

УДК 331.54 : 316.422] : 614.23/.25

С.В. Дьяченко¹, О.В. Сысоева¹, Т.В. Дьяченко²

Динамика мотивов профессиональной деятельности медицинских работников в условиях либеральной трансформации здравоохранения РФ

¹Дальневосточный государственный медицинский университет, г. Хабаровск

²Городская клиническая больница № 11, г. Хабаровск

Контактная информация: С.В. Дьяченко, e-mail: ozd_fesmu@mail.ru

Резюме

По мере реализации либеральной трансформации отечественного здравоохранения происходит изменение профессиональных мотиваций производителей медицинских услуг, более 70% которых указывают на несправедливое отношение к ним со стороны пациентов, а также низкий уровень социальной и юридической защиты. Среди значительной части производителей медицинских услуг в структуре мотиваций начинают набирать вес внешние мотивации, а внутренние мотивации, как правило, ослабевают. Среди профессиональных мотиваций ведущее значение приобретают стремление избежать критики со стороны руководителя или коллег, а также стремления избежать возможных наказаний.

Ключевые слова: профессиональная деятельность; трудовая мотивация; медицинский персонал

S.V. Dyachenko¹, O.V. Sysoeva¹, T.V. Dyachenko²

Liberal transformation of healthcare in Russia and dynamics of motivation of professional activity of staff of state medical organizations

¹Far Eastern state medical University, Khabarovsk

²City clinical hospital № 11, Khabarovsk

e-mail: ozd_fesmu@mail.ru

Summary

As the liberal transformation of healthcare in Russia is realized, the professional motivations manufacturers of medical services change, more than 70% of which indicate an unfair treatment of patients by them, as well as a low level of social and legal protection. Among a significant part of medical service providers, in the structure of motivations, external motivations begin to gain weight, and internal motivations tend to weaken. Among professional motivations, the desire to avoid criticism from the head or colleagues, as well as the desire to avoid possible punishments, is of paramount importance.

Key words: professional activity; work motivation; medical staff

Введение

Поставленная Президентом РФ задача охватывает многие стороны нашей жизни, то для оценки успешности ее выполнения требуется особый интегрированный показатель. Сегодня на роль такого показателя все чаще претендует такое понятие как «технологический уклад». Безусловно, благодаря научно-технической революции XX века, были достигнуты невиданные темпы роста мировой экономики за счет внедрения эпохальных инноваций [3]. Специалистами доказано и обосновано, что научно-технический прогресс в частности, инновационный процесс развивается во времени циклично. Основу данного тезиса составили теоретические разработки и выводы известного экономиста Н.Д. Кондратьева, фигурирующие в разработанной им теории, которая получила название «Больших кондратьевских циклов». Основанием данной теории был эмпирический анализ большого числа экономических показателей различных стран мира за длительный промежуток времени – протяженностью в 50-55 лет. В качестве таких базовых показателей Кондратьев использовал индексы цен, государственные долговые бумаги, номинальную зарплату, показатели внешнеторгового оборота, объемы добычи угля, золота и т.д. Каждый экономический цикл характеризуется определенным

уровнем производительных сил, т.е. определенным технологическим укладом [7].

В работе академика РАН С.Ю. Глазьева с соавторами «Эволюция технико-экономических систем: возможности и границы централизованного регулирования» обосновывается идея о том, что Россия начала постепенно входить в шестой технологический уклад [9]. Зарождение шестого технологического уклада датируется примерно 2010 годом. По прогнозам, формирование данного уклада будет происходить до 2020 года, а к 2040 году он вступит в фазу зрелости. Ядром данного технологического уклада являются нанoeлектроника, наноматериалы, наносистемная техника, нанобиотехнологии, в том числе геномная инженерия, информационно-коммуникационные технологии нового поколения (квантовые, оптические компьютеры), когнитивные технологии и т.д. [42].

А пока Россия отстает от экономически развитых стран на годы, а иногда и десятки лет (например, в США уже более 5% производительных сил приходится на шестой технологический уклад). Поэтому Россия вынуждена закупать за рубежом новые технологии, инструменты, продавая сырьё. Таким образом, одной из приоритетных задач для современной России является выход из зависимости от стран запада. Однако говорить о сырьевой модели экономики по отношению к России не совсем справедливо, так как доходы от нефти и газа занимают всего около 16% ВВП. При этом важно различать долю углеводородов в

ВВП (16 %) и долю углеводов в экспорте (от 40 до 50 %).

Наличие того или иного технологического уклада в России в настоящее время можно охарактеризовать следующим образом – отечественное народное хозяйство реализует четвертый технологический уклад в сочетании с третьим и элементами пятого технологического уклада. Шестой технологический уклад и путь к нему в России отчетливо пока не сформирован, а экономически развитые страны продолжают движение вперед [1, 7, 10]. Отставание развития современной России формируется по большинству направлений. За годы либеральных реформ были почти полностью разрушены отрасли гражданского самолетостроения и судостроения, производства отечественной сельскохозяйственной техники, станкостроения и многие другие. Значительные потери понесли отрасли здравоохранения и образования, в либеральной транскрипции – производство медицинских и образовательных услуг. В значительной мере это проявляется в Российской провинции.

Следует отметить, что, либеральные реформы последних лет в организации производства медицинских услуг, проведенные лишь частично, в основном за счёт интенсификации труда медицинского персонала, что формировало снижение доступности бесплатных медицинских

услуг для широких слоев населения, что стало причиной роста заболеваемости, инвалидности и смертности населения. Разочарование в обществе усиливались ещё и тем, что, по существу, взамен старой, потерпевшей крах коммунистической идеологии пришедшие к власти либеральные реформаторы не сформировали новой государственной идеологии. Ее подменили слепое поклонение Западу и культ наживы любой ценой. Такой подход к идеологии не учитывает истории развития россиян, их бытия, традиций, духовности, нравственных ценностей, правил поведения и т.д., словом, идеологии государства. В России, как гласит статья 13 Конституции РФ, «Никакая идеология не может устанавливаться в качестве государственной или обязательной». Эта Конституция признает «идеологическое многообразие» [27]. А, между тем, по нашему мнению, истинные либералы – это граждане, для которых права и свободы простых людей – это ценность, которую необходимо беречь, защищать и развивать. По мнению Президента РФ В.В. Путина, либерализм переживает системный кризис: «Либеральная идея изжила себя. Она стала абсолютом, хотя она и идет вразрез с интересами большей части населения». Это случилось, когда часть общества выступила против иммиграции, открытых границ и мультикультурализма» [25].

Экономически развитые страны, которые проповедуют идеи либерализма, сегодня активно отказываются от конвейеров, из моды вышло стандартное потребление, стали попу-

личными индивидуальность и непохожесть людей, предпочтительными ценностями считались политический плюрализм, культурное многообразие. Современная экономика от серийного, поточного производства начала переходить к мелкосерийному и индивидуальному производству, по соседству с крупными транснациональными корпорациями расцвел малый бизнес и венчурные фирмы, от громоздких бюрократических структур предприятия и учреждения перешли к гибким матричным организациям [53]. Эти тенденции в рамках реализации принципа «от стандартизации к персонализации» стали находить свое отражение в России, в том числе и в сфере производства медицинских товаров и услуг, где идеология индивидуального подхода стала рассматриваться, как наиболее современный путь инновационного развития различных отраслей народного хозяйства, в том числе и в здравоохранении [28, 36, 37, 48].

Попытки продолжения либеральных реформ в поисках «простого» пути, по которому, здравоохранение России и её провинций, в частности Дальневосточного федерального округа (ДФО) догонит и перегонит ушедшие вперед системы здравоохранения стран Азиатско-тихоокеанского региона (США, Японии, Сингапура, Китая, Южной Кореи), а также стран Евросоюза и др. не выдержали

испытания временем, поскольку системный кризис отрасли достиг таких пределов, что без сложных, кропотливых и многолетних усилий кризисных управляющих и рядовых работников медицинских организаций выйти из него не удастся [8, 17, 18, 26, 30]. Причем, в разработке программ выхода из кризиса следует учитывать значительное отставание отечественной медицинской науки и образования, а также изменения внешних и внутренних мотиваций производителей медицинских услуг.

Реформы здравоохранения, образования, науки и других отраслей, важных для общественного благосостояния и опиравшихся до конца XX века главным образом на бюджетное финансирование, вызвали отчасти явное, но больше латентное неприятие со стороны занятых в них профессионалов. Они проводятся по образцу реформ, осуществленных в разных секторах Welfare State на Западе (прежде всего в Западной Европе), во многом копируя их внешние стороны и ценностные обоснования [34]. Вторжение NPM (New Public Management) в разные сектора государства благосостояния и его последствия для соответствующих профессий и профессионализма в странах Запада стали предметом внимательного изучения и осмысления в социологии профессий [29, 43, 49, 50]. В современной России реформы здравоохранения и медицинской науки проводятся в иной институциональной среде, что отрицательно сказывается на их текущих результатах. Возможные последствия либеральных реформ отрасли нуждаются в

осмыслении и формировании альтернативной идеологии их продолжения [20, 26].

И, если медицинская наука, образование и мотивационные основы поведения персонала медицинских организаций (МО) в столицах государства имеет достаточные перспективы формирования программ выхода из системного кризиса охраны здоровья населения, то Российская провинция эти перспективы продолжает терять в опережающем темпе. В частности, в настоящее время сформировался колоссальный разрыв между огромными потребностями Дальнего Востока России в высоком уровне ресурсов здоровья населения и неспособностью социальных институтов трансформировать и привлекать полученные доходы в виде эффективных инвестиций в здоровье подрастающего поколения – будущие интеллектуальные и трудовые ресурсы региона [32, 44]. За годы либеральных реформ ДФО покинуло более 2 млн. его жителей и отток населения в центральные регионы России и за рубеж продолжается. В структуре дальневосточников, покидающих малую родину, более 50% составляют трудоспособные, образованные, креативные, мотивированные молодые люди с высоким потенциалом здоровья и образования [22].

Таким образом, даже, если в ближайшем будущем удастся остановить

бегство жителей Российских провинций в столичные регионы и за рубеж, и попытаться на основе внедрения инновационных технологий сформировать прорыв в сфере опережающего развития промышленности, медицины, образования и т.д., это потребует формирования достаточного уровня человеческого потенциала и значительного числа специалистов с высоким уровнем профессиональных компетенций, мотивированных к достижению высоких результатов труда. К сожалению, снижение количественных и качественных характеристик человеческого потенциала провинций не позволит реализовать прорывных инновационных технологий [18, 19]. Именно в условиях снижения уровня человеческого потенциала и кадрового кризиса важное значение приобретает мотивационные критерии производителей товаров и услуг, особенно в социальной сфере.

По мере реализации либеральной модели реформирования отечественной медицины, в общественном сознании образ врача формируется негативными материалами СМИ и многочисленными сообщениями о врачебных ошибках, проступках и преступлениях [33]. Пациенты воспринимают все просчеты и недоработки либеральной оптимизации здравоохранения как личные проступки врачей и медицинских сестер, с которыми они контактируют непосредственно: очереди в поликлиниках, в сочетании с недостатками стационарного обслуживания пациентов, необходимостью реализации платных услуг и т.п. Отсюда – усиление психологической нагрузки на медицин-

ских работников. Кроме того, персонал МО испытывает информационные перегрузки в связи с интенсивным расширением номенклатуры лекарственных средств и внедрением в медицину новых биотехнологий. Все это, в сочетании с традиционными рисками медицинской профессии дает право говорить о необходимости специальных мер по социальной защите врачей и других производителей медицинских услуг [11, 12, 13, 40]. На протяжении тридцати последних лет значительное внимание уделялось структурным и экономическим новациям в медицине, а содержательные аспекты профессиональной деятельности сотен тысяч медицинских работников были отодвинуты на задний план [6, 26, 35].

Мотивация труда медицинских работников является сегодня одним из важнейших условий эффективного функционирования и развития системы здравоохранения. Обострение проблем в этой сфере не только тормозит ее позитивное развитие, но и приводит к серьезным проблемам кадрового обеспечения этой социально важной отрасли, в частности, низкая заинтересованность в результатах труда, нарушения дисциплины, безответственность – вот далеко не полный перечень проблем, причиной которых является падение уровня профессиональных мотивации врачей. В отечественной психологии, как правило подвергается оцен-

ке влияние внешних и внутренних мотивов, например, в принятии решения о смене рода деятельности в процессе профессионального становления [24, 38].

В то же время отмечаются единичные публикации по избранным аспектам мотивации различных периодов трудовой деятельности, рассматривающие ее, например, в контексте организационного развития [39, 45], однако при этом проблема возрастной динамики соотношения и динамики внутренней и внешней мотивации не выделяется в качестве самостоятельной. В то же время в условиях реального производства товаров и услуг требуется учитывать возрастную динамику мотивации персонала при решении задач повышения эффективности отечественной медицины.

Учитывая выше изложенное, **целью** настоящего исследования является оценка динамики мотивов профессиональной деятельности медицинских работников в условиях либеральной трансформации отечественного здравоохранения.

Материал и методы

Дизайн исследования включал в себя методы оценки мотивов профессиональной деятельности медицинских работников разных возрастных и профессиональных групп [41] в сочетании с полустандартизированным индивидуальным и коллективным интервью [52]. В качестве основного метода исследования использован опросник мотивации трудовой деятельности румынского психолога К. Замфира в

модификации А.А. Реана, применяющиеся для диагностики мотивации профессиональной деятельности [21, 41]. Структурный компонент методики представлен 7 утверждениями, меру согласия с которыми испытуемый должен оценить по пятибалльной шкале.

Всего опрошено в случайно выбранных 8 государственных медицинских организациях Хабаровского края 514 че-

ловек, из них врачей 303 (лиц мужского пола – 69, женского – 234) и 211 среднего медицинского персонала (лиц мужского пола – 5, женского – 206). Исследование проводилось в 5 возрастных группах испытуемых, критерием включения в которые являлся возрастной диапазон (от 18 до 25 лет; от 26 до 34 лет; от 35 до 44 лет; от 45 до 54 лет и старше 55 лет), а также по полу и периодизации развития человека как субъекта труда [24] (Табл. 1).

Таблица 1. Описательные возрастно-половые и профессиональные характеристики групп испытуемых, принявших участие в исследовании

№ группы	Возраст испытуемых	Распределение по профессиональным характеристикам				Наименование периода профессионального развития
		Врачи (абс.)	Врачи (%)	Средний медицинский персонал (абс.)	Средний медицинский персонал (%)	
1 группа	до 25 лет	2	0,66	21	9,95	Стадия адаптации
2 группа	от 26 до 34 лет	38	12,54	7	3,32	Стадия интернализации
3 группа	от 35 до 44 лет	81	26,73	37	17,54	Стадия мастерства
4 группа	от 45 до 54 лет	90	29,70	69	32,70	Стадия авторитета
5 группа	старше 55 лет	92	30,36	77	36,49	Стадия наставничества
Всего		303	100,0	211	100,0	

Обработка полученных результатов (MS-EXEL) позволяет определить преобладающие мотивы профессиональной деятельности медицинских работников и выявить структуру мотивационного комплекса личности респондентов, которая представляет собой соотношение трёх видов мотивации: внутренней (ВМ), внешней положительной (ВПМ) и внешней отрицательной (ВОМ) мотивации.

Обсуждение результатов

Современный врач и средний медицинский работник – это лицо социально ответственное и социально активное, все более осознающее свою системообразующую роль в обществе, а система здравоохранения сверхважная составляющая любого общества, позволяющая сохранять и улучшать человеческий потенциал государства. В этой связи следует

отметить, что человеческий потенциал – главный фактор формирования и развития инновационной экономики и экономики знаний как следующего высшего этапа развития государства. Здоровье человека зависит от генетических и биосоциальных факторов, от условий питания, труда и быта, от общих опасностей. Здоровье общины или местной популяции – от уровня и условий жизни, от дефицита или избытка тех или иных элементов (йода, селена и т.д.) или токсических загрязнений в окружающей природной среде, или от наличия переносчиков заболеваний и т.п. [23]. В последние годы универсальными общемировыми проблемами стали называть такие, которые имеются во всех без исключения странах, но решаются в основном на национальном или региональном уровне [5].

В отечественной медицине, в динамически меняющихся рыночных условиях важное значение приобретает понимание психологии профессии как объекта системного анализа, профессиональной дифференциации с момента оптации до высшего уровня профессиональной зрелости, а также оценки уровня профессиональной социализации, причинно-следственных связей препятствий на пути профессионального становления и развития, а также социологического и психологического сопровождения выбора профессии. Кроме этого, в условиях либе-

ральной трансформации государства и общества важное значение приобретает динамика уровней внутренних и внешних профессиональных мотивов медицинских работников.

Внутренняя (интринсивная) мотивация связана не с внешними обстоятельствами, а с самим содержанием медицинской деятельности, связанной с личностными диспозициями: потребностями, установками, интересами, влечениями, желаниями и др. Это то, что порождается в сознании профессионала самой трудовой деятельностью: понимание ее общественной полезности, удовлетворение, которое приносит результат и процесс труда. Такая мотивация возникает из потребностей самого медицинского работника поэтому на ее основе он трудится с удовольствием, без какого-либо давления извне.

Внешняя мотивация содержит те мотивы, которые находятся за пределами самого работника и труда как такового: заработок, боязнь осуждения, стремление к престижу и т.д.

Внешняя положительная (экстринсивная) мотивация не связана с содержанием определенной деятельности, но обусловленная внешними по отношению к субъекту обстоятельствами. К ней относятся: материальное стимулирование, продвижение по работе, одобрение со стороны коллег и коллектива, престиж, т. е. те стимулы, ради которых человек считает нужным приложить свои усилия. Внешняя отрицательная мотивация – наказания, критика, осуждение, штрафные санкции и т. п.

По мнению специалистов, в оптимальном варианте мотивационного комплекса внутренняя мотивация производителей медицинских услуг имеет наибольшее значение по сравнению с другими компонентами, при том, что внешняя положительная мотивация в рыночных условиях имеет определенное значение, но её показатели у медицинских работников все-таки должны быть ниже, чем у внутренней отрицательной мотивации (**ВМ** > **ВПМ** > **ВОМ**). Такое понимание соотношения составляющих мотивационного комплекса производителей медицинских услуг основывается на представлениях А.Н. Леонтьева об иерархии мотивов:

«...смыслообразующие мотивы всегда занимают более высокое иерархическое место, даже если они не обладают прямой аффектогенностью» [31].

Проблемы повышения профессиональной мотивации медицинских работников являются важнейшей функцией управления здравоохранением. Без их решения вряд ли возможно реальное улучшение качества и культуры оказания медицинской помощи населению, а также повышение эффективности деятельности, как отдельных медицинских организаций, так и отрасли в целом на основе рационального использования финансовых, материальных и кадровых ресурсов. Исследование профессиональной группы

врачей и медицинских сестер представляет междисциплинарный интерес, реализуемый в последнее время в области медицинских, социологических, юридических, экономических и психологических наук [51]. Актуальность проблемы обусловлена невысокой эффективностью реализации национальных проектов в области здравоохранения и профессионального медицинского образования, требующих учета изменения профессиональных мотиваций производителей медицинских услуг и серьезных экономических затрат.

По результатам индивидуальных и коллективных интервью медицинских работников, формируется вывод о том, что ресурс в решении проблемы повышения доступности, качества и безопасности оказания медицинской помощи населению Хабаровского края в определенной мере исчерпан. Это связано с изменением взаимоотношений медицинских работников и широких слоев дальневосточников. Медицинские работники указывают на рост негативных публикаций в СМИ, где во всех отрицательных результатах либеральных реформ отечественного здравоохранения (кадровый кризис, бесконечные очереди в поликлиниках и больницах, отсутствие свободных коек в круглосуточных стационарах, длительное ожидание бригад СМП при состояниях угрожающих жизни пациентов и т.п.) обвиняются рядовые работники системы – врачи, медицинские сестры, фельдшеры, лаборанты, регистраторы и др. К мнению журналистов присоединяются представители управляющих

структур региона. Между тем, по мнению респондентов, уровень вознаграждения за беззаветное служение обществу большинства медицинских работников не соответствует затрачиваемым усилиям. Обещанный указами Президента РФ В.В. Путина 2012 года уровень оплаты труда возможен только при условии выполнения реальной трудовой недельной нагрузки более 70-80 часов в неделю (работа на 1,5 и более штатных ставок).

В последние годы по мнению опрошенных медицинских работников им приходится сталкиваться с новым уровнем и новыми формами контроля и регламентации своей работы из внешнего контура профессионального сообщества. Через реализацию системы электронной записи и ужесточения нормативов временных затрат на одного пациента, через осуществление более жесткого регулирования ритма работы конвейере по производству медицинских услуг. Интенсивность работы с пациентами и ее содержание регулируются не только внешними временными рамками, но и давлениями внутри этих временных рамок, прежде всего внедрением в производство медицинских услуг громоздкой и детализированной, чем раньше, отчетной документации, связанной в том числе с финансовой и иной ответственностью. При невозможности уложиться в эти нормативы производители, чаще всего врачи, попа-

дает в ситуацию, когда интересы оказания медицинской помощи пациентам требуют от них продолжения обслуживания во внеурочное время.

В структуру производства услуг медицинских работников привносятся, кроме того, новые функциональные ограничения: ограничения в осуществлении диагностики (протоколы) и лечебных назначений (технологические стандарты, категоризации оплачиваемых по ОМС услуг, регламентация условий госпитализации, перечни лекарств и т.п.), ограничения в возможностях временной организации оказания медицинской помощи с индивидуальными случаями (ограничение времени приема, трудности с назначением повторных приемов, невозможность контроля над скоростью прохождения пациентов через комплексы требуемых обследований и т.п.). Сегодня формируются тенденции, указывающие на то, что по мере реализации изменение критериев оценки количественных и качественных результатов труда медицинских работников, смещение этих критериев в сторону увеличения объема и сложности отчетности по навязанным извне учетным формам, нормативам и классификаторам. На этом фоне внутри медицинских организаций наблюдается рост численности представителей управленческих структур, утверждаются более жесткие формы административной власти над непосредственными производителями медицинских услуг.

Опрошенные нами в 2018-2019 гг. медицинские работники не чувствуют себя соци-

ально и юридически защищенными. В частности, в ходе реализации коллективных и индивидуальных интервью задавался вопрос о том, от каких профессиональных угроз медицинским работникам требуется защита. Ответ на заданный вопрос концентрировался на том, что более 70% респондентов указали на несправедливое отношение к ним со стороны пациентов, три четверти респондентов не устраивает низкий уровень оплаты труда, а более половины из них считают, что не могут выполнять свои профессиональные обязанности из-за отсутствия необходимого оборудования. Дополняют полученные данные мнение более чем половины опрошенных не чувствуют себя защищенными от возможной физической агрессии со стороны пациентов и из родственников.

В сложившейся ситуации в отечественной медицине следует отметить, что подлинная вовлеченность в деятельность МО и удовлетворенность медицинского персонала от процесса производства предполагают наличие и активизацию именно внутренней мотивации, т.е. «Внутренние мотивы не даны нам для непосредственного наблюдения; при выявлении и оценке внутренних мотивов мы опираемся на свое собственное ощущение или мнение». В то время как «внешние причины можно наблюдать, обсуждать, оценивать» [16].

В тоже время, по мере реализации рыночных механизмов в отечественной медицине наблюдается рост интенсивности реализации внешней мотивации, осуществляемой по инициативе управляющих структур, внутренняя мотивация профессионалов, как правило, ослабевает [4, 45, 46]. Для уточнения психологического контента в области рассматриваемых проблем требуется уточнение методологического инструментария оценки психологии мотиваций медицинских работников. Это позволяет изучить психологические параметры социальных ролей основных производителей медицинских услуг в системе здравоохранения, особенно в первичной медико-санитарной помощи [2].

В настоящее время мы являемся свидетелями того, что внешние мотивации (зарплата, премии, престиж и т.п.) не всегда побуждают врача и медицинскую сестру повышать интенсивность и качество результатов труда. Проблемы повышения трудовой мотивации носят системный характер и требуют комплексного подхода при их решении, в том числе с точки зрения формирования синдрома профессионального выгорания, защиты социальных прав медицинских работников и др. [14, 15]. Трансформация профессионализма в отечественной медицине, вызванной либеральной реформой российского здравоохранения и связанным с ней ценностным конфликтам является отражением реализации рыночных механизмов в организацию медицинской помощи населению. Содержание и результаты рыноч-

ных реформ в отечественной медицине воспринимаются врачами и средним медицинским персоналом, как посягательство на базовые ценности профессии и права пациентов. Дискуссии о ценностных конфликтах, не ограничиваются чистой риторикой и идеологией реформ отечественной медицины, а имеют серьезные практические импликации, проявляясь в разных деталях медицинской помощи как навязанные ценностные выборы между линиями действия профессионалов-медиков, соответствующими традиционным ценностям профессии и несовместимыми с ними [34].

Мотивация труда может быть оценена в различных ситуациях: в повседневной работе в своей профессиональной сфере, при выборе профессии, выборе места работы. В настоящее время выделяют две группы теорий мотивации: содержательные теории мотивации, в основе которых лежит анализ потребностей человека, которые заставляют людей действовать определенным образом (в основе содержательных теорий мотивации лежат работы А. Маслоу, Ф. Герц-

берга и Д. Мак Клеелланда) и процессуальные теории мотивации, которые отражают изучение когнитивных особенностей восприятия и интерпретации информации и познания людей (в основе процессуальных теорий мотивации лежат работы В. Врума, Дж. Адамса, Портера-Лоулера, теория Х и теория Y Мак Грегора). Если содержательные теории основное внимание уделяют анализу потребностей, лежащих в основе мотивации, то процессуальные теории фокусируются на том, как человек прилагает усилия для достижения целей и какой выбирает при этом тип поведения. Процессуальные теории мотивации в менеджменте занимают особое место, так как тесно связаны с управлением персоналом.

В современной России, как и в мировой практике, в отрасли здравоохранения формируется стабильный дефицит кадров, что повышает уровень интенсивности труда медицинских работников. Что находит своё подтверждение в результатах наших исследований (табл. 2). Согласно статье 91 трудового кодекса РФ нормальная продолжительность рабочего времени не может превышать 40 часов в неделю [47]. В реальной ситуации медики работают намного больше.

Таблица 2. Интенсивность труда медицинских работников, подвергнутых анкетированию

Категории медицинского персонала	Нагрузка на 1 ставку	Нагрузка на 1,5 ставки	Нагрузка более, чем на 1,5 ставки
Врачи (303)	5,61% (n=17)	74,26%(n=225)	20,13% (n=61)
Средний медицинский персонал (211)	3,32% (n=7)	19,43% (n=41)	77,25 % (n=163)

В нашем примере из 303 опрошенных врачей внутренним совместитель-

ством заняты 275 человек, а внешним – 60. Из 211 опрошенных лиц среднего медицинского

персонала внутренним совместительством заняты 200 человек, а внешним – 164 человека.

В основу профессиональной мотивации врачей в отечественной и зарубежной психологии положен системно-структурный подход, который наиболее полно реализуется с позиции принципа единства сознания и деятельности. На основании данного подхода, у врачей саморазвивающаяся и самообразующаяся система психической регуляции деятельности влияет и воздействует на все сферы психической активности. При изучении профессиональной деятельности следует рассматривать их деятельность как достижение цели, которая является системообразующим фактором. Подлинная вовлеченность в производство медицинских услуг и удовлетворенность от этого процесса во врачебной среде предпола-

гают наличие и активизацию именно внутренней мотивации.

По данным исследований 2000-2014 гг. среди главных мотивов труда врачей в России стабильно лидировали профессиональные ценности – интерес к работе и альтруизм (эмпатия и помощь больному), а также возможность заработать деньги на жизнь [46]. Выбор этих трех мотивов был характерен для более 2/3 респондентов. За этой тройкой с немалым отрывом следовал мотив из области социальных связей – 1/3 респондентов указывала на возможность помочь близким и себе в сохранении здоровья.

Однако по мере внедрение в общественное сознание идеологии рынка среди значительной части практикующих врачей в структуре мотиваций начинают набирать вес внешние мотивации (в виде вознаграждения за результаты труда, а внутренняя мотивация, как правило, ослабевает (Табл. 3).

Таблица 3. Мотивация профессиональной деятельности врачей, подвергнутых анкетированию (баллы)

Возраст испытуемых	до 25 лет	от 25 до 34 лет	от 35 до 44 лет	от 45 до 54 лет	старше 55 лет	Всего
Внутренние мотивы (ВМ)	4,25±0,75	3,80±0,07	3,75±0,07	3,92±0,05	3,75±0,05	3,94±0,03
Внешние положительные мотивы (ВПМ)	3,83±0,83	4,25±0,04	4,16±0,04	3,92±0,03	4,16±0,04	3,96±0,02
Внешние отрицательные мотивы (ВОМ)	3,75±0,75	4,41±0,08	4,06±0,05	4,15±0,06	4,06±0,07	4,15±0,03

Говоря о внутреннем типе мотивации, следует отметить то, что для личности врача теоретически она должна иметь ведущее значение с момента выбора медицинской профессии. Однако теоретические предпосылки в нашем исследова-

нии не оправдываются, поскольку высокий уровень внутренних мотиваций сохраняется в возрастной группе до 25 лет (стадия профессиональной адаптации) – 4,25±0,75 балла, затем значительно снижается и достигает 3,75±0,05 балла в возрастной группе врачей

старше 55 лет (стадия профессионального наставничества). Что же относительно врачей возрастной группы от 25 до 54 лет включительно (стадии профессиональной интернализации, мастерства и авторитета), то уровень внутренних мотиваций у них достаточно низкий – от $3,75 \pm 0,07$ до $3,92 \pm 0,05$ балла. Эта возрастная группа врачей представляет в кадровой структуре современных МО в среднем более 55-70%, т.е. именно они определяют обеспечение приемлемого уровня доступности, качества и безопасности производимых медицинских услуг. В этой возрастной группе профессионалов начинают преобладать внешние мотивации деятельности (социальный престиж, уровень зарплаты и т.д.). Уточнение вопросов, связанных с мотивациями врачей всех возрастных групп показывает, что средний уровень внешних отрицательных мотиваций является преобладающим – $4,15 \pm 0,03$ балла, против $3,94 \pm 0,03$ балла внутренних мотиваций и $3,96 \pm 0,02$ внешних положительных мотиваций.

В тоже время анализ мотивов трудовой деятельности врачей позволяет выявить широкий спектр различий по составу и по силе выраженности каждого мотива в разных возрастных группах. Динамика мотивации трудовой деятельности на протяжении профессионального пути врача имеет неравномерный и гетерохронный характер, отражая тем самым

«одну из фундаментальных закономерностей развития психики в онтогенезе» [39]. Наблюдение за внешними мотивациями практикующих врачей указывают на то, что внешние положительные мотивы, несомненно, более эффективны и более желательны со всех точек зрения, чем внешние отрицательные мотивы. Оптимальным вариантом соотношения внутренних и внешних мотиваций представляется некий «нормативный» мотивационный комплекс для профессии врача ($BM > BПМ > BOM$) [4].

По результатам исследования мотиваций врачей в Хабаровском крае, это соотношение не столь однозначно (рис. 1). В частности, в возрастной группе врачей до 25 лет внутренние мотивации выше внешних положительных и внешних отрицательных мотиваций. По мере повышения возрастной категории респондентов, стажа работы по избранной специальности и роста профессионального мастерства приоритетными становятся внешние мотивации с преобладанием внешних отрицательных мотиваций (стремление избежать критики со стороны руководителя или коллег и стремление избежать возможных наказаний или неприятностей).

Особый интерес вызывает возрастная группа практикующих врачей старше 55 лет, поскольку руководители трудовых коллективов в дореформенные времена на них рассчитывали, как на наставников молодых специалистов. При уточнении данного вопроса выявлена следующая тенденция – к сожалению

возрастные врачи не очень охотно передают свой опыт молодым специалистам и отказываются от функций наставничества. Среди барьеров к наставничеству называются такие не привлекательные

условия, как отсутствие дополнительной оплаты за наставничество, затрата большого количества времени, выращивание конкурентов, которые впоследствии занимают рабочие места опытных, но возрастных врачей.

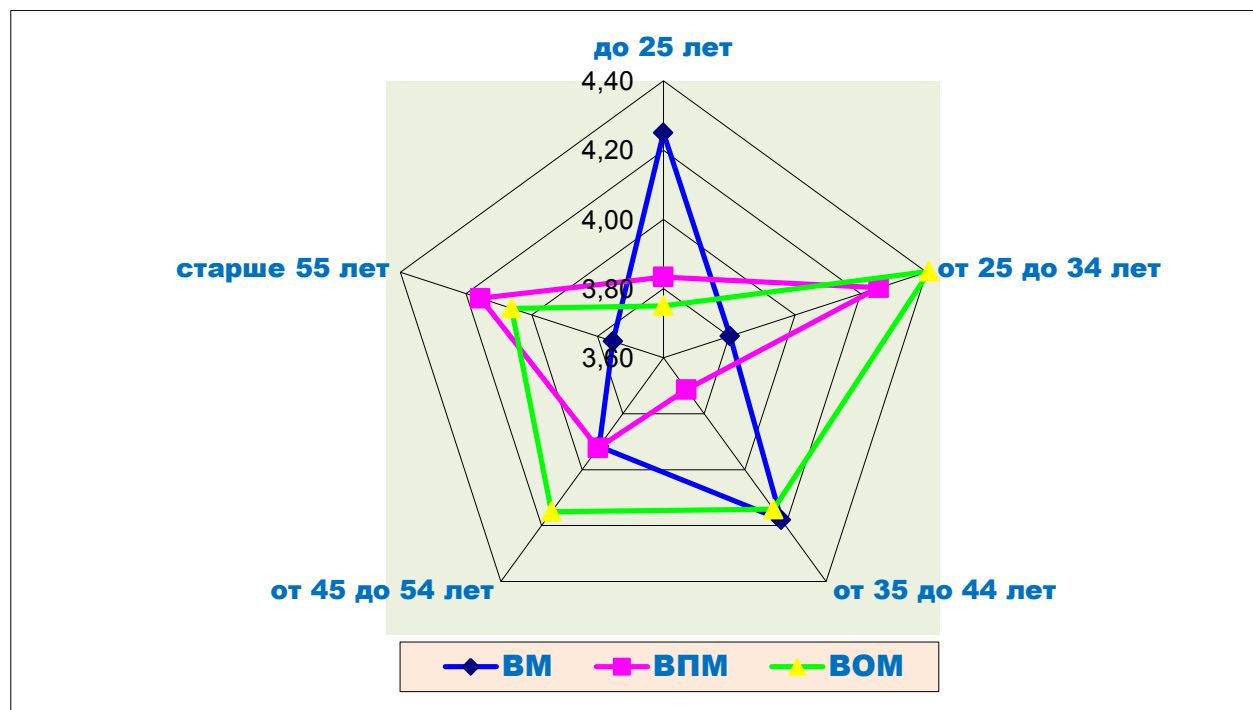


Рис. 1. Соотношение внутренних, внешних положительных и внешних отрицательных мотиваций врачей различных возрастных групп.

Анализ мотиваций врачей с позиции образования объединяющих групп фактор, характеризующих профессию в целом, позволяет выделить сочетание трех мотивов труда: денежного аспекта, профессионального интереса и стремления помочь пациентам. Этой группе врачей, которые составляют $\frac{2}{3}$ респондентов присуще сочетание, как духовных, так и материальные профессиональных мотивов.

Особенности производства медицинских услуг предусматривает сочетание труда врачей и среднего медицинско-

го персонала. Причем уровень трудового вклада среднего медицинского персонала (их численность в разы превышает число врачей), в общие достижения производственного комплекса – обеспечение доступности, качества и безопасности медицинской помощи пациентам, равнозначен вкладу практикующих врачей. В рыночных условиях система мотивации среднего медицинского персонала представляет собой совокупность систем нематериального и материального стимулирования, включая в себя систему прямой материальной мотивации (система оплаты труда), систему косвенной материальной мотивации и систему нема-

териальной мотивации. С целью совершенствования системы мотивации медицинского персонала в условиях рынка следует группировать специалистов по трем основным признакам – типу мотивации, уровню мотивированности и оценке трудового потенциала. Именно такой подход позволяет выбрать адекватные методы мотивации медицинских

сестер, обеспечивающий достижение адекватных результатов деятельности медицинской организации.

Изучение мотивации профессиональной деятельности средних медицинских работников в пяти основных возрастных группах позволяет уточнить уровень внутренних, внешних положительных и внешних отрицательных мотиваций (Табл. 4).

Таблица 4. Мотивация профессиональной деятельности средних медицинских работников, подвергнутых анкетированию (баллы)

Возраст испытуемых	до 25 лет	от 25 до 34 лет	от 35 до 44 лет	от 45 до 54 лет	старше 55 лет	Всего
Внутренние мотивы (ВМ)	4,02±0,13	3,14±0,09	2,93±0,10	2,97±0,06	3,39±0,07	3,23±0,04
Внешние положительные мотивы (ВПМ)	4,29±0,14	4,86±0,07	3,87±0,09	3,90±0,03	3,57±0,05	3,85±0,04
Внешние отрицательные мотивы (ВОМ)	4,05±0,13	4,00±0,19	3,93±0,10	4,09±0,07	4,40±0,06	4,17±0,04

Анализ результатов мнений респондентов показал, что в возрастном аспекте наблюдается превалирования наиболее высокого уровня мотиваций в возрастной группе до 25 лет ВМ (4,02±0,13); ВПМ (4,29±0,14); ВОМ (4,05±0,13). В последующие возрастные периоды динамика внутренних мотиваций достоверно снижается от 4,02±0,13 балла в возрастной группе до 25 лет до 2,93±0,10 балла в возрастной группе от 35 до 44 лет ($p \leq 0,05$). Внешние положительные мотивации средних медицинских работников имеют схожую возрастную динамику, кроме возрастной группы от 25 до 34 лет, где её уровень достигает 4,86±0,07 балла. При уточнении профессиональных мотивов в этой возрастной группе отчетливо

выявились превалирующие мотивации в виде стремления к росту заработной платы и карьерному росту, что в свою очередь связано с ожиданиями роста уровня оплаты труда, потребность в достижении социального престижа и уважения со стороны других сотрудников медицинской организации имеет аналогичное направление мотивов, поскольку в рамках вариантов «бригадного подряда» уровень доплат и надбавок к основной заработной плате довольно часто зависит от их мнения. Что же относительно внешних отрицательных мотивов (стремления избежать критики со стороны руководителя или коллег, а также стремления избежать возможных наказаний или неприятностей), то они доминируют во всех возрастных группах опрошенных средних

По результатам исследования мотиваций среднего медицинского персонала

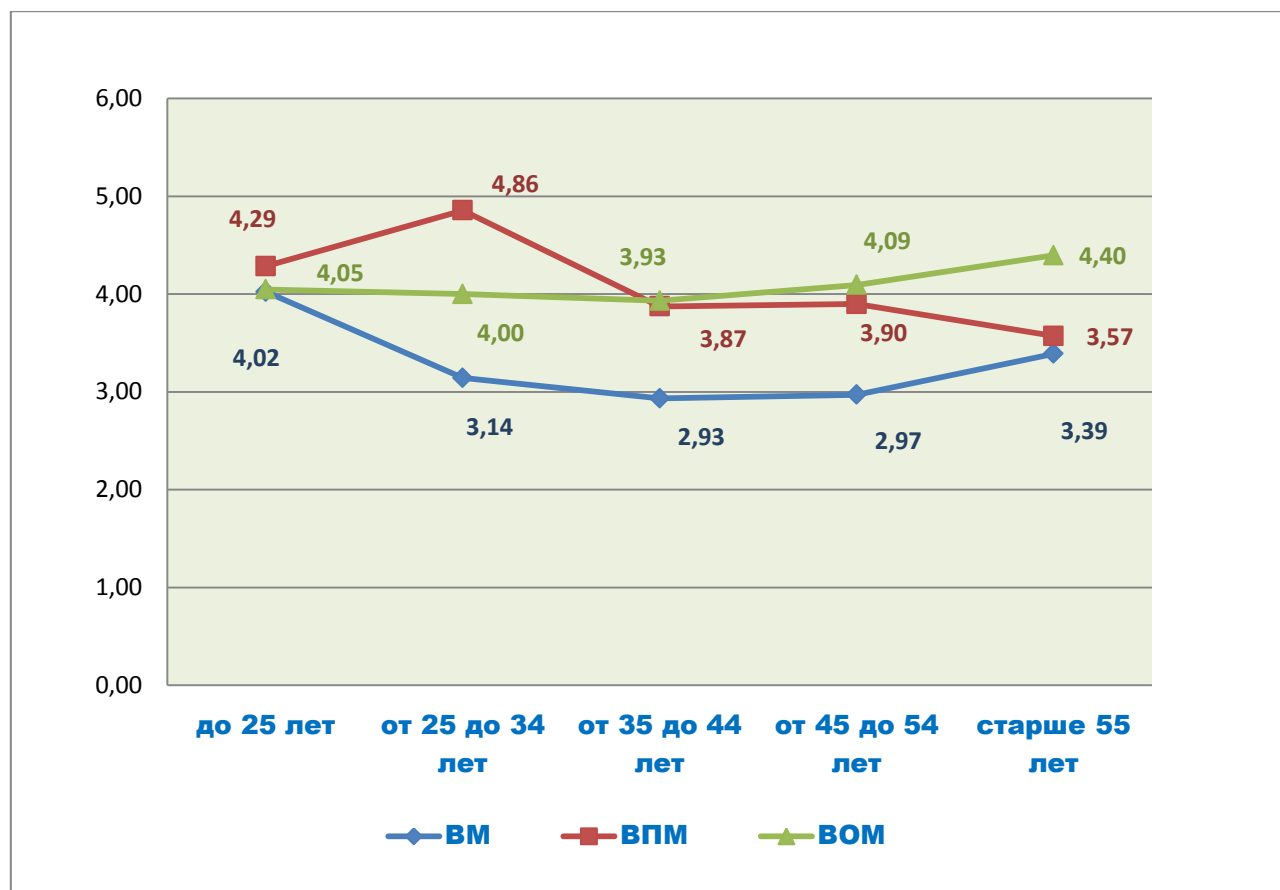


Рис. 2. Соотношение внутренних, внешних положительных и внешних отрицательных мотиваций медицинских сестер различных возрастных групп.

В частности, у опрошенных медицинских сестер наблюдался самый низкий уровень внутренних мотиваций (ВМ $3,23 \pm 0,04$ балла), уровень внешних положительных мотиваций был значительно выше (ВПМ $3,85 \pm 0,04$ балла, а уровень внешних отрицательных мотиваций превалировал у респондентов (ВОМ $4,17 \pm 0,04$ балла) ($p \leq 0,05$). Причем последние имели тенденцию к росту по мере увеличения возраста и стажа работы среднего медицинского персонала.

При сравнении результатов анализа и оценки различий в характеристиках мотивов у испытуемых врачей и среднего медицинского персонала пяти возрастных групп были получены разнонаправленные данные. В частности в мотивациях врачей и среднего медицинского персонала были выявлены сходства: по направлениям денежного заработка; стремления к продвижению по службе; стремления избежать критики со стороны руководителя и коллег и стремления избежать возможных наказаний или неприятностей. Параллельно

были выявлены различия мотиваций между исследуемыми группами медицинских работников по следующим параметрам: потребность в достижении социального престижа и уважения со сто-

роны других; удовлетворение от самого процесса и результата работы и возможность наиболее полной самореализации именно в данной деятельности (Рис. 3).

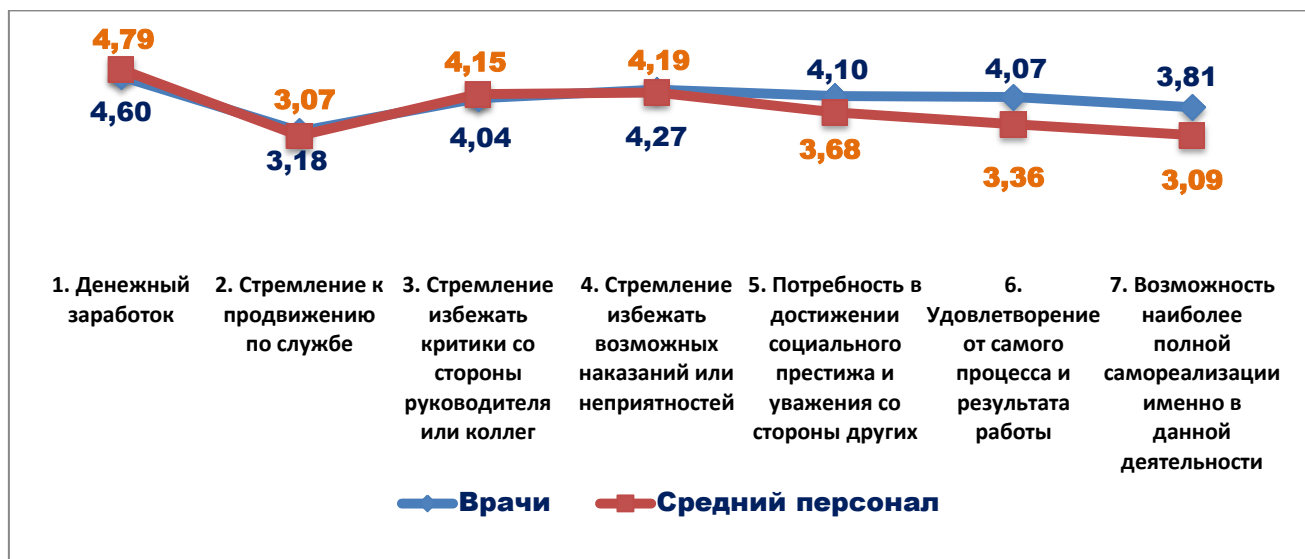


Рис. 3. Результаты анализа различий в возрастной динамике характеристики мотиваций у испытуемых врачей и среднего медицинского персонала.

В сложившейся практике исследования мотиваций производителей социальных (медицинских) услуг сформировались определенные взгляды на параметры мотивационного комплекса у врачей и среднего медицинского персонала. В профессиональной группе врачей этот комплекс представляет собой следующий тип сочетания мотиваций: $BM > BПМ > BOM$ и считается оптимальным.

Мотивационный комплекс среднего медицинского персонала отличается от врачей снижением внутренней мотивации и повышением внешней отрицательной мотивации: $BM = BOM > BПМ$. У врачей в большей степени выражена внутренняя мотивация, более важными являются мо-

тивы наиболее полной самореализации в трудовой деятельности, стремление к продвижению по службе. Для среднего медицинского персонала характерны более высокие значения внешней отрицательной мотивации, а также значимость таких мотивов, как стремление избежать критики со стороны руководителя или коллег, возможных наказаний или неприятностей, достижение социального престижа и уважения со стороны других работников [4, 16, 38, 46].

При исследовании мотиваций производителей медицинских услуг в государственных медицинских организациях Хабаровского края нами получены следующие варианты мотивационных комплексов (Табл. 5).

Как у врачей, так и у среднего медицинского персонала лидировал мотивационный комплекс $BOM > BПМ > BM$ – $18,81 \pm 2,25\%$ и $31,28 \pm 3,19\%$ соответственно, хотя распространение этого мотивационного комплекса в среде среднего медицинского персонала было достовер-

но выше, чем в врачебной среде ($p < 0,05$).

Второе место в обеих профессиональных группах занимал мотивационный комплекс $BM > BПМ > BOM$ – $12,87 \pm 1,92\%$ и $2,37 \pm 1,05\%$ соответственно, а его распространение в среде респондентов врачей было достоверно выше, чем в среде респондентов представителей среднего медицинского персонала ($p < 0,05$).

Таблица 5. Мотивационные комплексы BM - $BПМ$ - BOM у обследованных врачей и средних медицинских работников Хабаровского края (абс., %)

Мотивационные комплексы	Врачи ($n=303$)%, $p \pm m$	Средний медицинский персонал ($n=211$) %, $p \pm m$	p
$BM > BПМ > BOM$	$12,87 \pm 1,92$	$2,37 \pm 1,05$	$p < 0,05$
$BM = BПМ > BOM$	$1,32 \pm 0,66$	$0,00 \pm 0$	$p > 0,05$
$BOM > BПМ > BM$	$18,81 \pm 2,25$	$31,28 \pm 3,19$	$p < 0,05$
$BOM = BПМ = BM$	$6,27 \pm 1,39$	$0,95 \pm 0,67$	$p > 0,05$
$BM = BПМ < BOM$	$7,59 \pm 1,52$	$1,90 \pm 0,94$	$p < 0,05$

Таким образом, предполагаемого преобладания внутренних мотивов трудовой деятельности медицинского персонала над внешними в результатах нашего исследования не было выявлено, что указывает на то, что в условиях либеральной (рыночной) трансформации отрасли здравоохранения в провинции прослеживается рост роли внешних отрицательных мотивов по сравнению с внутренними и внешними положительными мотивами.

Заключение

В ходе реализации коллективных и индивидуальных интервью производителей медицинских услуг в Хабаровском крае более 70% респондентов указали на несправедливое отношение к ним со сто-

роны пациентов и низкий уровень социальной и юридической защиты. Исследование профессиональных мотиваций врачей и среднего медицинского персонала указывает на то, что, по мере внедрения в общественное сознание идеологии рынка среди значительной части производителей медицинских услуг в структуре мотиваций начинают набирать вес внешние мотивации, а внутренние мотивации, как правило, ослабевают. Как у врачей, так и у среднего медицинского персонала лидировал мотивационный комплекс $BOM > BПМ > BM$ – $18,81 \pm 2,25\%$ и $31,28 \pm 3,19\%$, а второе место в обеих профессиональных группах занимал мотивационный комплекс $BM > BПМ > BOM$ – $12,87 \pm 1,92\%$ и $2,37 \pm 1,05\%$ соответственно. Представляется, что сложный компонентный состав мотивации профессиональной деятель-

ности производителей медицинских услуг может предопределять направления для последующих исследований, расширяющих и углубляющих понимание особенностей рассматриваемого конструкта.

Список литературы

1. Авербух В.М. Шестой технологический уклад и перспективы России (краткий обзор) // Наука. Инновации. Технологии. 2010. №71. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/shestoy-tehnologicheskij-uklad-i-perspektivy-rossii-kratkiy-obzor>.
2. Айвазян Ш.Г., Доника А.Д., Элланский Ю.Г. Общая врачебная практика как предмет исследования социологии медицины: монография. – М.: Издательский дом Академии Естествознания, 2017. – 116 с.
3. Акаев А., Рудской А. Синергетический эффект МВГС-технологий и мировой экономический рост в первой половине XXI века. // ЮРИУ РАНХиГС при Президенте РФ и ИЭП им. Е.Т. Гайдара. Экономическая политика - №2. 2014/ М., под ред. В.А. Мау. С. 25.
4. Баймуратов Т. Р., Еникеева А. М., Насретдинова Л. М., Хусаенова А. А. Мотивация профессиональной деятельности медицинского персонала // Педагогическое мастерство: материалы X Междунар. науч. конф. (г. Москва, июнь 2017 г.). — М.: Буки-Веди, 2017. — С. 5-6.
5. Венедиктов Д.Д. Системный кризис здравоохранения. Ж. Экономические стратегии. 2014. № 7-8. - Режим доступа: URL: <http://www.inesnet.ru/2014/07/sistemnyj-krizis-zdravooxraneniya>.
6. Вильк М.Ф., Комаров Ю.М. Бремя перемен. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. 592 с.
7. Гвоздикова Н. К. Россия на пути шестого технологического уклада // Научно-методический электронный журнал «Концепт». – 2016. – Т. 34. – С. 31–33. - Режим доступа: URL: <https://e-koncept.ru/2016/56716.htm>.
8. Герасимов Г.А. Уроки истории: к столетнему юбилею доклада Флекснера // КЭТ. 2012. №4. Режим доступа: URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/uroki-istorii-k-stoletnemu-yubileyu-doklada-fleksnera>.
9. Глазьев С.Ю. Битва за лидерство в XXI веке. Россия-США-Китай. Семь вариантов обозримого будущего. – М.: Книжный мир, 2017. – 352 с.
10. Гончарова М.П. Развитие технологических укладов в России и их влияние на национальную экономику // Электронный вестник Ростовского социально-экономического института. 2015. №3-4. Режим доступа: URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/razvitie-tehnologicheskikh-ukladov-v-rossii-i-ih-vliyanie-na-natsionalnuyu-ekonomiku>.

11. Гребенюк М.О. Медицинские ассоциации как субъекты защиты прав врачей// Юридическое и деонтологическое обеспечение прав российских граждан на охрану здоровья. Иваново-Владимир. Изд-во «Талка». 2008 - 0,3 п.л.
12. Гребенюк М.О. Социальные права медицинских работников. Волгоград. ВолГМУ. 2009 - 1,3 п.л.
13. Гребенюк М.О., Андреев Ю.М. Роль профсоюзов медицинских работников в защите их прав// Правовые и социально-экономические проблемы современной России. Пенза. 2008 - 0,3 п.л.
14. Доника А.Д. Синдром профессионального выгорания как маркер этических проблем современной медицины // Биоэтика. – 2009. – № 1. – С. 28-31.
15. Доника А.Д., Толкунов В.И. Альтернативы принятия решений в медицинской практике: правовые нормы и этические дилеммы // Биоэтика. – 2010. – Т. 1. № 5. – С. 57-59.
16. Дубовицкая Т.Д. Диагностика мотивации профессиональной деятельности // Современные наукоемкие технологии. – 2016. – № 3-1. – С. 128-132. Режим доступа: URL: <http://top-technologies.ru/ru/article/view?id=35705>.
17. Дьяченко В.Г. Кадровый кризис, как причина провала реформ здравоохранения региона // Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. - 2015. - №2. Режим доступа: URL. <http://www.fesmu.ru/voz/20153/2015303.aspx>.
18. Дьяченко В.Г. О некоторых итогах реформ здравоохранения и медицинского образования в Российской провинции // Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. 2019 № 1 (34).
19. Ефимов В.С. с соавт. Политика наращивания человеческого капитала Сибири и Дальнего востока. Восток России: проблемы освоения – преодоления пространства. Под редакцией: акад. РАН В.В. Кулешова, чл.-корр. РАН В.А. Крюкова. Издательство ИЭОПП СО РАН. 2017. С. 253-263.
20. Ефимов В.С. Университеты будущего: глобальные тренды и перспективные модели» Доклад на Форсайт-сессии «Формирование стратегического видения ДВФУ-2030 с учетом долгосрочной ситуации на Дальнем Востоке России и влияний трендов АТР» 4 июля, 2016 г. Режим доступа: URL <http://foresight.sfu-kras.ru/node/322>.
21. Замфир, К. Удовлетворённость трудом / К. Замфир. - М.: Политиздат, 1983. -143 с.

22. Заусаев В. К., Кручак Н. А. Концептуальные основы развития Дальнего Востока // Россия: тенденции и перспективы развития. 2019. №14-2. Режим доступа: URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/kontseptualnye-osnovy-razvitiya-dalnego-vostoka>.
23. Казначеев В.П. Очерки теории и практики экологии человека. М., 1983. - 260 с.
24. Климов, Е.А. Психология профессионального самоопределения / Е.А. Климов. - М.: Academia, 2012. - 304 с.
25. Коваленко Анна. Кризис либеральной идеи, преемник и олигархи: главное из интервью Владимира Путина FT. 29.06. 2019. Режим доступа: URL: <https://thebell.io/krizis-liberalnoj-idei-preemnik-i-oligarhi-glavnoe-iz-intervyu-vladimira-putina-ft>.
26. Комаров Ю.М. О том, как должно выглядеть отечественное здравоохранение в перспективе (субъективное мнение) // ОРГЗДРАВ: Новости. Мнения. Обучение. Вестник ВШОУЗ. 2019. №3 (17). Режим доступа: URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/o-tom-kak-dolzjno-vyglyadet-otechestvennoe-zdravooohranenie-v-perspektive-subektivnoe-mnenie>.
27. Конституция Российской Федерации от 12 декабря 1993 года. - М.: 2004.
28. Костин К.Б., Березовская А.А. [Современные технологии цифровой экономики как драйвер роста мирового рынка товаров и услуг](#) // Экономические отношения. № 2. 2019. – Том 9. – № 2. Режим доступа: URL: <https://creativeconomy.ru/lib/40511>.
29. Кристофер Марк Дэвис, Пазухина Е. М. Финансовые, карьерные и профессиональные аспекты мотивации нового поколения врачей в России // Финансовый журнал. 2019. №1 (47). Режим доступа: URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/finansovye-kariernye-i-professionalnye-aspekty-motivatsii-novogo-pokoleniya-vrachei-v-rossii>.
30. Кульман Э. «Ответственные профессионалы» и «разборчивые клиенты»: изменения во взаимодействии медицинских профессионалов, государства и общества // Социальная динамика и трансформация профессиональных групп в современном обществе / Под. ред. В.А. Мансурова. М.: Изд-во Института социологии РАН, 2007.
31. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность / А.Н. Леонтьев. - М.: Смысл, 2004. -352 с.
32. Малинецкий Г.Г. Проект «Россия» Анализ проблемы в синергитическом контексте. // Компьютера. Компьютерный

- еженедельник. 13.01.09 № 1, 2 (765-756) С. 16-19)
33. Мохов А.А., Фомичев Е.В., Афанасьева О.Ю. Конфликты в профессиональной деятельности врачей-стоматологов (психологические, этические и правовые аспекты). — Изд-во ВолГМУ, 2009. — 132 с.
34. Николаев В.Г. Реформа российского здравоохранения и ценностные конфликты профессионализма. Журнал исследований социальной политики. 2015. Т. 13. № 4. С. 611–626.
35. Осипова Н.Г. Семина Т.В. Личность врача в современном социуме: идеальный тип и профессиональные деформации Вестн. Моск. Ун-та. Сер. 18. Социология и политология. 2017. № 3
36. Перельман М.И., Богадельникова И.В. Стандарт и персональная медицина в диагностике и лечении больных. Туберкулез и болезни легких: научно-практический журнал. - М. 2013. N 1. С 3-9.
37. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 24 апреля 2018 г. N 186 «Об утверждении Концепции предиктивной, превентивной и персонализированной медицины». Режим доступа: URL: <http://www.garant.ru/products/ipo/pri-me/doc/71847662/>.
38. Прохорова М.В., Прохоров В.М. Возрастная динамика внутренней и внешней мотивации трудовой деятельности // Вестник ЮУрГУ. Серия: Психология. 2015. №3. Режим доступа: URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/vozrastnaya-dinamika-vnutrenney-i-vneshney-motivatsii-trudovoy-deyatelnosti>.
39. Прохорова М.В. Структура мотивации трудовой деятельности на разных стадиях организационного развития / М.В. Прохорова, В.В. Ким // Вестник Нижегородского государственного университета им. Н.И. Лобачевского. - 2012. - № 1 (2). - С. 363-369.
40. Пчелина И.В., Дьяченко В.Г. Профессиональная ориентация в подготовке врачей (учебно-методическое пособие). Хабаровск: Издательский центр ДВГМУ, 2004. – 151 с.
41. Реан А.А. Психология личности / А.А. Реан. - СПб.: Питер, 2013. - 288 с.
42. Рогозин Д.О. Робот встанет под ружьё // Российская газета: газета. – М., 2013. – № 264 (6240).
43. Романов П., Ярская-Смирнова Е. Идеологии профессионализма и социальное государство // П. В. Романов, Е. Р. Ярская-Смирнова (ред.) Антропология профессий, или посторонним вход разрешен. М.: ООО «Вариант», ЦСПГИ, 2011: 64-81.

44. Сидорова Е.Ю. Опыт мотивации сотрудников// Мотивация и оплата труда - 2015. - № 3. - 40с.
45. Сысоева О.В. Психологические особенности ответственности врача в зависимости от этапа профессионализации. Автореф. дисс. к.п.н. Казань. РГБ. 2007. 28 с.
46. Темницкий А.Л. Структура и динамика определяющих мотивов труда врачей // XVII Апрельская международная научная конференция по проблемам развития экономики и общества: в 4 кн. / отв. ред. Е. Г. Ясин; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». — М. : Изд. дом Высшей школы экономики, 2017. Кн. 4. С. 268-278.
47. Трудовой кодекс Российской Федерации от 30.12.2001 N 197-ФЗ (ред. от 16.12.2019) Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_34683/.
48. Шевченко С.Ю. Персонализация в медицине: философско-методологический анализ. Автореф. дисс. к.ф.н. Москва 2018. 29 с.
49. Bezes P., Demazière D., Le Bianic T., Paradeise C., Normand R., Benamouzig D., Pierru F., Evetts J. New Public Management and Professionals in the Public Sector. What New Patterns beyond Oppositions? // Sociologie du travail. 2012. (54): e1-e52.
50. Evetts J. The Sociological Analysis of Professionalism. Occupational Change in the Modern World // International Sociology. 2003. 18 (2): 395-415.
51. Cruess S.J., Cruess R.L. Professionalism for medicine: opportunities and obligations// Medical Journal of Australia. – 2002. – Vol. 177 (4). – P. 208-211.
52. Krueger R.A. Developing Questions for Focus Groups: Focus Group Kit. Thousand Oaks: Sage Publications, 1998. Vol. 3.
53. Ries Eric. The lean startup: how today's entrepreneurs use continuous innovation to create radically successful businesses. Crown Publishing. 2011, 336 p.