[685].

---

[682] Богдан И. В., Кузьменков В. А., Чистякова Д. П. Образ врача в массовом сознании (по материалам социологического исследования). С. 99.

[683] Bonell C., Michie S., Reicher S., West R., Bear L., Yardley L., Curtis V., Amlôt R., Rubin G. J. Harnessing behavioural science in public health campaigns to maintain 'social distancing' in response to the COVID-19 pandemic: key principles // J Epidemiol Community Health. 2020. № 74(8). P. 617–619.

[684] Социология пандемии. Проект коронаФОМ.

[685] Богдан И. В., Горносталев М. Д., Чистякова Д. П., Иглицына И. С., Кацаурова С. Ю. Аналитический отчет о результатах исследования эффективности информационной работы с

Кроме недостаточной адаптации к изменениям внешней среды, у медицинских организаций были выявлены множественные дефекты цифровой информационной работы, касающиеся оформления страниц, вовлечения аудитории, общей работы с контентом, пользовательским опытом и др.[686] Ответственный персонал медицинских организаций, отвечавший за неё, по итогам исследования, в значительной мере не справлялся со своими задачами, что подчеркивает важность не просто стандартизации, но и соответствия такой унификации динамичной природе цифровых коммуникаций.

Инструментом продвижения данной стандартизации может выступать внедрение систем рейтинговой оценки по ключевым критериям работы в цифровой среде, оперативно обновляемых (например, ежемесячно). Пример такого рода рейтинга был предложен в авторском исследовании 2022 года, в рамках которого в ходе анализа «лучших практик» в информационной работе в здравоохранении был сформирован показатель, интегрирующий четыре ключевых области оценки (постинг, содержание, вовлеченность, обратная связь)[687]. Следует отметить, что среди перечисленного самой проблемной показала себя область, связанная с качеством работы с обратной связью от населения со стороны руководства медицинских организаций[688]. Таким образом, не только рядовые сотрудники, но и руководители организаций нуждаются в улучшении своей подготовки по вопросам цифровых коммуникаций.

В целом, как показано в разделе, навыки цифровой коммуникации – это вызов для подготовки медицинского персонала на всех уровнях. Процессы адаптации кадрового состава ввиду значительной доли работников

населением, проводимой медицинскими организациями, подведомственными Департаменту здравоохранения города Москвы, в сети Интернет (март – апрель 2022 г.). М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2022. 58 с.

[686] Там же; Горносталев М. Д., Богдан И. В., Чистякова Д. П. Лучшие практики применения технологий привлечения и информирования посетителей на Интернет-ресурсах медицинских организаций. Улучшение пользовательского опыта. М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2022. 40 с.

[687]Богдан И. В., Горносталев М. Д., Чистякова Д. П., Иглицына И. С., Кацаурова С. Ю. Аналитический отчет о результатах исследования эффективности информационной работы с населением, проводимой медицинскими организациями, подведомственными Департаменту здравоохранения города Москвы, в сети Интернет (март – апрель 2022 г.).

[688] Там же.

предпенсионного возраста, демонстрирующих больший скепсис к цифровым продуктам и коммуникациям, будут требовать дополнительных усилий как в аспекте корпоративного обучения, так и формирования восприятия технологий как помощника, а не новой нагрузки, профанации, замены сотрудников системы здравоохранения и т. д.

Цели и механизмы управления социальным восприятием в рамках цифровизации здравоохранения

Анализ области социального восприятия в контексте цифровизации позволил выделить следующие проблемные области:

1. Некорректное восприятие цифровых технологий, которое является барьером для их продуктивного использования.

2. Генеративный ИИ как источник воспроизводства стереотипов в коммуникациях, в т. ч. воспроизведения и усиления стереотипов о медицинских работниках.

3. Угрозы отсутствия регулирования цифровых коммуникаций: снижение синергии общей информационной политики в области здравоохранения вследствие недостаточно стандартизированной информационной активности персонала.

4. Дефицит компетентности в области цифровых коммуникаций, в т. ч. вызванный недостатком информации о специфике цифровых коммуникаций для медицинских работников и способах повышения квалификации в данной области.

Указанные проблемные области призывают к следующим трансформациям:

1. Демифологизация цифровых процессов: системное просвещение медицинского персонала о реальных возможностях, ограничениях и эффектах цифровых технологий (телемедицина, ИИ) для преодоления ложных представлений.

2. Внедрение стандартизированной экспертизы продуктов генеративного ИИ: внедрение методологии оценки и коррекции стереотипов в генеративных ИИ-моделях, используемых в здравоохранении, для формирования адекватных образов

медицинских профессий и взаимодействия с ними. Как их основа предлагается подход «промпт-эксперимента».

3. Стандартизация цифровых коммуникаций: разработка и внедрение корпоративных стандартов, методик и обучения для эффективной и безопасной публичной деятельности медицинского персонала в цифровом информационном поле.

4. Интеграция цифровых компетенций: включение модулей по цифровой грамотности, управлению социальным восприятием, работе с ИИ и эффективным коммуникациям в программы базового и непрерывного образования медицинских кадров (от рядовых сотрудников до руководителей).

Механизмы управления, которые будут способствовать реализации данных трансформаций, следующие (Таблица 20):

Таблица 20. Описание механизмов управления на уровне социального восприятия в контексте цифровизации.

Механизм	**Содержание механизма**
1. Механизм диагностики и коррекции стереотипов в продукции нейросетей («промпт-эксперимент»)	*Ось концептуальной модели и направление изменения:* полюс нелинейного управления (создание среды без стереотипов).
	Область приложения: процедуры валидации и внедрения генеративных ИИ-систем в медицинскую практику.
	Предмет управления: выявление и устранение стереотипов, ценностных смещений и логических ошибок в генерациях ИИ, влияющих на образ медицинских профессий, служб и взаимодействие с ними.
	Субъекты реализации: Разработчики ИИ, Минздрав, Минцифры, социологи/социальные исследователи, этические комитеты медицинских организаций.
	Ожидаемый исход: внедряемые ИИ-инструменты свободны от основных стереотипов о медицинских работниках, их генерации способствуют формированию адекватного социального восприятия профессий.
	Формы интеграции в рамках модели управления: Междисциплинарная: Коллаборация IT-разработчиков, медицинских работников, социологов и других релевантных специалистов для разработки и интерпретации тестов. Субъектная: балансировка с позиции субъект-объектной интеграции
2. Механизм мониторинга и управления цифровым	*Ось концептуальной модели и направление изменения:* динамическая модель (адаптация к динамической цифровой среде), полюс субъект-объектных моделей (стандартизация творческой процедуры)
	Область приложения: система публичных коммуникаций медицинского персонала в социальных сетях и других цифровых платформах.

информационным полем	*Предмет управления:* качество контента, соответствие корпоративным стандартам, репутационные риски, эффективность просвещения, обратная связь с населением.
	Субъекты реализации: руководство медицинских организаций, пиар-службы/ответственные за цифровые коммуникации на уровне организации или министерства, медицинские работники-блогеры.
	Ожидаемый исход: эффективная, безопасная и стандартизированная в критичных аспектах цифровая коммуникация, усиливающая позитивный образ системы и профессий, противодействующая мифам.
	Формы интеграции в рамках модели управления: Структурная: единая логика для частных лиц, организаций, ответственных за информационную политику на уровне министерств. Субъектная: Баланс между корпоративными стандартами в интересах государства, служб, медицинских организаций (безопасность, единый подход к образу) и субъектностью/креативностью медицинского персонала.
3. Механизм формирования цифровых компетенций персонала для информационной работы	*Ось концептуальной модели и направление изменения:* полюс общих моделей; динамическая модель (адаптация к изменениям).
	Область приложения: система непрерывного медицинского образования (НМО), корпоративное обучение, программы подготовки управленческих кадров.
	Предмет управления: формирование релевантных аспектов цифровой грамотности и знания специфики ИИ-продуктов, основ эффективных цифровых коммуникаций, управления социальным восприятием в сети.
	Субъекты реализации: Минздрав, Минобрнауки, учебные заведения, работодатели (медицинские организации).
	Ожидаемый исход: Медицинский персонал всех уровней обладает необходимыми компетенциями для работы в цифровой среде, эффективно использует её возможности и минимизирует риски для социального восприятия профессии и системы.
	Формы интеграции в рамках модели управления: Структурная: включение соответствующих модулей в образовательные стандарты и программы НМО и переподготовки на всех уровнях. Междисциплинарная: интеграция знаний социогуманитарных и точных наук в медицинские образовательные программы.

Составлено автором

В целом, как и в отношении общего восприятия системы здравоохранения и её аспектов, управление восприятием в цифровой среде сегодня не представляет стройной системы. Реализация описанных механизмов позволит в значительной мере стандартизировать и систематизировать процессы коммуникации и управления социальным восприятием (полюс общих моделей социального управления), в т. ч. наладив связь между цифровыми трансформациями макроуровня и переживанием их на микроуровне мира медицинских работников, которому будет посвящен следующий раздел.

3.1.3 Особенности управления на микроуровне модели в контексте цифровизации здравоохранения

При анализе высказываний медицинских работников об отношении к своей работе и его причинах, в рамках рассмотренных в Главе 2 исследований лояльности, тематика цифровизации напрямую практически не встречалась в ответах. Данный эмпирический факт свидетельствует в пользу того, что процессы цифровизации, протекающие на макроуровне, ещё не в полной мере проявились в установках медицинских сотрудников по отношению к работе на микроуровне, как значимые глобальные факторы её оценки, что является симптоматичным.

Однако это не означает, что проявления цифровизации на макроуровне мира медицинского персонала отсутствуют. Данные проявления сегодня могут быть зафиксированы в более частных установках, среди компонентов которых можно выделить: релевантные знания и умения (цифровая грамотность) и опыт взаимодействия с новыми технологиями как когнитивные компоненты социальных установок по отношению к данному процессу, в аспекте сентимента — удовлетворенность новыми технологическими продуктами, а в аспекте поведенческих компонентов — готовность, по аналогии с лояльностью, выступить «промоутером» данных технологий, что является важной функцией медицинского персонала в контексте цифровизации здравоохранения. Рассмотрим данные аспекты подробнее.

Обращаясь к вопросам *цифровой грамотности*, результаты исследований показывают её недостаточный уровень: половина медицинских работников может испытывать трудности с цифровыми технологиями, что не компенсируется необходимым обучением[689].

С одной стороны, медицинские работники знакомы с цифровыми продуктами в здравоохранении. Например, в авторском опросе до пандемии (2019 г.) в Москве, в контексте более слабой цифровизации, они смогли назвать уже

[689] Пономарев Н. С. Цифровизация системы здравоохранения как инструмент повышения качества медицинской помощи // Вестник науки. 2025. № 2 (83). С. 427–428.

более 10 различных продуктов[690]. С другой стороны, как и среди населения в целом, подавляющее большинство из них могли назвать только ЕМИАС (Рисунок 12). Следует отметить, что в опросе принимали участие исключительно врачи, среди которых цифровая грамотность выше, чем, например, среди среднего медицинского персонала.

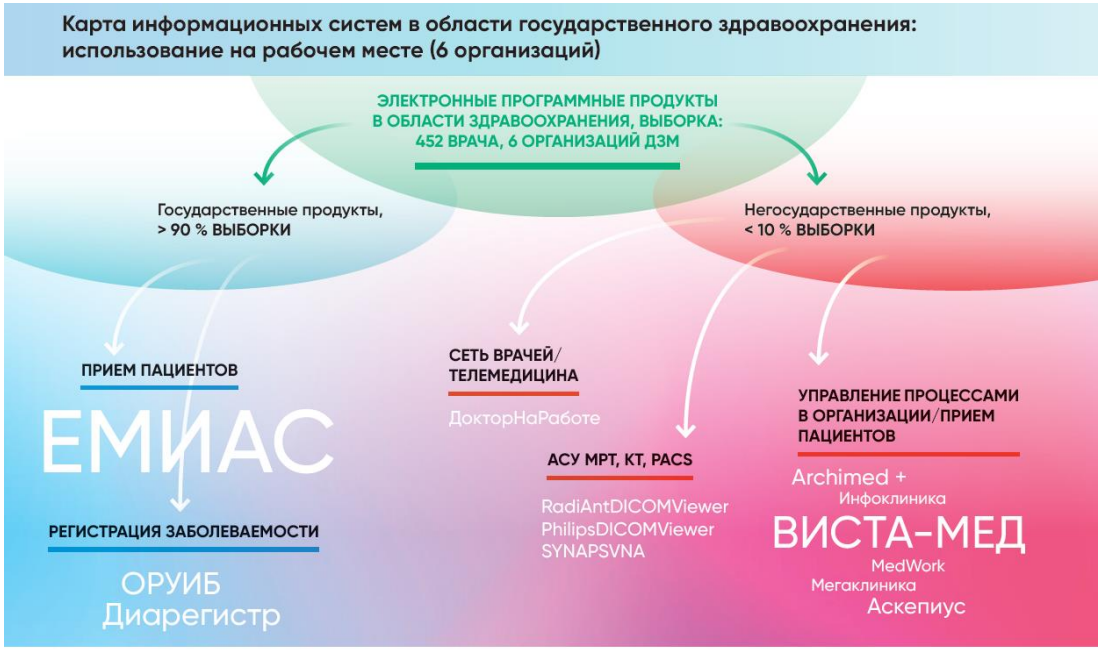


Рисунок 12. Карта использования цифровых медицинских продуктов врачами в Москве. Размер шрифта, которым написано название продукта, соотносится с частотой упоминания соответствующего продукта респондентами[691].

Более того, знание продуктов, как показывают результаты опроса, не означает *наличия опыта* их использования. Например, в 2019 году частные цифровые продукты в сфере здравоохранения знали около 20% врачей, а вот имели опыт их использования - в половину меньше (10%). Абсолютное доминирование государственных продуктов (ЕМИАС в Москве) среди отмеченных врачами знакомых и используемых, сводит отношения «поставщик продукта – медицинский работник» практически полностью исключительно к отношениям

[690] Богдан И. В., Гурылина М. В., Чистякова Д. П. Информационные системы Москвы в области здравоохранения: взгляд врачей. М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2019. 16 с.

[691] Исследование: «Цифровые информационные системы здравоохранения: взгляд населения», 2019 г., Выборка: N=800, население 18+, квотная выборка, CAPI. См.: Богдан И. В., Гурылина М. В., Чистякова Д. П. Информационные системы Москвы в области здравоохранения: взгляд врачей.

«государство – медработники», делая цифровизацию фактором лояльности медицинского персонала не только к организации-работодателю, но и государству как субъекту управления.

Несмотря на наличие среди целей цифровизации снижения бумажной нагрузки, по результатам авторского опроса работа в информационных системах занимала у врачей, по их оценке, в среднем 65 % рабочего времени (медиана – 70 %). Отсутствие снижения нагрузки, связанной с документами – не единственная претензия врачей. В целом по вопросам удовлетворенности и удобства использования МИС мнения врачей разделились пополам, а основное недовольство вызывали проблемы, связанные с зависаниями и медленной работой.

Как показывают данные еще одного авторского исследования в детской поликлинике, медленная работа МИС даже может приводить к восприятию врачами «конфликта» с ней[692]. Роль негативного опыта взаимодействия с данными информационными продуктами в общем восприятии цифровизации показывает важность пилотирования МИС или их обновлений перед запуском на целевых группах и проведения мониторинга обратной связи от пользователей (медицинский персонал), в целях минимизации рисков при внедрении. Накопленный негативный опыт может в конечном итоге приводить к негативному восприятию цифровизации в целом, когда врачи воспроизводят страхи о замещении специалистов роботами с потерей качества и индивидуального подхода к пациентам[693].

Отдельной проблемой на момент исследования были вопросы защиты персональных данных (в свете постоянного обновления законодательства в этой области, они крайне актуальны и сейчас, например, релевантные вопросы отмечены среди угроз национальной безопасности согласно Указу Президента РФ «О стратегии развития здравоохранения …» от 08.12.2025 № 896). Опрошенные врачи имели, несмотря на их убежденность в своей компетентности, скорее интуитивное понимание вопроса – «на уровне здравого смысла», почти никто из

---

[692] Богдан И. В., Габов К. И., Гурылина М. В. и др. Лояльность сотрудников детской поликлиники. М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2020.

[693] Богдан И. В., Горносталев М. Д., Природова О. Ф. и др. Личностные и профессиональные качества медицинских работников: видение настоящего и будущего профессии. С. 161.

респондентов не смог назвать конкретный актуальный закон о защите персональных данных, на который следует ориентироваться медицинским работникам. При этом интерес врачей к повышению квалификации в данной области либо не проявлялся, либо они считали, что обладают достаточными знаниями. Те же, кто относился к дополнительному обучению положительно, зачастую не могли конкретизировать, какая информация им нужна.

Недостаточные знания в области информационной безопасности несут риски утечки данных. При этом вопросы персональных данных критичны не только с позиции безопасности личной жизни их субъекта, но и доверия[694] (сентимент), как к цифровым медицинским системам, так и к системе здравоохранения в целом.

В целом, в вопросах цифровизации результаты авторских исследований свидетельствуют скорее о недостаточной цифровой грамотности медицинских работников, а также показывают актуальность для них негативного опыта (в т. ч. как источника негативного отношения, *неудовлетворенности*) взаимодействия с новыми продуктами, что, помимо работы по совершенствованию технологий, в рамках управления требует изменений в системе образования и переподготовки кадров.

Не только опыт использования конкретных технологий может выступать фактором неудовлетворенности цифровизацией, но и восприятие уровня её внедрения, когда образ цифровизации как доступного и эффективного решения всех проблем расходится с реальностью её в медицинских организациях. В ходе авторского исследования инфраструктуры больниц в 2025 году[695], медицинские работники оценили уровень внедрения таких технологий, как ИИ или телемедицина достаточно низко относительно всех остальных, более «классических» аспектов медицинской инфраструктуры. Во многом это было

---

[694] Романовская О. В., Романовский Г. Б. Право и цифровизация современного здравоохранения. С. 581.

[695] Исследования «Лояльность и оценка инфраструктуры здравоохранения сотрудниками детского многопрофильного стационара» (N=235, опрос медицинского персонала) и «Лояльность и оценка инфраструктуры здравоохранения сотрудниками специализированного стационара» (N=134, опрос медицинского персонала).

связано не с недостаточным применением технологий, а с завышенными ожиданиями.

Указанные компоненты социальных установок как итог проявляются в т. ч. в низкой готовности медицинских работников быть проводниками цифровых технологий в здравоохранении (поведенческий компонент).

Например, это касается носимых населением гаджетов. Авторское исследование, проведенное в 2021 году,[696] показало значительный нереализованный потенциал в рамках использования их для проверки здоровья – только половина носивших гаджеты использовала их по вопросам здоровья, а основная причина неиспользования технологии (отсутствие потребности) свидетельствует о том, что данные устройства не рассматриваются как средство профилактики заболеваемости. Проводником информации по вопросам цифровизации как раз могли бы стать врачи, однако только 4% опрошенных носили данные устройства по рекомендации лечащего врача, что подтверждает тезис о недостаточно активной роли медицинских работников в продвижении цифровых технологий среди населения и поднимает вопрос их дополнительного обучения в данной области.

В другом авторском исследовании, проведенном в 2022 году[697], было показано нечастое пользование и другими цифровыми технологиями по вопросам здоровья населением, даже такой базовой технологии, как Интернет. Следует отметить, что не только офлайн-врачи, но даже специалисты в сети не выступают основным источником медицинской информации у населения – всего 17% респондентов смогли назвать каналы или группы, которым они доверяют по вопросам здоровья (включая те, которые ведет не медицинский персонал), причем никто из называемых авторов/каналов не был упомянут более 3% опрошенных. Это

[696] Богдан И. В., Волкова О. А., Иглицына И. С., Чистякова Д. П. Внедрение гаджетов в систему мониторинга показателей здоровья населения: социологическое исследование // Вопросы управления. 2022. № 3(76). С. 33–45.

[697] Богдан И. В., Горносталев М. Д., Кацаурова С. Ю. и др. Интерес москвичей к информации по вопросам здоровья, размещенной в социальных медиа. Аналитический отчет. М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2022. 32 с.

подтверждает актуальность темы обучения медицинских работников соответствующим просветительским компетенциям и необходимость подготовки новых ЛОМов-просветителей, указанную в предыдущем разделе.

Для того чтобы управлять рассмотренными компонентами социальных установок по отношению к новым технологиям у медицинских работников, важно включение соответствующих вопросов в *мониторинги*. Помимо более классических вопросов об удовлетворенности или готовности к определенному поведению, в рамках исследования цифровой грамотности могут быть использованы тесты – достаточно редко встречающийся в социологии метод оценки. Пример применения данного инструментария можно увидеть в ряде интегрированных разработок, в частности, в интегрированной модели внедрения цифровых инноваций Т. Ведлуги и Б. Микульскене, в которой помимо статистики и опросов используются тесты, определяющие уровень компетенций сотрудников[698]. При этом в рамках социального управления важен мониторинг не цифровых компетенций самих по себе, но данных компетенций как фактора формирования соответствующих установок на микроуровне, или, при их недостатке, мифов и стереотипов на мезоуровне.

Таким образом, соответствующие механизмы микроуровня Главы 2 могут быть дополнены необходимостью включения в мониторинги и вопросов, касающихся цифровизации (удовлетворённость технологиями, обратная связь по используемым продуктам, готовность быть их проводником для пациентов, уровень цифровой грамотности, в т. ч. замеряемый в тестовой форме).

Важно ещё раз подчеркнуть, что работа с установками по отношению к цифровизации здравоохранения со стороны медицинского персонала представляет прямой интерес для государства, так как взаимодействие идет в подавляющем большинстве с государственными цифровыми продуктами (и они воспринимаются таковыми), поэтому негативное отношение к ним может подрывать лояльность государству как к основному поставщику таких продуктов.

---

[698] Vedlūga T., Mikulskienė B. Stakeholder driven indicators for eHealth performance management.

3.1.4 Некоторые прикладные аспекты мониторинга показателей, связанных с цифровизацией, сбора и анализа данных цифровыми методами

Как следует из рассмотренного ранее, социальное управление медицинскими кадрами в контексте цифровизации будет требовать мониторинга специфических областей, отражающих количественные и качественные характеристики на всех трех рассматриваемых уровнях модели социального управления, с помощью показателей, представляющих как мнение самих медицинских работников, так и взгляд извне.

Кроме новых областей для мониторинга, цифровизация может предоставлять свои *инструменты для сбора и анализа данных*. Во-первых, это цифровая статистика, которая представлена информацией о работе организаций, в отношении пациентов и медицинских работников, получаемая от МИС, гаджетов, мобильных операторов и других источников. Объемы данных и множественность собираемых показателей позволяют сегодня относить такую аналитику к области больших данных, что будет требовать вычислительных мощностей и специфических подходов к их обработке.

Во-вторых, это неоднократно упомянутые высказывания заинтересованных лиц в социальных медиа - тысячи и миллионы сообщений, доступные для выгрузки соответствующими системами. В противоречии с позитивистской природой подхода больших данных, мониторинг больших выгрузок социальных медиа, ввиду их развернутой и личной природы, может стать средством реализации качественного нарративного подхода, в рамках пациенто- и сотрудникоориентированности. Однако в этом случае также встает вопрос специальной обработки массивов информации и их структурирования.

Такой тип задач по вычленению информации из текста может быть решен *ИИ-технологиями* обработки данных. Если модели предыдущего поколения с трудом могли понимать контекст и делать сложные текстовые классификации, то сегодня новые LLM могут легко выполнять указанные действия, в том числе классифицировать по необходимым основаниям большие данные нарративов, если их правильно обучить/дать нужные инструкции.

Примерами такого рода моделей, разработанных под руководством автора, являются «ИИ-кодировщик», который помогает с классификацией текстов на выделенные категории и «ИИ-психодиагност»[699], который позволяет сегментировать тексты людей по проявлениям диспозиций, обозначенных ранее, на основании представленной речевой продукции.

Такого рода «нейросотрудники»[700] обладают значительными преимуществами с позиции автоматизации рутинной работы, а также в ряде задач более выгодны по сравнению с человеком: они доступны для работы 24/7, являются более дешевыми, даже с учетом затрат на разработку, и оперативно работают. Основное, что критически необходимо для их создания – это глубокое понимание самим разработчиком передаваемого машине процесса (рефлексии над достаточными и необходимыми операциями на каждом этапе интеллектуального труда), который необходимо перенести в формат инструкций-промптов и алгоритмов.

Фрагмент интерфейса разработанного «нейросотрудника» («ИИ-кодировщика») отражен на Рисунке 13:

[699] Богдан И. В. Цифровые аспекты психотипирования в социологических исследованиях (на примере управленческих задач здравоохранения). С. 2–10.
[700] Бурдастова Ю. В., Аксенова Е. И. Нейросотрудники в здравоохранении (наука, управление, клиническая практика): как изменится рынок труда в ближайшие 10 лет: экспертный обзор.

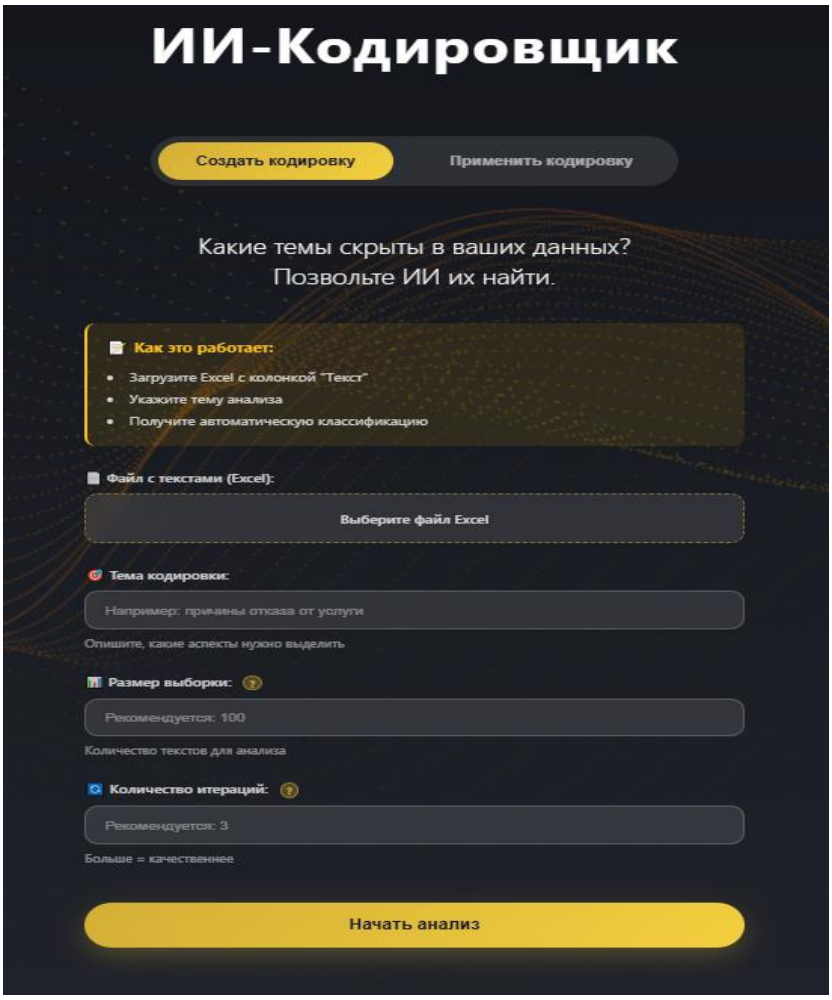


Рисунок 13. Фрагмент интерфейса ИИ-кодировщика, созданного под руководством автора[701].

Аналогичные интерфейсы разработаны и для других «нейросотрудников», включая «ИИ-психодиагноста»[702]. Последний может быть использован для определения, с разрешения сотрудников, у них рассмотренных в Главе 1 диспозиций, в рамках улучшения социальных отношений в коллективах путем более оптимального распределения функционала в типичных трудовых ситуациях. Второе направление его использования – помощь медицинскому работнику в коммуникации с пациентом, исходя из его диспозиций, что будет обеспечивать персонализацию коммуникации. В рамках данной задачи нейросотрудник может

[701] Маркетплейс нейросотрудников. URL: https://chat-interview.niioz.ru/ (дата обращения: 14.12.2025).
[702] Там же.

быть также дополнен функцией «переводчика» с формального медицинского языка на понятный для пациента[703].

На мезоуровне такой инструмент может быть использован для получения данных о распределении диспозиций в сегментах пользователей социальных медиа, в рамках разработки информационных кампаний по тематикам здравоохранения. Также в рамках тренда на омниканальность получения информации, с помощью ИИ данные могут быть обогащены результатами анализа рисунков, аудио- или видеозаписей, выкладываемых в социальных медиа вместе с текстовыми сообщениями (с учетом соблюдения законодательства об авторском праве, персональных данных и др.). Пример алгоритма для такого обогащения – разработанная с участием автора программа для определения наиболее распространенных объектов на рисунках или их типичной цветовой гаммы. Её применение дает дополнительную информацию о визуальных аспектах социального восприятия, а также о неосознаваемых его проявлениях, например, реконструируемых через связь цветовой гаммы с эмоциональными состояниями людей[704].

Кроме более полной репрезентации смыслов сообщения, ИИ может помочь с получением дополнительных социальных характеристик респондента. Например, модели могут восстанавливать недостающую информацию о социально-демографических характеристиках респондентов или авторов в социальных медиа по имеющимся данным. Последнее крайне ценно, так как у многих цифровых профилей на площадках значительная часть таких показателей не заполнена.

При этом, в рамках восстановления данных, при всей перспективности ИИ-решений, важна защита приватности людей, в частности, не все хотят, чтобы нейросеть «угадывала» какую-то закрытую личную информацию о них[705]. В целом,

---

[703] Shanmugam D., Agrawal M., Movva R., Chen I. Y., Ghassemi M., Jacobs M., Pierson E. Generative Artificial Intelligence in Medicine.

[704] Богдан И. В., Виноградов В. А., Габов К. И. и др. Социологический мониторинг образа психиатрии и психиатрических заболеваний в социальных медиа в период пандемии: результаты и решения.

[705] Marko J.G.O., Neagu C.D., Anand P.B. Examining inclusivity: the use of AI and diverse populations in health and social care: a systematic review.

перспективной является проработка вопросов предварительного согласия на взаимодействие с использованием ИИ[706], а критичным для внедрения любых нейросетей является соответствие актуальному законодательству по работе с персональными данными и правом собственности.

Наконец, ещё одно направление использования генеративных технологий в мониторингах — создание «синтетических респондентов»[707], то есть ИИ-моделей, позволяющих имитировать опросы и реакции целевых аудиторий, например, сообщества медицинских работников. Такая цифровая популяция может быть использована для оперативного доступа к мнениям представителей необходимой группы. Также на данных респондентах можно моделировать социальные вмешательства на целевых группах, как один из этапов апробации социальных технологий.

Однако для полноценного внедрения данного подхода потребуется значительный объем работ, так как сегодня «синтетики» не являются отработанной технологией, и их создание сопряжено с рядом трудностей[708]. Более того, обзор исследований показывает, что при разработке синтетических респондентов обычно упускается важнейший аспект — динамический, то есть не учитывается современная активно трансформирующаяся социальная реальность, а ИИ-модель при таком подходе предстает как фиксированная в моменте создания цифрового двойника человека. Решением в данной области может быть использование актуальной онлайн-выжимки из социальных медиа, постов представителей указанных групп, которые могут предоставлять модели необходимый социальный контекст.

Таким образом, присутствует значимый потенциал использования ИИ в современных цифровых мониторингах как *аналитика и сборщика данных* – для

---

[706] Брызгалина Е. В., Гумарова А. Н., Шкомова Е. М. Искусственный интеллект в медицине: рекомендации по проведению социально-гуманитарной экспертизы. С. 56.
[707] Пузанова Ж. В., Кожоридзе Г. Г., Кожоридзе Д. Г. ИИ и социология: анализ технологических возможностей виртуальных респондентов // Социология: методология, методы, математическое моделирование (Социология: 4М). 2025. № 60. С. 216–246.
[708] Там же.

автоматического контент-анализа, сегментирования (диспозиции, психологические черты), моделирования опросов и влияний (синтетические популяции), восстановления и обогащения данных информацией разной модальности. Для корректного использования этих возможностей, указанные вопросы будут требовать, как было обозначено ранее, серьезного правового регулирования, так как уже сегодня начинают затрагивать приватную жизнь людей и информацию, которой они, возможно, не хотели бы делиться.

Второе важное направление использования ИИ – как *интегратора* данных, собранных из различных цифровых каналов, к которым можно отнести, по итогам рассмотрения раздела, данные: опросов по различным аспектам цифровизации, в т. ч. синтетические, аналитики социальных медиа, цифровой статистики, включая большие данные, промпт-экспериментов с нейросетями и других каналов, например, обращений.

В Главе 1 был поставлен вопрос соединения данных из различных источников в единую непротиворечивую картину. Для этого, в рамках представленной модели социального управления, необходимо сначала структурировать данные, а затем предложить подход к интеграции информации в рамках представленной структуры.

В контексте структурирования основных каналов получения информации, представляется перспективным их рассмотрение как свойственных в первую очередь одному из уровней реализации модели социального управления, что отражено в Таблице 21.

Таблица 21. Основные методы исследований на различных уровнях модели социального управления.

Уровень анализа	**Основные методы**
Микроуровень «мира» медицинского персонала	• Опросы сотрудников • Высказывания сотрудников в социальных медиа • Обращения сотрудников
Социальное восприятие медицинского персонала	Те же + по релевантным персоналу вопросам: • Опросы населения • Высказывания населения в социальных медиа • Обращения населения • Тесты «восприятия» используемых нейросетей • Контент-анализ информационного поля

Уровень объективных социальных структур (внешний взгляд)	• Экспертные опросы • Статистика • Наблюдения • Большие данные • Обзор источников, агрегация вторичных данных (в т. ч. опросных)

Составлено автором

Структурированные указанным образом данные могут *сопоставляться,* исходя из опыта авторских исследований, в рамках одного процесса на различных уровнях (как было показано в Главе 2) или на одном из них:

1. В качественной парадигме, когда выделяется единый набор основных тем (проблем, решений).

2. С помощью триангуляции – для подтверждения полученных выводов на основании данных из различных источников.

3. В рамках анализа расхождений – например, в случае существования противоречий между декларативным и глубинным восприятием или значительных расхождений в представленности фактов или тенденций (например, в контексте сравнения статистики/наблюдений и опросов)[709].

В каждом из трех вышеуказанных подходов ИИ-алгоритмы могут ассистировать в решении задач. Так, например, для помощи в качественном анализе будет полезна стандартная сегодня для генеративного ИИ функция краткого обобщения большого объема данных (саммаризации)[710], которая может выделить в массиве информации общие или уникальные темы. Таким образом, цифровизация в форме ИИ-технологий во многом предлагает решения методологических вызовов, которые она породила, как с позиции аналитики данных, так и их интеграции.

[709] Как это было сделано в авторском исследовании: Богдан И. В., Чистякова Д. П., Габов К. И. Соблюдение масочного режима и социального дистанцирования в период пандемии в городе: фактор снижения внешнего контроля и особенности практик.

[710] Как пример, см. ИИ-саммаризатора: Маркетплейс нейросотрудников. URL: https://chat-interview.niioz.ru/ (дата обращения: 14.12.2025).

3.1.5 Краткие выводы: управление медицинским персоналом в контексте цифровизации

Данный раздел был посвящен аспектам, которые привносит контекст цифровизации для модели социального управления медицинским персоналом, описанной ранее. Данная специфика в разделе была рассмотрена на трех уровнях реализации модели, а также отдельно в рамках обсуждения новых цифровых возможностей для мониторинга на всех указанных уровнях.

На макроуровне на этапе развития генеративного ИИ реализуется тенденция отхода государства от позиции монопольного субъекта управления в контексте цифровизации здравоохранения. Сегодня наблюдается комбинация процессов государственной централизации и стандартизации (например, в рамках внедрения МИС), снижающих автономию персонала, и децентрализации, дающей возможности для роста его субъектности.

Цифровые противоречия сегодня не сбалансированы, а новая субъектность медицинского персонала в цифровую эпоху не сформирована. Среди вызовов процессам ее формирования – требующие регулирования вопросы взаимодействия сотрудников с новыми актантами в рамках осуществления профессиональных задач (навыки работы с ними, распределение функционала) и возможности влиять на ключевые аспекты внедрения таких цифровых Других в трудовые процессы.

На мезоуровне возникают вопросы управления восприятием в отношении цифровых Других в качестве фактора успешной интеграции их в рабочие процессы, и «восприятием» медицинских работников со стороны новых актантов. В частности, требует управленческих вмешательств воспроизводство нейросетями мифов и стереотипов о медицинских работниках, что несет потенциально опасные эффекты как для массового сознания (распространение и закрепление стереотипов в информационном поле), так и для медицинских процессов, в которые включены генеративные технологии, так как работа ИИ будет опосредована его «восприятием». Механизмом минимизации данных рисков предложен промпт-эксперимент, в разделе описаны его принципы.

Обращаясь к вопросам использования цифровых каналов в рамках коммуникаций по вопросам здоровья и возможностей для медицинского персонала быть полноценным субъектом управления социальным восприятием и реализации функций просвещения в цифровой среде, важной проблемой предстает отсутствие у сотрудников необходимых компетенций, недостаток стандартизации и регулирования данных процессов.

Наконец, на микроуровне отмечается неоднозначное отношение медицинских работников к новым технологиям, которое опосредовано не всегда положительным опытом (например, в аспекте увеличения нагрузки или технических проблем) и недостатком цифровой компетентности. В итоге сегодня медицинские работники не могут в полной мере выступать проводниками новых технологий в здравоохранении для населения.

Таким образом, процесс цифровизации здравоохранения в рамках социального управления медицинским персоналом предстает проблемным, а управленческие процессы нуждаются в значительных трансформациях, для того чтобы нивелировать возникающие угрозы.

В рамках мониторинга новым цифровым реалиям должны соответствовать новые показатели. Ответом на цифровые вызовы в значительной мере могут стать ИИ-алгоритмы (пример новых возможностей), которые, как было показано, уже сегодня могут выполнять как функции оперативной аналитики и сбора, так и интеграции данных различной природы.

В целом, реализация предложенных в разделе механизмов и рассмотренных трансформаций будет способствовать преодолению фундаментального противоречия между новыми объективными возможностями технологий и субъективным опытом медицинского персонала, в котором цифровизация не занимает значимой и однозначно позитивной роли.

В последнем разделе 3.2 рассмотренные ранее фрагменты модели, имеющие отношение к её концептуальному и прикладному уровням, а также к контексту цифровизации, будут интегрированы в единую систему.

3.2 Внедрение интегрированной модели социального управления медицинским персоналом на современном этапе трансформации здравоохранения

Общая характеристика модели социального управления медицинским персоналом

Рассмотрев в предыдущих главах отдельные элементы предлагаемой модели социального управления медицинским персоналом, в данном последнем разделе основные положения модели будут сведены воедино, а также будут описаны её принципы и особенности использования в общем виде.

В данном разделе будут системно рассмотрены *составные части* модели социального управления медицинским персоналом, с позиции их применимости в управленческой практике на различных уровнях (*пример использования*). Опираясь на авторский подход, раскрытый ранее, в общем виде будет описана *текущая модель* социального управления медицинскими кадрами на федеральном уровне, а также *предлагаемая модель* социального управления. Будут рассмотрены *векторы движения от текущей модели к предлагаемой*, а также основные *условия*, необходимые для реализации последней.

На основании рассмотренного в предыдущих разделах, *к составным частям подхода к авторской модели* социального управления следует отнести:

1. *Концептуальный уровень*, который представлен пространством из четырех осей, в котором можно отразить модель социального управления (рассмотрены и обоснованы в разделе 1.2), выступающую предметом рассмотрения, и возможные её преобразования (направления движения в этом пространстве).

2. *Уровни реализации* модели социального управления, три уровня: объективных социальных макроструктур, социального восприятия и «мира» медицинских работников. Для каждого из них описаны механизмы социального управления, которые показывают логику возможных управленческих изменений. Составной частью указанных механизмов в рамках рассматриваемой модели управления является интегративная функция, которая может быть представлена

интеграцией междисциплинарной, структурной, субъектной. Каждый уровень также представлен предпочтительными методиками мониторингов и своей спецификой, которую определяет контекст цифровизации.

3. *Желаемая модель*, которая задана целевыми состояниями трансформаций, которые необходимо осуществить для повышения качества социального управления медицинским персоналом на каждом из указанных уровней реализации. Данные трансформации следуют из текущих проблемных областей социального управления целевой группой, выявленных преимущественно по материалам авторских эмпирических исследований.

Указанная модель, несмотря на опору на эмпирические данные, в определенной степени является *концептуальной моделью*, так как она задает общую логику управления (куда и как двигаться в контексте управления медицинским персоналом), а также *структурно-функциональной*, поскольку описывает структурный уровень анализа (уровни реализации модели) и функции каждого из уровней, описанные в общем виде и в рамках механизмов. Эмпирическая обоснованность модели заключается в опоре на преимущественно авторские эмпирические исследования, которые, среди прочего, обнаруживают проблемные области в управлении медицинским персоналом сегодня и обосновывают важность предлагаемых механизмов для их преодоления. Также модель можно охарактеризовать как *нормативно-целевую*, с позиции того, что в рамках неё задается желаемое состояние социального управления.

Помимо интеграции, функцией которой обладает каждый из представленных механизмов, уровни модели можно рассматривать как интегрированные в единую модель *целями социального управления*. Эти цели могут быть как явными, напрямую заданными в законодательных актах и стратегических документах, так и латентными, которые де-факто определяют направление преобразований, но не зафиксированы в документах напрямую как цели и их необходимо реконструировать по косвенным признакам. Они могут как противоречить явно заданным целям, так и совпадать с ними или дополнять их. С позиции социального восприятия, если латентные цели не рефлексируются субъектом управления, но

при этом определяют его решения, они могут быть рассмотрены как неосознаваемые компоненты целевого образа будущего объекта управления, в противоположность осознаваемым компонентам, которые соотносятся с явными целями. Таким образом, под латентными целями в рамках данного исследования понимается пространство и имплицитных, и неосознаваемых целей управления, объединяемых по критерию отсутствия четкой формальной их декларации.

В рамках авторской модели социального управления в первую очередь интерес представляет целевое воздействие субъекта управления (как было показано, основным субъектом в рамках модели обычно выступает государство). С данной точки зрения, воздействия, не имеющие цели, не рассматриваются, так как это противоречит принятому пониманию управления и принципу субъектности. Также, соглашаясь с такими авторами, как А.И. Пригожин, что управление — это не только целевое воздействие, но и проявления социального (организационного) порядка и самоорганизации[711], в рамках данного исследования социально-управленческие процессы рассматривались исключительно в контексте их управляемости субъектом, пусть и не напрямую, линейно, а в нелинейном виде, когда подразумевается не четкая цель, а пространство желаемых исходов.

Постановка целей, среди прочего, подразумевает соотнесение текущего и желаемого положения дел. Чтобы вести речь об изменениях на концептуальном уровне авторской модели (а затем и на более прикладных уровнях), важно понять текущее положение дел в социальном управлении медицинским персоналом. В предыдущих разделах было показано желаемое направление трансформаций, но не было показано, насколько оно сонаправлено текущим процессам. Чтобы провести данный анализ системно в рамках предложенной модели управления, необходимо описать два состояния – «как должно быть» («to be») и «как есть» («as is»)[712]. Данные два состояния могут быть названы текущей и целевой моделями. Их соотнесение позволит заключить, какие аспекты управления близки к желаемому,

---

[711] Пригожин А. И. Методы развития организаций. С. 53.

[712] Разуваева Н. С., Новожилова М. В. Моделирование бизнес-процессов предприятия сферы услуг // Автоматизированные системы управления и приборы автоматики. 2008. № 142. С. 89–96.

а какие удалены, а также более обоснованно оценить, в направлении каких целей выгоднее двигаться с позиции имеющихся ресурсов.

Для выбора наиболее перспективных целей представляется обоснованным использовать принцип ранжирования, заимствованный из ценностно-ориентированного подхода – максимизация ценности в отношении затраченных ресурсов[713]. Исходя из этого, цели могут приоритизироваться – если достижение социального блага, измеренного определенным образом в соотношении с затраченными ресурсами, будет выгоднее, чем в отношении альтернатив, данное направление движения может рассматриваться как наиболее приоритетное.

Как основной уровень постановки целей рассматривается общегосударственный уровень, а ведомственный и локальный – как производные от него. При этом, как было отмечено, единая система социального управления медицинским персоналом на общегосударственном уровне сегодня в полной мере не сформирована (например, на момент рассмотрения отсутствует общая стратегия развития кадров в здравоохранении на федеральном уровне) и, как следствие, цели, которые можно отнести к социальному управлению медицинским персоналом, не агрегированы в едином месте. В связи с этим, чтобы реконструировать данные цели в отношении именно медицинского персонала, представляется обоснованным обращаться также и к ведомственному уровню, таким образом, рассматривая документы на уровнях:

1. Государства: вопросы общей кадровой политики и политики в области здравоохранения.

2. Профильных ведомств (Министерство здравоохранения), включая вопросы регулирования служб здравоохранения и взаимодействия с негосударственными подсистемами здравоохранения.

Помимо поиска явных и латентных целей управления в документах, латентные цели также могут быть проанализированы через то, что начинает восприниматься «мейнстримовыми» или трендовыми темами, например, в среде

---

[713] Камынина Н. Н., Полищук Н. С. Ценностно-ориентированное здравоохранение: систематизация инструментов и методов (обзор литературы). С. 446.

социальных медиа[714]. Данное направление можно отнести к вопросам «трендвотчинга», то есть наблюдения за трендами / тенденциями или их выявления[715].

Методология данного подхода может быть различной – например, это может быть отдельный анализ лидеров индустрии или всего информационного поля. Такие латентные, реконструируемые тенденции можно рассматривать как проявления дискурса, который задает, что «модно», к чему привлекается внимание общества и взгляд экспертов (в ожидании того, что данный прогнозируемый тренд станет новой реальностью). Несмотря на то, что наблюдение за трендами – это область в основном бизнеса, не всегда имеющая под собой прочную научную основу[716], при её проработке, представляется, что она может выступить операционализированной дополнительной методикой анализа латентных целей кадровой политики.

Алгоритм практического применения модели

Для того, чтобы раскрыть практические аспекты использования модели, рассмотрим в её контексте, каким образом цели управления воплощаются в управленческих вмешательствах, что добавляет к указанным концептуальному, структурно-функциональному и нормативно-идеальному измерениям модели *процессное* измерение, описывающее алгоритм (логику) процесса управления.

Обращаясь к описанной в Главе 1 модели изменения поведения, принятой в рамках АПКФ (COM-B), в процессе социального управления следует выделить три уровня: концептуальный, механизмов и конкретных вмешательств:

---

[714] Островский Г., Подорожная А., Спиридонов А., Тренин-Страусов П. О чём говорили и спорили в соцсетях в 2024 году. Пилотное исследование нарративов // Громада двинулась. 2024. № 2. С. 45–48; Куракова Н. Г., Ерёмченко О. А. Мониторинг социально-экономических трендов: инструментарий и ограничения // Экономика науки. 2022. № 2. С. 86–97.

[715] Артемов О. Ю. Трендвотчинг как современный инструмент поиска потенциальных рыночных возможностей и эффективных бизнес-решений // Вестник РГГУ. Серия «Экономика. Управление. Право». 2024. № 2. С. 25–40.

[716] Куракова Н. Г., Ерёмченко О. А. Мониторинг социально-экономических трендов: инструментарий и ограничения. С. 86–97.

1. *Концептуальный уровень,* который как может быть (частично) закреплен в официальных документах (явные цели), так и дополнительно реконструирован исходя из действий и высказываний субъектов управления (латентные цели).

Данному уровню абстракции из авторских разработок будет соответствовать применение четырехосевой модели, описанной в Главе 1, и задание в рамках неё текущего и целевого состояния системы социального управления (в случае её трансформаций), направления которых были обозначены в Главе 2 и разделе 3.1.

В целом, данный уровень можно соотнести с классически определяемым стратегическим уровнем, на котором задается общее направление движения, общий образ результата (КУДА есть намерение прийти). В рамках работы на данном уровне могут быть использованы две модели «как должно быть» и «как есть» (текущая и целевая), расстояние между которыми задает *векторы движения* по заданным осям (по каждой оси куда планируется движение).

Следует отметить, что предлагаемые в предыдущих разделах механизмы в первую очередь приводят к сдвигу в сторону кластера «современных» моделей социального управления, кроме оси структуры, по которой механизмы преимущественно предполагали большую стандартизацию. Однако, при необходимости, исходя из управленческих целей, могут быть реализованы и механизмы движения в противоположную сторону.

2. Уровень *механизмов управления*, которые были описаны в Главе 2 и разделе 3.1, на котором задается, КАК менять, как проводить в жизнь указанные на концептуальном уровне изменения. В рамках описания механизмов было показано, что применение каждого механизма соответствует сдвигу по одной или нескольким осям социального управления.

На данном уровне:

- Подбирается набор предпочтительных механизмов управления на подходящем по смыслу уровне (уровнях) реализации, которые могут помочь продвинуться в направлении целевой модели и которые в дальнейшем определят области/предмет вмешательств и ожидаемые результаты.

- Указанные области/предметы механизмов в рамках управленческих мониторингов операционализируются в отслеживаемые параметры. Далее, для наполнения параметров могут быть выбраны конкретные методики сбора данных, исходя из Таблицы 21, и метрики (например, конкретные формулировки опросов, использованные в авторских исследованиях).
- Наконец, определяются целевые значения метрик, исходя из ожидаемых результатов действия механизмов. Пример подходов к определению целевых значений был приведен в Главе 2 – с позиций статистики, логики, экспертов, эмпирических связей, наиболее предпочтительным из которых представляется последний, в качестве примера чему ранее было приведено авторское исследование в многопрофильном стационаре в Москве.

Стандартом в управлении сегодня является представление таких организованных в *систему мониторинга* показателей в форме интерактивных онлайн-визуализаций, аналитических платформ, классически называемых решениями в области «бизнес-аналитики» (BI, business intelligence), даже в случае их использования в рамках государственного управления. С их помощью руководитель не только имеет возможность обращаться к собираемым в онлайн-режиме данным в доступной форме (взаимосвязанные интерактивные таблицы, графики, цифры), но и менять уровень рассмотрения данных – в агрегированном виде или в максимально доступной детализации. Такого рода системы, за счет мгновенного переключения между макрокартиной и индивидуальными данными, в значительной мере способствуют интегрированному (управленческому) знанию, за счет сращения макро- и микроуровня анализа[717].

В частности, именно такой подход был реализован под руководством автора в рамках работы по управлению лояльностью медицинского персонала[718] – была описана логика решения, позволяющая найти причины негативных региональных

[717] Дудина В. И. Концептуализация социальной активности в условиях общественной нестабильности: между микро- и макроуровнями // Социологические исследования. 2022. № 11. С. 3–14.

[718] Богдан И. В., Дренева А. А., Праведников А. В., Чистякова Д. П. Лояльность персонала медицинских организаций: теория и практика.

процессов на уровне служб, организаций или отдельных работников, что позволяет либо определить локальный уровень как целевой для вмешательств, либо охарактеризовать проблему как системную, требующую соответствующих мер.

Был описан функционал и технические аспекты различных компонентов данной интерактивной панели, а также разработан концепт её дизайна (Рисунок 14):

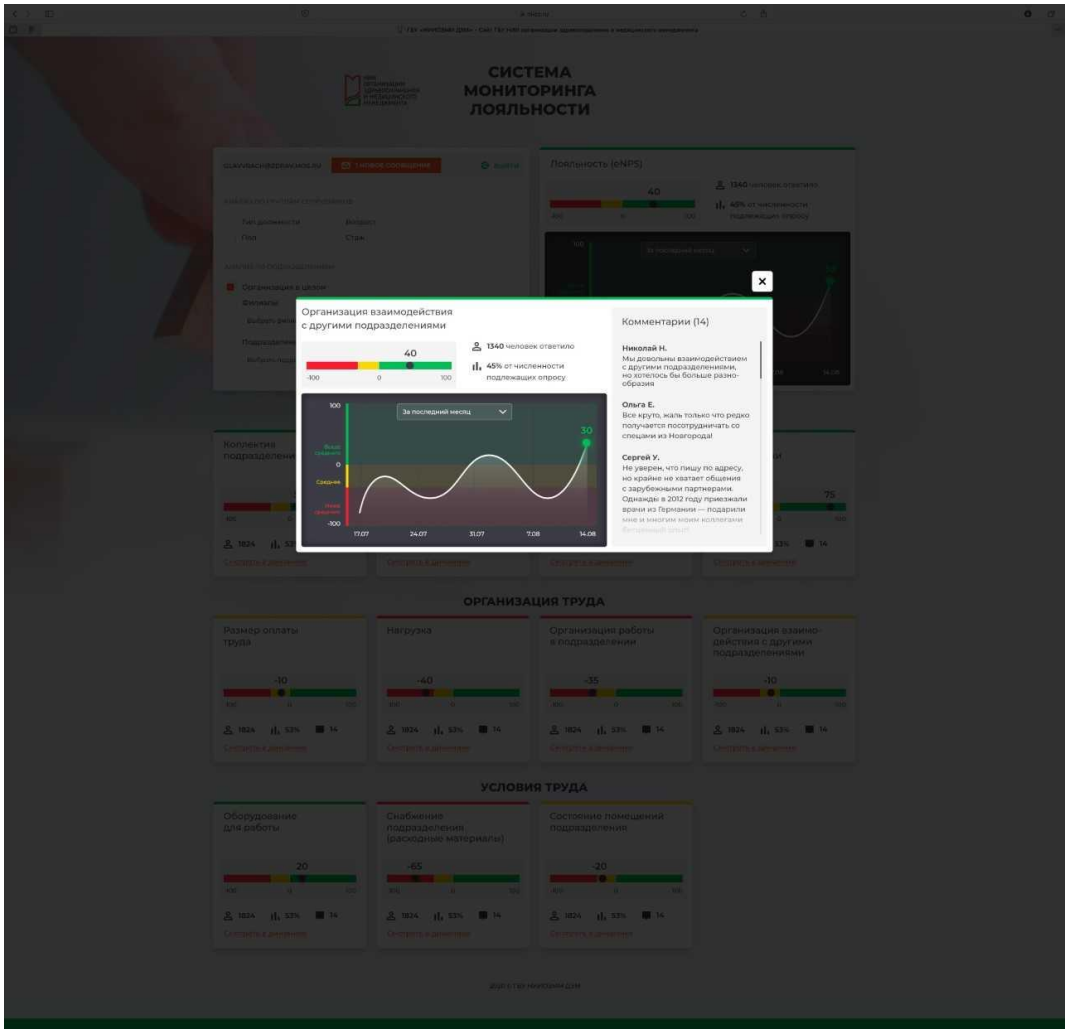


Рисунок 14. Проект дизайна аналитической платформы для мониторинга показателей со стороны руководителя, концепт которого разработан под руководством автора для регионального здравоохранения[719].

Такого рода система позволит не только оперативно обеспечить контакт руководителя с результатами обратной связи, но и дает возможность аналитикам (или рассмотренным в предыдущем разделе «ИИ-аналитикам») в рамках своей

[719] Богдан И. В., Дренева А. А., Праведников А. В., Чистякова Д. П. Лояльность персонала медицинских организаций: теория и практика. С. 159.

работы обозначать как «лучшие практики», так и типичные проблемы, с которыми сталкивается объект управления, что может быть учтено на системном уровне, например, при разработке профильных методических рекомендаций.

Комбинация собираемых данных обеспечивает функционирование системы *обратной связи*. В связи с нелинейностью, динамичностью и изменчивостью социальной сферы, практически невозможно, чтобы состояние социальной системы в конечном итоге соответствовало точному прогнозу, особенно долгосрочному. В связи с этим, в процессе управления обязательно должна приниматься во внимание обратная связь от управляемой системы с использованием различных методов - как более оперативных, таких как онлайн-обработка больших данных или мониторинги социальных медиа, так и плановых, таких как мониторинговые социологические опросы или разовые контрольные исследования, например, методом наблюдения.

По итогам обратной связи может производиться корректировка на любом из уровней, например, в форме изменения целевых показателей частных метрик или даже внесения изменений на концептуальном уровне в виде установления новых ориентиров управления. При этом наиболее вероятной областью для корректив выступит все же уровень референтных значений в связи с текущими социальными изменениями.

Обратная связь также важна, чтобы избежать утраты контакта с управляемой социальной реальностью у руководителей и внешних экспертов, задающих концептуальный уровень. Понимание информации на уровне локальных процессов («на местах») должно дополнять внешний независимый взгляд, который, в свою очередь, может подняться над частностями и оценить ситуацию в более широком контексте.

Причем в обратной связи важен не только уровень «снизу-вверх» – внесение правок на основании обратной связи снизу, но и уровень «сверху вниз» не должен сводиться просто к постановке перед фактом сотрудников о целях и показателях. Более тесная интеграция низового уровня в более высокие уровни управления предоставляет значительные выгоды – например, перспективно привлекать

погруженных в тонкие нюансы рабочего контекста сотрудников в процессе разработки целей развития или на этапе их экспертизы (связь концептуального уровня и его реализации в конкретных условиях) или разъяснять на каждом из уровней управления цели, задачи, предоставлять их обоснование, что позволит улучшить процесс социального восприятия в данной области, «присвоить» исполнителям поставленные цели. В конечном итоге это будет способствовать большей вовлеченности исполнителей и синергии различных уровней в достижении целей управления.

3. Наконец, механизмы могут быть воплощены в конкретных условиях в управленческих вмешательствах. На данном уровне следует определить, ЧТО именно необходимо предпринять – планируются конкретные вмешательства, рассматривая заданные показатели метрик как целевые ориентиры. Представляется, что на данном уровне при выборе предпринимаемых мер должен быть реализован такой принцип, как доказательность.

В контексте данного подхода, вмешательства должны не просто экспертно разрабатываться или копироваться из практик, использованных в другом контексте, но и доказательно пилотироваться. Если невозможен ограниченный пилот (например, в период пандемии, когда обстоятельства, требовавшие очень быстрых мер, не всегда оставляли необходимое время на полноценную апробацию[720]), необходим, как минимум, тест на материалах опросов или иных социальных исследований, близкий принципам «A/B-тестирования» (экспериментального тестирования), или использование описанного ранее инструмента синтетических респондентов.

Следует прорабатывать не только позитивные сценарии, но и иметь запасные планы вмешательств в случае неудач, в т. ч. вследствие определенных «черных лебедей»[721]. В связи с ними важна определенная гибкость моделей управления, вплоть до возможности их переключения на полностью противоположные себе, как

[720] Behavioural Insights research to support the response to COVID-19: a survey of implementation in the EU/EEA. URL: https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Behavioural-Insights-research-to%20support-the-response-to-COVID-19.pdf (accessed: 01.12.2025).
[721] Талеб Н. Н. Черный лебедь. Под знаком непредсказуемости. М., 2015. 736 с.

этого потребовала, например, пандемия. Ввиду нелинейности современных социальных процессов, проработанный базовый перечень рисков должен закладываться при планировании управленческих вмешательств.

В рамках текущего изложения, уровень конкретных вмешательств не может быть полноценно описан вне конкретного контекста (условий) применения модели, поэтому будет раскрыт в общем виде.

Определение текущей модели социального управления медицинским персоналом как исходной точки трансформаций

Рассмотрев общие принципы авторского подхода, приведем пример того, как он может применяться в анализе управления медицинским персоналом. Вначале рассмотрим текущую модель в пространстве предложенных четырех осей социального управления, которая, при сравнении с желаемой моделью, сможет показать начальную точку движения в заданных координатах. Определение положения в концептуальном пространстве может быть проведено методом экспертной оценки, в частности, методом Дельфи[722], с помощью которого позиции экспертов могут быть агрегированы в единый количественный показатель (координаты текущей и желаемой моделей). Однако на первом этапе, в качестве примера применения подхода на концептуальном уровне, положение на осях будет охарактеризовано в качественном ключе, в категориях «ближе/дальше» или «близко/далеко» (по отношению к полюсам осей или между собой).

Методологически, для того чтобы более обоснованно задать положение моделей в пространстве четырех осей, в анализируемых данных производился поиск аргументов в пользу тяготения их к определенному полюсу в рамках выделенных в Главе 2 и разделе 3.2 проблемных областей (которые были показаны как определяющие для текущего социального управления медицинским персоналом). Кроме соотношения количества аргументов в пользу тяготения к тому или иному полюсу оси, которое можно рассматривать как

[722] Пульман А. Л., Пузыревская А. А. Дельфи-метод экспертных оценок // Science Time. 2021. № 5 (89). С. 105–106.

операционализацию «близости», дополнительно оценивалась их сила, выраженная в том, относился ли аргумент непосредственно к социальному управлению медицинским персоналом (например, обнаруживал ли он связь с механизмами социального управления) или нет. В последнем случае аргумент признавался более слабым.

Выделенные в предыдущих разделах области, которые использовались для операционализации положения модели в заданном концептуальном пространстве в рамках контент-анализа (выявление аргументов за тяготение к определенному полюсу оси), были следующие: агрегация целей управления персоналом, в т. ч. в области его позиционирования и восприятия, в едином документе (как индикатор существования общей модели); декларирование субъектности персонала (как минимум, в определенных аспектах) или управления, исходя из субъектности общности; управление статусными диспропорциями медицинского персонала, в т. ч. на основании внешних показателей, например, численных диспропорций групп персонала или их лояльности; установление мониторингов показателей, имеющих отношение к социальному управлению медицинским персоналом (задание целей или установление их структуры), в т. ч. по вопросам социального восприятия; вопросы «видимости» и субъектности неврачебных профессий; внимание к лояльности и психоэмоциональному состоянию общности в целом и её отдельных групп, а также учет нематериальной мотивации или социопсихологических факторов в материальной (как индикаторы внимания к субъектности); внимание к субъектности персонала в кризисных ситуациях; комплексный и доказательный учет современных цифровых трансформаций (в т. ч. включения цифровых Других в социальные отношения) и порождаемых ими рисков (например, распространения негативных социальных стереотипов) в управлении; вопросы социогуманитарных компетенций в образовании медработников; вовлечение медицинских работников в разработку касающихся их новых технологий (цифровая субъектность); управление социальной и информационной средой для формирования определенных ценностей, установок, как у медицинского персонала, так и по отношению к нему (нелинейное управление).

Как было обозначено, каждая из перечисленных областей через механизмы управления напрямую связана с осями концептуальной модели, что обосновывает обращение к данным областям на концептуальном уровне анализа.

Исходя из данных областей, основные положения текущей модели социального управления на концептуальном уровне могут быть реконструированы из основных нормативных актов, которыми она регулируется[723], а целевой модели – на основании трансформаций, предложенных по итогам проведенных исследований в предыдущих главах. Следует подчеркнуть, что целью работы не является юридический анализ или комплексная характеристика законодательства, и в рамках контент-анализа социальных фактов, отраженных в отобранных законах, исследование обращается только к тем положениям, которые имеют отношение к его предмету – социальному управлению медицинским персоналом (закрепление определенных социальных отношений), что позволяет оставаться в области предмета социологии управления. В рамках такого подхода нормативные документы выступают источником данных о том, какие аспекты социального управления персоналом институционально признаны или могут быть реконструированы как латентные нормы и какие из них выступают приоритетом.

Основные принципы и показатели, которые имеют отношение к рассматриваемой модели социального управления персоналом (заданные как в прямой, так и в реконструируемой (латентной) форме), в ходе проведенного контент-анализа были выявлены в ряде основополагающих документов на федеральном и ведомственном уровнях, актуальных на момент проведения исследования[724]. Они позволяют охарактеризовать *текущую модель в пространстве концептуальных осей* следующим образом:

---

[723] Поскольку управление рассматривается с позиции субъекта управления, законодательство представляет интерес как отражение видения субъекта (в данном случае, государства и его представителей) того, как данный процесс организован.

[724] Основные рассмотренные документы: базовый закон в сфере здравоохранения в нашей стране «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ, ряд положений которого относятся также к медицинскому персоналу; Указ Президента Российской Федерации «О стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года» № 254 от 6 июня 2019 года, который утверждает соответствующую Стратегию. В

1. Ось активности/субъектности. Из аспектов, которые смещают текущую модель управления медицинским персоналом в сторону субъект-объектной, следует отметить:

- Преимущественно остаточное и «объектное» внимание к медицинскому персоналу в рамках основополагающих федеральных документов, вторичное относительно интересов пациента. Данный дисбаланс в отношениях «медицинский работник – пациент» также ранее был реконструирован при обсуждении вопросов партнерства в Главе 2.
- Латентное закрепление статуса «тихих» медицинских профессий в документах: даже на уровне частоты употребления названий профессий в рассмотренных документах (например, если обратиться к основному закону в сфере здравоохранения, 323-ФЗ), контент-анализ показывает, что, если в данных источниках идет речь о медицинском персонале, упоминаются в основном врачи,

---

Стратегии отмечены вопросы образования, кадрового обеспечения, саморегулирования профессиональной деятельности медицинских работников, отдельные аспекты которых могут быть рассмотрены в рамках социального управления персоналом. Также рассмотрена более актуальная версия стратегии (Указ Президента РФ «О стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2030 года» от 08.12.2025 № 896), которая в целом не привносит с точки зрения социального управления персоналом радикальных новшеств и подтверждает актуальность вопросов подготовки и оснащения. При этом, в аспекте субъектности персонала, важно отметить, что в новой версии нет пункта о саморегуляции профессиональной деятельности; Национальные проекты, в частности, «Продолжительная и активная жизнь» и смежные проекты, утвержденные соответствующими приказами, в которых как целевые отмечены показатели обеспеченности медицинскими кадрами; Государственная программа «Развитие здравоохранения» в актуальной версии; Постановление Правительства РФ от 17 ноября 2021 г. № 1968 «Об утверждении Правил поэтапного перехода медицинских организаций к оказанию медицинской помощи на основе клинических рекомендаций…», которое закрепляет переход к оказанию помощи на основании клинических рекомендаций, что является важным в контексте обсуждавшихся процессов стандартизации и продвижения доказательных подходов; Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.03.2025 № 155н «Об утверждении порядка возложения руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи на фельдшера, акушерку отдельных функций лечащего врача …» – наряду с аналогичными, расширяет отдельные функции среднего медицинского персонала при нехватке врачебного (рассмотренные ранее вопросы автономии и субъектности неврачебного персонала); также такие приказы как упомянутый Приказ Минздрава России от 19.07.2022 № 495 «Об утверждении методики расчета дополнительного показателя «Оценка общественного мнения по удовлетворенности населения медицинской помощью, процент» …» операционализируют запросы к медицинскому персоналу с позиции получателей услуг (пациентов) в форме заданных тематик мониторинга, затрагивающих медицинские кадры.

тогда как другие группы работников (например, сестринский персонал) упоминаются значительно реже или единично.

- Отсутствие рассмотрения вопросов психоэмоционального состояния медицинских работников и проистекающей из него мотивации, в т. ч. в контексте потенциальных кризисов.
- Также текущий вариант реализации целевого обучения (Федеральный закон от 17.11.2025 № 424-ФЗ), накладывая обязательства по трудоустройству кадров, позволяет характеризовать модель скорее как «субъект-объектную».

С другой стороны, можно отметить и ряд факторов, которые сдвигают модель к другому, более субъектному полюсу:

- Закрепленные в законодательстве положения о профессиональной самоорганизации кадров, которые, вне зависимости от их реализации на практике, создают возможности для усиления субъектности персонала[725], расширения его автономии.
- Ряд инициатив по передаче врачебных функций среднему медицинскому персоналу и появление дискурса о важности преодоления дефицита именно данной группы работников, что способствует повышению статуса и субъектности неврачебных профессий (более ответственный функционал, больше возможностей для профессиональной самореализации, большее публичное внимание, дающее больше «голоса»).

В целом, рассматривая субъектную ось, хотя и был выявлен ряд положений, свидетельствующих об учете сегодня субъектности медицинских работников, аргументы в пользу тяготения текущей модели к полюсу субъект-объектных отношений преобладают и их можно рассматривать как более весомые, в частности, потому что текущие процессы, направляющие социальное управление в сторону противоположного полюса, в значительной мере не обеспечены

[725] Соболева М. Е. Саморегулирование в медицине // Научно-практический электронный журнал Аллея Науки. 2020. № 5(44). URL: https://alley-science.ru/domains_data/files/4May2020/SAMOREGULIROVANIE%20V%20MEDICINE.pdf (дата обращения: 06.05.2025).

необходимыми социально-управленческими механизмами (например, механизмами нового позиционирования неврачебных профессий, приведения их образа в соответствие с новым функционалом, конкретными механизмами обеспечения профессиональной самоорганизации, например, с точки зрения развития лидерства и другими).

2. Ось информации и воздействия.

В целом, ввиду того что на федеральном уровне целостная система социального управления медицинским персоналом в принятом понимании отсутствует, сложно вести речь об общих характеристиках воздействий.

Проведенные исследования также демонстрируют амбивалентную ситуацию с точки зрения существующих практик. С одной стороны, авторское пандемическое исследование лидеров общественного мнения[726], среди которых были и медицинские работники, позволяет заключить, что информационная среда, которая «подталкивает» к трансляции позитивных для системы здравоохранения нарративов (что может быть рассмотрено как проявление нелинейности в управлении), в значимой мере не была сформирована до пандемии и не начала формироваться сразу после её начала. С другой стороны, в период пандемии наблюдался поворот государственной информационной политики в сторону поддержки во многом спонтанно сложившейся героизации медицинских работников (поддержка благоприятной информационной среды), что можно рассматривать как пример нелинейных вмешательств, имевших позитивный для социального восприятия медицинских работников эффект.

В целом, если исключить из рассмотрения не являющиеся общей практикой и стандартом локальные примеры нелинейности, такие как рассмотренный пример геймификации в отдельной Красноярской больнице, представляется более корректным по данной оси установить позицию текущей системы управления скорее в нейтральное положение. При этом, при необходимости проводить

[726] Богдан И. В., Гурылина М. В., Чистякова Д. П., Сардарян А. Ю. Информационная среда в контексте появления коронавируса: Аналитический отчет. М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2020. 12 с.

управленческие воздействия в рамках такой модели, представляется, что на рассматриваемом уровне выбором субъекта управления по умолчанию будет более линейный подход, не требующий сложного дизайна управленческого воздействия. Данный вывод подтверждается принятыми директивными мерами для решения кадровой проблемы посредством целевого обучения.

3. Ось динамики, телическая ось. Положение по ней может быть охарактеризовано как более близкое к социальной статике. В пользу этого существуют следующие положения:

- Как было отмечено, сегодня отсутствует официально закрепленное позиционирование, воплощенное в комплексном образе будущего медицинской профессии, транслируемом сообществу и населению. Ввиду отсутствия целевой точки, процессы, релевантные социальному управлению, будут носить преимущественно реактивный характер (нет цели, ориентированной в будущее).
- В рассмотренных документах не выявлено системного описания целевой трансформации характеристик кадров системы здравоохранения в контексте актуальных процессов, таких как реалии внедрения решений на основе генеративного ИИ.
- Документы не устанавливают систему мониторингов ключевых показателей, имеющих отношение к социальному управлению медицинским персоналом, в частности, по вопросам социального восприятия или их психоэмоционального состояния.

При этом в пользу полюса социальной динамики можно отнести следующие положения:

- Предметом регулирования становятся количественные показатели дефицита кадров и диспропорций (отмечаются дефицит отдельных специальностей, диспропорция «амбулаторное звено – стационарное звено»), которые необходимо преодолеть (изменить ситуацию в динамике). Ослабляет данный аргумент то, что указанные показатели задаются реактивно, в ответ на запросы пациента, а также они являются скорее косвенными в рамках социального

управления медицинским персоналом (не рассматриваются в связке с конкретными механизмами социального управления).

- Вводятся инициативы по трансформации роли среднего медицинского персонала и других сотрудников медицинской организации[727]. Однако преимущественно функциональная природа данной трансформации (изменение профессиональных функций без внимания к социальным отношениям, связанным с ними, например к вопросам социального восприятия), не позволяет её рассматривать как устойчивый фактор движения в направлении изменения статуса неврачебных групп медицинского персонала, что ослабляет данный аргумент.

В целом, было выявлено больше аргументов в пользу модели статики, более того, приведенные положения в пользу тяготения к динамической модели, опять же, обнаруживают слабую связь с механизмами социального управления, что значительно ослабляет их и позволяет заключить, что модель управления в данном аспекте тяготеет больше в сторону социального гомеостаза.

4. Ось структуры.

Сегодня социальное управление медицинским персоналом смещено к полюсу частных аспектов управления, что, однако, отражает не дифференциацию или углубление знаний, а является следствием отсутствия системности в данном вопросе. На рассматриваемом уровне социальное управление медицинскими работниками существует фрагментарно и с концептуальной, и с прикладной точки зрения (в т. ч. на уровне мониторингов и подготовки по вопросам социогуманитарных и новых цифровых компетенций), реализуясь преимущественно в рамках механизмов обеспечения интересов пациентов.

В целом, текущая модель может быть охарактеризована как тяготеющая к кластеру «классических» моделей, а ряд ключевых компонентов системы социального управления кадрами отсутствует – медицинские работники в недостаточной степени являются объектом социального управления на уровне

[727] Центр Минздрава разъяснил детали передачи ряда врачебных функций среднему медперсоналу. URL: https://medvestnik.ru/content/news/Centr-Minzdrava-razyasnil-detali-peredachi-ryada-vrachebnyh-funkcii-srednemu-medpersonalu.html (дата обращения: 06.05.2025).

общегосударственном, интерес к ним растет по мере движения вниз по вертикали власти (скорее это зона региональной активности и локальной инициативы), по-видимому, по мере того, как субъекты управления начинают на непосредственном опыте понимать ключевую роль медицинского персонала для исходов медицинской деятельности.

Недостаточные возможности для проявления субъектности медицинского персонала, в значительной мере отсутствие телической функции по отношению к социальному управлению ими (как было отмечено, управление кадрами медицинских организаций полностью подчинено общественным интересам) и другие аналогичные аспекты модели во многом усиливают друг друга, тяготея к одному «классическому» кластеру моделей социального управления. Несмотря на потенциальные минусы, можно предположить, что именно сложившееся положение дел помогло достаточно легко и эффективно мобилизовать кадры в нашей стране на борьбу с пандемией. Однако, обладая потенциальной эффективностью в кризисные моменты, в ситуации относительного спокойствия для системы здравоохранения, такая модель в значительной мере может являться тормозом развития.

Как следующий шаг в описании текущей модели социального управления можно выделить используемые механизмы управления, однако проведенный анализ свидетельствует в пользу неперспективности такого подхода, так как если медицинские кадры не выступают полноценным объектом социального управления на федеральном уровне, системность в управлении ими не могла сложиться «сама по себе». Выявленная фрагментарность соответствующих институциональных предпосылок не позволяет обоснованно и полноценно реконструировать конкретные механизмы социального управления на каждом из уровней модели (в рамках авторского подхода к их анализу, представленному в Таблицах 6, 11, 15 и других). Таким образом, учитывая сказанное и потенциальную динамичность ситуации, в данном разделе, в рамках демонстрации *примера* применения модели, обозначение начальной точки трансформации будет ограничено описанием её позиции в концептуальном пространстве четырех осей на

основании отобранных источников, как достаточным для выявления различий с целевой моделью.

Переход к целевой модели социального управления

Для описания целевой модели обратимся к предложенным в предыдущих разделах ключевым направлениям трансформаций. С такой позиции желаемая модель управления может быть описана следующим образом:

1. *Концептуальный уровень.*

1.1 Ось активности/субъектности.

По данной оси желаемая модель в большей степени смещена к субъект-субъектному полюсу. В пользу этого можно привести следующие аргументы:

- Предложение разработки единого документа в области кадровой политики, который в т. ч. должен «признать» медицинских работников как обладающего субъектностью объекта социального управления, в первую очередь обеспечивающего качество функционирования системы здравоохранения.
- Большая субъектность (предлагаемая модель «мягкого патернализма») в отношениях с пациентом также будет способствовать в целом более субъектному подходу в отношении медицинского персонала при социальном управлении.
- Значительно большее внимание чем есть сейчас к «тихим» медицинским профессиям, что будет способствовать повышению субъектности неврачебных профессий.
- Предложение механизмов повышения возможностей для самоорганизации различных групп медицинского персонала, предоставление им большого «голоса» в автономных областях профессиональной деятельности и затрагивающих их процессах (например, цифровизации).
- Внимание к психологическому состоянию медицинских кадров и повышение в целом роли гуманитарных, «человеческих» компетенций в здравоохранении, в т. ч. в кризисные периоды.

- В целом авторская модель также не противоречит текущему процессу передачи некоторых врачебных функций среднему персоналу как инструменту развития их субъектности.

При этом, несмотря на предлагаемое существенное смещение (больше аргументов) к полюсу «субъект-субъектной» модели, крайне важно подчеркнуть, что преобразования в этом направлении, если оно будет выбрано, должны быть поэтапными. Сначала важно вырастить новую продуктивную субъектность медицинских работников, и, по мере её роста, предоставлять им соответствующие права и возможности. Иначе возможны риски механистического возврата к классическому медицинскому патернализму, не соответствующему реалиям сегодняшнего дня. Также в ряде аспектов была обоснована важность ограничения субъектности персонала в рамках отдельных процессов, в частности, была отмечена необходимость ограничения персонала (стандартизация) в вопросах цифрового взаимодействия с населением (что выступает единственным аргументом в сторону движения к субъект-объектному полюсу в рамках целевой модели).

1.2 Ось информации и воздействия.

Признавая важность элементов линейного управления в кризисные периоды, в целом, предлагаемая модель тяготеет к более нелинейному управлению:

- В рамках авторского подхода была указана важность выстраивания контакта с медицинскими работниками-лидерами мнений и взаимодействия с ними в целях создания пространства единонаправленной информационной политики.
- Большее внимание предлагается уделять работе с нелинейными формирующими вмешательствами, в первую очередь, в области социальной перцепции, создавая соответствующие среды для формирования необходимых норм и практик, например, в рамках дестигматизации, выравнивания статусных дисбалансов, подготовки кадров и т. д.

1.3 Ось динамики, телическая ось.

По данной оси управление осуществляется в большей степени с позиции социальной динамики, о чем свидетельствуют следующие аргументы:

- Отмечается необходимость обращения к образу будущего в отношении настоящего, например, когда задаются наиболее важные аспекты желаемого позиционирования / образа будущей медицинской профессии. В частности, темпоральное измерение было предложено как одна из основных областей анализа процессов социального восприятия.
- При описании необходимых трансформаций особое внимание уделялось введению систем мониторинга показателей, позволяющих учитывать их динамическую природу.
- Особое внимание в модели уделяется контексту актуальных цифровых трансформаций системы здравоохранения и адаптации кадров к ним.
- Целевая модель не исключает продолжения мониторинга дефицита кадров и диспропорций, однако призывает подчинять данные мониторинги целям кадровой политики более высокого уровня. Также текущую трансформацию полномочий медицинского персонала предлагается реализовывать более комплексно, с большим учетом социальных отношений, затронутых ею, например, в рамках подготовки кадров или их социального восприятия. Таким образом, текущие изменения целевая модель предлагает помещать в более широкий социальный контекст.

1.4 Ось структуры

В отличие от более фрагментированной текущей модели, авторская модель предлагает выстраивание единой интегрированной системы социального управления медицинским персоналом на всех уровнях, когда процесс выстраивается как по трем предложенным уровням, так и формализовано находит отражение в законодательстве, в т. ч. в виде упомянутого единого профильного документа. Механизмы, предложенные в предыдущих разделах, подразумевают во многих областях проведение стандартизации и унификации на различных структурных уровнях. Только после задания такой интеграционной рамки представляется рациональным развитие другого полюса данной оси, регулирующего более частные вопросы социального управления медицинскими кадрами.

Проведенный анализ позволяет заключить, что предлагаемая модель социального управления в заданной системе координат значительно отличается от текущей, а вектор её движения направлен к противоположным осям, относительно тех, к которым тяготеет текущий подход (в частности, было представлено большее число аргументов в пользу этого): от объектного подхода к субъектному, от нейтрально-линейного в сторону нелинейного управления, от статики к динамике, от частно-фрагментированного — к общему подходу. В целом, движение предлагается в сторону более «современного» кластера моделей управления, за исключением оси структуры, по которой, как было отмечено, необходима предварительная интеграционная работа.

2. Уровень механизмов управления.

Чтобы реализовать указанные направления движения, по каждой из четырех осей необходимо подобрать механизмы, которые смогут сдвинуть модель в целевом направлении (они также отражают области преобразований). Приведем примеры механизмов из описанных ранее:

2.1 Ось субъектности, движение «вверх». Возможные механизмы: создание системы психологической поддержки и поддержания психологического климата, нормативное позиционирование цифровой субъектности персонала и другие.

2.2 Ось воздействия, движение «вверх». Возможные механизмы: формирование и продвижение профессиональной идентичности и «голоса» для «тихих» профессий, формирование корректного образа и дестигматизация медицинских служб и профессий и другие.

2.3 Темпоральная ось, движение «вверх». Возможные механизмы: использование данных мониторинга социального восприятия медицинского персонала для коррекции коммуникационной политики, интеграция новых профессиональных цифровых компетенций в систему подготовки персонала и другие.

2.4 Ось структуры, движение «вниз». Возможные механизмы: интеграция образовательных и кадровых политик для формирования целевых компетенций (в

первую очередь, социогуманитарных), формирование корректного образа и дестигматизация медицинских служб и профессий и другие.

Выбранные механизмы могут быть раскрыты через набор показателей на различных уровнях модели, которые будут отражать движение в сторону ожидаемых результатов использования механизма. Во избежание излишне больших таблиц как пример рассмотрим по одному механизму для каждой оси и одному возможному показателю для каждого уровня (Таблица 22) — некоторые другие примеры показателей, которые можно использовать, были приведены ранее, в соответствующих разделах.

Таблица 22. Пример возможной операционализации механизмов в показателях.

Механизм	**Уровень в контексте**	***Пример* показателя**	***Пример* наполнения показателя (метрика)**	**Методика сбора данных**
Создание системы психологической поддержки и поддержания психологического климата	Мир персонала	Благополучие кадров в аспекте психологического выгорания	Не более 30% сотрудников со средним выгоранием и хуже по шкале BAT-12[728].	Опросы репрезентативной выборки медицинских работников
Использование данных мониторинга социального восприятия медицинского персонала для коррекции коммуникационной политики	Социальное восприятие	Снижение распространения стереотипов о сестринской профессии	Доля нарративов о медсестре как о помощнике врача среди всех нарративов о медсестре не более 10 %	Контент-анализ социальных медиа
Формирование и продвижение профессиональной идентичности и «голоса» для «тихих» профессий	Социальное восприятие	Рост числа профессиональных ассоциаций неврачебного персонала	Годовой прирост числа профессиональных неврачебных ассоциаций не менее 20% в ближайшие 5 лет	Анализ статистики

[728] Hadžibajramović E., Schaufeli W., De Witte H. Shortening of the Burnout Assessment Tool (BAT)—from 23 to 12 items using content and Rasch analysis // BMC Public Health. 2022. № 22 (560). URL: https://link.springer.com/article/10.1186/s12889-022–12946-y (accessed: 22.12.2025).

Интеграция образовательных и кадровых политик для формирования целевых компетенций	Объективные социальные структуры	Снижение числа конфликтных ситуаций с пациентом	Снижение числа жалоб на коммуникацию с медицинскими работниками по сравнению с прошлым годом не менее чем на 5%	Анализ обращений пациентов

Составлено автором

Также, как было отмечено, для каждого из показателей, в дополнение к определению общего вектора изменений, необходимо найти обоснованные референтные значения, которые могут быть получены из исследований, подобных авторскому, проведенному в многопрофильном стационаре (через связь с результирующими параметрами, которые выступают как целевые).

3. *Уровень конкретных управленческих вмешательств.* На каждый из выбранных показателей могут быть предложены свои вмешательства, примеры которых приведены в Таблице 23.

Дополнительно, чтобы проранжировать управленческие вмешательства по предпочтительности, может быть проведена оценка соотношения прогнозируемой ценности[729] и затраченных ресурсов на каждое из них, с учетом наличных ресурсов на этапе планирования. Как правило, оценка данных показателей производится в финансовом исчислении. Ввиду принадлежности данной экспертизы к отличной от предмета исследования области экономики, в указанных демонстрационных примерах соответствующие поля будут оставлены пустыми.

Таблица 23. Пример выбора вмешательств для достижения целевых показателей.

Показатель	**Возможные управленческие вмешательства**	**Оценка выгоды/ Оценка ресурсов. Ранг выгода/ресурсы**
Благополучие кадров в аспекте психологического выгорания	• Проведение централизованного тренинга по самопомощи в ситуации эмоционального выгорания • Предоставление возможности бесплатной консультации у психолога организации	

[729] Предпочтительной является оценка с привлечением экспертов и/или представителей заинтересованных лиц.

Снижение распространения стереотипов о сестринской профессии	• Организация интегрированной системы мониторинга распространенности стереотипов • Постановка обоснованных целей в области снижения числа стереотипов относительно медицинской сестры для специалистов в области массовых коммуникаций.	
Рост числа профессиональных ассоциаций неврачебного персонала	• Методические рекомендации по созданию профессиональных неврачебных ассоциаций • Планирование и проведение лидерских конкурсов для неврачебных профессий • Система стимулирования профессионального лидерства для неврачебного персонала	
Интеграция образовательных и кадровых политик для формирования целевых компетенций	• Отбор и проведение курсов по развитию гуманитарных компетенций для медицинских работников, имеющих доказательную связь с практическим эффектом • Дискурсивное позиционирование тематики синтеза управления здравоохранением и социогуманитарных компетенций как тренда на ведущих профессиональных площадках медицинских работников.	

Составлено автором

Предпосылки трансформации модели социального управления

В данном разделе было рассмотрено, как авторские предложения объединяются в итоговый подход к модели социального управления, а также была показана логика его прикладного применения на различных уровнях управления. В частности, на концептуальном уровне было описано положение текущей модели социального управления персоналом (реконструировано преимущественно на основании контент-анализа актуальных на момент написания нормативных документов) и состояние модели управления, которое было предложено как целевое (заданное, исходя из основных направлений трансформаций, выявленных в предыдущих разделах), а также была проиллюстрирована логика реализации механизмов движения к целевому состоянию. Было показано, как данные механизмы могут быть декомпозированы до уровня отдельных вмешательств и были приведены примеры этого.

Как было отмечено, текущая модель управления не обязательно должна быть изменена радикально, так как это может противоречить ряду других актуальных

процессов социальной политики в нашей стране, но представляется, что приведенные рекомендации, как минимум на концептуальном уровне, являются важными для рассмотрения и, при реализации, существенным образом смогут стандартизировать и улучшить процесс управления медицинскими кадрами в стране.

Ключевой представляется задача сделать медицинские кадры реальным объектом социального управления (с учетом их субъектности), а также разработать единый документ с участием профессионального сообщества и междисциплинарных экспертов, который бы задал рамки данного процесса.

Следует подчеркнуть, что положения модели приведены в разделе в общем виде и при реализации будет требоваться проработка отдельных нюансов её внедрения. Последние же во многом будут зависеть от того, будут ли приняты какие-либо положения указанной модели, в каком объеме и каким будет актуальный контекст, окружающий систему здравоохранения к указанному моменту.

Если речь идет о *предпосылках внедрения* предложенной модели социального управления, данная модель во многом будет требовать изменения философии отношения к медицинским кадрам в России. Пандемическая тенденция, когда кадры здравоохранения стали ключевым объектом внимания со стороны руководства[730], должна быть продолжена.

В рамках изменения философии отношения к кадрам, они на всех уровнях должны быть рассмотрены как самый важный ресурс развития системы здравоохранения, а не как один из них наряду с оснащенностью или состоянием помещений (хотя последние безусловно важны и также должны быть предметом соответствующего мониторинга). Выстраивание системы управления медицинским персоналом, учитывающей их субъектность, потребует новых подходов к кадровому менеджменту и дополнительных затрат, которые, однако, будут вознаграждены активизацией конструктивной инициативы и другими

[730] Богдан И. В., Чистякова Д. П. Социология, здоровье и уроки пандемии // Миссия конфессий. 2021. Т. 10, № 8(57). С. 877.

проявлениями позитивной субъектности со стороны персонала. Более того, как было показано, сегодня цифровые инструменты могут помочь в таком управлении, персонализируя решения, в потоковом режиме анализируя социопсихологические показатели, объединяя информацию из различных источников и во многих других аспектах.

Отдельно ещё раз важно подчеркнуть, что в рамках предложенной модели не постулируется, что кадры в здравоохранении должны являться самоцелью и нет призыва менять ключевого бенефициара в управлении здравоохранением с пациента на медицинского работника. Данная модель социального управления подчеркивает то, что без системного подхода невозможно быстро и экономически эффективно построить необходимую структуру социальных отношений в системе здравоохранения.

Важный аспект указанной системности состоит в том, что управление медицинским персоналом должно реализовываться как производная от комплексного запроса к ним (пример структурирования которого приведен в разделе 2.1.2.3), а не реактивно, исходя из частностей. То, что предлагаемая модель является интегрированной, в лучшей мере будет отвечать вызовам все усложняющегося и более комплексного социального мира, а значит, позволит предлагать в необходимой мере отвечающие новой реальности решения.

Заключение

Проведенное диссертационное исследование позволило достичь изначально поставленной *цели*, а именно, по его результатам была предложена интегрированная модель управления медицинским персоналом в условиях цифровой трансформации здравоохранения и развития технологий ИИ.

В ходе исследования было дано определение социальному управлению как специфической форме управления, целенаправленного воздействия субъекта на социальные системы, их элементы и структуру, реализуемого через механизмы, опосредованные социальными отношениями. Модельный подход подразумевал, что ключевое внимание уделяется аспектам социальной реальности, которые обладают наибольшим эвристическим потенциалом в объяснении функционирования и предсказании динамики изучаемого объекта. Интегрированный подход в рамках исследования подразумевал объединение различных отраслей знания и областей социальной практики, уровней управления, нахождение баланса интересов субъектов управления в контексте достижения управленческих целей.

При этом в рамках модели, помимо целей, в соответствии с данным определением, интегрирующую функцию могут выполнять междисциплинарная/межсекторальная, структурная и субъектная виды интеграции, которые выступают как отдельными механизмами, так и частью других управленческих механизмов.

В диссертации представлена авторская *модель*, которую можно охарактеризовать как сочетание концептуальной (высокий уровень абстракции), структурной-функциональной (рассмотрение реализации модели на разных уровнях со своими механизмами), нормативно-целевой (задающей направления трансформаций) и, отчасти, процессной (раскрывающей логику процесса управления на различных уровнях).

Составными частями авторской модели в *концептуальном* аспекте являются:

- Собственно концептуальный уровень. Четыре аспекта/оси, в рамках которых можно задать текущее и целевое состояние в контексте социального управления. Данные оси производны от важных аспектов социальной реальности и процесса управления, выделенных в ходе обзора; они представляют определенные управленческие дихотомии и заданы каждая двумя полюсами, континуум между которыми дифференцирует модели: ось субъектности (отношения субъекта и объекта воздействия), ось характера управленческих воздействий, темпоральная ось и ось структуры.
- Уровень реализации модели, который предлагает описание ситуации с медицинским персоналом на трех уровнях: субъективно переживаемого мира медицинских работников, объективных социальных структур, а также области социального восприятия, которая интегрирует данные две области воедино, выступая посредником между ними. На каждом из уровней предложены отдельные механизмы, которые позволяют обеспечить нужное движение по концептуальным осям (как «вверх», так и «вниз») от текущего к ожидаемому состоянию и производить желаемые трансформации, проистекающие из выявленных проблемных областей. Совокупность трансформаций раскрывает модель как *нормативно-целевую*.
- Данные элементы модели интегрируются воедино целями социального управления, заданными в явном или реконструируемом виде. В свою очередь, данные цели декомпозируются по трем нисходящим уровням, задавая *процессную модель*:
- Концептуальном, который задает общее направление изменений.
- Уровне механизмов, на котором в необходимых областях подбираются параметры и их целевые значения, конкретизирующие движение на концептуальном уровне, описывающие воздействие субъекта управления и ожидаемый его результат. Для мониторинга успешности работы механизмов на каждом из уровней, как было показано, могут быть использованы свои предпочтительные методы мониторинга.

- Уровне конкретных управленческих вмешательств, на котором для изменения каждого из параметров могут быть подобраны подходящие меры, опирающиеся на принципы доказательности. Данные вмешательства могут быть проранжированы по приоритетности с позиции максимизации отношения ценность/затраченные ресурсы.

Важно подчеркнуть, что модель опирается на указанные авторские исследования, являясь с этой позиции *эмпирически обоснованной*, а не только концептуальной. Так, результаты исследований позволили определить в рассматриваемых областях важные аспекты, проблемы и направления трансформаций, которые в т. ч. определяли включение отдельных элементов в модель. Как условие реализации данных трансформаций в объекте управления были предложены конкретные управленческие механизмы, практическая применимость которых обоснована их соответствием выявленным проблемным областям и закономерностям.

С использованием указанной модели в исследовании был дан *пример* анализа текущего (на момент написания) состояния социального управления медицинским персоналом и рассмотрено потенциальное движение в сторону новой модели, заданной на основании полученных эмпирических данных, определивших целевые трансформации. Показано, что рекомендуемый подход тяготеет к противоположным текущим полюсам по каждой из четырех концептуальных осей, что призывает текущую модель управления медицинским персоналом к изменению.

Среди основных проблем *действующей системы управления* можно отдельно выделить отсутствие четкого позиционирования / сформированного образа будущего медицинской профессии, который задает цель трансформации в данной области (направление движения), а также его закрепления в едином документе — концепции кадровой политики на федеральном уровне, которая задавала бы рамку и направление трансформаций, а также закрепляла бы важность медицинских кадров (их субъектности) как ключевого ресурса системы здравоохранения. Как итог такой ситуации, медицинский персонал сегодня, по

сути, не предстают предметом субъект-субъектного управления (в отношении именно его нет четко заданной цели на федеральном уровне, инициатива в работе с кадрами нарастает сверху вниз по вертикали управления), а единая система социального управления в указанной области в значительной мере отсутствует (нет синергии усилий для достижения единых целей).

Управление медицинским персоналом в значительной мере является производным от логики отношений «система здравоохранения — пациенты» и характеризуется значимым дисбалансом в пользу последних.

Предложенные четыре концептуальных оси, как было показано в исследовании, позволяют *типологизировать модели социального управления*, определяя их в заданном пространстве по близости к тому или иному полюсу. Было продемонстрировано, что возможно движение в пространстве не только по отдельным осям, но и по их различной совокупности. Если рассматривается движение по всем осям одновременно, то можно выделить два *кластера моделей* — «классический», к которому больше тяготеет текущая модель социального управления, и «современный» (рост субъектности управляемых, нелинейность воздействия, использование моделей социальной динамики и более персонализированных подходов), который больше тяготеет к современным тенденциям управления и больший сдвиг к которому предлагает авторская модель.

При этом, как было показано, движение в «современном» направлении не выступает как определяющая самоцель, и, например, по оси структуры необходима предварительная «консервативная» унификация (одним из проявлений которой как раз и является рамочный документ на федеральном уровне), без которой движение в противоположную сторону будет приводить к большей фрагментации системы управления. Также, как показала пандемия (пример кризиса системы здравоохранения), модели управления должны предусматривать возможность гибкого переключения на более директивное управление в ситуациях кризиса, в противоположность «мирному времени», которое требует поиска новых факторов развития, в т. ч. за счет низовой инициативы. Предложенный подход в духе «метатеоретизирования» на концептуальном уровне, который, в частности, не

фиксирует жестко параметры модели управления и рассматривает скорее «мета-оси» социального управления, может задавать определенную гибкость системе управления.

Далее, определенная директивность и обращение к «классическому» управлению актуальны не только в рамках кризисных ситуаций. Как было показано, отдельные медицинские службы (такие как инфекционная или психиатрическая) вследствие своей специфики могут тяготеть к более директивным отношениям, что также поднимает вопросы дифференциации модели по уровню предоставляемой персоналу субъектности в различных управленческих контекстах.

В рамках отдельной задачи было рассмотрено *воздействие цифровизации* здравоохранения с позиции её вызовов и возможностей на модель социального управления.

Рассматривая цифровизацию в контексте социального управления именно общностью медицинских работников, *вызовы* цифровизации в здравоохранении связаны в первую очередь с необходимостью структурирования социальных отношений, в которые включены цифровые Другие (новые актанты), а также адаптации персонала к новой информационной среде коммуникаций по тематикам здравоохранения.

Приобщение к новым технологиям у медицинских работников соотносимо с таковым для населения в целом. Например, как и среди населения, меньше доверяют цифровым технологиям более старшие группы медицинского персонала, доверие кадров новым технологиям невысоко, а опыт взаимодействия далеко не всегда положителен. С таких позиций они сегодня не могут полноценно выступать проводниками цифровых технологий для населения и сами нуждаются в работе по повышению доверия к техническим инновациям и в мероприятиях по повышению своей цифровой грамотности.

В контексте современных цифровых коммуникаций медицинские работники нуждаются в понимании, как они могут проявлять свой «голос» в цифровой среде и как могут вести просвещение, продвигая важные для государства в системе

охраны здоровья ценности. Для этого им требуется методическая поддержка по вопросам того, какие техники взаимодействия в информационном поле являются эффективными, какие существуют закономерности функционирования данного пространства по вопросам здоровья, какие тематики лучше не затрагивать, а какие предпочтительны. Данные вопросы были рассмотрены в рамках диссертационной работы. Также целевые методические рекомендации по основам ведения социальных сетей медицинскими работниками, обобщающие опыт в представленной области, были подготовлены с участием автора[731].

В работе было обосновано, что текущий уровень внедрения искусственного интеллекта, явное присутствие сегодня цифровых Других в социальных отношениях в здравоохранении призывают к стандартизированной процедуре социальной экспертизы при внедрении современных цифровых разработок.

В работе была показана не только важность анализа того, как люди воспринимают генеративные технологии и насколько они им доверяют, но также и того, как ИИ и цифровые Другие формируют цифровые «образы» (например, «цифровые двойники») объектов реальности, на которые они ориентируются при своем функционировании. В частности, в авторском исследовании было обнаружено, что нейросети во многом воспроизводят стереотипы массового сознания по отношению к медицинским работникам и, таким образом, сгенерированные с их помощью материалы будут способствовать распространению искаженных представлений среди населения, которые будут влиять на взаимодействие пациентов с персоналом здравоохранения. Это обосновывает включение в авторскую модель внешних по отношению к кадрам параметров, отражающих формирование указанных «образов» у цифровых Других.

Деструктивные расхождения между «восприятием» алгоритмов и реальностью должны быть устранены в контакте с разработчиками таких решений и с привлечением как медицинского персонала, так и социогуманитарных

---

[731] Методические рекомендации по основам ведения социальных сетей медицинскими работниками: методические рекомендации / сост.: А. Е. Демкина, М. В. Беззубцева, А. М. Кочергина… И. В. Богдан [и др.].

специалистов. Как механизм поиска таких расхождений в исследовании были предложены принципы и процедура «промпт-эксперимента» (авторский термин), который должен по стандартизированной процедуре находить дефекты обучения нейросетей, которые могут иметь последствия для социальных отношений.

Как *возможности*, в рамках адаптации управления к цифровому контексту, в ходе исследований под руководством автора были разработаны ИИ-решения, такие как «ИИ-психодиагност», «ИИ-кодировщик» и другие[732], которые в значительной мере облегчают процессы мониторинга, аналитики и интеграции данных в управлении здравоохранением, а также могут поддерживать реализацию современных управленческих тенденций, таких как гуманизация (например, «перевод» между нарративами, адаптация информации под личность воспринимающего и др.).

Среди задач исследования также была отмечена необходимость изучения роли *социального восприятия* в управлении системой здравоохранения. В соответствии с задачей, в работе была аргументирована важность анализа восприятия как процесса отражения в сознании целевых групп социальной реальности и отмечена его роль в более целостном, интегрированном понимании общественных процессов.

В ходе проведенных работ были агрегированы многолетние исследования под руководством автора, которые являются уникальными с позиции всестороннего изучения социального восприятия в здравоохранении, а также были систематизированы труды ряда влиятельных авторов по данной теме, обзор исследований которых ранее не приводился в отечественной научной литературе[733]. Как итог, впервые была предложена полноценная концептуальная основа для изучения социальной перцепции в здравоохранении, выделены проблемные области и предложены соответствующие трансформации и механизмы изменений.

---

[732] Маркетплейс нейросотрудников. URL: https://chat-interview.niioz.ru/ (дата обращения: 14.12.2025).

[733] Например, Богдан И. В., Гурылина М. В. Четыре «больших» стереотипа о медицинских сестрах в массовом сознании: по материалам анализа сообщений москвичей в социальных медиа.

В частности, в исследовании был предложен алгоритм анализа социального восприятия в области здравоохранения в аспектах структуры (внешний уровень – на различных уровнях системы здравоохранения и внутренний психологический уровень, отражающий составные элементы образа), воспринимающего субъекта и контекста (информационного и темпорального), со своим набором параметров на каждом уровне.

Проведенные исследования показали ряд фундаментальных закономерностей, включая системные диспропорции в восприятии, среди которых: значимое различие между должным образом профессии и реальным опытом взаимодействия с ней; существование «тихих» профессий («невидных» публике, без своего «голоса»), которые испытывают статусные проблемы, в т. ч. из-за сформированного образа – к ним относятся почти все неврачебные профессии; привлекательный образ одних направлений (например, стационарная помощь, хирургия) и стигматизация других служб (психиатрическая, онкологическая, венерологическая и др.); положительный образ одних профессий (врач) и проблемный – у других (например, специалист в области сестринского дела), что также способствует кадровым диспропорциям и т. д. Упрощенный подход к исследованию социального восприятия в здравоохранении приводит к псевдопротиворечиям и неверным выводам, на основании которых могут быть приняты неверные управленческие решения. Предотвратить их поможет использование при анализе предложенного подхода.

Обращаясь к задаче *оценки степени лояльности*, данный аспект более подробно рассматривался в исследовании на микроуровне субъективного мира медицинских работников, в рамках анализа общего отношения медицинского персонала к работе и его причин. В авторской модели как интегральный показатель оценки медицинского персонала в отношении работы был использован показатель лояльности, измеренной по методике Ф. Райхельда. Сегодня для медицинского персонала он является невысоким (eNPS=17). Ключевым фактором лояльности, по результатам авторских исследований, является положительный психологический климат в коллективе.

Кроме эмоционального фона на рабочем месте также были определены и иные факторы, которые влияют на лояльность (было выделено пять основных групп), в том числе такие ведущие негативные из них, как чрезмерная нагрузка и недостаток материального стимулирования. Однако их вклад в итоговую оценку лояльности в проведенных исследованиях был менее выраженным, чем для психологических факторов.

Отдельно была поднята проблематика референтных значений лояльности, актуальная ввиду того, что, например, организации, получившие низкие оценки по итогам измерения лояльности, не склонны публично делиться такими результатами, что приводит к искажению оценок в публичном поле и в сознании лиц, принимающих решения. Были проанализированы различные подходы к установлению референтных значений. Показано, что наиболее перспективный подход – с позиции эмпирики, через определение пороговых значений, связанных с достижением целевых показателей (например, на основании исследований привязка целевых значений лояльности к статистическим показателям, которые выступают для организации отчетными, как это было продемонстрировано в авторской работе).

По результатам эмпирических исследований подготовлены официальные методические рекомендации по вопросам мониторинга лояльности[734], запатентованы методологические[735] и цифровые решения[736], описаны прототипы цифровых мониторинговых решений. Доказательный подход к адаптации такой исходно бизнес-метрики, как показатель лояльности (eNPS), помогает сделать её

---

[734] Мониторинг лояльности потребителей услуг и персонала медицинских организаций (методология (e)NPS).

[735] Богдан И. В., Гурылина М. В. Методика исследования в медицинской организации, направленная на установление связи социологических (лояльность) и статистических показателей (Москва). Депонированная рукопись № 2208209. Место депонирования: ООО "Платформа Технологий". Дата депонирования: 26.01.2023.

[736] Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № 2022617246 Российская Федерация. Оценка лояльности для различных типов организаций: № 2022616741: заявл. 19.04.2022: опубл. 19.04.2022 / И. В. Богдан, Д. П. Чистякова, Д. К. Бернадо; заявитель Государственное бюджетное учреждение города Москвы «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы».

использование в здравоохранении научно обоснованным и продуктивным. Объем проведенных под руководством автора исследований по применению данной метрики в системе здравоохранения, обеспечивающий доказательность рекомендаций, также является самым большим из найденных в открытом доступе.

Масштаб проведенных исследований позволил выявить системные закономерности в формировании лояльности — например, связь лояльности и статуса медицинского работника, а также дифференциацию лояльности относительно служб и форм медицинской помощи, отражающую статусные диспропорции. Также проведенные пандемические исследования позволили описать функционирование механизмов формирования лояльности в кризисных условиях — например, было показано, что тяжелые условия труда не являются препятствием для её роста, и, при корректной работе с персоналом, возможна мобилизация сотрудников на основании психоэмоциональных факторов.

Релевантным вопросам психоэмоционального состояния персонала также является предложенный в исследовании подход к определению диспозиций с использованием ИИ-технологий. Так, разработанные ИИ-решения могут определять заданный набор диспозиций на основании высказываний человека, предоставляя дополнительный срез социопсихологической сегментации. Для кадров такой подход может, например, помочь в выстраивании более персонализированного общения с пациентами и коллегами.

Опыт использования такой сегментации, дополняющей классическую социально-демографическую, позволил высказать идею о возможностях использования данного подхода для формирования выборок в т. ч. на основании проявляемых диспозиций (эта тематика актуальна ввиду кризисных тенденций в области репрезентативности классических выборочных опросов). Полученные результаты позволили сделать вывод, что в вопросах определения диспозиций особенно перспективно себя показывают данные социальных медиа, которые дают более глубокое представление о проявлениях личности человека, за счет больших возможностей выражения себя.

Подход диспозиций также показал себя перспективным с позиции *интеграции данных различной природы* в единую систему, так как индивиды с разными типами предрасположенностей различным образом проявляют себя в социальных ситуациях, в т. ч. при взаимодействии с исследователем. Так, например, в социальных медиа по сравнению с классическими опросными ситуациями чаще проявляют себя эмоциональные и демонстративные типы. Квотирование по проявлению диспозиций позволяет повышать сопоставимость данных, полученных из различных источников.

Другие предложения в рамках интеграции данных различной природы в мониторингах включали в себя:

- Схему, отражающую то, какие методы сбора обратной связи на каком уровне модели социального управления более предпочтительны к использованию;
- Три подхода, описывающие, как данные из разнородных источников могут быть сопоставлены между собой: с позиции формирования единого перечня тем (анализ в качественной парадигме), проведения триангуляции (взаимное подтверждение данными друг друга), получения новой информации из расхождений между ними. В реализации указанных подходов также полезны ИИ-решения.

Наконец, отдельной задачей исследования выступила формулировка *рекомендаций*. На основании выявленных системных закономерностей и вызовов для социального управления медицинским персоналом сформулированы следующие рекомендации:

1. Принять к рассмотрению на ведомственном уровне представленную модель социального управления медицинскими кадрами или рассмотреть отдельные её положения, которые могли бы без ущерба общей стратегии развития системы здравоохранения повысить эффективность социального управления медицинскими кадрами.

2. С опорой на актуальные цели социального управления в здравоохранении разработать (во взаимодействии с экспертами и представителями заинтересованных лиц) и четко обозначить желаемый образ медицинской

профессии, который будет гармонировать с её целевым состоянием, что позволит повысить принятие нового функционала медицинских работников со стороны коллег, пациентов, а также упростить внесение соответствующих корректив в образовательные программы.

3. Принять единый рамочный документ на федеральном уровне по кадровой политике в области здравоохранения (концепцию или аналогичный документ), отражающий основные принципы социального управления медицинским персоналом. Как альтернатива, внести в действующие нормативные документы в области здравоохранения положения, определяющие вектор развития данной области (например, в виде описания будущего медицинской профессии в нашей стране), а также зафиксировать в данном документе, что именно персонал в первую очередь обеспечивает эффективность работы системы здравоохранения, а следовательно, он должен находиться в центре преобразований системы здравоохранения (не в ущерб интересам пациента).

4. Внедрять ИИ-алгоритмы в мониторинги в рамках социального управления (с обязательным учетом актуального законодательства). В частности, как было показано, данные алгоритмы могут помочь с новыми формами сегментации, которая перспективна в вопросах определения целей кадровых вмешательств, работы с информационным полем (например, автоматический контент-анализ нарративов целевых групп) и выстраивании коммуникаций «медицинский работник – пациент». При этом предварительно данные решения должны быть проанализированы на наличие социальных рисков в рамках «промпт-эксперимента», принципы которого также можно рекомендовать к внедрению.

5. Повышение субъектности медицинских работников в рамках цифровизации здравоохранения за счет включения их в разработку IT-продуктов как экспертов, регулирования их отношений с цифровыми Другими, усиления цифровых навыков сотрудников и развенчания среди них мифов о цифровых продуктах, ограничивающих взаимодействие с ними.

6. Создание доказательной интегрированной системы мониторингов критически важно для социального управления персоналом. При этом

мониторинги в управлении здравоохранением должны быть обеспечены максимальной независимостью от медицинских организаций и заинтересованных в их результатах лиц, например, в рамках модели единого независимого центра, который будет не просто собирать данные, но и анализировать их, агрегировать и выявлять лучшие практики. Данные мониторинги должны организовывать лица, компетентные в проведении опросов и сборе данных иными необходимыми методами. Необходимо уделить особое внимание методической стороне опросов, построению правильных выборок, а также определению референтных значений мониторируемых показателей.

7. Ответственность за информационную политику в области здравоохранения не должна лежать исключительно на органах управления здравоохранением, так как часть ключевых контекстных факторов социального восприятия – это зона общегосударственной ответственности. Таким образом, работа в области здравоохранения должна быть органично включена в общий контекст социальной информационной политики.

8. В целом, работа с информационным полем в области здравоохранения должна быть в большей степени стандартизирована, включая подходы к популяризации новых образов медицинских работников и служб и построение единой системы мониторингов социального восприятия, в показателях которой будут отражены ключевые цели в данной области. Также важен выпуск актуальных стандартов и методических рекомендаций о поведении представителей системы здравоохранения в цифровой информационной среде. Важно отдельно отметить необходимость контакта с ведущими лидерами мнений для обеспечения сонаправленности информационной политики в ключевых её аспектах. Наконец, отдельным новым направлением может стать взаимодействие с разработчиками генеративных нейросетей для предотвращения тиражирования через их продукты медицинских стереотипов в массовом сознании.

9. Социальные управленческие вмешательства, в т. ч. информационные, должны быть максимально подчинены принципам доказательности. Как было отмечено, возможной основой и ориентиром в данной области может выступить

подход АПКФ, поддерживаемый ВОЗ, который был впервые опробован в предложенном организацией виде в условиях российских реалий под руководством автора. Данный подход, среди прочего, призывает к продвижению принципов доказательности в управлении здравоохранением.

10. Подход АПКФ также можно рекомендовать к включению в образовательные программы для руководства системы здравоохранения, в рамках развития у них социогуманитарных компетенций и инициации соответствующих ценностных трансформаций. Особое внимание при подготовке управленческого состава сферы здравоохранения должно быть уделено формированию более субъектного восприятия медицинских работников (в частности, формированию готовности более открыто воспринимать негативную обратную связь, которая выступает важнейшим источником управленческой информации).

11. Большее внимание должно быть уделено вопросам психоэмоционального состояния медицинских кадров, что может отражаться в использовании соответствующих механизмов, введении соответствующих показателей в мониторинги и в соответствующих управленческих вмешательствах.

12. Важно поддерживать и, при необходимости, активизировать процессы самоорганизации в среде медицинского персонала, расширять возможности в данной области, особенно в отношении «тихих» профессий, а также поощрять горизонтальные связи между различными подсистемами здравоохранения, например, между государственной, частной медициной и некоммерческим сектором.

13. Внимание должно быть уделено выравниванию статусных дисбалансов в восприятии и положении медицинских работников – в рамках дестигматизации и репозиционирования уязвимых медицинских служб и профессий, преодоления стереотипов, связанных с ними.

14. Необходимо обновление программ профессионального медицинского образования на основании выявленных в исследовании закономерностей социального восприятия в здравоохранении (например, нормализация новых подходов к взаимодействию «врач – медсестра» или закрепление нового

функционала медицинских профессий в образовательной программе) и новых навыков, необходимых в контексте текущей трансформации системы здравоохранения (общее повышение цифровой грамотности медицинских работников, развитие их социогуманитарных компетенций и др.).

Подводя итоги, следует отметить, что исследование позволило достичь поставленную цель и выполнить как основные исследовательские задачи, так и получить дополнительные результаты.

С практической точки зрения важно, что теоретико-методологические новации исследования построены на эмпирических работах, отраженных в около 200 научных трудах (подавляющее большинство – под руководством автора), многие из которых проведены по авторской методологии и по ряду аспектов впервые (основная новизна и объемы принадлежат тематикам социального восприятия и лояльности в здравоохранении). Диссертационное исследование предлагает концептуализацию и объединение данных эмпирических находок.

Обозначая *перспективы исследований*, большинство представленных исследований было реализовано на региональном уровне, в то время как модель тяготеет к более высокому уровню управления – федеральному. Таким образом, продолжение апробации модели на более высоких уровнях управления выступает одной из перспектив.

Вторая перспектива – сравнение по предложенным осям не только текущего состояния модели с рекомендуемым, но также сравнение его с предыдущими моделями социального управления в здравоохранении в нашей стране (например, в работах автора это отчасти было сделано для советской системы здравоохранения[737]), а также с подходами зарубежных стран, что могло бы позволить найти новые лучшие практики и области для роста.

Наконец, ещё одна перспектива – дальнейшее углубление исследований, ввиду наличия медицинских профессий, служб, процессов, которые предметом

[737] Богдан И. В. Реформа здравоохранения в постсоветской России.

указанных исследований не выступили, так как социальная сторона системы здравоохранения является неисчерпаемой.

Список использованной литературы

1. Агаджанян Н. А. Нравственность, здоровье и среда обитания // Субтропическое и декоративное садоводство. 2011. № 45. С. 254–265.

2. Аксенова Е. И., Александрова О. А., Аликперова Н. В., Богдан И. В., Бурдастова Ю. В., Виноградова К. В. и др. Развитие кадрового потенциала столичного здравоохранения: коллективная монография. М., 2019. 244 с.

3. Аксенова Е. И., Богдан И. В. Диалоги с нейросетями о настоящем и будущем медицинских профессий: риски и перспективы // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023. № 31(спецвыпуск 2). С. 1097–1103.

4. Аксенова Е. И., Камынина Н. Н., Кравчук А. А., Нечаев О. И., Швец Ю. Ю. Ценностно-ориентированное здравоохранение. Предпосылки становления в Москве. М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2022. 208 с.

5. Аксенова Е. И., Камынина Н. Н., Тархов К. Ю. Ценностно-ориентированное здравоохранение: наукометрический анализ: экспертный обзор. М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2023. 25 с.

6. Аксенова Е. И., Камынина Н. Н., Хараз А. Д. Цифровизация здравоохранения: мировой опыт // Московская медицина. 2021. № 2(42). С. 6–25.

7. Александрова О. А., Комолова О. А. Реформа здравоохранения: руководители медучреждений на острие проблем (часть первая) // Народонаселение. 2018. № 4. С. 96–108.

8. Александрова О. А., Ковалева Д. О. Социальное управление: как помочь молодежи реализоваться в профессии и не откладывать создание семьи // Самоуправление. 2022. № 3. С. 116–121.

9. Андреева О. В., Саитгареева А. А., Волкова О. А. Государственно-частное партнерство в здравоохранении // Общественное здоровье и здравоохранение. 2014. № 4(44). С. 61–67.

10. Арефьева Н. Т. Социальный конструктивизм как перспективное направление прогнозирования // Вестник Московского государственного университета культуры и искусств. 2014. № 2. С. 115–121.

11. Артемов О. Ю. Трендвотчинг как современный инструмент поиска потенциальных рыночных возможностей и эффективных бизнес-решений // Вестник РГГУ. Серия «Экономика. Управление. Право». 2024. № 2. С. 25–40.

12. Афанасьев В. Г. Научное управление обществом: Опыт системного исследования. М.: URSS, 2023. 400 с.

13. Афанасьев В. Г. Социальная информация и управление обществом. Изд. 2. М.: URSS, 2013. 408 с.

14. Бацина Е. А., Попсуйко А. Н., Артамонова Г. В. Цифровизация здравоохранения РФ: миф или реальность? // Врач и информационные технологии. 2020. № 3. С. 73–80.

15. Бебчук М. А., Богдан И. В., Гурылина М. В. и др. Перспективы развития детской психиатрической службы глазами семьи пациента: полный отчет об исследовании. М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2021. 16 с.

16. Бебчук М. А., Богдан И. В., Гурылина М. В. и др. Перспективы развития детской психиатрической службы глазами специалистов: (полный отчет об исследовании). М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2021. 51 с.

17. Бек У. Общество риска: На пути к другому модерну / Пер. с нем. В. Седельника, Н. Федоровой. М.: Прогресс-Традиция, 2000. 383 с.

18. Белова Н. И. Общественный договор в сфере охраны советских граждан (1917–1940) // Наука. Культура. Общество. 2025. № 2. С. 75–86.

19. Белоусова С. В. Концепция интегрированных коммуникаций: терминологический анализ понятия // Бизнес. Общество. Власть. 2014. № 19. С. 99–109.

20. Бергер П., Лукман Т. Социальное конструирование реальности. Трактат по социологии знания. / Пер. Е.Д. Руткевич. М.: Медиум, 1995. 323 с.

21. Бердыева Д. Ш. Стили управления, их обусловленность особенностями личности руководителя // Вестник по педагогике и психологии Южной Сибири. Научный журнал. 2019. № 2. С. 96–102.

22. Берков В. Ф. Что такое субъектология? // Журнал Белорусского государственного университета. Социология. 2020. № 3. С. 83–88.

23. Бессокирная Г. П., Татарова Г. Г. Социальные типы российских работников: к теории и практике изучения // Социологическая наука и социальная практика. 2025. Т. 13. № 3. С. 156–177.

24. Бизин С. В. Проблематика управления кадровым обеспечением системы здравоохранения региона // Лидерство и менеджмент. 2023. Т. 10. № 4. С. 1419–1438.

25. Богдан И. В. "Субъективная" социология и "объективная" статистика: в поисках оптимального взаимодействия при управлении здравоохранением (опыт ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ») // Статистика здравоохранения нового времени: Материалы Второго съезда медицинских статистиков Москвы, Москва, 08–09 октября 2020 года. М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2020. С. 20–22.

26. Богдан И. В. Восприятие медицинских сестер московскими врачами // Вестник «Биомедицина и социология». 2018. Т. 3. № 2. С. 13–17.

27. Богдан И. В. Использование генеративного искусственного интеллекта как источника медицинской информации: результаты социологического исследования // Труд и социальные отношения. 2025. Т. 36. № 2. С. 119–126.

28. Богдан И. В. Исторические аспекты восприятия сестринской профессии: религиозное служение, военный подвиг, "обычная профессия" // Миссия конфессий. 2021. Т. 10. № 8(57). С. 836–842.

29. Богдан И. В. Когда мы говорим о доверии врачам, подразумеваем ли мы одно и то же? «The врач» и «а врач» в социологических исследованиях // Труды научно-исследовательского института организации здравоохранения и медицинского менеджмента: Сборник научных трудов. № 5. М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2020. С. 12–14.

30. Богдан И. В. Образ врача-уролога в русскоязычных социальных медиа // Мужское здоровье: Сборник тезисов, Сочи, 25–27 апреля 2019 года. Сочи: Межрегиональная Общественная Организация «Мужское и репродуктивное здоровье», 2019. С. 87–88.

31. Богдан И. В. Образ медицинского брата: восприятие населением мужчины в "женской" профессии // Человек. Общество. Инклюзия. 2021. № 4(48). С. 18–21.

32. Богдан И. В. Политические ценности в современной России: неосознаваемые (бессознательные) аспекты // Проблемный анализ и государственно-управленческое проектирование. 2015. № 3. Том 8. С. 91–97.

33. Богдан И. В. Реформа здравоохранения в постсоветской России. М.: Эдитус, 2016. 302 с.

34. Богдан И. В. Социальные медиа как отражение массового сознания: трансформация исследовательской парадигмы в новой реальности // Философские контексты: неопределенность современности и социальные онтологии. ФИКОС-2024: Сборник статей III Всероссийской научной конференции с международным участием, Ижевск, 01–02 марта 2024 года. Ижевск: Удмуртский государственный университет, 2024. С. 12–16.

35. Богдан И. В. Цифровые аспекты психотипирования в социологических исследованиях (на примере управленческих задач здравоохранения) // Вестник «Биомедицина и социология». 2025. № 1 (10). С. 2–10.

36. Богдан И. В., Виноградов В. А., Габов К. И. и др. Социологический мониторинг образа психиатрии и психиатрических заболеваний в социальных медиа в период пандемии: результаты и решения // Социальное пространство. 2022. Т. 8. № 3. С. 1–15.

37. Богдан И. В., Виноградов В. А., Горюшкина О. С. и др. Медико-социологическое обоснование внедрения психологической службы в стационары и амбулаторные организации онкологического профиля. М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2022. 133 с.

38. Богдан И. В., Виноградова В. А., Степанова В. Н., Сутягина А. И., Чистякова Д. П., Шекуров Р. П. Мотивация российской молодежи к донорству крови // Социальные аспекты здоровья населения. 2024. № 70(4):11. URL: http://vestnik.mednet.ru/content/view/1633/30/lang,ru/ (дата обращения: 18.12.2025).

39. Богдан И. В., Волкова О. А., Иглицына И. С., Чистякова Д. П. Внедрение гаджетов в систему мониторинга показателей здоровья населения: социологическое исследование // Вопросы управления. 2022. № 3(76). С. 33–45.

40. Богдан И. В., Габов К. И., Дренева А. А. Права граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь в первые месяцы пандемии: результаты социологического исследования // Вестник НГУЭУ. 2022. № 2. С. 209–227.

41. Богдан И. В., Горносталев М. Д. Образ фельдшера в социальных медиа и в восприятии населения Москвы // Здоровье мегаполиса. 2023. № 4(4). С. 77–85.

42. Богдан И. В., Горносталев М. Д., Природова О. Ф. и др. Личностные и профессиональные качества медицинских работников: видение настоящего и будущего профессии // Труд и социальные отношения. 2024. Т. 35. № 4. С. 152–163.

43. Богдан И. В., Горносталев М. Д., Природова О. Ф. и др. Мнение медицинских и фармацевтических работников о престижности работы в государственных и частных организациях // Мегаполис будущего: здоровье, профилактика и активное долголетие: Материалы VI научно-методического форума организаторов здравоохранения города Москвы, Москва, 03–05 декабря 2024 года. М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2024. С. 50–51.

44. Богдан И. В., Горносталев М. Д., Чистякова Д. П., Иглицына И. С., Кацаурова С. Ю. Аналитический отчет о результатах исследования эффективности информационной работы с населением, проводимой медицинскими организациями, подведомственными Департаменту здравоохранения города Москвы, в сети Интернет (март – апрель 2022 г.). М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2022. 58 с.

45. Богдан И. В., Горносталев М. Д., Кацаурова С. Ю. и др. Интерес москвичей к информации по вопросам здоровья, размещенной в социальных медиа. Аналитический отчет. М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2022. 32 с.

46. Богдан И. В., Гурылина М. В. Лояльность сотрудников медицинских организаций как фактор качества медицинской помощи // Здоровье и здравоохранение в России. Сборник статей научной конференции с международным участием, Москва, 15 октября 2018 года. М., 2018. С. 6–11.

47. Богдан И. В., Гурылина М. В. Медицинская сестра: образ профессии в массовом сознании // Народонаселение. 2019. Т. 22. № 3. С. 102–115.

48. Богдан И. В., Гурылина М. В. Социологический опрос сотрудников ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ» (брошюра). М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2021. 36 с.

49. Богдан И. В., Гурылина М. В. Четыре «больших» стереотипа о медицинских сестрах в массовом сознании: по материалам анализа сообщений москвичей в социальных медиа // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019. Т. 27 (спецвыпуск). С. 552–558.

50. Богдан И. В., Гурылина М. В., Зверев А. Л., Чистякова Д. П. Политическое восприятие системы здравоохранения населением: опыт мониторинговых исследований // Вестн. Том. гос. ун-та. Философия. Социология. Политология. 2020. № 55. С. 216–230.

51. Богдан И. В., Гурылина М. В., Чистякова Д. П. Внедрение телемедицинских технологий в московском здравоохранении: мнение врачей и пациентов. М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2019. 20 с.

52. Богдан И. В., Гурылина М. В., Чистякова Д. П. и др. Молодежное медицинское волонтерство в Москве. М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2019. 38 с.

53. Богдан И. В., Гурылина М. В., Чистякова Д. П. Информационные системы Москвы в области здравоохранения: взгляд врачей. М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2019. 16 с.

54. Богдан И. В., Гурылина М. В., Чистякова Д. П. Основы просветительной работы на тему вакцинации в сети интернет: "рациональные" сторонники и "эмоциональные" противники // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019. № 27 (6). С. 1038–1042.

55. Богдан И. В., Гурылина М. В., Чистякова Д. П. Факторы приверженности медицинских сотрудников к работе в организации. М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2019. 12 с.

56. Богдан И. В., Гурылина М. В., Чистякова Д. П. Цифровые информационные системы московского здравоохранения: взгляд населения // Московская медицина. 2020. № 4(38). С. 18–20.

57. Богдан И. В., Гурылина М. В., Чистякова Д. П., Краснова С. В. Опыт проведения курсов пациентоориентированности в медицинских организациях: кейс инфекционной больницы. М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2019. 13 с.

58. Богдан И. В., Гурылина М. В., Чистякова Д. П., Сардарян А. Ю. Информационная среда в контексте появления коронавируса: Аналитический отчет. М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2020. 12 с.

59. Богдан И. В., Дренева А. А., Кузьменков В. А., Чистякова Д. П. Лояльность персонала инфекционной службы в период пандемии: ключевые факторы и некоторые вопросы управления // Вестник Московского государственного лингвистического университета. Общественные науки. 2022. № 4 (849). С. 118–126.

60. Богдан И. В., Дренева А. А., Праведников А. В., Чистякова Д. П. Лояльность персонала медицинских организаций: теория и практика // Под общей редакцией И. В. Богдана. М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2021. 187 с.

61. Богдан И. В., Дренева А. А., Чистякова Д. П. Образ медицинского специалиста в социальных медиа глазами москвичей: управленческие и методические аспекты // Цифровая социология/Digital Sociology. 2022. № 5(3). P. 57–67.

62. Богдан И. В., Кацаурова С. Ю., Чистякова Д. П. Социологическое исследование содержательных аспектов образа медицинской сестры // Известия вузов. Социология. Экономика. Политика. 2023. № 1. С. 41–53.

63. Богдан И. В., Кузьменков В. А., Чистякова Д. П. Образ врача в массовом сознании (по материалам социологического исследования) // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. Серия: Социальные науки, 2022, № 4 (68). С. 95–102.

64. Богдан И. В., Матвеева А. С. Образ медбрата в социальных медиа и восприятие населения Москвы: Мужчина в «сестринском деле». М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2023. 14 с.

65. Богдан И. В., Петрова Г. Д., Чистякова Д. П. Влияние социокультурных факторов на организацию работы с иностранными пациентами: социологический

анализ // Вестник Южно-Российского государственного технического университета (НПИ). Серия: Социально-экономические науки. 2023. Т. 16. № 2. С. 35–44.

66. Богдан И. В., Природова О. Ф., Фомина О. А., Чистякова Д. П. Восприятие медицинских сестер работниками здравоохранения: социологический взгляд на дискурс об автономии // Nomothetika: Философия. Социология. Право. 2022. № 2 (47). С. 180–189.

67. Богдан И. В., Хлынин А. П. Образ паллиативной помощи в социальных медиа и онлайн-СМИ // Pallium. 2023. № 1. С. 59–64.

68. Богдан И. В., Хлынин А. П. Образ специалиста в области акушерства в социальных медиа и онлайн-СМИ // Женское здоровье и репродукция. 2024. № 3 (64). URL: https://journalgynecology.ru/statyi/obraz-specialista-v-oblasti-akusherstva-v-socialnyh-media-i-onlajn-smi/ (дата обращения: 01.12.2025).

69. Богдан И. В., Чистякова Д. П. Использование инструментария гуманитарных наук в медицинских организациях // XXVIII Всероссийский съезд сердечно-сосудистых хирургов: Тезисы докладов, Москва, 20–23 ноября 2022 года / Ассоциация сердечно-сосудистых хирургов России, Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева. М., 2022. С. 194.

70. Богдан И. В., Чистякова Д. П. Социология, здоровье и уроки пандемии // Миссия конфессий. 2021. Т. 10, № 8(57). С. 873–879.

71. Богдан И. В., Чистякова Д. П., Габов К. И. Соблюдение масочного режима и социального дистанцирования в период пандемии в городе: фактор снижения внешнего контроля и особенности практик // Здоровье мегаполиса. 2021. Т. 2. № 3. С. 54–65.

72. Богдан И. В., Габов К. И., Гурылина М. В. и др. Лояльность сотрудников детской поликлиники. М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2020. 54 с.

73. Богдан И. В. Исследование образа лабораторной службы в социальных медиа (кейс Москвы) // Лабораторная служба. 2018. Т. 7. № 3–2. С. 62.

74. Богдан И. В., Гурылина М. В., Савва Н. Н., Ким С. Р. Обзор мирового опыта организации паллиативной помощи детям: возможности для Москвы // Московская медицина. 2020. № 1(35). С. 70–82.

75. Богдан И. В., Гурылина М. В., Чистякова Д. П. Методы распространения здорового образа жизни медицинскими работниками: опыт медико-социологического анализа // Вестник НГУЭУ. 2018. № 4. С. 188–198.

76. Брайсон В. Политическая теория феминизма. М., 2001. 304 с.

77. Брызгалина Е. В., Гумарова А. Н., Шкомова Е. М. Искусственный интеллект в медицине: рекомендации по проведению социально-гуманитарной экспертизы // Сибирский философский журнал. 2023. № 21(1). С. 51–63.

78. Бузин В. Н. Медиаполитика как интерпретация // Коммуникология: электронный научный журнал. 2021. № 3. С. 8–22.

79. Бузин В. Н., Бузина Т. С. Социально-психологические аспекты лечебного процесса // Профилактическая медицина. 2018. Том 21. № 4. С. 20–24.

80. Бузина Т. С., Бузин В. Н., Ланской И. Л. Врач и пациент: межличностные коммуникации // Медицинская психология в России. 2020. № 4. С. 2–21.

81. Бурдастова Ю. В., Аксенова Е. И. Нейросотрудники в здравоохранении (наука, управление, клиническая практика): как изменится рынок труда в ближайшие 10 лет: экспертный обзор. М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2025. 23 с.

82. Бурдастова Ю. В., Ненахова Ю. С., Аликперова Н. В., Марков Д. И. Новые модели наставничества в здравоохранении как способ повышения профессиональных компетенций медицинских работников // Экономика. Налоги. Право. 2022. Т. 15. № 3. С. 69–79.

83. Бюрократия в современном мире: теория и реалии жизни. М.: ИФРАН, 2008. 195 с.

84. Васильев Ю. А., Зинченко В. В., Кудрявцев Н. Д., Михайлова А. А., Кляшторный В. Г., Владзимирский А. В. Оценка удовлетворенности и вовлеченности врачей-рентгенологов при использовании программного

обеспечения с искусственным интеллектом // Врач и информационные технологии. 2024. № 1. С. 70–81.

85. Васильев Ю. А., Нанова О. Г., Владзимирский А. В., Гольдберг А. С., Блохин И. А., Решетников Р. В. Опыт использования технологий искусственного интеллекта в лабораторной медицине, их эффективность и сценарии применения: систематический обзор // Digital Diagnostics. 2025. Т. 6. № 2. С. 251–267.

86. Вебер М. Хозяйство и общество: очерки понимающей социологии: в 4 т; [пер. с нем.]; сост., общ. ред. и пред. Л. Г. Ионина. М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2016. Т. I. Социология. 445 с.

87. Вернадский В. И. Труды по всеобщей истории науки. М.: Наука, 1988. 334 с.

88. Ветушинский А. С. Больше, чем просто средство: новый подход к пониманию геймификации // Социология власти. 2020. vol. 32. №. 3. С. 14–31.

89. Вирановская Е. В. Модель организационно-экономического механизма интегрированной системы управления организациями // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. 2017. № 5–4. С. 54–55.

90. Волкова О. А. Традиционная практика в нарративах представителей официальной медицины // Вестник Челябинского государственного университета. 2007. № 4. С. 64–69.

91. Волкова О. А., Бударин С. С., Смирнова Е. В., Эльбек Ю. В. Опыт использования телемедицинских технологий в системах здравоохранения зарубежных стран и Российской Федерации: систематический обзор // Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. 2021. № 14(4). С. 549–562.

92. Волнухин А. В., Сибурина Т. А. Управление профессионально-личностным потенциалом врачебных кадров // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021. № 1. С. 147–152.

93. Гаджиева Е. Ю. Авторитарный стиль управления при проведении организационных изменений // Вестник Академии знаний. 2017. № 3 (22). С. 71–74.

94. Гайдаров Г. М., Макаров С. В. Об опыте разработки концепции кадровой политики в здравоохранении на уровне субъекта Российской Федерации // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020. Т. 28. № 5. С. 1000–1005.

95. Ганзен В. А. Системные описания в психологии. Л.: Изд-во Ленингр. ун-та, 1984. 176 с.

96. Гахраманова Н. Ф. Современные теории социального управления как научная основа становления демократического общества // АНИ: экономика и управление. 2021. № 2 (35). С. 17–21.

97. Гидденс Э. Устроение общества: очерки теории структурализации. М., 2005. 528 с.

98. Гончарова Н. А., Полубабин Д. Н. Цифровизация здравоохранения в РФ: состояние и перспективы // Естественные и гуманитарные науки в современном мире: Материалы Международной научно-практической конференции, Орёл, 13–15 мая 2021 года. Орёл: Орловский государственный университет имени И.С. Тургенева, 2021. С. 166.

99. Горносталев М. Д., Богдан И. В., Чистякова Д. П. Лучшие практики применения технологий привлечения и информирования посетителей на Интернет-ресурсах медицинских организаций. Улучшение пользовательского опыта. М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2022. 40 с.

100. Горшков М. К. Российское общество как оно есть: (опыт социологической диагностики). В 2 т. Т. I. Изд. 2-е, перераб. и доп. М.: Новый хронограф, 2016. 672 с.

101. Горшков М. К. Социальная справедливость в массовом восприятии и ценностных ориентациях россиян // Гуманитарий Юга России. 2022. № 11(6). С. 32–47.

102. Горшков М. К. «Есть такая профессия – общество изучать»: Избранные статьи, интервью, биографические откровения. М.: Весь мир, 2020. 464 с.

103. Грачев А. А. Психология и социология в деятельности психологической службы промышленного предприятия конца советского периода

(на примере социально-психологической службы ПО "Курганприбор") // Наука. Культура. Общество. 2016. № 3. С. 167–181.

104. Грачев А. А. Руководитель в системе социального управления организацией // Социально-экономические и психологические проблемы управления // Сборник научных статей по материалам I (IV) Международной научно-практической конференции, проходившей в Московском городском психолого-педагогическом университете с 23 по 25 апреля 2013 года / Под общей ред. М. Г. Ковтунович. Часть 1. М.: МГППУ, 2013. С. 125–140.

105. Григорьева Н. С. Оценка качества медицинских услуг и построение рейтингов медицинских организаций: опыт программы Medicare в США // Acta Biomedica Scientifica. 2016. № 5 (111). С. 71–76.

106. Григорьева Н. С., Чубарова Т. В. Продвижение здоровья в контексте поведенческой экономики: гендерный аспект // Народонаселение. 2020. Т. 23. № 2. С. 112–124.

107. Григорьева Н. С., Чубарова Т. В. Современное социальное государство между «старым» и «новым» патернализмом: ловушки мотивации // Проблемы теории и практики управления. 2019. № 7. С. 45–57.

108. Гусев А. В. Перспективы нейронных сетей и глубокого машинного обучения в создании решений для здравоохранения // Врач и информационные технологии. 2017. № 3. С. 92–104.

109. Гусев А. В., Владзимирский А. В., Голубев Н. А., Зарубина Т. В. Информатизация здравоохранения Российской Федерации: история и результаты развития // Национальное здравоохранение. 2021. № 2(3). С. 5–17.

110. Демкина А. Е., Владзимирский А. В., Морозов С. П., Артемова О. Р., Рябинина М. Н., Воробьев А. С. E-health у пациентов с хронической сердечной недостаточностью: реалии и перспективы // Креативная кардиология. 2020. № 14 (2). С. 150–157.

111. Денисова Г. С., Полонская И. Н., Сусименко Е. В. Акторно-сетевая теория: инновационные аспекты социологической методологии // Вестник Института социологии. 2022. № 2. С. 137–158.

112. Дернер К. Хороший врач. Учебник основной позиции врача. М., 2006. 544 с.

113. Дивисенко К. С. Социальные исследования жизненного мира // Социологический журнал. 2014. № 1. С. 6–20.

114. Диденко А., Балакир А., Запылихин В., Шабано А. Культурный код искусственного интеллекта: исследование ценностных установок LLM. Сколково, 2025. 16 с.

115. Дмитриев А. В., Иванов В. Н., Тощенко Ж. Т. Социологическая мозаика - 2018: монография / предисл. М. К. Горшков. М.: КноРус, 2018. 242 с.

116. Дмитриева Е. В. Социология здоровья и цифровое здравоохранение // Коллекция гуманитарных исследований. 2021. № 3 (28). С. 6–11.

117. Дмитриева Е. В., Фролов С. А. Социология здоровья: от теории к практике (на примере реализации коммуникативной программы «СМСмаме») // Социологические исследования. 2020. № 7. С. 118–127.

118. Дорофеев Н. Б. Соотношение понятий «рефлексивное управление» и «информационная война» // Молодежь и наука в 21 веке: сборник статей молодых ученых. 2004. Вып. 1. С. 212–215.

119. Дридзе Т. М. Две новые парадигмы для социального познания и социальной практики // Россия реформирующаяся. 2001. № 1. С. 222–240.

120. Дудина В. И. Концептуализация социальной активности в условиях общественной нестабильности: между микро- и макроуровнями // Социологические исследования. 2022. № 11. С. 3–14.

121. Дудина В. И., Сайфулина В. О. «Почитала, еще меньше вакцинироваться захотелось»: онлайн-дискурс вакцинной нерешительности // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. 2023. № 1 (173). С. 279–298.

122. Дуран Т. В. Теория социального управления. Екатеринбург, 2011. 191 с.

123. Дюркгейм Э. Метод социологии / Дюркгейм Э. Социология. Её предмет, метод, предназначение. М., 1995. С. 1–56.

124. Егоров Н. С. Категория виртуальности в истории философии от XIX века до современности // Colloquium-journal. 2019. № 2–3 (26). С. 71–74.

125. Ерофеева М. А. Акторно-сетевая теория и проблема социального действия // Социология власти. 2015. № 1. С. 17–36.

126. Жукова Е. В., Нестик Т. А. Психологические типы управленческого видения будущего // Национальный психологический журнал. 2014. № 3. С. 66–73.

127. Журавлева И. В. Интеракция использования цифровых устройств и поведенческие показатели здоровья молодежи // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024. Т. 32. № 5. С. 904–911.

128. Здравомыслов А. Г., Ядов В. А. «Человек и его работа в СССР и после». М.: Аспект Пресс, 2003. 485 с.

129. Здравоохранение: современное состояние и возможные сценарии развития: докл. к XVIII Апр. междунар. науч. конф. по проблемам развития экономики и общества, Москва, 11–14 апр. 2017 г. / рук. авт. кол. С. В. Шишкин; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2017. 54 с.

130. Зейгарник Б. В. Патопсихология. М.: Издательство Московского университета, 1986. 287 с.

131. Зудин А. Б., Кузнецова М. А., Васильева Т. П. Управление риском низкой удовлетворенности работой и профессионального выгорания врачей общей практики // Анализ риска здоровью. 2025. № 2. С. 155–165.

132. Иванов Д. В., Асочаков Ю. В., Гулькина К. С. Социология в XXI веке: между фрагментацией и интеграцией // Наука. Культура. Общество. 2024. № 3. С. 6–25.

133. Иванова Л. С. Концептуальная характеристика социального управления // Миссия конфессий. 2023. № 71. С. 87–93.

134. Ивашинников А. В. Телемедицина сегодня: тенденции использования телемедицинских консультаций на опыте регионов // Российский журнал телемедицины и электронного здравоохранения. 2024. № 10(3). С. 7–20.

135. Игнатьев В. И. Проблема техносубъекта: о субъектности «сущностей-конструкторов» // Идеи и идеалы. 2021. № 1–1. С. 130–150.

136. Игнатьев В. И. Социокультурные аспекты роботизации // Социология науки и технологий. 2019. Т. 10. № 1. С. 64–78.

137. Камалеева А. М. Акторно-сетевая теория Б. Латура: проблема субъект-объектной дихотомии // Контекст и рефлексия: философия о мире и человеке. 2021. Т. 10. № 6А. С. 5–13.

138. Камынина Н. Н., Полищук Н. С. Ценностно-ориентированное здравоохранение: систематизация инструментов и методов (обзор литературы) // Здравоохранение Российской Федерации. 2022. № 66(6). С. 444–450.

139. Кармадонов О. А. Социальная стратификация в дискурсивно-символическом аспекте // Социологические исследования. 2010. № 6. С. 3–13.

140. Кафаров Т. Э., Джабраилова Л. Р., Кадыров С. С. Роль социально-гуманитарных наук в подготовке медицинских работников // Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия: Познание. 2024. № 7. С. 95–98.

141. Кемеров В. Е. Субъект, субъективность, субъектность // Социология. 2024. № 1. С. 4–10.

142. Кирпиченко А. М. Механизм социального управления // Экономика. Социология. Право. 2021. № 4 (24). С. 86–106.

143. Кобякова О. С., Канев А. Ф., Куракова Н. Г., Кармина Р. А. Понятие эффективности в здравоохранении: терминологические и понятийные проблемы // Менеджер здравоохранения. 2025. № 10. С. 12–21.

144. Комаров Ю. М. О научной основе Семашкинской модели здравоохранения // ОРГЗДРАВ: Новости. Мнения. Обучение. Вестник ВШОУЗ. 2015. № 1 (1). С. 120–127.

145. Копытов А. А., Зудин А. Б., Аксенова Е. И., Надуткина И. Э., Волкова О. А. Роль медицинского образования в реализации программы «земский доктор» // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020. Т. 28. № 4.С. 645–650.

146. Косач Н. Е. Право и социальное управление // Донецкие чтения 2021: образование, наука, инновации, культура и вызовы современности: Материалы VI Международной научной конференции, Донецк, 26–28 октября 2021 года / Под общей редакцией С. В. Беспаловой. Том 8. Донецк: Донецкий национальный университет, 2021. С. 255–257.

147. Коэн Б. Флоренс Найтингейл // В мире науки. 1984. № 4. С. 80–88.

148. Кравченко С. А. Десять тезисов о влиянии нелинейной социокультурной динамики на институт здоровья // Проблемы взаимодействия человека, культуры и общества в условиях глобализирующегося мирового пространства. М.: Прометей, 2006. С. 83–88.

149. Кравченко С. А. Контуры междисциплинарной концепции синергийных сложностей // Социологические исследования. 2024. № 2. С. 3–12.

150. Кравченко С. А. Пандемия COVID-19: вызовы здоровью населения мира – возможна ли гуманистическая глоболокальная биополитика? // Полис. Политические исследования. 2020. № 6. С. 96–97.

151. Кравченко С. А. Развитие предмета социологии: от монодисциплинарности к меж- и постдисциплинарности // Социологические исследования. 2020. № 3. С. 16–26.

152. Кравченко С. А. Социологическая диагностика синергийных сложностей современной России. М.: МГИМО-Университет, 2024. 380 с.

153. Кравченко С. А., Ракова К. В. «Умные часы» как фактор становления гибридной коммуникации между врачом и пациентом // Коммуникология. 2021. № 9 (3). С. 15–28.

154. Кремнёв Е. В. Социальное управление: воздействие или взаимодействие? // Социодинамика. 2023. № 8. С. 60–68.

155. Кривошеев В. В., Макаров С. Н. Символический интеракционизм: методология анализа процессов в системе управления // Вестник Балтийского федерального университета им. И. Канта. Серия: Гуманитарные и общественные науки. 2014. № 12. С. 149–152.

156. Круглый стол журнала «ПОЛИС». Ракитянский Н. М., Смулькина Н. В., Палитай И. С., Затонских А. В., Евгеньева Т. В., Селезнева А. В., Черданцева А. М., Никифоров А. Р., Богдан И. В., Ахматнурова С. Ф., Самаркина И. В., Букреева О. В., Шестопал Е. Б., Щербинин А. И., Щербинина Н. Г., Яницкий М. С., Титов В. В. Политическое поведение: бессознательные механизмы и их рационализация // Полис. Политические исследования. 2013. № 6. С. 46–63.

157. Кубасов Р. В., Ленина Ю. А., Мыцюк М. И., Кубасова Е. Д., Лупачев В. В. Цифровизация отечественного здравоохранения: современные аспекты и пути дальнейшего развития // Вестник «Биомедицина и Социология». 2022. Т. 24. № 5. С. 30–36.

158. Кугелева А. С. Эволюция организационных структур управления // Инновации и инвестиции. 2017. № 9. С. 72–75.

159. Кузнецова О. Д. Цифровизация здравоохранения в России: этапы развития // Тенденции экономического развития в XXI веке: материалы IV Междунар. науч.-практ. конф., Минск, 1 марта 2022 г. / Белорус. гос. ун-т; редкол.: А. А. Королёва (гл. ред.) [и др.]. Минск: БГУ, 2022. С. 532–534.

160. Куракова Н. Г., Ерёмченко О. А. Мониторинг социально-экономических трендов: инструментарий и ограничения // Экономика науки. 2022. № 2. С. 86–97.

161. Лагутин М. Д., Тюфилин Д. С., Кобякова О. С., Деев И. А. Метавселенные в медицине: оценка перспектив применения для практического здравоохранения // Врач и информационные технологии. 2023. № 2. С. 4–15.

162. Лапин Н. И. Антропный подход к регулированию неравновесных социокультурных систем // XII всероссийское совещание по проблемам управления ВСПУ-2014, Москва, 16–19 июля 2014 года / Институт проблем управления им. В.А. Трапезникова РАН. М.: Институт проблем управления им. В.А. Трапезникова РАН, 2014. С. 7773–7784.

163. Лапин Н. И. Проблема сложности в философии истории и потребность в рефлексивном саморазвитии России. Тезисы доклада на семинаре № 4 ученого совета ИФ 11.10.2018. URL:

https://iphras.ru/uplfile/root/news/archive_events/2018/Lapin_11_10_18.pdf (дата обращения: 24.09.2025).

164. Лапин Н. И. Смена парадигм системного мышления и антропнодеятельностное понимание неравновесных социокультурных систем // Философский журнал. 2014. № 1 (12). С. 93–106.

165. Латков Н. Ю., Веропаха Д. В., Ситникова А. А. Цифровизация здравоохранения РФ как фактор повышения качества медицинских услуг // Современные научные исследования: сборник материалов VIII-ой международной научно-практической конференции, 27 мая, 2024. М.: Издательство НЦ «Издание», 2024. С. 101–103.

166. Латышева Ж. В. Анализ оснований повседневного знания в теории социального конструирования реальности П. Бергера и Т. Лукмана // Ученые записки ОГУ. Серия: Гуманитарные и социальные науки. 2011. № 6. С. 144–150.

167. Лехциер В. Л. Болезнь: опыт, нарратив, надежда. Очерк социальных и гуманитарных исследований медицины. Вильнюс: Logvino literaturos namai, 2018. 312 с.

168. Липпман У. Общественное мнение. М.: Институт Фонда «Общественное мнение», 2004. 384 с.

169. Литвинцева Г. Ю. Гиперреальность в эпоху постмодерна // Вестник СПбГУКИ. 2011. № 6. С. 43–54.

170. Луман Н. Общество как социальная система. Пер. с нем./ А. Антоновский. М.: Издательство «Логос». 2004. 232 с.

171. Майерс-Бриггс И., Майерс П. MBTI: определение типов. У каждого свой дар [пер. с англ. ООО «Пароль»]. М.: Карьера Пресс, 2014. 320 с.

172. Макаров С. В., Гайдаров Г. М. Кадровая политика в здравоохранении: социальный аспект. Иркутск: Иркутский государственный медицинский университет, 2022. 192 с.

173. Максимова Т. М. Современное состояние, тенденции и перспективы оценки здоровья населения. М., 2002. 186 с.

174. Малкина Л. В., Кисилева И. Н., Мохова Е. А. Виртуальная интеграция в условиях цифровизации здравоохранения // Эффективное управление экономикой: проблемы и перспективы: Сборник трудов V Всероссийской научно-практической конференции, Симферополь, 16–17 апреля 2020 года. Симферополь: Общество с ограниченной ответственностью «Издательство Типография «Ариал», 2020. С. 332–336.

175. Мансуров В. А., Юрченко О. В. Профессиональная идеология альтруизма российских врачей // Вестник Института социологии. 2010. Т. 1 № 1. С. 397–410.

176. Мартынова С. Э. «Сервисная» модель муниципального управления в социологической интерпретации: Монография. СПб., 2015. 348 с.

177. Маслоу А. Мотивация и личность. 3-е изд. / Пер. с англ. СПб., 2019. 400 с.

178. Ментальность россиян (Специфика сознания больших групп населения России). Рос. акад. образования, Психолог. ин-т, "Имидж-Контакт". М.: Фирма "Имидж-Контакт", 1997. 478 с.

179. Мерзляков А. А. Проблема субъектности в социологии управления // Социологическая наука и социальная практика. 2018. Т. 6. № 4. С. 95–104.

180. Методические рекомендации по основам ведения социальных сетей медицинскими работниками: методические рекомендации / сост.: А. Е. Демкина, М. В. Беззубцева, А. М. Кочергина… И. В. Богдан [и др.]. М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2023. 58 с.

181. Мещерякова Т. В. Конфликт нарративов как проблема биоэтики // Идеи и идеалы. 2012. № 4. С. 17–31.

182. Мещерякова Т. В. Медицинский нарратив в биоэтике как критерий учета индивидуальности пациента // Вестник ТГПУ. 2010. № 5. С. 66–72.

183. Михайлова Е. Тренды в управлении персоналом // Первая краевая. 2022. № 10 (85). С. 18–24.

184. Мишон Е. В., Канапухин П. А. Промежуточные итоги цифровизации системы здравоохранения: направления развития и основные угрозы // Вестник ВГУ. Серия: Экономика и управление. 2022. № 3. С. 100–112.

185. Мол А. Множественное тело: онтология в медицинской практике. Пермь: Гиле Пресс, 2017. 254 с.

186. Молчанов И. Н. Управление здравоохранением: роль кадрового потенциала // Вестник ВолГУ. Экономика. 2020. № 3. С. 77–87.

187. Мониторинг лояльности потребителей услуг и персонала медицинских организаций (методология (е)NPS): Методические рекомендации № 2. М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2021. 36 с.

188. Морозов С. П. Социологические аспекты внедрения технологий искусственного интеллекта в лучевой диагностике // Труды III Форума с международным участием "Социология здоровья: уроки пандемии и контуры будущего здравоохранения", Москва, 23 ноября 2021 года. М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2021. С. 48–51.

189. Мохова Е. А. Цифровизация здравоохранения: проблемы и тенденции // Эффективное управление экономикой: проблемы и перспективы: Сборник трудов V Всероссийской научно-практической конференции, Симферополь, 16–17 апреля 2020 года. Симферополь: Общество с ограниченной ответственностью «Издательство Типография «Ариал», 2020. С. 292–295.

190. Мурашко М. А., Ваньков В. В., Панин А. И., Артемова О. Р., Матвиенко А. В., Гусев А. В., Васильев Ю. А., Владзимирский А. В. Внедрение технологий искусственного интеллекта в здравоохранении России: итоги 2024 г. // Национальное здравоохранение. 2025. № 6(3). С. 6–19.

191. Назарова Е. А., Карнаухов П. А. Основные направления деятельности московского здравоохранения в условиях кризиса и институциональных преобразований // Вопросы политологии. 2022. Т. 12. № 2(78). С. 531–539.

192. Напреенко И. В. Семиотический поворот в STS: теория референта Бруно Латура // Социология власти. 2013. № 1–2. С. 75–98.

193. Незнанов Н. Г., Коцюбинский А. П., Мазо Г. Э. Биопсихосоциальная концепция психических расстройств как основа холистического диагностического подхода // Социальная и клиническая психиатрия. 2018. № 4. С. 47–53.

194. Носкова А. В. Здоровье населения и семейно-демографические приоритеты в контексте нового этапа старения населения в Российской Федерации // Общественное здоровье, социология и организация здравоохранения: интеграция науки и практики: Сборник статей и материалов II Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, Якутск, 14–15 марта 2024 года. Якутск: Издательский дом СВФУ, 2024. С. 18–29.

195. Образы власти и власть образов. Образы власти в постсоветской России. / Отв. ред. Е. Б. Шестопал. М.: Алетейя, 2004. 535 с.

196. Онищенко Г. Г. и др. История санитарного просвещения России. Монография / Под общ. ред. Г. Г. Онищенко, А. Ю. Поповой. СПб.: Наукоемкие технологии, 2023. 546 с.

197. Опарин Э. В. Частные медицинские клиники в России: стратегии развития в новых геополитических условиях // Российский журнал менеджмента. 2024. № 2. С. 302–320.

198. Ослон А. А., Жур Л. В., Калиниченко Л. А., Кожевина Е. В., Перминова М. Н., Кондрахина Е. В. Медики и общество: беседы во времена коронаВируса. М., 2021. 132 с.

199. Островский Г., Подорожная А., Спиридонов А., Тренин-Страусов П. О чём говорили и спорили в соцсетях в 2024 году. Пилотное исследование нарративов // Громада двинулась. 2024. № 2. С. 45–48.

200. Оуэн Р. Избранные сочинения в двух томах. М., Л.: Изд-во АН СССР, 1950. 768 с.

201. Охотский Е. В. Социальное государство: реальность или миражи социального благополучия? // Труд и социальные отношения. 2015. Т. 26. № 6. С. 47–62.

202. Охотский Е. В., Фролов С. С. Качество целеполагания - базовое условие эффективного государственного управления // Вестник Московского университета. Серия 21. Управление (государство и общество). 2020. № 1. С. 22–42.

203. Певная М. В. Управление волонтерством: международный опыт и локальные практики: монография. М-во образования и науки Рос. Федерации, Урал. федер. ун-т им. первого Президента России Б.Н. Ельцина, Ин-т гос. управления и предпринимательства. Екатеринбург: Изд-во Урал, ун-та, 2016. 434 с.

204. Перепелкин В. А. Понятие «Услуга» в экономической теории // Вестник Самарского государственного университета. 2009. № 69. С. 38–46.

205. Петрухин Н. Н. Профессиональная заболеваемость медработников в России и за рубежом (обзор литературы) // Гигиена и санитария. 2021. № 100 (8). С. 845–850.

206. Пищева Т. Н. Политические образы: проблемы исследования и интерпретации // Полис. 2011. № 2. С. 47–52.

207. Плотинский Ю. М. Модели социальных процессов. Изд. 2-е, перераб. и доп. М.: Логос, 2001. 296 с.

208. Поликанова Е. П. Социальная структура общества // Философия и общество. 1998. № 5. С. 233–240.

209. Поляков С. Э. Феноменология психических репрезентаций. СПб.: Питер, 2011. 688 с.

210. Полякова И. А. Жизненный мир врачей: профессиональное положение и социальное самочувствие // Гуманитарий Юга России. 2022. Т. 11(54). № 2. С. 125–140.

211. Полянская С. Г., Телятникова Т. В. Цифровизация российской системы здравоохранения как перспективное направление развития цифровой экономики // Вестник Сибирского института бизнеса и информационных технологий. 2024. № 13(3). С. 113–119.

212. Пономарев Н. С. Цифровизация системы здравоохранения как инструмент повышения качества медицинской помощи // Вестник науки. 2025. № 2 (83). С. 418–425.

213. Преснякова Л. А. Структура личностного восприятия политической власти // Полис. 2000. № 4. С. 135–140.

214. Пригожин А. И. Методы развития организаций. М.: МЦФЭР, 2003. 863 с.

215. Пригожин А. И. Нововведения: стимулы и препятствия. М.: Политиздат, 1989. 272 с.

216. Пригожин И., Стенгерс И. Порядок из хаоса. Новый диалог человека с природой. М.: Прогресс, 1986. 432 с.

217. Прощай, COVID? Публичное, частное и политическое в медикализированном мире / Под ред. К. Гаазе и В. Данилова. М., 2020. 432 с.

218. Психология политического восприятия в современной России / под ред. Е. Б. Шестопал. М.: РОССПЭН, 2012. 423 с.

219. Пузанова Ж. В., Кожоридзе Г. Г., Кожоридзе Д. Г. ИИ и социология: анализ технологических возможностей виртуальных респондентов // Социология: методология, методы, математическое моделирование (Социология: 4М). 2025. № 60. С. 216–246.

220. Пульман А. Л., Пузыревская А. А. Дельфи-метод экспертных оценок // Science Time. 2021. № 5 (89). С. 105–106.

221. Пфетцер С. А., Зеленин А. А., Яницкий М. С. Политическое участие и политические ценности молодежи российской провинции. Новосибирск: Изд-во СО РАН, 2014. 143 с.

222. Разуваева Н. С., Новожилова М. В. Моделирование бизнес-процессов предприятия сферы услуг // Автоматизированные системы управления и приборы автоматики. 2008. № 142. С. 89–96.

223. Райхельд Ф., Марки Р. Искренняя лояльность. Ключ к завоеванию клиентов на всю жизнь / Фред Райхельд, Роб Марки; пер. с англ. С. Филина [науч. ред. И. Чичмели]. М.: Манн, Иванов и Фербер, 2013. 352 с.

224. Резаев А. В., Иванова А. А., Стариков В. С., Трегубова Н. Д., Яблонский П. К. От искусственного интеллекта к искусственной социальности: новые исследовательские проблемы современной социальной аналитики. М., 2020. 256 с.

225. Рейхерт Е. С. Социальное управление как особая разновидность управления // Вестник ЮУрГУ. Серия: Право. 2006. № 13 (68). С. 338–342.

226. Решетников А. В. Эволюция социологии медицины // Социология медицины. 2012. № 2. С. 7–10.

227. Решетников А. В., Айвазян Ш. Г., Присяжная Н. В. Роль участкового врача во мнениях молодых и опытных профессионалов // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. 2020. № 2. С. 331–346.

228. Решетников В. А., Несвижский Ю. В., Касимовская Н. А. Вклад Н.А. Семашко в развитие медицинской профилактики в России. (К 140-летию со дня рождения) // Сеченовский вестник. 2014. № 3(17). С. 29–33.

229. Ритцер Дж. Современные социологические теории. 5-е изд. СПб.: Питер, 2002. 688 с.

230. Романовская О. В., Романовский Г. Б. Право и цифровизация современного здравоохранения // RUDN Journal of Law. 2024. Т. 28. № 3. С. 565–583.

231. Савельева Ж. В., Мухарямова Л. М., Кузнецова И. Б. Социальная справедливость в здравоохранении: опыт и оценки россиян // Мир России. Социология. Этнология. 2018. № 3. С. 154–179.

232. Саитгареева А. А., Бударин С. С., Волкова О. А. Показатели и критерии оценки эффективности деятельности медицинских организаций в федеральных и региональных нормативных правовых актах // Вестник Росздравнадзора. 2015. № 6. С. 12–23.

233. Саморегуляция и прогнозирование социального поведения личности / Под ред. В. А. Ядова. М.: ЦСПиМ, 2013. 376 с.

234. Сапонова А. В., Куликов С. П. Интеграция опросных данных и цифровых следов: обзор основных методологических подходов // Социология: 4М. 2021. № 53. 117–164.

235. Седов И. А., Саксина Е. В. Формирование проектной модели управления инновационно-инвестиционной деятельностью интегрированных

промышленных структур // Вестник Самарского университета. Экономика и управление. 2020. № 3. С. 123–131.

236. Семашко Н. А. Избранные произведения / Под ред. П. И. Калью. М., 1967. 370 с.

237. Семина Т. В. Социальный конфликт «врач – пациент» в современном российском обществе: объективные причины и субъективные факторы // Вестник Московского университета. Серия 18. Социология и политология. 2016. № 22(1). С. 84–106.

238. Сенотрусова Ю. Е. Кадровая политика в здравоохранении в аспекте кадрового обеспечения системы оказания первичной медико-санитарной помощи. Аналитический обзор // Социальные аспекты здоровья населения. 2024. № 70(S5):24. URL: http://vestnik.mednet.ru/content/view/1691/30/lang,ru/ (дата обращения: 26.04.2025).

239. Сигитова М. А. Уровни социального управления в объектно-целевом разрезе // Ученые заметки «ТОГУ». 2021. Т. 12. № 1. С. 249–254.

240. Сизова И. Л., Хусяинов Т. М. Труд и занятость в цифровой экономике: проблемы российского рынка труда // Вестник Санкт-Петербургского университета. Социология. 2017. № 4. С. 376–396.

241. Сильверман Д., Керц С., Дрейпер Д. и др. Навыки общения с пациентами. М.: Гранат, 2018. 304 с.

242. Симонин П. В., Анохин С. А. Перспективы использования искусственного интеллекта и потенциал цифровизации рынка труда // Труд и социальные отношения. 2023. № 3. С. 39–53.

243. Сквирская Г. П., Волнухин А. В., Резе А. Г. Государственный и частный секторы системы здравоохранения Российской Федерации: от конкурентной борьбы к интеграции и партнерству // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2022. Т. 30. № 2. С. 275–280.

244. Скороходова Л. А., Микушина М. М., Климентьева И. В. Цифровизация системы здравоохранения: социально-экономические аспекты // Управленческий учет. 2022. № 8–2. С. 226–231.

245. Слок В. И. Чем управление отличается от самоорганизации и регуляции? // Евразийское Научное Объединение. 2017. № 2(24). С. 126–127.

246. Соболева М. Е. Саморегулирование в медицине // Научно-практический электронный журнал Аллея Науки. 2020. № 5(44). URL: https://alley-science.ru/domains_data/files/4May2020/SAMOREGULIROVANIE%20V%20MEDICINE.pdf (дата обращения: 06.05.2025).

247. Соколовский С. В. Тело киборга: человек и концепция расширенного организма // Сибирские исторические исследования. 2022. № 2. С. 6–26.

248. Соколовский С. В. Экстенсии как техносоматические сборки: к истории одной идеи // Corpus Mundi. 2020. № 1. С. 15–35.

249. Сорокин П. А. Социальная и культурная динамика / Пер. с англ., вступ.ст. и коммент. В. В. Сапова. М.: Академический проект, 2017. 964 с.

250. Социология пандемии. Проект коронаФОМ / под ред. А. А. Ослона. М., 2021. 319 с.

251. Социология управления: Теоретико-прикладной толковый словарь / Отв. ред. А.В. Тихонов. М.: КРАСАНД, 2015. 480 с.

252. Спенсер Г. Основания социологии: Данные социологии. Индукция социологии. М., 2016. 435 с.

253. Стародубов В. И. Тенденции в состоянии здоровья населения и перспективы развития здравоохранения в России: актовая речь в ГБОУ РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздравсоцразвития России. М., 2012. 30 с.

254. «Стрела времени» в массовом сознании россиян: оценки прошлого, суждения о настоящем, представления о будущем / Под ред. М.К. Горшкова. М.: Весь мир, 2024. 306 с.

255. Судьин С. А. Психическая болезнь в массовом сознании: динамика представлений // Личность. Культура. Общество. 2014. Т. 16, № 1–2(81–82). С. 254–262.

256. Сучков А. П. Некоторые подходы к интеграции аналитических данных существующих и перспективных систем поддержки принятия решений // Системы и средства информатики. 2015. № 25. С. 195–205.

257. Талеб Н. Н. Черный лебедь. Под знаком непредсказуемости. М., 2015. 736 с.

258. Татьяна Амплеева: медсестра — сердце столичного здравоохранения // Московская медицина. 2016. № 4 (11). С. 6–9.

259. Тегенева О. Д. Интегрированная модель управления рисками // Альманах современной науки и образования. 2013. № 4 (71). С. 179–180.

260. Тейлор Ф. Принципы научного менеджмента. М., 1991. 104 с.

261. Темкина А. А. Оплачиваемая забота и безопасность: что продается и покупается в родильных домах? // Социология власти. 2016. № 28(1). С. 76–106.

262. Темницкий А. Л. Мотивационная структура профессиональной деятельности медицинских работников России // Мир России. Социология. Этнология. 2021. № 4. С. 30–52.

263. Тихонов А. В. От социологии менеджмента к социологии управления как научно-исследовательской программе // Социология власти. 2009. № 7. С. 7–16.

264. Тихонов А. В. Философские основания проблемы управления // Философские науки. 2013. Спец. вып. С. 1–61.

265. Тихонова Н. Е., Каравай А. В. Национальный культурный код: морально-нравственный аспект // Вестник Института социологии. 2025. Т. 16. № 3. С. 87–119.

266. Тихонова Н. Е. Социальная политика в современной России: новые системные вызовы // Общественные науки и современность. 2019. № 2. С. 5–18.

267. Томас Т. Л. Рефлексивное управление в России: теория и военные приложения // Рефлексивные процессы и управление. 2002. № 1. С. 71–89.

268. Торин П. А. К понятию «социальная структура» // Знание. Понимание. Умение. 2010. № 1. С. 233–236.

269. Тощенко Ж. Т. Жизненный мир как базовое понятие социологии жизни // Социологические исследования. 2024. № 7. С. 10–22.

270. Тощенко Ж. Т. Прогнозирование, проектирование и планирование в социальном управлении // Социология власти. 2005. № 5. С. 23–45.

271. Тощенко Ж. Т. Социальные резервы труда: актуальные вопросы социологии труда. М.: Политиздат, 1989. 287 с.

272. Улумбекова Г. Э., Худова И. Ю. Оценка влияния новых технологий и изменений в характеристиках пациентов на систему здравоохранения: обзор публикаций и результаты опросов врачей // ОРГЗДРАВ: Новости. Мнения. Обучение. Вестник ВШОУЗ. 2023. № 1 (31). С. 41–56.

273. Уржа О. А. Социальное управление как средство реализации социальной политики: теоретические аспекты обоснования // Материалы Афанасьевских чтений. 2016. № 1 (14). С. 32–39.

274. Урри Дж. Мобильности / пер. с англ. А.В. Лазарева, вступ. статья Н.А. Харламова. М.: Издательская и консалтинговая группа «Праксис», 2012. 576 с.

275. Ушаков Е. В. Паттерны отношений врача и пациента: Социальная роль больного и особенности клинической коммуникации // Развитие науки и общества в современных условиях: Монография. Петрозаводск: «Новая Наука», 2022. С. 454–466.

276. Файоль А. Общее и промышленное управление. М.: Центральный институт труда, 1923. 122 с.

277. Форд Г. Моя жизнь, мой бизнес. С современными комментариями. М., 2021. 547 с.

278. Франчук В. И. Основы общей теории социального управления / Ин-т организационных систем. М., 2000. 180 с.

279. Фролов С. С. Возникновение и развитие правил в практике управления социальными системами // Социологические исследования. 2015. № 3 (371). С. 120–127.

280. Фролов С. С. Восприятие системы власти представителями различных социальных групп // Социология власти. 2012. № 2. С. 102–111.

281. Фролов С. С. Социальная интеграция системных компонентов организации как одна из целей управленческой деятельности // Вестник университета. 2016. № 3. С. 259–264.

282. Фуко М. Рождение клиники. М., 2014. 284 с.

283. Харченко В. С. Путь сотрудника в организации: employee journey map как методология анализа // Всероссийский экономический журнал ЭКО. 2020. №. 12 (558). С. 154–173.

284. Херцберг А. Мотивация к работе. М., Спб., 2007. 240 с.

285. Ходакова О. В., Евстафьева Ю. В., Деев И. А., Кобякова О. С. Система здравоохранения, основанная на ценностях (систематический обзор) // Здравоохранение Российской Федерации. 2023. № 67(1). С. 5–13.

286. Холл Р. Организации: структуры, процессы, результаты. СПб., 2001. 509 с.

287. Холоднюк М. В. Социальное управление: понятие и содержание // Контентус. 2016. № 6 (47). С. 1–5.

288. Хохлов А. Л., Андреенкова А. В., Дмитриева Е. В. и др. Социальные и психологические аспекты внедрения мобильных технологий в клинические исследования // Вестник Российской академии медицинских наук. 2023. № 3. С. 194–207.

289. Хэннан М., Фримен Д. Популяционная экология организаций // Экономическая социология. 2013. № 2. С. 42–72.

290. Царитова К. Г., Морозюк Ю. В. Социальное управление организацией как инновационная модель менеджмента // ТДР. 2011. № 10. С. 30–31.

291. Чернышев Е. В., Калиниченко В. И. Интеграционная модель управления рисками в области медицинского туризма и экспорта медицинских услуг в условиях VUCA-реальности // Менеджмент качества в медицине. 2024. № 1. С. 71–75.

292. Чугров С. В. Post-truth: трансформация политической реальности или саморазрушение либеральной демократии? // Полис. Политические исследования. 2017. № 2. С. 42–59.

293. Шабунова А. А. Здоровьесбережение: баланс ответственности государства и личности // Оздоровление городской среды. 2022. № 1. С. 96–101.

294. Шевский В. И., Шейман И. М. Проблемы формирования интегрированной системы здравоохранения // Вопросы государственного и муниципального управления. 2013. № 3. С. 24–47.

295. Шестопал Е. Б., Зверев А. Л., Селезнева А. В., Смулькина Н. В., Пищева Т. Н., Нестерова С. В. Власть и лидеры в восприятии российских граждан. Четверть века наблюдений (1993–2018) / Отв. ред. книги Е.Б. Шестопал. М., 2019. 656 с.

296. Шишкин С., Потапчик Е., Селезнева Е. Частный сектор здравоохранения в России: состояние и перспективы развития // Вопросы экономики. 2013. № 4. С. 94–112.

297. Шишкин С.В., Темницкий А.Л. Результативность введения эффективного контракта с медицинскими работниками // Экономическая политика. 2020. № 3. С. 176–203.

298. Шкурко Ю. С. Биосоциология и стандартная модель социальных наук: в поисках «золотой середины» // Вестн. Том. гос. ун-та. 2020. № 455. С. 91–96.

299. Шмерлина И. А. Биологическая метафора в социологии: обзор монографии: Biology as Society, Society as Biology: Metaphors / ed. by S. Maasen, E. Mendelsohn, P. Weingart. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1995 // Социологический журнал. 2001. № 4. С. 135–165.

300. Шубрт И., Подвойский Д. Г. Современные социологические теории: как не заблудиться в концептуальном лабиринте? М., 2024. 380 с.

301. Щербина В. В. Социология управления как специальная социолого-регулятивная теория: генезис, рост, перспективы // Социологические исследования. 2020. № 5. С. 56–66.

302. Юдина Е. Н., Мороз Н. А. Категория "жизненный мир" в социологии и литературе // Системная психология и социология. 2018. № 1 (25). С. 110–118.

303. Юсов А. Б. Теория социального управления. LAP, 2012. 90 с.

304. Ядов В. А. Стратегия социологического исследования. Описание, объяснение, понимание социальной реальности. М., Добросвет, 2000. 596 с.

305. Ajzen I. The theory of planned behavior // Organizational Behavior and Human Decision Processes. 1991. № 2(50). P. 179–211.

306. Allsop J. Regaining Trust in Medicine: Professional and State Strategies // Current Sociology. 2006. № 54(4). P. 621–636.

307. Amory S. NFT In Me. Passionpreneur Publishing, 2024. 152 p.

308. Baiganova Zh., Magzumova R., Delellis N., Tulegenova A. SWOT analysis of the human resource management service of medical organizations in Kazakhstan // Journal of Health Development. 2020. № 2 (37). P. 31–36.

309. Beck U. The metamorphosis of the world. Polity Press, 2016. 200 p.

310. Betsch C., Wieler L.H., Habersaat K.; COSMO group. Monitoring behavioural insights related to COVID-19 // Lancet. 2020. № 395(10232). P. 1255–1256.

311. Bhuyan S. S., Sateesh V., Mukul N. et al. Generative Artificial Intelligence Use in Healthcare: Opportunities for Clinical Excellence and Administrative Efficiency // J. Med Syst. 2025. № 16;49(1):10. URL: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11739231/ (accessed: 01.12.2025).

312. Blumer H. Society as Symbolic Interaction // Human Behavior and Social Processes. Routledge, 1962. 696 p.

313. Bodner G. Constructivism: A Theory of Knowledge // Journal of Chemical Education. 1986. № 63(10). P. 873–878.

314. Bogdan I. V., Chistyakova D. P., Aksenova E. I., Kamynina N. N., Bonkalo T. I., Pravednikov A. V. Behavioral Insights Informing the Pandemic Response in the City of Moscow // City Healthcare. 2024. № 5(4). P. 5–24.

315. Böhm R., Betsch C. Prosocial vaccination // Curr. Opin. Psychol. 43, 2022. P. 307–311.

316. Bonell C., Michie S., Reicher S., West R., Bear L., Yardley L., Curtis V., Amlôt R., Rubin G. J. Harnessing behavioural science in public health campaigns to maintain 'social distancing' in response to the COVID-19 pandemic: key principles // J Epidemiol Community Health. 2020. № 74(8). P. 617–619.

317. Borrell-Carrió F., Suchman A.L., Epstein R. M. The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry //Ann Fam Med. 2004. 2(6). P. 576–82.

318. Bourdieu P. Social Space and Symbolic Power // Sociological Theory. 1989. Vol. 7. № 1. P. 14–25.

319. Bridges J. M. Literature review on the images of the nurse and nursing in the media // J Adv. Nurs. 1990. № 15(7). P. 850–854.

320. Brunelli M. V., Maluenda Martinez M., Sarco V., Garcia M., Varas Lantaño C., Gonzalez Luis H. Public Perceptions of Nurses in Argentina. A Cross-Sectional Study // Int Nurs Rev. 2025. № 72(2). e70041.

321. Burke S. E. The doctor-patient relationship: an exploration of trainee doctors' views. Birmingham, 2008. 303 p.

322. Castells M. Communication Power. Oxford: Oxford University Press, 2009. 571 p.

323. Castells M. The Rise of the Network Society, The Information Age: Economy, Society and Culture. Wiley-Blackwell, 2010. 597 p.

324. Charmaz K. Grounded theory: Objectivist and constructivist methods. In The Handbook of Qualitative Research. Edited by N. K. Denzin and Y. Lincoln. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc., 2000. P. 509–525.

325. Colmenares-Roa T., Huerta-Sil G., Infante-Castañeda C., Lino-Pérez L., Alvarez-Hernández E., Peláez-Ballestas I. Doctor–Patient Relationship Between Individuals With Fibromyalgia and Rheumatologists in Public and Private Health Care in Mexico // Qualitative Health Research. 2015. 26(12). P. 1674–1688.

326. Cossio-Gil Y., Omara M., Watson C., Casey J., Chakhunashvili A. et al. The Roadmap for Implementing Value-Based Healthcare in European University Hospitals-Consensus Report and Recommendations // Value Health. 2022 № 25(7). P. 1148–1156.

327. Couper M. P. New Developments in Survey Data Collection // Annual Review of Sociology. 2017. № 43(1). P. 121–145.

328. Dancu V. S. The public image of doctors and illness // Conference: The public image of doctors and illness. 2017. Project: Economia bunurilor imaginare. Sociologia ideologiilor, credintelor colective si superstitiilor la romani. URL: https://www.researchgate.net/publication/320161717_The_public_image_of_doctors_and_illness (accessed: 17.04.2022).

329. Dawe A. The Two Sociologies // The British Journal of Sociology. 1970. Vol. 21. № 2. P. 207–218.

330. Douglas H. R., Normand C. Economic evaluation: what does a nurse manager need to know? // J Nurs Manag. 2005. № 13(5). P. 419–27.

331. Drucker P. The Practice Of Management. Allied Publishers, 1975. 404 p.

332. Dwivedi Y. K., Kshetri N., Hughes L. et al. Opinion Paper: "So what if ChatGPT wrote it?" Multidisciplinary perspectives on opportunities, challenges and implications of generative conversational AI for research, practice and policy // International Journal of Information Management. 2023. № 71. 102642.

333. Emanuel E. J., Emanuel L. L. Four models of the physician-patient relationship // JAMA. 1992. № 267(16). P. 2221–2226.

334. Engel G. L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine // Science. 1977. № 196(4286). P.129–136.

335. Enthoven A. C. Integrated delivery systems: the cure for fragmentation // Am J Manag Care. 2009. № 15(10 Suppl). P. 284–90.

336. Essential Hospitals Institute. Integrated Health Care: Literature Review. Washington, DC: Essential Hospitals Institute; May 2013. 32 p.

337. Exworthy M., Wilkinson E. K., McColl A., Moore M., Roderick P., Smith H., Gabbay J. The role of performance indicators in changing the autonomy of the general practice profession in the UK // Soc Sci Med. 2003. № 56(7). P. 1493–1504.

338. Ferguson W. J., Candib L. M. Culture, language, and the doctor-patient relationship // Fam Med. 2002 № 34(5). P. 353–61.

339. Fiske S. T. Social cognition and social perception. Annual Review of Psychology. 1993. № 44. P. 155–194.

340. Footman K., Roberts B., Mills A., McKee M. Public satisfaction as a measure of health system performance: A study of nine countries in the former Soviet Union // Health Policy. 2013. Vol. 112. P. 62–69.

341. Forrester J. A deeper Knowledge of social systems // Ekistics. 1969. № 168. P. 360–67.

342. Forrester J. W. Industrial Dynamics. Massachusetts, The M.I.T. Press, 1965 (fourth printing). 479 p.

343. Frank A. W. The Wounded Storyteller. Body, Illness, and Ethics, Second Edition. Chicago and London, 2013. 280 p.

344. Fraser N., Honneth A. Redistribution or recognition? A political-philosophical exchange. Verso, 2003. 276 p.

345. Freidson E. Viewpoint: sociology and medicine: a polemic // Sociol Health Illn. 1983. № 5(2). P. 208–219.

346. Gergen J., Josephson E., Coe M., Ski S., Madhavan S., Bauhoff S. Quality of Care in Performance-Based Financing: How It Is Incorporated in 32 Programs Across 28 Countries // Glob Health Sci Pract. 2017. № 5(1). P. 90–107.

347. Gilbert D. T., Pelham B. W., Krull D. S. On cognitive busyness: When person perceivers meet persons perceived // Journal of Personality and Social Psychology. 1988. № 54(5). P.733–740.

348. Giusti E. M., Pedroli E., D'Aniello G.E., Stramba Badiale C., Pietrabissa G., Manna C., Stramba Badiale M., Riva G., Castelnuovo G., Molinari E. The Psychological Impact of the COVID-19 Outbreak on Health Professionals: A Cross-Sectional Study // Front Psychol. 2020. № 10;11:1684. URL: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7366071/ (accessed: 01.12.2025).

349. Goffman I. Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity. New Jersey: Prentice-Hall, 1963. 147 p.

350. Goodyear-Smith F., Buetow S. Power issues in the doctor-patient relationship // Health Care Anal. 2001. № 9(4). P. 449–62.

351. Granberg D., Kasmer J., Nanneman T. An empirical examination of two theories of political perception // The western political quarterly. 1988. Vol. 41. № 1. P. 29–46.

352. Grunow D., Sachweh P., Schimank, U. et al. Social Integration: Conceptual Foundations and Open Questions. An Introduction to this Special Issue // Köln Z Soziol. 2023. № 75 (Suppl 1). P. 1–34.

353. Habersaat K., Fietje N., Koylyu A., Scherzer M., Likki T. Behavioral and Cultural Insights for Better Health: The BCI Unit at WHO Regional Office for Europe / M. Sanders, S. Bhanot, Sh. O' Flaherty (ed.), Behavioral Public Policy in a Global Context. Springer, 2023. P. 315–327.

354. Hadžibajramović E., Schaufeli W., De Witte H. Shortening of the Burnout Assessment Tool (BAT)—from 23 to 12 items using content and Rasch analysis // BMC Public Health. 2022. № 22 (560). URL: https://link.springer.com/article/10.1186/s12889-022–12946-y (accessed: 22.12.2025).

355. Hantrais L., Allin P., Kritikos M. et al. Covid-19 and the digital revolution // Contemporary Social Science. 2020. № 16(2). P. 256–270.

356. Hiefner A. R., Constable P., Ross K., Sepdham D., Ventimiglia J. B. Protecting Family Physicians from Burnout: Meaningful Patient-Physician Relationships Are «More than Just Medicine» // The Journal of the American Board of Family Medicine. 2022. № 35 (4). P. 716–723.

357. Homans G. C. Social Behavior: Its Elementary Forms. Harcourt, Brace & World, 1961. 404 p.

358. Jackson C., Smith S., Aghasaryan A., Andreasyan D., Aregay A. K., Habersaat K. B., Hovhannisyan L., Bogdan I. V., Chistyakova D. P., et al. Barriers and drivers of positive COVID-19 vaccination behaviours among healthcare workers in Europe and Central Asia: a qualitative cross-country synthesis // Humanit Soc Sci Commun. 2023. № 10. P. 1–15.

359. Janowitz M. Sociological Theory and Social Control // American Journal of Sociology. 1975. Vol. 81. № 1. P. 82–108.

360. Kalra B., Agarwal S., Magon S. Holistic care of menopause: Understanding the framework // J Midlife Health. 2012. № 3(2). P. 66–69.

361. Kenrick D. T., Griskevicius V., Neuberg S. L., Schaller M. Renovating the Pyramid of Needs: Contemporary Extensions Built Upon Ancient Foundations // Perspect Psychol Sci. 2010. № 5(3). P. 292–314.

362. LaPiere R. Attitudes vs actions // Social Forces. 1934. № 13. P. 230–237.

363. Latour B. Reassembling the Social: An Introduction to Actor-Network Theory. Oxford: Oxford University Press, 2005. 312 p.

364. Lewandowsky S., Cook J., Ecker U. K. H., Albarracín D., Amazeen M. A. et al. The Debunking Handbook 2020. 2020. URL: https://sks.to/db2020 (accessed: 07.04.2025).

365. Lindsey J. Emergent Introspective Awareness in Large Language Models. Transformer Circuits, 2025. URL: https://transformer-circuits.pub/2025/introspection/index.html (accessed: 01.11.2025).

366. Lindsey J., Gurnee W., Ameisen E. et al. On the Biology of a Large Language Model // Transformer Circuits. 2025. URL: https://transformer-circuits.pub/2025/attribution-graphs/biology.html (accessed: 03.05.2025).

367. Lupton D., Butler E. Generative AI in medicine and public health: an overview and position paper on directions for social research. Sydney: UNSW Centre for Social Research in Health/ ARC Centre for Automated Decision-Making and Society. 2024. URL: http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.4871308 (accessed: 03.05.2025).

368. Macrae N. C., Bodenhausen G. V. Social cognition: Categorical person perception // British Journal of Psychology. 2001. № 92. P. 239–255.

369. Marko J.G.O., Neagu C.D., Anand P.B. Examining inclusivity: the use of AI and diverse populations in health and social care: a systematic review // BMC Med Inform Decis Mak. 2025. № 25(1). URL: https://link.springer.com/article/10.1186/s12911-025-02884–1 (accessed: 01.12.2025).

370. Matthewman S., Huppatz K. A sociology of Covid-19 // Journal of Sociology. 2020. № 56(4). P. 675–683.

371. Mayo E. Social problems of an industrial civilization. Boston, 1945. 172 p.

372. McGregor D. The human side of the enterprise. NY.: McGraw Hill, 2006. 480 p.

373. Mead G. Mind, Self and Society. Chicago, 1962. 437 p.

374. Merton R. On the Shoulders of Giants: A Shandean Postscript Reprinted edition. University of Chicago Press. 1993. 348 p.

375. Michie S., van Stralen M. M., West R. The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions // Implementation Sci. 2011. № 6 (42). URL: https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/1748–5908–6–42 (accessed: 28.03.2025).

376. Moscovici S. The phenomenon of social representations // Social Representations / R.M. Farr, S. Moscovici (Eds.). Cambridge: Cambridge University Press, 1984. P. 3–69.

377. Nater Ch., Zell E. Accuracy of Social Perception: An Integration and Review of Meta-Analyses // Social and Personality Psychology Compass. 2015. № 9(9). P. 481–494.

378. Nilsson E., Garvin P., Festin K. et al. Measuring psychosocial factors in health surveys using fewer items // Health Psychol Open. 2020. № 7(2). URL: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7768575/ (accessed: 31.12.2024).

379. Novack D. H., Plumer R., Smith R. L., Ochitill H., Morrow G. R., Bennett J. M. Changes in physicians' attitudes toward telling the cancer patient // JAMA. 1979. № 241(9). P. 897–900.

380. Olsson C., Kalén S., Ponzer S. Sociological analysis of the medical field: using Bourdieu to understand the processes preceding medical doctors' specialty choice and the influence of perceived status and other forms of symbolic capital on their choices // Adv Health Sci Educ Theory Pract. 2019. № 24(3). P. 443–457.

381. Otaka E., Sato K., Shimotori D., Ninomiya T., Sugimoto N., Nakabo Y., Matsumoto Y., Yoshida T., Kondo I. Longitudinal changes following the introduction of socially assistive robots in nursing homes: a qualitative study with ICF framework and causal loop diagramming // BMC Geriatr. 2024. № 24(1). URL: https://link.springer.com/article/10.1186/s12877-024-05628-4 (accessed: 01.12.2025).

382. Owen R. A New View of Society and Other Writings. London, 1991. 432 p.

383. Parikh P.M., Shah D.M., Parikh U.G. et al. ChatGPT-Preliminary overview with implications for medicine and oncology // Indian J Med Paediatr Oncol. 2023. № 44. P. 377–383.

384. Parsons T. The social system. Routledge, 1991. 403 p.

385. Parsons T. The structure of social action. Illinois, 1949. 835 p.

386. Parsons T. The System of Modern Societies. Prentice-Hall, 1971. 152 p.

387. Petrou L., Mittelman E., Osibona O., Panahi M., Harvey J. M., Patrick Y. A., Leedham-Green K. E. The role of humanities in the medical curriculum: medical students' perspectives // BMC Med Educ. 2021. № 21(1). URL: https://link.springer.com/article/10.1186/s12909-021-02555-5 (accessed: 01.12.2025).

388. Pogfay T., Watthanawisuth N., Pimpao W. et al. Development of Wireless Electronic Nose for Environment Quality Classification // International Conference on Electrical Engineering/Electronics Computer Telecommunications and Information Technology. 2010. P. 540–543.

389. Porter M. E. Value-based health care delivery // Ann Surg. 2008. № 248(4). P. 503–509.

390. Qudah F., Brannon M., McDougall P. Integrated clinical management: a model for clinical integration // Top Health Inf Manage. 1998. № 19(2). P. 1–11.

391. Quill T. E. Recognizing and adjusting to barriers in doctor-patient communication // Ann Intern Med. 1989. № 111(1). P. 51–57.

392. Quill T. E., Brody H. Physician recommendations and patient autonomy: finding a balance between physician power and patient choice // Ann Intern Med. 1996. № 125(9). P. 763–769.

393. Reichheld F. F. The one number you need to grow // Harvard business review. 2003. T. 81. №. 12. P. 46–54.

394. Reuleaux F. The Kinematics of Machinery: Outlines of a Theory of Machines. MCMillan and Co, 1876. 639 p.

395. Ritzer G. Metatheorizing in Sociology // Sociological Forum. 1990. vol. 5. №. 1. P. 3–15.

396. Rogers R. Post-demographic machines / Walled garden. 2009. Amsterdam: Virtueel Platform, 2009. P. 29–39.

397. Saks M. Sociological Theories of Professions: Challenge and Change from a Neo-Weberian Perspective / Handbuch Professionssoziologie. Springer VS, Wiesbaden, 2025. P. 1–14.

398. Sverdlik N., Oreg S. Beyond the individual-level conceptualization of dispositional resistance to change: Multilevel effects on the response to organizational change // Journal of Organizational Behavior. 2023. № 44(7). P. 1066–1077.

399. Shanmugam D., Agrawal M., Movva R., Chen I. Y., Ghassemi M., Jacobs M., Pierson E. Generative Artificial Intelligence in Medicine // Annu Rev Biomed Data Sci. 2025. № 8(1). P. 199–226.

400. Sheiman I., Shevski V. Evaluation of health care delivery integration: the case of the Russian Federation // Health Policy. 2014. № 115(2–3). P. 128–137.

401. Shutzberg M. The Doctor as Parent, Partner, Provider… or Comrade? Distribution of Power in Past and Present Models of the Doctor-Patient Relationship // Health Care Anal. 2021. № 29(3). P. 231–248.

402. Stiegert P., Täuber S., Leliveld, M. C., Oehmichen J. The Stereotype Rub-Off Effect – Organizational Stereotypes Modulate Behavioural Expectations, Expectancy Violation and Punishment After Transgressions // Organizational Behavior and Human Decision Processes. 2021. № 165. P. 127–138.

403. Strauss A.L. et al. Social Organization of Medical Work. Cambridge: Cambridge University Press, 1985. 310 p.

404. Taylor S.E. Asymmetrical effects of positive and negative events: the mobilization-minimization hypothesis // Psychol. Bull. 1991. № 110(1). P. 67–85.

405. Teisberg E., Wallace S., O'Hara S. Defining and Implementing Value-Based Health Care: A Strategic Framework // Academic Medicine. 2020. № 95. P. 682–685.

406. Thomas W. I., Thomas D. S. The Child In America Behavior Problems And Programs. NY., 1928. 583 p.

407. Veatch R. M. A Theory of Medical Ethics. NY.: Basic Books, 1981. 387 p.

408. Vedlūga T., Mikulskienė B. Stakeholder driven indicators for eHealth performance management // Eval Program Plann. 2017. № 63. P. 82–92.

409. Voting: A Study of Opinion Formation in a Presidential Campaign / B.R. Berelson, P.F. Lazarsfeld, W.N. McPhee (Eds.). Chicago: University of Chicago Press, 1954. 395 p.

410. Wallis S.E. Existing and emerging methods for integrating theories within and between disciplines // Journal of Organizational Transformation & Social Change. 2014. № 11(1). P. 3–24.

411. Warran K., Burton A., Fancourt D. What are the active ingredients of 'arts in health' activities? Development of the INgredients iN ArTs in hEalth (INNATE) Framework // Wellcome Open Res. 2022. № 7(10). URL: https://wellcomeopenresearch.org/articles/7–10/v2 (accessed: 01.12.2025).

412. Yaffe M. J., Hovey R. B. & Rodriguez C. Use of patients' unsolicited correspondence to a family doctor to describe and understand valued components of a doctor-patient relationship: A Hermeneutics approach // BMC Fam Pract. 2019. № 20. URL: https://bmcprimcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-019-1024-6 (accessed: 06.04.2025).

413. Zaller J. Information, values, and opinion // The American political science review. 1991. Vol. 85. № 4. P. 1215–1237.

414. Zhang P., Shi J., Kamel Boulos M. N. Generative AI in Medicine and Healthcare: Moving Beyond the 'Peak of Inflated Expectations' // Future Internet. 2024. № 16 (12). URL: https://www.mdpi.com/1999–5903/16/12/462 (accessed: 01.12.2025).

415. Zinn J. O. 'A monstrous threat': how a state of exception turns into a 'new Normal.' // Journal of Risk Research. 2020. 23(7–8). P. 1083–1091.