

УДК 316.45

**ОСОБЕННОСТИ ФАКТОРОВ, ДЕТЕРМИНИРУЮЩИХ
ОРГАНИЗАЦИОННОЕ ПОВЕДЕНИЕ ВРАЧЕЙ
НА ОРГАНИЗАЦИОННОМ УРОВНЕ**

Хуртина Виктория Викторовна

магистрант

Российский университет дружбы народов, Москва

author@apriori-journal.ru

Аннотация. Выделена система факторов, детерминирующих организационное поведение (ОП) профессиональной группы врачей. Рассматриваются особенности детерминант ОП на организационном уровне: технология, организационная культура, структура организации, коммуникация и система стимулирования.

Ключевые слова: организационное поведение; профессиональная группа; врачи; технология; структура; коммуникация.

**FEATURES OF FACTORS DETERMINING PHYSICIANS
ORGANIZATIONAL BEHAVIOR AT THE ORGANIZATIONAL LEVEL**

Khurtina Viktoria Viktorovna

undergraduate

Peoples' Friendship University of Russia, Moscow

Abstract. The paper is devoted to the system of factors determining organizational behavior (OB) of the professional group of physicians. Discusses the characteristics of the OB determinants at organizational level: technology, organizational culture, organizational structure, communication and incentives.

Key words: organizational behavior; professional group; physicians; technology; structure; communication.

В современном обществе состояние здоровья населения определяется рядом факторов, среди которых выделяется качество и уровень медицинского обслуживания населения. Оказание медицинской помощи зависит не только от технологической оснащенности медицинских учреждений, лекарственного обеспечения населения и социальной политики государства. В отмеченном контексте без преувеличения огромную роль играют врачи, реализуемые ими логики организационного поведения в рамках профессиональной группы.

Исследование профессиональной группы врачей в данной статье осуществляется посредством применения концепций организационного поведения – системы знаний, изучающей отличительные черты, механизмы, а также последствия и виды поведения индивидов и групп в рамках организационного контекста, анализирующей весь спектр взаимодействия, от индивидуального до межгруппового, на уровне индивида, группы и организации.

Концепции организационного поведения позволяют использовать разнообразные теории и подходы к анализу профессиональных групп, сочетая акценты различных теоретических традиций, планомерно подвергая анализу а) индивидуальные характеристики поведения представителей профессиональных групп, детерминируемые ценностями, установками, мотивацией, особенностями восприятия, способностями к обучению; б) групповые характеристики, определяемые статусами, нормами и ролями, отношениями власти и лидерства, конфликтами, а также в) организационные характеристики, такие как технология, организационная культура, структура, коммуникация и система стимулирования, формирующие особенности организационного поведения профессиональных групп.

В представленной статье анализируются факторы, детерминирующие организационное поведение врачей на организационном уровне. В качестве основных детерминант внутренней среды, определяющих ор-

ганизационное поведение медиков на организационном уровне были предложены: организационная структура, коммуникации, технологии, организационная культура и система стимулирования персонала.

Их изучение современными западными и отечественными теоретиками и практиками в контексте сферы здравоохранения происходит под влиянием активной стадии реформирования отрасли в большинстве западных стран. Независимо от состояния и особенностей развития систем здравоохранения, практически все страны западного мира в 1970-90-е гг. столкнулись с необходимостью изменения макроэкономической политики организации здравоохранения. Эта тенденция была характерна как для развитых стран, так и для развивающихся. Обе группы государств выбрали модель здравоохранения с усилением роли рыночных отношений. Основное различие заключалось в том, что в развивающихся странах определяющую роль в обеспечении населения медпомощью играло государство, однако, государственный сектор постепенно заменялся частным [1].

Менеджерализм, маркетизация, государственное управление здравоохранением наряду с давлением гражданского общества в лице потребителей медицинских услуг, а также других групп интересов, в частности, фармацевтических и страховых компаний, привели к возникновению ряда особенностей в структурах и коммуникациях медицинских организаций [2].

Одной из самых распространённых проблем, связанных с организационной структурой, является слабая координация функций между административно-хозяйственной (в лице менеджеров) и лечебно-диагностической (в лице врачей) подсистемами медицинских организаций [4; 8]. В настоящее время в системах здравоохранения развитых стран доминирующей является смешанная организационная структура, в качестве приоритетных концепций управления которой многие иссле-

дователи выделяют управление качеством (TQM) и управление бизнес-процессами (BPM).

Социологи подчеркивают эффективность в сфере здравоохранения организационных структур, ориентированных на командную работу. Командная деятельность повышает уровень взаимного доверия медиков, способствует принятию единой системы ценностей в рамках профессиональной деятельности. По данным исследования, проведенного группой социологов в 2002 г., обучение специалистов отделения скорой помощи (врачей, медсестер и технических специалистов) в команде привело к снижению клинических ошибок в сравнении с контрольной группой и увеличило уровень удовлетворенности работой при сохранении уровня нагрузки [3].

Структура отечественных медицинских организаций в советский период отличалась гиперцентрализованностью, вертикальной иерархией, административно-командными методами работы. В результате реформ системы здравоохранения в постсоветский период хозяйственно-правовая структура медицинских организаций изменилась. Появились медицинские клиники частного сектора. Однако, следует отметить, что структура большинства государственных медицинских организаций остается централизованной и иерархичной.

В большинстве ЛПУ, с одной стороны имеется бюрократическая структура, в функции которой входит контроль качества конечного результата медицинской помощи по показателям деятельности учреждения (администрация). С другой стороны, управление качеством лечебно-диагностического процесса осуществляется с использованием принципов профессиональной модели (врачебные авторитеты, руководители подразделений). При этом администрация очень часто контролирует исключительно подсистему обеспечения (питание, размещение, закупка, оборудование), а деятельность основной подсистемы ЛПУ – лечебно-диагностический процесс – происходит автономно от администрации.

Администрация не контролирует основную производственную деятельность больницы, а врачи-профессионалы не сведущи в вопросах финансового обеспечения больницы, стоимости назначенных лекарств и обследований [4].

В качестве решения данной проблемы в рамках Ставропольской краевой клинической больницы была внедрена адаптивная модель качества, базирующаяся на обучении и контроле и широко применяющая методы командной работы. В результате применения новых методов работы, основанных на управлении качеством, были улучшены показатели эффективности деятельности учреждения, характеризующие как здоровье пациентов, так и экономические аспекты работы больницы [4].

Однако социологи предостерегают от применения унифицированных методов управления в разных странах, даже если последние выбрали одинаковый путь развития системы здравоохранения. Внедрение новых практик, которые были использованы в других странах и на ином этапе их развития, происходит на стратегическом уровне и часто сопровождается появлением непредвиденных форм воздействия на организацию на индивидуальном и групповом уровнях. В качестве примера негативного влияния внедрения новых управленческих методов выделяются:

1. снижение уровня распространения такого типа поведения индивидов как организационно-гражданский, в том числе по причине прекращения установившегося психологического контракта между индивидом и организацией;
2. усиление стрессовых проявлений и возникновение синдрома профессионального выгорания;
3. проявление форм поведения индивидов, противоречащее их общепринятой роли в организации;
4. возникновение коммуникативных барьеров, появление так называемых «бесхозных знаний», забытых, разделенных или изолирован-

ных в рамках организации вследствие нарушения взаимодействий работника и организации [5].

С вопросом организационной структуры тесно связан вопрос о типе коммуникации, доминирующей в организации. Существует несколько типов коммуникаций в зависимости от основания классификации. Это коммуникации, осуществляемые непосредственно между людьми, и опосредованные передовыми технологиями; коммуникации вербальные и невербальные; формальные и неформальные; межличностные коммуникации, классифицируемые как вертикальные (а именно, восходящие и нисходящие), горизонтальные, а также диагональные.

Самые типичные цели нисходящих коммуникаций: постановка задач перед подчиненными, распространение новой информации о деятельности организации, инструктирование по выполнению работы, обеспечение обратной связи с подчиненными, социальная поддержка подчиненных. Цели восходящих коммуникаций можно обозначить как следующие: получение достоверной информации о ходе выполнения работы и конечных результатах, обеспечение обратной связи с руководством о полученных заданиях, изучение мнения подчиненных по интересующим вопросам. Помимо этого, информация передается в горизонтальной плоскости, подобные коммуникативные акты координируют и интегрируют деятельность сотрудников различных отделов и подразделений на одинаковых уровнях иерархии. Прозрачность потоков информации и учет влияния обратной связи повышает эффективность системы коммуникаций, способствуя укреплению организационной структуры, ее устойчивости.

В свою очередь, дисфункции организационной структуры вызывают проблемы в распространении и передаче информации. Так рассмотренная выше разобщенность административной и лечебно-диагностической подсистем медицинской организации, характерная как для российской

системы здравоохранения, так и для других стран, сопровождается проблемами коммуникации между описанными подсистемами.

В свою очередь, в рамках лечебно-диагностической подсистемы возникают коммуникативные барьеры, связанные с укорененной в медицине иерархией статусов медицинских работников. С одной стороны, это проблемы обмена информацией между врачами и средним медицинским персоналом, когда вышестоящие врачи игнорируют информацию, поступающую от нижестоящих в иерархии статусов и должностей медсестер, что в определенных случаях приводит к врачебным ошибкам и даже летальному исходу пациентов.

С другой стороны, это сложности коммуникаций между врачами, когда отсутствие в коллективе открытой коммуникации и неразвитость восходящих коммуникаций препятствует высказыванию менее опытными специалистами своих взглядов и опасений по тем или иным вопросам. Боязнь высмеивания или преследования вследствие озвучивания своего мнения, высокая степень иерархичности в коллективе в разы снижает эффективность клинической деятельности медиков. Некоторые исследователи полагают, что иерархичность взаимоотношений между врачами, а также автономность врачей от другого персонала в медицинских учреждениях закладываются в процессе обучения врачей. Усиливают сложность коммуникации между врачами не только их различия во внутригрупповых статусах и власти, но также тот факт, что многие позиции в организациях здравоохранения укомплектованы временными работниками, не заинтересованными в оптимизации схем коммуникаций или не имеющими ресурса времени на стимулирование появления новых форм координации.

Возникающие проблемы коммуникаций исследователи предлагают решать на уровне группового взаимодействия, посредством внедрения командных методов работы. Формирование эффективной команды в свете выше изложенного материала предполагает ее «межотраслевой»

состав (врачи, медсестры, представители администрации медучреждения, персонал, отвечающий за техническую поддержку), общую ответственность за принятие решений и разрешение проблемных ситуаций, формирование атмосферы доверия и возможности свободного высказывания мнений, прозрачность потоков коммуникаций и их активизацию в горизонтальной плоскости.

Отмеченные выше проблемы коммуникаций формулируются и разрешаются на уровне группы и использования таких детерминант организационного поведения группового уровня как статус, роли, власть, сплоченность группы, что подтверждает тесную взаимосвязь выделенных детерминант и их взаимное влияние на формирование организационного поведения.

Работа по усилению горизонтальных коммуникаций и укреплению координации между структурными отделами организаций на горизонтальном уровне ведется и в российских медицинских учреждениях. Так, в межмуниципальном центре высоких медицинских технологий, созданном на базе больницы скорой медицинской помощи г. Набережные Челны, руководством медучреждения в 2009-2010 гг. был проведен ряд мероприятий модернизационного характера, направленных в том числе на укрепление горизонтальных коммуникаций между отделениями [6]. Например, на базе отделения реанимации и интенсивной терапии был создан резерв «универсальных» медицинских сестер для работы в любое время и в любом профильном отделении. При направлении «универсальной» медицинской сестры в профильные отделения, она переходит в функциональное подчинение старшей медицинской сестре данного отделения.

В рассматриваемом медицинском центре была введена центральная диспетчерская служба, обеспечившая координацию между отделениями на горизонтальном уровне для осуществления внутренней и внешней транспортировки пациентов. В обязанности данной службы

входит также исполнение технических работ и обслуживание медицинской техники, связь со всеми оперативными аварийными службами города.

Организационной культуре отводится в современном мире значимая роль в повышении эффективности организационного поведения. «Современный руководитель организации должен владеть как явными [планирование, руководство, координация, контроль], так и скрытыми функциями, такими как структурное регулирование, управление культурой» [7].

Функции организационной культуры весьма многообразны. Она придает сотрудникам организационную идентичность, определяя представления о компании, являясь важным источником стабильности и преемственности, что создает у сотрудников чувство безопасности. Знание организационной культуры помогает новым работникам правильно интерпретировать происходящие в организации события, она стимулирует ответственность, отмечает заслуги творческих сотрудников. Организационная культура – важный механизм социализации персонала, повышения их производительности и мотивации. Также внутренняя культура организации интегрирует различные группы в единое целое, если ее установки и ценности разделяются большинством членов организации.

Некоторые исследователи предполагают, что задачи организационной культуры связаны не только с единением коллектива организации на основе определенной разделяемой всеми системы ценностей, видения роли организации в обществе и собственной роли индивида в организации. Современное дополнение к интерпретации функций организационной культуры связано с экономическими аспектами деятельности организации, с применением маркетинговых стратегий. Имеется в виду, что организационная культура влияет на экономическую эффективность предприятия не только опосредованно, через формирование оптимальных поведенческих практик у персонала, но и напрямую контактируя с

клиентом организации, провозглашая собственную миссию, отличающуюся от миссий других компаний и являющуюся частью маркетинговой стратегии.

Р. Рамануджам и Д. Руссо отмечают, что при общей цели всех медицинских учреждений США, заключающейся в оказании безопасной, эффективной, своевременной, ориентированной на пациента, равной и доступной помощи, руководство американских клиник формулирует различные миссии с акцентированием деятельности организации на таких элементах как клиническая помощь, сервис, обучение персонала, исследования, достижение выгоды, иногда, религиозные ценности. Такое разнообразие миссий может быть связано с конкурентной внешней средой и стремлением клиник следовать избранной маркетинговой стратегии [8].

Формулирование миссии организации, целенаправленное формирование и поддержка организационной культуры с выделением средств из бюджета организации в российском здравоохранении характерно для частных медицинских клиник.

Отечественные государственные медицинские учреждения долгие годы функционировали в рамках плановых производственных отношений. По мнению И.А. Тогунова, организационную культуру во внутренней и внешней среде системы здравоохранения в социалистический период развития страны отчасти формировали продекларированные основные принципы советского здравоохранения – государственность, общедоступность и бесплатность медицинской помощи населению, единство медицинской науки и практики, профилактическое направление [9]. В описанном варианте формирования ценностей и норм организационной культуры, сложность их усвоения заключается в директивном насаждении внутриорганизационных принципов работы сверху, в подмене особенностей внутриорганизационных отношений формальными лозунгами [9].

В силу того, что в России в настоящий момент основной объем медицинских услуг оказывается государственным сектором здравоохране-

ния, в рамках которого декларативно подчеркивается некоммерческая деятельность медицинских учреждений как основная, большая часть государственных медицинских организаций не занимается формированием организационной культуры в рамках конкретных учреждений, а подменяет ее базовыми принципами профессиональной культуры и этики. Причины этого заложены в «слабом развитии действительно реального цивилизованного рынка медицинских услуг, а, следовательно, и маркетинговых отношений в медицине» [9], в отсутствии финансовых ресурсов и воли руководства ЛПУ к созданию единой системы ценностей, разделяемых персоналом взглядов, эталонов поведения, символов и отношений, определяющих индивидуальный облик организации.

Организационная культура не формируется сама по себе. По возможности, она должна сочетать потребности персонала, потребителей услуг, служить целям руководства организации и не противоречить целям и задачам общества. Создание оптимального с позиции перечисленных выше субъектов типа организационной культуры имеет решающее значение для закрепления эффективного организационного поведения.

Дж. Форестер отмечает, что в современных условиях необходима новая культура организации, которая гибко адаптируется к условиям непрерывных взаимодействий потоков информации, денежных средств, заказов, материалов, рабочей силы и капитального оборудования в компании [10]. Организационная культура медицинской организации сегодня должна отвечать аналогичным требованиям.

Нельзя переоценить значимость внедрения технологических новшеств, сказывающихся как на индивидуальной, так и на организационной эффективности. Влияние технологии на организационное поведение персонала в сфере здравоохранения проявляется, возможно, более явно, чем в других отраслях. Использование новых медицинских технологий на практике меняет базовые представления о том, что считать здо-

ровьем и что считать болезнью, меняет приоритеты здравоохранения. Так возможность широкого применения антисептиков и обезболивающих средств переориентировала задачи медиков со стратегии сегрегации к клиническим вмешательствам.

Создание системы стандартов качества и лечения в медицине стало возможно только после того, как появились технологии, способные хранить и обрабатывать большие массивы данных о заболеваниях, примененных к ним методах лечения и последствиях этих методов.

С. Нетлтон утверждает, что анализ информации с помощью цифровых технологий фундаментальным образом изменил медицину. Исследователь описала как данные, факты, на которых основано медицинское знание, стали доступны только после внедрения цифрового архивирования и возможности обработки больших массивов информации, с появлением большого числа информационных носителей и возникновением электронного здравоохранения [11].

С. Нетлтон, описывая особенности распространения медицинского знания, говорит, что оно «сбежало»: посредством технологии и развития интернета медицинская информация была рассеяна, распространена во времени и пространстве, до того принадлежащее экспертам медицинское знание стало неограниченным и свободным [11]. Отношения между врачом и пациентом превратились во встречу коллег-специалистов в следствие обоюдного доступа к информации, что во многом изменило медицинскую практику и организационное поведение врачей.

Область применения стандартов в медицине не исчерпывается алгоритмизацией действий по излечению болезни. По всему миру собирается и анализируется информация о врачебных ошибках и случаях, которые угрожали безопасности пациентов, в том числе, связанных с использованием электричества, эксплуатацией оборудования и зданий. В итоге, создаются подробнейшие стандарты для медицинских учрежде-

ний, которые позволяют предотвратить ошибки и обеспечить качество медицинской помощи.

Г. Ройтберг, президент клиники ОАО «Медицина», в которой были внедрены международные стандарты Joint Commission International (JCI), так описывает деятельность врача в новых условиях: «Больной поступил (с подозрением на инфаркт миокарда) – через два часа мы должны начать терапию. У нас еще не было опозданий больше чем на две-три минуты... Потому что у врачей звоночек в компьютере, который их обязывает все делать. Или, например, по нашему стандарту врач обязан повторить ЭКГ через 12 часов после приступа, если он не поставил диагноз «инфаркт». ... Компьютер будет фиксировать неисполнение технологии по времени, и если что-то произошло не так, то руководителю или эсэмэс придет, или он сам у себя увидит, что в таком-то блоке что-то произошло» [12].

Технологии в медицине не работают автоматически. Они начинают действовать только в рамках социо-технических взаимодействий. Изучение технологий предполагает их анализ в контексте отношений между цифровыми устройствами и людьми.

Медицинский персонал, в том числе врачи, часто негативно относятся к нововведениям, требующим новых форм работы. У врачей, осваивающих новые непрофильные технологии, нередко возникают трудноразрешимые проблемы, сопровождающиеся состоянием повышенного эмоционального и физического напряжения. Только на первоначальном этапе, когда происходит освоение специализированных баз данных, средств сети интернет, внутренней сети учреждения, различного специализированного программного обеспечения, у персонала возникают отмеченные выше состояния. По мере освоения новых информационных ресурсов, при правильно организованном обучении, у врачей появляется уверенность в полезности и важности информационных тех-

нологий, в их практической работе, формируются установки их принятия и творческого отношения к взаимодействию с этими технологиями.

Внедрение новых технологий в медицинские организации способно не только изменить организационное поведение врачей и другого персонала медучреждения, но и стимулировать создание новой разновидности работников [13].

В качестве фактора, завершающего перечень детерминант организационного поведения на организационном уровне, была выделена система стимулирования персонала. Выработка инструментария стимулирования индивида предполагает построение, адаптацию и применение универсальной системы мер целенаправленного и последовательного воздействия на работника со стороны организации в лице ее руководства. Данная система мер включает в себя как экономическое, так и социальное воздействие при помощи мотивов и стимулов. Система стимулов и мотиваторов способствуют развитию у работника конструктивных побуждений, что позволяет ему быстрее и значительнее проявить себя, оформить и закрепить собственный статус, обеспечить механизм эффективного взаимодействия с коллегами и организацией в целом. Целью активизации организационного поведения при помощи системы стимулирования персонала является повышение эффективности деятельности индивида в рамках конкретной организации на благо данной организации.

Большая часть отечественных врачей трудоустроена в государственных ЛПУ. Как было показано во второй главе данной диссертационной работы, государственная политика в области здравоохранения направлена на усиление экономических методов в управлении медицинскими учреждениями, целью которых является эффективное использование ресурсов организаций в условиях ограниченного финансирования или финансирования по остаточному принципу. Исходя из анализа данных о социальном самочувствии профессиональной группы врачей в

постсоветский период, можно сделать вывод, что заметная положительная динамика в степени удовлетворенности уровнем доходов, выполняемой трудовой деятельностью, общим восприятием состояния благополучия имеет место в период активного этапа финансирования отрасли, сопровождающегося повышением уровня заработной платы медиков.

Несмотря на существование разных мнений отечественных исследователей о том, какая группа мотиваторов на данном этапе развития отечественного здравоохранения оказывает определяющее воздействие на повышение уровня удовлетворенности врачей, автор данной диссертационной работы склонен согласиться с позицией социологов о решающей роли материальных и гигиенических факторов.

Что касается нематериальных методов материального стимулирования персонала медицинских организаций, в том числе врачей, наиболее распространенными из них в государственных организациях являются вручение благодарственных писем и грамот, озвучивание заслуг медика руководством учреждения в рамках массовых мероприятий, обучение и организация дополнительных программ по освоению новых непрофильных навыков, например, компьютерных технологий. Следует отметить, что фактор обучения сам по себе не всегда рассматривается медиками как стимулирующий.

В тех государственных медицинских учреждениях, в которых проводилась плановая работа по внедрению новых методов управления, целенаправленная деятельность по формированию организационной культуры, в качестве нематериальных методов стимулирования применялся следующий алгоритм действий. Постановка задач каждому работнику, выявление в ходе личных бесед с врачами и средним медицинским персоналом сферы интересов работника, в случае осуществления поставленных задач сотруднику создавались условия для дальнейшего профессионального, административного или научного роста, а также проводилась регулярная демонстрация достижений с участием главного

врача и его заместителей и награждением победителей грамотами, с присуждением им званий [4].

Резюмируя выше написанное следует отметить, что рассмотренные факторы, а именно, организационная структура, коммуникации, технология, система стимулирования и организационная культура, в самом деле детерминируют организационное поведение врачей.

Широкое применение практической информации и исследовательского материала к анализу организационного поведения врачей как профессиональной группы позволяет заключить, что эффективность отечественной системы здравоохранения, прежде всего, социальная, но также и экономическая, в большой степени зависит от изучения особенностей организационного поведения врачей, выявления способов оптимальной организации факторов, определяющих организационное поведение отмеченной группы.

Список использованных источников

1. Sen K. Restructuring Health Services – Public Subsidy of Private Provision. Restructuring Health Services and Policies of Privatization – an Overview of Experience // Restructuring Health Services: Changing Contexts and Comparative Perspectives. London, 2003. P. 1-32
2. Кульман Э. Разновидности профессионализма поздней современности: на примере немецкой системы здравоохранения // Журнал исследований социальной политики. 2005. Т. 3. № 4. С. 536.
3. Morey J.C., Simon R., Jay G.D., Wears R.L., Salisbury M., Dukes K.A., Berns S.D. Error reduction and performance improvement in the emergency department through formal teamwork training: Evaluation results of the MedTeams project // Human Service Research. 2002. № 37. P. 1553-1581.

4. Вардосанидзе С.Л. Управление качеством лечебно-диагностического процесса в многопрофильном стационаре. Ставрополь, 2002. С. 13-17, 79-86.
5. Mark A.L. Notes from a small Island: researching organisational behaviour in healthcare from a UK perspective // J. of Organizational Behavior. 2006. № 27. P. 851-867.
6. Каримова Р.Б., Хайруллин И.И. Новые методы организации труда медицинских работников как средство повышения качества медицинской помощи // РАМН. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. 2012. № 5. С. 42-44.
7. Франчук В.И. Общая теория социальных организаций. М., 2001. С. 206.
8. Ramanujam R., Rousseau D.M. The challenges are organizational not just clinical // J. of Organizational Behavior. 2006. № 27. P. 811-827.
9. Тогунов И.А. О корпоративной культуре в медицине и здравоохранении // Менеджер здравоохранения. 2008. № 1. С. 31-33.
10. Forrester J.W. Industrial Dynamics. Cambridge, Massachusetts, 1961.
11. Nettleton S. The Emergence of E-Scaped Medicine // Sociology. 2004. № 38 (4). P. 661-680.
12. Калянина Л. Помощь по стандарту [Электронный ресурс]. URL:<http://expert.ru/expert/2013/43/pomosch-po-standartu/#comments>
13. Pope C. Computers, Cyborgs, Webs and... medical sociology? // Medical Sociology Online. 2014. V. 8. № 1 [Электронный ресурс]. URL:http://www.medicalsociologyonline.org/Vol8Iss1/MSoVol8Iss1Art1/8.1_Art1.html