УДК 304.4:005:6
DOI: 10.17223/22220836/38/13

О.Н. Тулупова

ТРАНСФЕССИОНАЛЬНОЕ СОДЕРЖАНИЕ КУЛЬТУРЫ УПРАВЛЕНИЯ В МЕДИЦИНСКОЙ СФЕРЕ: БАЛАНС ПРЕДМЕТНОГО ОТЧУЖДЕНИЯ И ВОВЛЕЧЕННОСТИ

Рассматриваются вопросы об определении профессиональной группы управленцев с позиций разных социокультурных традиций. Выявляются основания для определения топ-менеджеров в медицинской сфере в отдельный «профессиональный класс», занимающий особое место в профессиональной иерархии, а также обладающий уникальными специфическими особенностями деятельности. Делается вывод, что управленческий труд в медицине должен приобретать характер трансфессиональности: идти «сквозь» предметные области, чтобы эффективно и корректно устраивать коммуникацию между представителями различных профессиональных групп.
Ключевые слова: *профессия, медицина, управление, трансдисциплинарность, трансфессиональность.*

Начинать разговор о культуре управления в медицинской сфере целесообразно с обращения к тому полю, в котором это управление осуществляется, – к медицине как «институту», системе, области уникальных знаний и практике. Также стоит отметить, что характер управленческой деятельности в любой профессиональной сфере зависит от общего состояния культуры на том или ином этапе ее развития. Некоторые характерные черты культуры постмодерна можно представить, опираясь на работу З. Баумана. Метафорически он называет постмодерн «текучей современностью» [1]. «Текучесть» являет собой общество, ориентированное на индивидуализацию и гибкость, среду, в которой происходит отказ от сообщества с его традициями и конечной завершенностью в пользу непрерывного конструирования «открытого проекта самости» (Э. Гидденс). В таком обществе происходит воспитание индивида – носителя культуры потребления, с ее характерными чертами зрелищности, яркости, безграничной погоней за лучшим. Жизнь постепенно перестает быть организована вокруг роли производителя с тенденцией быть нормативной, а начинает организовываться вокруг роли потребителя, что лишает ее всяких норм. «Общество потребителей – это общество всеобщего сравнения, в котором небо – единственный предел» [1. С. 84]. Такая ситуация вынуждает профессионалов идти по иному пути воплощения своей трудовой функции. Профессионалам становится недостаточно обладать только знаниями, навыками и опытом для выполнения своей работы, они должны владеть гибким набором компетенций для удовлетворения желаний современного потребителя, его стремлений и личностных черт.

Насколько медицинская сфера и профессионалы, занятые в ней, воплощают эти особенности? Современность востребовала не только формирование «нового врача» как профессионала, но и иное восприятие самих отношений «врач–пациент».

Однако в профессиональной среде существует мнение, что медицинская отрасль является достаточно консервативной, с одной стороны, с другой же – принимает на себя многие вызовы современности, которые пока не могут быть однозначно разрешены. Данный тезис может показаться спорным, но нельзя не согласиться с его правомерностью по нескольким причинам. Во-первых, специалисты в области изучения здравоохранения говорят о присутствии некоторой инертности, выражающейся в организационном и человеческом факторах, тормозящих развитие отрасли. В качестве иллюстраций приводятся следующие тезисы.

1. Необходимость совершенствования методов управления системой здравоохранения и государственного регулирования. Утверждается, что ресурсы медицинских организаций используются неэффективно [2. С. 121].

2. Слабое развитие маркетинговых операций, имеющих целью создание конкурентной среды путем наращивания объема платных медицинских услуг. Можно утверждать, что использование рыночных механизмов «в полную силу» в медицинской сфере объективно невозможно ввиду возникновения риска создания условий недоступности медицинского обслуживания [3]. Также стоит обозначить противоречивость существования самого термина «услуга» в медицинском дискурсе. Медицинская услуга как экономическая категория являет собой товар и обладает соответствующими свойствами, но вместе с тем медицинская услуга является и благом высокой степени значимости, следовательно, имеет иной коннотативный смысл и функциональную нагрузку (заключает в себе альтруистические основания).

3. Проблематика, связанная с переходом сферы к «эффективному контракту» с работниками. Этот процесс можно описать параллельно с двух позиций. В инструментальном фокусе: непроработанность критериев оценки эффективности труда в медицинской сфере, стимулирование объемов оказания помощи, а не результативности [4]. В философско-антропологическом фокусе нельзя не видеть сложность в трансформации трудовой идентичности медицинского специалиста с учетом рыночных категорий. Современные требования эффективности, конкуренции, непрерывной оценки качества сталкиваются с существующим в общественном сознании представлением о врачевании как некотором действе, требующем определенного уровня альтруизма.

Обозначенные «проблемные точки» являются лишь некоторыми из наиболее заметных и обсуждаемых в контексте дискуссий о развитии здравоохранения, но во многом иллюстрируют его современное состояние.

Вторая причина существующей стагнации медицинской отрасли связана с особенностями формального медицинского образования. Колоссальные объемы теоретического знания сопряжены с медленным внедрением знаний, полученных путем современных клинических исследований в быстро развивающихся отраслях (например, в биомедицине). Отмечается, что по большинству научно-технологических направлений, которые формируют будущий облик медицины, потенциал в России отсутствует [5. С. 24].

Но вместе с этим сегодняшний уровень и темп жизни «требуют» от специалиста непрерывного совершенствования своего профессионализма в двух направлениях. Во-первых, повышение своей узкопрофильной квалификации. Врач в данном контексте рассматривается как «ремесленник», которому

необходимо постоянно совершенствовать свое мастерство. Во-вторых, в соответствии с «Концепцией развития медицинского и фармацевтического образования» к образовательной траектории медика добавляется требование трансдисциплинарности, а в случае выпускника и работающего специалиста – трансфессиональности. Врач должен быть в некотором смысле еще и «философом» – обладателем набора компетенций, напрямую не связанных с его медицинской специализацией, но позволяющих ему легко понимать экономические, политические закономерности, юридические тонкости, а также иметь высокий коммуникативный потенциал. Поистине внушительный и многообещающий «wish list», обращенный к современному врачу.

Современные требования к врачу создают поле конкуренции внутри профессиональной среды через завоевание личного престижа. В медицинской отрасли прослеживается тенденция к вынужденному приобретению ярлыков престижа, которые зачастую являются формальными, но имплицитно не перестают быть обязательными. Более того, проблема заключается еще и в том, что медицинская наука более плодотворна в образовательно-научно-клинических центрах, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь, проводящих исследования и ведущих образовательный процесс. Однако таких центров в России не так много, чтобы «охватить» всех специалистов.

Такая ситуация открывает еще одно дискуссионное поле, включающее вопросы и противоречия, связанные с идеей обязательного образования врача с установками не только на совершенствование по узкому профилю, но и на трансдисциплинарность. Не превратится ли идея трансдисциплинарности в такой же формальный ярлык, скажем, как и научная степень (в некоторых случаях)? И не отрывает ли все это врача от кровати больного… большой вопрос.

Однако справедливо будет заметить, что не все проблемные точки в медицине связаны с современными вызовами трансдисциплинарности. Параллельно в мире врачевания еще с середины XX в. активно начинает развиваться (и существует по настоящее время) противоположная тенденция, связанная с нарочитым «закрытием» медицинской сферы от «посторонних» (неврачей). «Закрытие» медицинской сферы заключается в воплощении парадигмы конструирования болезни в стенах клиники. Каждое индивидуализированное проявление живого организма рассматривается как симптом, а следовательно, нуждается в медицинском и медикаментозном патронаже. Еще с 1960-х гг. в академических кругах начал оформляться термин «медикализация», с помощью которого была предпринята попытка описать возросшую социальную и политическую роль медицины [6]. Утверждается, что индивидуализированные проявления организма «отрываются» от самой индивидуальности и воспринимаются в качестве симптома. На сегодняшний день эту тенденцию иллюстрирует, например, набирающая популярность «доказательная медицина», которая полностью медикализирует отношения «врач–пациент». Такая тенденция идет вразрез с требованиями трансдисциплинарности в медицинской сфере, которыми декларируются коммуникация с пациентом как с целостным объектом без дробления на отдельные биологические проявления (симптомы), выстраивание особых отношений с ним как с осведомленным клиентом со своей «философией болезни».

Таким образом, складывается ощущение, что медицинская отрасль сегодня пребывает в состоянии некой рассогласованности. С одной стороны, можно наблюдать нарастающие вызовы и давление современности с требованиями гибкости кадровой политики, рыночных отношений, развития профессиональной идентичности в дискурсе трансдисциплинарности.

С другой же стороны, в медицине остаются сильны культурные практики, формировавшиеся на протяжении всей истории: особые отношения между пациентом и врачом; восприятия своей профессиональной идентичности более с позиции медиатора, поддерживающего связь между природным (божественным) порядком и человеком [7], нежели с позиции «продавца здоровья».

Подводя некоторую черту в описании поля медицины, можно сказать, что оно не лишено проблем, системных и ценностных противоречий. В той или иной мере каждая отдельная клиника, как некий «микрокосм», впитывает в себя все современные вызовы, сосуществующие рядом с укоренившимися традициями. То, каким образом они будут воплощаться в медицинской практике, во многом зависит от процесса управления. М. Мескон в качестве одного из инструмента управления выделяет культуру*:* «вырабатываемые и признаваемые организацией ценности, социальные нормы, установки, шаблоны поведения, ритуалы, которые заставляют человека вести себя так, а не иначе» [8. С. 12]. В современных условиях в медицинской сфере наиболее эффективно будет управление именно с помощью этого инструмента. Перед главным врачом клиники встает задача соединить ориентацию на эффективность и конкуренцию с существенным ценностным компонентом процесса врачевания. Для этого ему необходимо непрерывно конструировать свою профессиональную идентичность в двух направлениях: медицинском и управленческом. Насколько эти направления будут параллельны? Или насколько им необходимо быть сплетенными друг с другом? Для того чтобы ответить на эти вопросы, необходимо «зафиксировать» само управление как процесс и сущность.

Управление – сложный, многоуровневый, многокомпонентный процесс, отличающийся своей неоднородностью. И именно эта характеристика не дает «зафиксировать» его в некоторый четкий образ. В своей книге «Природа управленческого труда» Мицберг отмечает, что в среднем мастера (аналогично управленцы) выполняют 583 различные операции в день. Он замечает, что работа мастера характеризуется прерывистостью, фрагментарностью в отличие от механиков-повременщиков, работа которых выполняется в неизменном темпе, устойчива, носит повторяющийся характер [9. P. 93–94]. Интересно, что данное наблюдение Мицберга можно экстраполировать фактически на все организации и именно с этой позиции зафиксировать феномен управления. Управление практически не имеет предметного фокуса, но совершенно четко должно «в нужное» время его обретать. Еще одна особенность управления заключается в том, что его «предметность» также крайне неоднородна: это и коммуникация, и экономика, и политика, и психология; для главного врача – это еще и (как минимум) пропедевтика внутренних болезней. Однако стоит заметить, что вышеназванные предметные области не используются управленцем в инструментальном ключе. Главный врач не проводит операции на сердце, не осуществляет манипуляции, относящиеся к компетенции среднего медицинского персонала. Наблюдая за управлением,

мы можем говорить о некотором отчуждении от предметного мира. Отчуждение в данном контексте определяется как мера отстраненности от инструментального мира профессий (рутинных практик, существующих в профессиональной сфере) ради эффективного оказания воздействия на него. Феномен управления в этой связи заключается в том, что оно идет как будто сквозь предметность, приходит понимание, что знание частей не дает целого: «Разбери колесницу на части – рассмотришь части, но где колесница?» (Лао Дзы). Управление двигается через предметные области, тогда как линейные должностные позиции находятся чаще в рамках одной-двух предметных областей. В таком случае можно ли выдвинуть предположение, что управление все же есть некоторый совершенно иной вид «профессии», в каком-то смысле обособленный (отчужденный) от предметной сферы. Что представляет собой образ профессии «управление» в современном мире труда?

Конструируя управление как профессию, а именно переходя на некоторый социолого-антропологический уровень рассуждений, стоит попробовать взглянуть на управление на макро- и микроуровне.

Так, анализируя управление на макроуровне, для которого характерно видеть профессию в рамках стратификационного анализа, стоит остановиться на некоторых отличительных чертах управления как профессии. На макроуровне профессия описывается через ее базовую функцию, необходимую для общества и направленную на сохранение «общего здоровья социума» (Дюргейм). Спенсер, описывая виды деятельности, которые он причислял к профессиям, ставил в основание именно тот благотворный вклад, который профессионалы вносили в развитие общества [10]. Экстраполируя данные теоретические конструкты на современный процесс управления организацией, можно отметить следующее: любое управление благотворно влияет на социум – выполняет позитивную функцию, но делает это опосредованно. То есть само по себе управление не создает общественного блага с помощью своей деятельности. Главный врач клиники не «производит здоровье» (в отличие от его подчиненных практикующих врачей). Однако вместе с этим управленцы совершенно точно организуют среду для возделывания другими такого блага.

Другой отличительной чертой видения профессии на макроуровне является обладание различным уровнем власти и определенной степенью автономности [11. С. 17]. На практике современного управления это выражается в возможности распоряжаться хозяйственно-экономическими ресурсами своих организаций, принятии управленческих решений, формировании и поддержании корпоративной культуры. То есть у управления как деятельности есть наиболее общие механизмы и законы, позволяющие классифицировать управленцев как отдельный класс – топ-менеджеров. С другой же стороны, учитывая стратификационную значимость профессиональных сообществ, принадлежность управленца медицинским учреждением к профессиональной когорте врачей может оказаться более значимой, чем к когорте топ-менеджеров. Объяснить это можно через престиж и монополию на производство тех услуг, которые предоставляются профессионалами. Поддержание здоровья и жизни всегда будет наиболее «значимой услугой» – она всегда останется «в цене». Главный врач – не просто руководитель высшего звена, это человек, обладающий уникальным правом символической собственности

(в терминологии Фуко) – легитимным правом говорить, называть, высказываться о здоровье и патологии. То есть главный врач имеет двойственную статусную принадлежность. Он и обладает статусом quo в обществе как представитель медицины. И вместе с этим обладает реальным правом оказывать влияние на рынок производства услуги «здоровье» с помощью доступной ему власти внутри сферы.

Иначе взглянуть на профессию представляется возможным, обращаясь к микросоциологическому анализу, который фокусируется на межиндивидуальном взаимодействии внутри рутинных профессиональных ситуаций. Традиции микросоциологического подхода были заложены М. Вебером, который описывал профессии не только с учетом их экономической и стратификационной значимости, но и с учетом жизненного мира и системы ценностей профессионалов. Он говорил, в частности, о наличии некоторой монополистской позиции у профессиональных групп, которая возможна благодаря квалификации ее представителей [12]. Профессионализация связана с закреплением прав профессионального сообщества на относительную автономию от государства, которая осуществляется, в частности, через специализированные ассоциации [13. С. 23–25]. Посредством ассоциаций профессиональная группа склонна обособлять свой профессиональный жизненный мир от посторонних, тем самым поддерживая символическую власть. В медицинской отрасли официально уже «зафиксирован» профессиональный «класс» главных врачей. Во многих регионах оформлено сообщество главных врачей, в частности, в Томской области действует «Совет главных врачей» [14].

Другой важный аспект анализа профессии на микроуровне заключается в рассмотрении особенностей взаимодействия профессионалов с миром. Взаимодействие в рамках профессии реализуется по двум направлениям: как непосредственная коммуникация внутри профессиональной сферы, а также как способ соприкосновения профессионалов с повседневностью. С этой точки зрения топ-менеджеры представляют профессиональную группу, в деятельности которой систематически реализуются паттерны взаимодействия с совершенно различными агентами: с подчиненными, с «экспертами», с представителями власти, с клиентами. Особенность профессиональной группы управленцев заключается в том, что их взаимодействие с обозначенными акторами фактически должно осуществляться для воплощения их единой цели (в медицине – для сохранения здоровья). Однако «профессионализация» обозначенных агентов коммуникации «заставляет их видеть» эту цель в «своих терминах». Э. Хьюз отмечал, что профессионалам всегда приходится сталкиваться со «сворой непрофессионалов», которые вносят свое понимание в процесс [15. С. 26–52]. Отчасти это служит причиной разного рода рассогласований. С управленцами ситуация же вдвойне осложняется: менеджерам приходится взаимодействовать «со сворой профессионалов», четко действующих через свои «профессиональные линзы». В этой связи главный врач «существует» для постоянного контроля и надзора за уровнем рассогласования в его клинике, что проявляется и через конкретизированные практики принятия решений, и через формирование внутренней культуры организации, смягчающей основные рассогласования.

Рассматривая профессиональный образ управления, стоит заключить, что на сегодняшний день анализ менеджерской профессии отдельно на мак-

роуровне и микроуровне не дает полного раскрытия сущности управленческого труда. Классифицируя управление как отдельную профессиональную группу в вышеназванных традициях, можно заметить, что управление одновременно оказывается и вовлеченным в сферу, и отстраненным от нее (например, обладает «универсальным» языком, что несвойственно для профессиональных групп). Исходя из этого, можно сделать вывод, что управление сегодня начинает приобретать черты трансфессии:

1) обладает особым статусом в общей иерархии разделения труда: «вбирает» в себя все традиционные статусные характеристики своей сферы и представляет себя миру через нее, но и приобретает новые статусные характеристики уже внутри своей сферы (обособляется от подчиненных), т.е. является «вовлеченным» в ту сферу, в которой осуществляет управленческую деятельность;

2) непосредственно не «касается» объекта воздействия, но организует среду для существования такого воздействия, т.е. фактически «отчужден» от предметной детальности, с помощью которой производится благо;

3) взаимодействует с «другими» (представителями из других областей), используя их язык, а также организует коммуникацию между «носителями разного профессионального языка», выступая в роли «переводчика», для чего необходимо идти «сквозь» предметность, лавируя между предметной отчужденностью и вовлеченностью.

Эффективное управление медицинской клиникой на сегодняшнем этапе развития общества и здравоохранения предполагает, что главный врач клиники в своей культурно-профессиональной идентичности будет обладать уже не просто ее двойственным характером (она и медицинская и менеджерская), но он должен переходить к трансфессиональной идентичности. Главному врачу клиники необходимо обладать культурой организации среды для возделывания блага «здоровье» в достаточно противоречивых условиях. Трансфессиональная составляющая процесса управления клиникой должна существовать именно для возможности грамотного реагирования на современные вызовы и изменения, сохраняя при этом ценностный аспект медицинской профессии. Формирование культуры главного врача, трансфессиональной по своему содержанию, – это не просто расширение объема его знаний и навыков путем непрерывного образования. Это «взращивание» особой внутренней трудовой культуры, которая уже в свою очередь послужит фундаментом для развития инструментальных компетенций руководителя.

Литература

1. *Бауман З.* Текучая современность. СПб. : Питер, 2008. 240 с.

2. *Куделина О.В., Тулупова О.Н.* Оценка эффективности использования ресурсов системы здравоохранения Томской области // Вестник Томского государственного университета. Экономика. 2018. № 41. С. 109–126.

3. *Тепляков М.Б.* Маркетинг медицинских услуг как неотъемлемый инструмент повышения эффективности функционирования учреждений здравоохранения // Экономика здравоохранения. 2011. № 3–4. С. 36–39.

4. *Стародубов В.И., Кадыров Ф.Н.* Проблемы трансформации существующих систем оплаты труда в целях внедрения эффективного контракта в здравоохранении // Менеджер здравоохранения. 2013. № 2. С. 6–15.

5. *Каминский И.П., Огородова Л.М., Патрушев М.В., Чулок А.А*. Медицина будущего: возможности для прорыва сквозь призму технологического прогноза // Форсайт. 2013. Т. 7, № 1. С. 14–27.

6. *Михель Д.В.* Медикализация как социальный феномен // Вестник СГТУ. 2011. № 4 (60), вып. 2. С. 256–263.

7. *Шилз Э.* Общество и общества: макросоциологический подход // Американская социология: перспективы, проблемы, методы / отв. ред. Г.В. Осипов; пер. с англ. В.В. Воронина и Е.В. Зиньковского. М., 1972. С. 341–359.

8. *Мескон М., Альберт М., Хедоури Ф.* Основы менеджмента (Management). М. : Вильямс, 2017. 672 с.

9. *Mintzberg H.* The Nature of Managerial Work. New York : Harper & Row, 1973. 298 p.

10. *Абрамов Р.* Социологические интерпретации профессий Р. Дингуэлла: к пониманию англосаксонской традиции исследования занятий // Профессиональные группы: динамика и трансформация. М. : Изд-во Ин-та социологии РАН, 2009. С. 37–38.

11. *Романов П., Ярская-Смирнова Е.* Социология профессий: аналитические перспективы и методология исследования (Библиотека «Журнала исследований социальной политики»). М. : ООО «Вариант», 2015. 237 с.

12. *Бориса С.Н.* Теоретико-методологические подходы к изучению профессий и профессиональных групп в западной социологии // Вестник Нижегородского университета им. Лобачевского. Социальные науки. 2012. № 2 (26). С. 7–14.

13. *Сакс М., Олсоп Дж.* Социология профессий: государство, медицина и рынок в Великобритании. Профессиональные группы интеллигенции / отв. ред. В.А. Мансуров. М. : Изд-во Института социологии РАН, 2003. С. 79–104.

14. *Распоряжение* Департамента здравоохранения Томской области от 12.04.2018 № 281 «О создании Совета главных врачей при Департаменте здравоохранения Томской области».

15. *Хьюз Э.* Социальная роль и разделение труда (пер. Николаева В.Г.) // Социологические исследования. 2009. № 8. С. 46–52.

Olga N. Tulupova, The Healthcare Department of Tomsk Region (Tomsk, Russian Federation).
E-mail: tulupova@yandex.ru

Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo universiteta. Kul'turologiya i iskusstvovedeniye – Tomsk State University Journal of Cultural Studies and Art History, 2020, 38, pp. 136–144.
DOI: 10.17223/2220836/38/13

TRANSFESSIONAL CONTENT OF MANAGEMENT CULTURE IN THE MEDICAL FIELD: THE BALANCE OF OBJECTIVE ALIENATION AND INVOLVEMENT

Keywords: profession; medicine; management; transdisciplinarity; transfessionality.

The contemporary society imposes new requirements to the world of professions and professionals. In many respects, the specificity of professionalization is directly related to general cultural changes taking place in the society and to the situation within a professional sphere. Specific features of modern culture are the power of knowledge in its inter-and transdisciplinary character, dynamism and uncertainty in development, market practicality in orientations. Consumer-oriented approach in the modern requires professionals not only to fulfill their duties but also carry out complex work with the client as an individual with unique features and personal traits. In this respect, modern specialists' professional identity should develop in the discourse of trasfessionalism: to develop "beyond" the subject and professional boundaries of a professional field.

Within the named aspects of the modern culture is considered to a unique professional field. Medicine has to face new cultural challenges which are mostly emerging in doctor-patient relations as market relations. The market in medicine is marked professional resonance when a professional is required to have transfessional knowledge. For the purpose of effective combination of modern challenges and demands of the market world with serious value bases existing in the medical field, the professionalization of managerial detail must also acquire features of a transfession. A continuous combination of opposing trends in a clinic, transformation of the management process into an organization's culture is the task for the chief physician.

The article reveals the specifics of management in medicine as an independent sphere amplifying the profession of doctors-managers on the macro- and microsocial levels and provides it with transfessional character and content. The macrosocial level analyses the status of management. It is concluded that managers take a lot of advantages from maintaining the status of a doctor and presenting themselves to society through this status. The microsocial level analyses the communication between chief physicians and professional from other fields and non-professionals. It is concluded that a favorable professional communicative space requires managers to think beyond different subject areas, i.e. acquire the character of transfessionals. In this respect, a chief physician's professional identity is sup-

posed to develop both medical and administrative line as well as transfessional because it is to become open, without limits. The transfessional aspect of management within a clinic shall should exist as an opportunity to face modern challenges and changes while preserving the value aspect of the medical profession. Development of transfessional content of a chief physician's culture is not only extension of the scope of his knowledge and skills. This is "cultivation" of a specific internal professional culture which serves to be the base for developing managerial skills.

References

1. Bauman, Z. (2008) *Tekuchaya sovremennost'* [Liquid Modernity]. Translated from English. St. Petersburg: Piter.

2. Kudelina, O.V. & Tulupova, O.N. (2018) Assessment of the efficiency of use of health care resources in Tomsk region. *Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo universiteta. Ekonomika – Tomsk State University Journal of Economics*. 41. pp. 109–126. (In Russian). DOI: 10.17223/19988648/41/8

3. Teplyakov, M.B. (2011) Marketing meditsinskikh uslug kak neot"emlemyy instrument povysheniya effektivnosti funktsionirovaniya uchrezhdeniy zdravookhraneniya [Marketing of medical services as an integral tool to increase the efficiency of the functioning of healthcare institutions]. *Ekonomika zdravookhraneniya*. 3–4. pp. 36–39.

4. Starodubov, V.I. & Kadyrov, F.N. (2013) Problemy transformatsii sushchestvuyushchikh sistem oplaty truda v tselyakh vnedreniya effektivnogo kontrakta v zdravookhranenii [Problems of transformation of existing labor remuneration systems in order to implement an effective contract in healthcare]. *Menedzher zdravookhraneniya – Manager of Health Care*. 2. pp. 6–15.

5. Kaminsky, I.P., Ogorodova, L.M., Patrushev, M.V. & Chulok, A.A. (2013) Meditsina budushchego: vozmozhnosti dlya proryva skvoz' prizmu tekhnologicheskogo prognoza [Medicine of the future: opportunities for a breakthrough through the prism of technological forecast]. *Forsayt*. 7(1). pp. 14–27.

6. Mikhel, D.V. (2011) Medicalization as a social phenomenon. *Vestnik SGTU – Vestnik of Saratov State Technical University*. 4(60). Issue 2. pp. 256–263. (In Russian).

7. Shills, E. (1972) Obshchestvo i obshchestva: makrosotsiologicheskiy podkhod [Society and societies: a macro-sociological approach]. In: Osipov, G.V. (ed.) *Amerikanskaya sotsio-logiya: perspektivy, problemy, metody* [American Sociology: prospects, problems, methods]. Translated from English by V.V. Voronin, E.V. Zinkovsky. Moscow: Progress. pp. 341–359.

8. Mescon, M., Albert, M. & Hedouri, F. (2017) *Osnovy menedzhmenta* [Management]. Translated from English. Moscow: Vil'yams.

9. Mintzberg, H. (1973) *The Nature of Managerial Work*. New York: Harper & Row.

10. Abramov, R. (2009) Sotsiologicheskie interpretatsii professiy R. Dinguella: k ponimaniyu anglo-saksonskoy traditsii issledovaniya zanyatiy [Sociological interpretations of R.R. Dingwell's professions: to understanding the Anglo-Saxon tradition of study of occupations]. In: Mansurov, V.A. (ed.) *Professional'nye gruppy: dinamika i transformatsiya* [Professional groups: dynamics and transformation]. Moscow: RAS. pp. 37–38.

11. Romanov, P. & Yarskaya-Smirnova, E. (2015) *Sotsiologiya professiy: analiticheskie perspektivy i metodologiya issledovaniya* [Sociology of professions: analytical perspectives and research methodology]. Moscow: Variant.

12. Borisova, S.N. (2012) Methodological approaches to the study of professions and professional groups in Western and Russian sociology. *Vestnik Nizhegorodskogo universiteta im. Lobachevskogo. Seriya Sotsial'nye nauki – Vestnik of Lobachevsky State University of Nizhni Novgorod. Series: Social Sciences.* 2(26). pp. 7–14. (In Russian).

13. Sachs, M. & Alsop, J. (2003) *Sotsiologiya professiy: gosudarstvo, meditsina i rynok v Velikobritanii. Professional'nye gruppy intelligentsii* [Sociology of professions: state, medicine and the market in Great Britain. Professional groups of the intelligentsia]. Translated from English. Moscow: RAS. pp. 79–104.

14. The Department of Health of Tomsk Region. (2018) *Rasporyazhenie Departamenta zdravookhraneniya Tomskoy oblasti ot 12.04.2018 № 281 "O sozdanii Soveta glavnykh vrachey pri Departamente zdravookhraneniya Tomskoy oblasti"* [Order No. 281 of the Department of Health of the Tomsk Region dated April 12, 2018, "On Establishment of the Council of Chief Physicians at the Department of Health of Tomsk Region"].

15. Hughes, E. (2009) Sotsial'naya rol' i razdelenie truda [The social role and division of labor]. *Sotsiologicheskie issledovaniya – Sociological Studies*. 8. pp. 46–52.