

DOI: 10.19181/population.2022.25.1.13

## РАЗВИТИЕ КОРПОРАТИВНОЙ КУЛЬТУРЫ СОТРУДНИКОВ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Ярашева А. В.<sup>1\*</sup>, Марков Д. И.<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>Институт социально-экономических проблем народонаселения ФНИСЦ РАН  
(117218, Россия, Москва, Нахимовский проспект, 32)

<sup>2</sup>Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации  
(125993, Россия, Москва, Ленинградский проспект, 49)

<sup>3</sup>Научно-исследовательский институт организации здравоохранения  
и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения Москвы  
(115088, Россия, Москва, Шарикоподшипниковская улица, 9)

\*E-mail: baktriana@rambler.ru

### Для цитирования:

Ярашева А. В., Марков Д. И. Развитие корпоративной культуры сотрудников медицинских организаций // Народонаселение. – 2022. – Т. 25. – № 1. – С. 155-166. DOI: 10.19181/population.2022.25.1.13.

**Аннотация.** Цель статьи — изучение подходов к развитию корпоративной культуры работников сферы здравоохранения в части формирования у них толерантного отношения к пациентам, принадлежащим к различным этнокультурным и конфессиональным группам. Данная тема приобрела актуальность не только в связи с необходимостью повышения качества оказываемой медицинской помощи населению, но и по причине увеличения требований к медицинским организациям в деле привлечения внебюджетных средств за счёт импорта медицинских услуг. В числе мер управленческого воздействия — дальнейшее развитие основ корпоративной культуры сотрудников медицинских организаций, которое может способствовать решению задачи привлечения пациентов, относящихся к разным социальным группам. Результаты анализа (систематизации научной литературы и социологического опроса в виде проведённых интервью) основных проблем, решение которых связано с развитием корпоративной культуры, показали, что на первое место выходят вопросы успешной коммуникации врачей и среднего медперсонала с пациентами; дифференциация мнений по поводу трансплантации органов (донорства); критические ситуации, связанные с эвтаназией, прерыванием беременности, смертью пациента (в том числе суицидом); отношение к вопросам воспроизводства жизни (искусственное зачатие, суррогатное материнство, клонирование); сложности соблюдения ритуалов во время лечения больных. В статье представлены выводы по анализу двух из указанных проблем и возможных подходов к их решению: 1) коммуникации медицинских работников с пациентами; 2) отношение к трансплантации органов. Авторами предложены меры по формированию новых компетенций в корпоративной культуре (как совокупности формальных и неформальных требований в медицинской организации, предъявляемых по отношению к своим сотрудникам), направленных на предотвращение и преодоление конфликтных ситуаций, возникающих из-за недопонимания в отношениях между пациентами и медперсоналом.

**Ключевые слова:** корпоративная культура, медицинская организация, этноконфессиональные особенности, медицинские работники, пациенты, медицинская этика, коммуникации.

© Ярашева А. В., Марков Д. И., 2022.

Корпоративная культура помимо единства целей и задач, принятых всеми участниками коллектива, включает в себя такие структурные элементы, как нормы, ценности и правила поведения. Именно эти элементы помогают развитию кадрового потенциала и дополняют профессиональные качества персонала. Однако в современной системе российского здравоохранения ряд вопросов формирования основ корпоративной культуры ещё требуют поиска ответов. Среди них — эффективная коммуникация работников медицинских организаций (МО) и пациентов, относящихся к различным этнокультурным и конфессиональным группам. С точки зрения важности соблюдения законодательных норм, следует выделить: согласно ст. 6 Федерального закона РФ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. (№ 323-ФЗ) «приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи реализуется путём соблюдения этических и моральных норм, а также уважительного и гуманного отношения со стороны медицинских работников и иных работников медицинской организации и оказания медицинской помощи пациенту с учётом его физического состояния и с соблюдением по возможности культурных и религиозных традиций пациента». Однако, как показывают исследования, не все аспекты данного вопроса учитываются во взаимодействиях медперсонала и пользователей услуг здравоохранения в России.

Кроме того, наряду с необходимостью удовлетворения запросов российских пациентов, принадлежащих к разным этносам и конфессиям, для медицинских организаций (в условиях действующих требований привлечения внебюджетных средств) созрела актуальная проблема развития экспорта медицинских услуг. Соответственно, скорейшего решения ждут практические задачи, связанные с достижением преимуществ в конкурентной борьбе за зарубежных пациентов, среди которых неизбежно оказываются представители различных нацио-

нальностей и конфессий. Поиск путей решения данных задач тоже лежит в плоскости дальнейшего развития корпоративной культуры сотрудников медицинских организаций. Учёными осуществляются научные разработки по формированию конкурентоспособного кадрового состава сотрудников столичных медицинских организаций [1] и исследуются новые аспекты корпоративной культуры работников здравоохранения.

### **Разработанность темы исследования**

Изучению качественных (профессиональных и этических) характеристик медицинского персонала, способных оказывать существенное влияние на повышение конкурентоспособности медицинских организаций (МО), посвящены работы как самих работников системы здравоохранения, так и учёных — экономистов, демографов, социологов, менеджеров. Анализ преимуществ в разработке комплекса маркетинга российских медицинских услуг рассматривается как способ продвижения особой корпоративной культуры персонала отечественных МО, включающей в себя воспитание толерантного отношения, знания и учёт интересов пациентов, принадлежащих к разным этническим и конфессиональным группам [2]. Проблемам биоэтики с точки зрения принадлежности пациентов к разным религиозным течениям [3] уделяется внимание, исходя из эффективности коммуникации врач-пациент с целью повышения качества лечения [4]. Авторы выделяют конфликты и затруднения, возникающие при оскорблении медицинским работником религии больного, пренебрежении основами той или иной конфессии, несоблюдении особенностей ведения беседы, а также при попытке назначения лечения и оповещения об этом пациента [5; 6]. Публикации, посвящённые коммуникации и координации работы с иностранными пациентами, затрагивают не только плюсы и минусы уже утверждённых общих стандартов взаимодействия [7], но и слож-

ности, возникающие в МО в отдельных субъектах федерации [8], в разрезе конкретных медицинских специальностей (заболеваний) [9–11]. Для решения исследовательских задач систематизированы имеющиеся в научных российских публикациях подходы к актуальным проблемам развития корпоративной культуры в медицинских организациях, а также проведены опросы — с помощью качественного социологического метода (структурированное интервью)<sup>1</sup>.

### Результаты исследования

Среди имеющихся проблем можно выделить наличие коммуникативных (языковых) барьеров (как при общении медицинских работников с пациентами, так и отсутствия/недостатка указателей на иностранных языках, затрудняющих самостоятельную логистику иностранных пациентов на территории МО), а также низкий уровень осведомлённости медицинских специалистов об этно-конфессиональных представлениях зарубежных пациентов, которые могут препятствовать процессу диагностики, лечения и реабилитации.

Первостепенную роль в успехе коммуникации работников здравоохранения с иностранными пациентами играет языковая подготовка (в медицинских учебных заведениях и в рамках прохождения непрерывного медицинского образования) медицинского персонала. Учёные, как в столице, так и в регионах страны, придают большое значение организационным и методическим аспектам обучения английскому языку медицинских работников различных форм учреждений здравоохранения. Так, в Волгоградской области в рамках приоритетного регионального проекта «Экспорт медицинских услуг» успешно решаются задачи обеспе-

чения готовности и способности медицинских работников осуществлять коммуникацию на иностранном языке с пациентами из-за рубежа при оказании им медицинских услуг [12].

Речевое поведение медицинского работника (помимо знания иностранных языков) — важное профессиональное качество. Учёные рассматривают коммуникативные компетенции врача: применение эвфемизмов, редуцированных вопросов, лексических и диалогических повторов, помогающих в реализации функции общения. В частности, при диалогах — врач-пациент — на английском языке выделяются нормы этикета, особенности применения модальных глаголов, которые помогают создать партнерский стиль общения, способствующий успеху в диагностике и лечении [13]. В некоторых религиях есть правила, связанные с гендерной принадлежностью, так, врач-мужчина не может проводить осмотр девушки-мусульманки; мужчинам и женщинам запрещено касаться друг друга; главой семьи в мусульманских странах считается мужчина, поэтому желательно вести беседу с ним. Иудаизм менее строг в плане взаимоотношений между людьми, но и здесь есть ограничение: ни в коем случае нельзя говорить пациенту о смертельном диагнозе (прогнозе). Практически во всех конфессиях среди ритуалов есть посты, а в некоторых — запреты на те или иные продукты и процедуры.

Недостаточную осведомлённость медицинских специалистов в области коммуникации можно компенсировать двумя способами: 1) программой культурного погружения, включающей в себя работу в другой стране или с иностранными гражданами; 2) включением в учебный план предметов, направленных на развитие культурной компетентности. Религиозные различия могут приводить к непониманию со стороны медперсонала требований пациентов к процессу лечения и условиям пребывания в стационаре (в последнем случае на первый план выходит роль медицинских сестёр, находящихся в наи-

<sup>1</sup> Опрос проводился с апреля по июль 2021 года среди 24 иностранных граждан из 20 стран (средний возраст опрошенных — 25 лет); 2-х экспертов из области исследований качества жизни иностранных студентов, в сферу интересов которых входило и изучение установок иностранных студентов (потенциальных потребителей) в отношении российских медицинских услуг.

более тесной и длительной по времени коммуникации с пациентами).

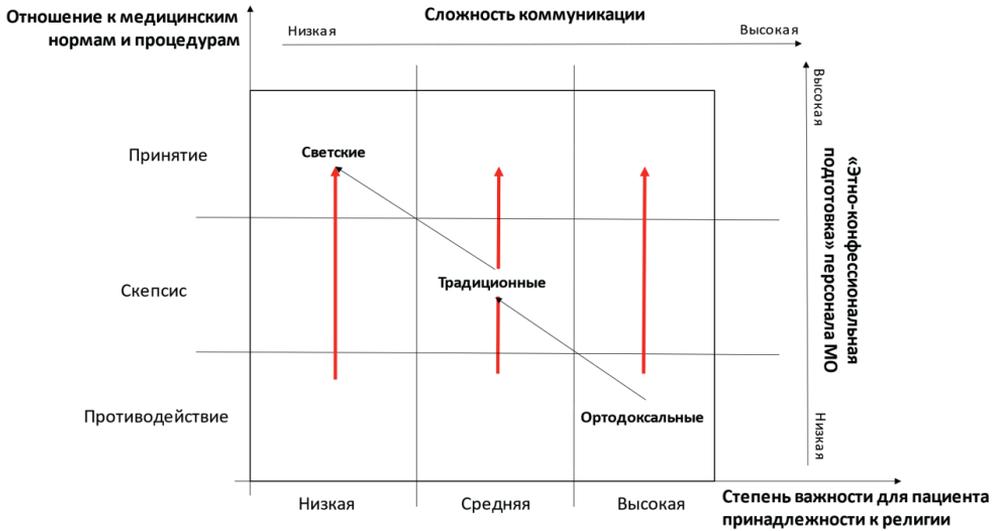
Особое внимание уделяется пациентам с онкологическими заболеваниями. Например, учеными Южного федерального университета выявлены следующие конфессиональные особенности: у мусульман, больных онкологией, по сравнению с такими же больными, исповедующими православие, «более выражена психическая и физическая истощаемость и интенсивность жалоб; православные пациенты более ситуативно тревожны, а мусульмане — чаще депрессивны. Православные пациенты более раздражительны, а мусульмане — более чувствительны. Преобладает дисфорическое отношение к болезни у православных, и при этом сенситивный тип отношения к онкологии у мусульман. Обе группы недостаточно информированы о своей болезни» [14]. Подобного рода различия необходимо учитывать при развитии корпоративной культуры персонала для формирования толерантного отношения к чувствам пациентов.

При рассмотрении вопросов этических представлений больных и их семей, ограничений (религиозных и/или традиционных) важно учитывать, что: во-первых, конфессиональные различия могут приводить к более резкому противодействию общепринятым правилам и нормами в здравоохранении, по сравнению, например, с национальными (этнос и религия — могут как совпадать, так и не совпадать); во-вторых, сами конфессиональные различия, и, соответственно, требования к системе здравоохранения, могут зависеть от формы (направления) исповедания веры: например, в христианстве (католики, православные, протестанты), в исламе (шииты и сунниты) и т.д.; при этом отличия внутри одной религии (но в разных странах; особенно это касается ислама и буддизма) могут быть существенными по отношению к лечению (диагностике); в-третьих, всех пациентов с учётом существующих религиозных различий, можно разделить на три группы (в зависимости от степени [15] важности

для них принадлежности к той или иной конфессии): 1) ортодоксальные; 2) традиционные; 3) светские. Пациенты (соответственно группе) делятся на тех, кто готов пожертвовать своими убеждениями ради сохранения своей (и своих детей, близких) жизни и здоровья, и тех, кто категоричен в своём выборе.

Авторская модель взаимоотношений пациентов, имеющих различные этноконфессиональные воззрения, и сотрудников МО, представлена на рисунке 1. Задача медицинского персонала заключается в том, чтобы перевести пациента из квадрантов нижнего ряда в квадранты верхнего ряда. Самой сложной, с точки зрения коммуникации, выступает группа «ортодоксальных» пациентов, для соблюдения всех медицинских норм и процедур которых требуется не только высокий уровень «этно-конфессиональной» подготовки медицинского персонала, но и достаточно длинный промежуток времени, необходимый для снятия с таких пациентов стресса и чувства страха. Наиболее лёгкой в этом плане группой выступают «светские» пациенты, при взаимодействии с которыми у персонала МО могут возникнуть лишь преимущественно языковые барьеры. Перед данной группой пациентов не стоит дилемма следования этно-конфессиональным требованиям, а эффективное взаимодействие выстраивается достаточно быстро благодаря профессионализму врачей и медицинского персонала, их умения правильно поставить диагноз и предложить соответствующее лечение.

В связи с усилением процессов интернационализации образования возникает всё больший интерес к социокультурной адаптации иностранных студентов, подразумевающей также и адаптацию к новой для них российской системе здравоохранения. Так, результаты экспертных интервью показали, что иностранные студенты, получающие образование в Москве, низко оценивают уровень предоставляемых им услуг в государственных МО. Данная установка обуславливается в частности недо-



**Рис. 1. Логический квадрат отношения пациентов, имеющих различные этно-конфессиональные представления, к медицинским нормам и процедурам**

Fig.1. The logical square of the attitude of patients with different ethno-confessional views to medical norms and procedures

Источник: составлено авторами.

статочным высоким уровнем обслуживания иностранных граждан по приобретённой страховке, связанный как с наличием языкового барьера между персоналом МО и пациентом, когда последний не может правильно описать причину своего обращения за медицинской услугой, так и с нетерпеливым, непонимающим отношением к такому пациенту со стороны самого персонала МО («Заключалось это в нетерпеливом отношении со стороны персонала, который не мог понять студента, который, естественно, не очень грамотно и правильно выражается на русском языке, а английским, к сожалению, владеет не весь персонал, чтобы как-то помочь»). Помимо этого, эксперты указали на случаи нетолерантного отношения со стороны медицинского персонала к студентам, приехавшим из стран Африканского континента (респонденты отмечали: «зачем вы вообще пришли сюда, идите лечиться где хотите и так далее», но их было не так много, если говорить про расизм и неправильное обращение»).

Схожие результаты показали и полуструктурированные интервью с иностранными гражданами. Так, информанты отдают свое предпочтение частным медицинским организациям, аргументируя это: 1) более результативным, более качественным оказанием медицинских услуг («Конечно, это было частное учреждение, в государственном, наверное, было бы то же самое, что и с Молдавией»); 2) более клиентоориентированным сервисом («... в государственных очень такое странное, грубое отношение к тебе как к клиенту, а в частных — там более как-то клиентоориентированно»; «[в государственных МО] хамство, было тоже несколько раз» или «записывали на одну дату, а потом говорили, что записан на другую»); 3) более привлекательной атмосферой по сравнению с государственными МО («... вид, это какой-то СССР, хотя я и не была в СССР, не знаю, что там было, но очень, очень пугающий...»).

Все информанты исследования указали: при том, что ключевыми факторами

выбора пациентами конкретной МО являются технологическая оснащенность, профессиональный опыт и квалификация персонала, результативность, срочность оказания и стоимость медицинских услуг, тем не менее отдельно была подчеркнута важность этнокультурного аспекта взаимодействия между иностранными гражданами и медицинской организацией («... и нация, и религия [пациента] влияют: «Она на меня косо посмотрела, а я из другой страны, из другой конфессии» — для человека это важно, он чувствует напряжение, стресс на психологическом и эмоциональном уровне»).

Для выстраивания конструктивной коммуникации между иностранным пациентом и персоналом МО, способствующей как повышению результативности оказания медицинских услуг, так и снижению эмоционального стресса у каждого из участников, необходимы в целом языковая доступность и компетентность инфраструктуры медицинской организации, её сотрудников и соответствующие «понимающие» качества у последних. В частности, «человечность, просто с пониманием относиться, тем более, если это иностранный студент — человек приехал в чужую страну, он ещё плохо понимает русский язык, ему тяжело понять, что ему пытаются объяснить, с документами всегда проблемы. Например, был случай, когда студент хотел прикрепиться в поликлинику, а его туда-сюда отправляли, а он ничего не понимает. Не во всех больницах и поликлиниках есть транслирование на английском языке. Есть студенты из Китая, которые и английский не могут выучить и не понимают его, только китайский и знают»).

Информанты исследования также обратили особое внимание на проблемы языкового и культурного барьера между пациентом и персоналом МО, которые существенного сказываются: 1) на взаимопонимании пациента с врачом («Самая главная проблема — язык. Я и медицинский работник не понимали друг друга»), которое не всегда решается даже при на-

личии переводчика («...если бы я была наедине с доктором, мы бы понимали друг друга без посредника, то результат лечения был бы гораздо лучше и быстрее»); 2) на эмоциональном состоянии пациента («Человек, попадая в иную культуру, чувствует себя незащищённым...»; «... ехать в какую-то непонятную страну, где вообще тяжело понять, что происходит — не самый хороший вариант»).

В медицинских организациях иногда необходимо не только наличие штатного переводчика, но и инфраструктура, «подсказывающая» иностранному пациенту, какие действия надо предпринимать в случае возникновения тех или иных ситуаций. Как предложили эксперты, это могут быть не только таблички с подписями кабинетов врачей на разных языках, но и плакаты с инфографикой, содержащие такие виды информации, как правила оформления медицинской страховки; к какому врачу обратиться (специализации врача) и другое.

Опыт проведенного социологического исследования в Москве подтверждает выводы анализа научных публикаций и свидетельствует о наличии коммуникативных барьеров между российскими МО и иностранными гражданами, что, с одной стороны, внешне проявляется в низкой информированности иностранцев о текущем уровне возможностей системы отечественного здравоохранения, а, с другой — внутренне обуславливается языковыми и культурными ограничениями между иностранными пациентами и персоналом медицинской организации. Решение данной проблемы можно найти в совершенствовании языковой подготовки персонала, его обучении (в том числе, с помощью наставников по корпоративной культуре в МО) особенностям взаимодействия с пациентами (российскими и иностранными) с различными этнокультурными особенностями, контроле за соблюдением толерантного отношения к таким пациентам.

Исследование поведения пациентов разных этнокультурных и религиозных

групп в отношении к трансплантации органов показывает [16], что, в случае угрозы жизни, человек может принять решение в пользу своего здоровья и желания выжить, отодвинув на второй план требования веры, возможное осуждения со стороны семьи, родственников, общины и так далее. Но в ситуациях отказа пациента от

трансплантологии и/или переливания крови медицинским работникам важно понимать причину отказа и уважать выбор больного, основанного на его религиозных убеждениях. В табл. 1 представлены основные аспекты отношения к трансплантологии у представителей разных конфессий.

Таблица 1

**Отношение к трансплантологии в различных религиях**

Table 1

## Attitudes to transplantation in various religions

Форма религии	Отношение к трансплантологии
Иудаизм	Пересадка органов возможна для улучшения качества жизни, допустимо хранение органов.
Иудаизм ортодоксальной формы	Трансплантология возможна только при угрозе жизни.
Ислам	Пересадка от живого человека возможна только тех органов, которые способны к регенерации – печень, костный мозг.
Ислам ортодоксальной формы	Запрещена пересадка органов от человека человеку.
Буддизм	При кремации умершего должны быть все органы на месте, значит, невозможно использование органов для последующей их пересадки.
Христианство	Трансплантация органов возможна.
Конфуцианство	Человек и все его органы принадлежат роду (предкам и потомкам), однако, например, в Китае используют органы и ткани приговоренных к смерти преступников.
Индуизм	Трансплантация органов возможна.
Секта свидетелей Иеговы	Не только строгий запрет на трансплантацию, но и на переливание крови (носительницы человеческой души).

Источник: составлено авторами.

В иудаизме и исламе действует запрет на трансплантацию: изъятие органов и тканей, согласно принципам этих учений, нарушит цельность человеческого тела, а оно должно сохраниться в прежнем виде – для того, чтобы воскреснуть в Судный день (Йом-Киппур в иудаизме и Киямат в исламе [17]). На фоне положительного отношения этих религий к медицине в целом, и благодаря растущему числу спасённых жизней в результате пересадки органов, отношение к трансплантации меняется.

В христианстве ситуация более лояльная, благодаря феномену альтруизма, самопожертвования. В индуизме всё изна-

чально было довольно просто: в священных книгах (ведах) главенствовала идея о том, что важна лишь душа, и когда она покидает тело, оно, по сути, становится «опустевшим сосудом», в котором больше нет смысла и значения. А человек, завещавший свои органы для трансплантации, «работает» на пользу своей карме для перерождения души.

В буддизме, в целом отрицающим трансплантологию, в последнее время духовные лидеры выступающие в защиту донорства (особенно в странах, куда буддизм «пришел» как философия), апеллируют к двум факторам, объединяющим западный и восточный подходы. Во-первых, речь идет

о карме и будущей жизни. Во-вторых, приводят примеры о подвигах Будды, который, стремясь спасти всех живых существ от страданий, не раз жертвовал собой в бытность бодхисатвой. В любом случае, врачи и медицинские сёстры, подготовленные к возможной реакции пациентов, могут принять адекватные решения при выборе форм коммуникации с больными, а также способов и приемов лечения.

\* \* \*

Формирование корпоративной культуры, как комплекса требований в медицинской организации, предъявляемого к своим сотрудникам, направлено на предотвращение и преодоление конфликтных ситуаций, возникающих из-за недопонимания в отношениях между пациентами и медперсоналом, а также на внедрение эффективных методов, приёмов и единых стандартов взаимодействия.

Среди факторов удовлетворённости/неудовлетворённости пациентов, наряду с качеством медицинской помощи, оснащённостью современным оборудованием и репутацией МО, выделяются: личностные качества врача, отношение медицин-

ского персонала к пациентам (доброжелательность, готовность помочь, подробные объяснения), привлечение пациентов к принятию решений, сотрудничество с религиозными учреждениями, уважение к пациенту и внимание к его потребностям, вовлечение родственников пациента в процесс выздоровления.

Выработка коммуникативных навыков представляет собой самостоятельную задачу профессионального медицинского образования. Обучение нормам и правилам общения между медицинскими работниками и пациентами должно быть заложено в учебные программы вузов и сузов медицинского профиля. Особое значение должно придаваться развитию корпоративной культуры сотрудников медицинских организаций для обеспечения повышения уровня их пациентоориентированности. Отсутствие конструктивной коммуникации с пациентом, может привести к неправильно поставленному диагнозу, нарушению процедур лечения, возникновению стрессовых (для той и другой сторон) конфликтных ситуаций, что впоследствии приведёт к нежелательным результатам, или пациент окажется вообще без необходимой помощи.

### **Литература и Интернет-источники**

1. **Ярашева, А. В.** Проблемы и перспективы кадрового обеспечения московского здравоохранения / А. В. Ярашева, О. А. Александрова, Е. И. Медведева [и др.] // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. — 2020. — Т. 13. — № 1. — С. 174–190. DOI: 10.15838/esc.2020.1.67.10.
2. **Марков, Д. И.** Экспорт медицинских услуг: как повысить конкурентоспособность организаций российского здравоохранения / Д. И. Марков // Здоровье мегаполиса. — 2021. — Т. 2. — № 2. — С. 6–14. DOI: 10.47619/2713–2617.zm.2021.v.2i2;6–14.
3. **Нурмагомедова, П. М.** Проблемы биоэтики с позиций разных конфессий / П. М. Нурмагомедова // Этнопсихологические проблемы в современном мире / ред. Е. В. Афонасенко. — Москва, 2009. — С. 125–131.
4. **Васильев, Д. Ф.** Право, религия и медицина: пути взаимодействия на благо пациента / Д. Ф. Васильев, Н. В. Кругова, А. С. Кулиш // Тверской медицинский журнал. — 2017. — № 5. — С. 148–151.
5. **Панфёрова, А. Ю.** Взаимодействие врачей и пациентов с учетом конфессиональных особенностей / А. Ю. Панфёрова // Бюллетень медицинских интернет-конференций. — 2019. — Т. 9. — № 10. — С. 475.
6. **Москвичева, Л. И.** Религиозная приемлемость как фактор, определяющий границу медицинского вмешательства / Л. И. Москвичева // Медицинская этика. — 2020. — Т. 8. — № 1. — С. 59–64.

7. **Чернышев, Е. В.** Стандарты работы с иностранными пациентами / Е. В. Чернышев // Управление качеством в здравоохранении. — 2019. — № 1. — С. 46–52.
8. **Юдина, Н. Н.** Оценка экспортного потенциала системы здравоохранения российской федерации на примере отдельно взятого региона / Н. Н. Юдина, Е. В. Чернышев, М. С. Мельгунова, Г. Д. Петрова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2020. — Т. 28. — № S2. — С. 1186–1189.
9. **Сатюкова, А. С.** Координация работы с иностранными пациентами в кардиохирургическом центре / А. С. Сатюкова, И. В. Тетвадзе, Т. В. Семина [и др.] // Бюллетень НЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН. Сердечно-сосудистые заболевания. — 2019. — Т. 20. — № S11. — С. 233.
10. **Аксенова, Е. И.** Рекреационный потенциал медицинского туризма России / Е. И. Аксенова, Г. Д. Петрова, Е. В. Чернышев, Н. Н. Юдина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2020. — Т. 28. — № S2. — С. 1180–1185.
11. **Галстян, Г. Р.** Особенности сахароснижающей терапии и контроля гликемии в период соблюдения поста Рамадан / Г. Р. Галстян, В. В. Крылов, Ф. В. Валеева, Т. В. Моругова, А. Ф. Гуфраева // Ожирение и метаболизм. — 2012. — Т. 9. — № 2. — С. 70–76. DOI: 10.14341/omet2012270-76.
12. **Орлов, Д. В.** Подготовка лингвистического сопровождения иностранных пациентов в условиях медицинской организации / Д. В. Орлов, В. В. Шкарин, Т. П. Резник // Современный туризм в лечебной и здравоохранительной деятельности / ред. Н. Н. Седова, Г. Ю. Щекин. — Москва, 2019. — С. 107–120.
13. **Ширинян, М. В.** Коммуникативная компетенция в профессиональной деятельности врача / М. В. Ширинян, С. В. Шустова // Язык и культура. — 2020. — № 50. — С. 273–294. DOI: 10.17223/19996195/50/18.
14. **Ермаков, П. Н.** Этноконфессиональные особенности внутренней картины болезни онкологических больных / П. Н. Ермаков, А. В. Фаенсон, О. К. Труфанова, Т. С. Костенко // Вестник психотерапии. — 2016. — № 60(65). — С. 113–123.
15. **Savitskaya, B.** Nurses' occupational satisfaction during Covid-19 pandemic. / B. Savitskaya, I. Radomislenskaya, T. Hendel / Applied Nursing Research. — 2021 Jun. — No. 59. — URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7946538/> (дата обращения: 28.04.2021). DOI: 10.1016/j.apnr.2021.151416.
16. **Курганова, И. Г.** Влияние религиозно-философских факторов на формирование различных моделей восприятия органного донорства в обществе / И. Г. Курганова // Социо-гуманитарные проблемы органного донорства: междисциплинарные исследования / ред. О. Н. Резник, О. В. Попова. — Москва, 2017. — С. 132–146.
17. **Мамедов, В. К.** Об отношении основных религиозных конфессий к трансплантации и донорству / В. К. Мамедов, Л. Э. Мамедова / Медицинское право. — 2020. — № 5. — С. 29–38.

#### Сведения об авторах:

*Ярашева Азиза Викторовна*, д.э.н., проф., проф. РАН, зав. лабораторией Института социально-экономических проблем народонаселения Федерального научного исследовательского социологического центра РАН, Москва, Россия.

*Контактная информация:* e-mail: baktriana@rambler.ru; ORCID: 0000-0002-6041-7700; Researcher ID Web of Science: A-9976-2017; Scopus Author ID: 57197810090; РИНЦ Author ID: 519466.

*Марков Дмитрий Игоревич*, зам. зав. учебно-научной социологической лабораторией Департамента социологии Факультета социальных наук и массовых коммуникаций, Финансовый университет при Правительстве России; аналитик, ГБУ НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения Москвы, Москва, Россия.

*Контактная информация:* e-mail: dimarkov@fa.ru ORCID: 0000-0001-9380-0506; Researcher ID Web of Science: AAU-9797-2021; Scopus Author ID: 57219125459; РИНЦ Author ID: 1076893.

DOI: 10.19181/population.2022.25.1.13

## DEVELOPMENT OF CORPORATE CULTURE OF MEDICAL EMPLOYEES

Aziza V. Yarasheva<sup>1\*</sup>, Dmitry I. Markov<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>*Institute of Socio-Economic Studies of Population of the Federal Center of Theoretical and Applied Sociology of the Russian Academy of Sciences  
(32 Nakhimovsky prospect, Moscow, Russian Federation, 117218)*

<sup>2</sup>*Financial University under the Government of the Russian Federation  
(49 Leningradsky prospect, Moscow, Russian Federation, 125993)*

<sup>3</sup>*Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department  
(9 Sharikopodshipnikovskaya str., Moscow, Russian Federation, 115088)*

\*E-mail: baktriana@rambler.ru

### For citation:

Yarasheva A. V., Markov D. I. Development of corporate culture of medical employees. *Narodonaselenie [Population]*. 2022. Vol. 25. No.1. P. 155-166. DOI: 10.19181/population.2022.25.1.13. (in Russ.)

**Abstract.** *The purpose of the article is to study approaches to the development of corporate culture of healthcare workers in terms of forming a tolerant attitude to patients belonging to various ethno-cultural and confessional groups. This topic has become relevant not only due to the need to improve the quality of medical care provided to the population, but also due to the increased requirements for medical organizations in attracting extra-budgetary funds through import of medical services. Among the measures of managerial actions is further development of the foundations of the corporate culture of employees of medical organizations, which can contribute to solving the problem of attracting patients belonging to different national and religious groups. The results of the analysis (systematization of scientific literature and sociological survey in the form of interviews) of the main problems, the solution of which is associated with development of corporate culture, show that the following issues come to the fore: successful communication of doctors and nurses with patients; differentiation of opinions on organ transplantation (donation); critical situations connected with euthanasia, termination of pregnancy, death of patient (including suicide); attitude to the issues of life reproduction (artificial conception, surrogacy, cloning); difficulty of observing rituals during the treatment of patients. This article presents conclusions on the analysis of two above problems and possible approaches to their solution: 1) communication of medical workers with patients; 2) attitude to organ transplantation. The authors propose measures for formation of new competencies in the corporate culture (as a set of formal and informal requirements in a medical organization imposed on its employees) aimed at preventing and overcoming conflict situations arising from misunderstandings in the relationship between patients and medical staff.*

**Keywords:** *corporate culture, medical organization, ethno-confessional characteristics, medical workers, patients, medical ethics, communication.*

**References and Internet sources**

1. Yarasheva A. V., Aleksandrova O. A., Medvedeva E. I., Alikperova N. V., Kroshilin S. V. Problemy i perspektivy kadrovogo obespecheniya moskovskogo zdravookhraneniya [Problems and prospects of personnel support of the Moscow healthcare system]. *Ekonomicheskiye i sotsial'nyye peremeny: fakty, tendentsii, prognoz [Economic and Social Changes: Facts, Trends, Forecast]*. 2020. Vol. 13. No. 1. P. 174–190. DOI: 10.15838/esc.2020.1.67.10. (in Russ.)
2. Markov D. I. Eksport meditsinskikh uslug: kak povysit' konkurentosposobnost' organizatsiy rossiyskogo zdravookhraneniya [Export of medical services: how to increase the competitiveness of Russian healthcare organizations]. *Zdorov'ye megapolisa [City Healthcare]*. 2021. Vol. 2. No. 2. P. 6–14. DOI: 10.47619/2713–2617.zm.2021.v.2i2;6–14. (in Russ.)
3. Nurmagomedova P. M. Problemy bioetiki s pozitsiy raznykh konfessiy [Issues of bioethics from the standpoint of different confessions]. *Etnopsikhologicheskiye problemy v sovremennom mire [Ethnopsychological Problems in the Modern World]*. Proceedings of the international scientific and practical conference. Ed. E. V. Afonassenko. Moscow. 2009. P. 125–131. (in Russ.)
4. Vasiliev D. F., Krugova N. V., Kulish A. S. Pravo, religiya i meditsina: puti vzaimodeystviya na blago patsiyenta [Law, religion and medicine: ways of interaction for the benefit of patient]. *Tverskoy meditsinskiy zhurnal [Tver Medical Journal]*. 2017. No. 5. P. 148–151. (in Russ.)
5. Panferova A. Yu. Vzaimodeystviye vrachey i patsiyentov s uchedom konfessional'nykh osobennostey [Interaction of doctors and patients with the account of confessional characteristics]. *Byulleten' meditsinskikh internet-konferentsiy [Bulletin of Medical Internet Conferences]*. 2019. Vol. 9. No. 10. P. 475. (in Russ.)
6. Moskvicheva L. I. Religioznaya priyemlost' kak faktor, opredelyayushchiy granitsu meditsinskogo vmeshatel'stva [Religious acceptability as a factor determining the border of medical intervention]. *Meditsinskaya etika [Medical Ethics]*. 2020. Vol. 8. No. 1. P. 59–64. (in Russ.)
7. Chernyshev E. V. Standarty raboty s inostrannymi patsiyentami [Standards of work with foreign patients]. *Upravleniye kachestvom v zdravookhranении [Quality Management in Health Care]*. 2019. No. 1. P. 46–52. (in Russ.)
8. Yudina N. N., Chernyshev E. V., Melgunova M. S., Petrova G. D. Otsenka eksportnogo potentsiala sistemy zdravookhraneniya rossiyskoy federatsii na primere otel'no vzyatogo regiona [Evaluation of the export potential of the healthcare system of the Russian Federation on the example of a separate region]. *Problemy sotsial'noy gigiyeny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny [Problems of Social Hygiene, Public Health and History of Medicine]*. 2020. Vol. 28. No. S2. P. 1186–1189. (in Russ.)
9. Satyukova A. S., Tetvadze I. V., Semina T. V. et al. Koordinatsiya raboty s inostrannymi patsiyentami v kardiokhirurgicheskom tsentre [Coordination of work with foreign patients in cardiac surgery center]. *Byulleten' NTSSSKH im. A. N. Bakuleva RAMN. Serdechno-sosudistyye zabolevaniya [The Bulletin of Bakoulev Center. Cardiovascular Diseases]*. 2019. Vol. 20. No. S11. P. 233. (in Russ.)
10. Aksenova E. I., Petrova G. D., Chernyshev E. V., Yudina N. N. Rekreatsionnyy potentsial meditsinskogo turizma Rossii [Recreational potential of medical tourism in Russia]. *Problemy sotsial'noy gigiyeny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny [Problems of Social Hygiene, Public Health and History of Medicine]*. 2020. Vol. 28. No. S2. P. 1180–1185. (in Russ.)
11. Galstyan G. R., Krylov V. V., Valeeva F. V., Morugova T. V., Gufraeva A. F. Osobennosti sakharosnizhayushchey terapii i kontrolya glikemii v period soblyudeniya posta Ramadan [Peculiarities of hypoglycemic therapy and glycemic control during the period of fasting Ramadan]. *Ozhireniye i metabolizm [Obesity and Metabolism]*. 2012. Vol. 9. No. 2. P. 70–76. DOI: 10.14341/omet2012270–76. (in Russ.)
12. Orlov D. V., Shkarin V. V., Reznik T. P. Podgotovka lingvisticheskogo soprovozhdeniya inostrannykh patsiyentov v usloviyakh meditsinskoy organizatsii [Preparation of linguistic support for foreign patients in medical organization]. *Sovremennyy turizm v lechebnoy i zdravookhranitel'noy deyatel'nosti [Modern Tourism in Medical and Healthcare Activities]*. Proceedings of the V All-Russian

- scientific-practical conference with international participation. Eds. N. N. Sedova, G. Yu. Shchekina. 2019. P. 107–120. (in Russ.)
13. Shirinyan M. V., Shustova S. V. Kommunikativnaya kompetentsiya v professional'noy deyatel'nosti vracha [Communicative competence in the professional activity of doctor]. *Yazyk i kul'tura [Language and Culture]*. 2020. No. 50. P. 273–294. DOI: 10.17223 / 19996195/50/18. (in Russ.)
  14. Ermakov P. N., Faenson A. V., Trufanova O. K., Kostenko T. S. Etnokonfessional'nyye osobennosti vnutrenney kartiny bolezni onkologicheskikh bol'nykh [Ethno-confessional features of the internal picture of disease of cancer patients]. *Vestnik psikhoterapii [Bulletin of Psychotherapy]*. 2016. No. 60(65). P. 113–123. (in Russ.)
  15. Savitskaya B., Radomislenskaya I., Hendel T. Nurses' occupational satisfaction during Covid-19 pandemic. *Applied Nursing Research*. 2021 June; 59: 151416. Published online 2021 March 11. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7946538/> (Accessed: 28 April 2021). DOI: 10.1016 / j.apnr.2021.151416.
  16. Kurganova I. G. Vliyaniye religiozno-filosofskikh faktorov na formirovaniye razlichnykh modeley vospriyatiya organnogo donorstva v obshchestve [The Impact of religious and philosophical factors on the formation of various models of organ donation perception in society]. *Sotsio-gumanitarnyye problemy organnogo donorstva: mezhdistsiplinarnyye issledovaniya [Socio-Humanitarian Problems of Organ Donation]*. Eds. O. N. Reznik, O. V. Popova. Moscow. 2017. P. 132–146. (in Russ.)
  17. Mamedov V. K., Mamedova L. E. Ob otnoshenii osnovnykh religioznykh konfessiy k transplantatsii i donorstvu [On the attitude of the main religious confessions to transplantation and donation]. *Meditsinskoye pravo [Medical Law]*. 2020. No. 5. P. 29–38. (in Russ.)

**Information about the authors:**

*Yarasheva Aziza Viktorovna*, Doctor of Economics, Full Professor, Institute of Socio-Economic Studies of Population of the Federal Center of Theoretical and Applied Sociology of the Russian Academy of Sciences, Moscow, Russian Federation.

*Contact Information:* e-mail: baktriana@rambler.ru; ORCID: 0000-0002-6041-7700; Researcher ID Web of Science: A-9976-2017; Scopus Author ID: 57197810090; Elibrary Author ID: 519466.

*Markov Dmitry Igorevich*, Deputy Head of Laboratory, Financial University under the Government of the Russian Federation, Moscow, Russia; analyst, Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, Moscow, Russian Federation.

*Contact information:* e-mail: dimarkov@fa.ru; ORCID:0000-0001-9380-0506; Researcher ID Web of Science: AAU-9797-2021; Scopus Author ID: 57219125459; Elibrary Author ID: 1076893.

Статья поступила в редакцию 01.12.2021, одобрена 28.02.2022, опубликована 30.03.2022.