

УДК 614.2

DOI 10.24412/2312-2935-2026-3-726-750

КУЛЬТУРА БЕЗОПАСНОСТИ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ: ЧАСТЬ ПЕРВАЯ: ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ, СТРУКТУРА И ТИПЫ КУЛЬТУР (СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ ОБЗОР)

Ю. Э. Восканян¹, И. Б. Шикина², О. С. Курдюкова³

¹ФГБОУ ДПО "Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования" Минздрава России, г. Москва

²ФГБУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва

³ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Минздрава России, г. Москва

Введение. Культура безопасности (Safety Culture) является ключевым детерминантом безопасной медицинской деятельности персонала, определяющим паттерны его поведения в процессе оказания медицинской помощи. Вместе с тем, терминологическая полисемия, смешение уровней анализа (артефакты, декларируемые ценности, базовые представления), отсутствие четких различий двух принципиально отличных видов культуры (культуры вины и справедливой культуры) существенно усложняет проведение стратегических изменений медицинской организации в части, касающейся управления качеством и безопасностью медицинской помощи.

Цель – систематизировать существующие определения культуры безопасности; описать структуру культуры безопасности в соответствии с трехуровневой моделью Э.Шайна; дать сравнительную характеристику двум типам культуры безопасности (культуре вины и справедливой культуре).

Материалы и методы. Систематический обзор выполнен по стандартам PRISMA с использованием баз PubMed, Scopus, Web of Science, eLibrary (РИНЦ) за январь 1980 г. - декабрь 2024 г. Включено 29 источников, в основном оригинальные статьи. Книги, руководства и систематические обзоры использованы в исключительных случаях. Количественный мета-анализ не проводился вследствие гетерогенности данных; применены концептуальный и нарративный синтез.

Результаты и обсуждение. Определения культуры безопасности систематизированы в три группы (когнитивная, бихевиориальная, интегративная); предложено авторское определение в парадигме корпоративной культуры Э. Шайна. Даны определения трем уровням культуры и их компонентам. Описаны сущностные различия двух видов культур безопасности – культуры вины и справедливой культуры. Показано, что культура вины, как естественно сложившийся организационный атрибут, доминирует в большинстве медицинских организаций, а справедливая культура как устойчивый тип встречается редко и формируется целенаправленно.

Выводы. Культура безопасности является стратегическим, измеримым и управляемым конструктом медицинской организации, задающим фундаментальные рамки поведения людей в организации. Понимание ее сущностных характеристик и структуры является необходимым условием для последующих организационных изменений и организационного развития медицинской организации.

Ключевые слова: «safety culture», «safety climate», «patient safety culture», «just culture», «guilt culture», «blame culture», «organizational culture», «E. Schein», «basic assumptions», «human error», а также русскоязычные эквиваленты

SAFETY CULTURE IN HEALTHCARE ORGANIZATIONS: PART ONE: DEFINITION, STRUCTURE, AND TYPES OF CULTURES (A SYSTEMATIC REVIEW)

Yury E. Voskanyan¹, Irina B. Shikina², Olga S. Kurdyukova³

¹ *Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow*

² *Russian Research Institute of Health, Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow*

³ *I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow*

Introduction. Abstract Background. Safety culture is a key determinant of safe medical practice, shaping healthcare personnel behavior patterns during care delivery. However, terminological polysemy, the confounding of analytical levels (artifacts, espoused values, underlying assumptions), and the lack of clear distinctions between two fundamentally opposing cultural types (blame culture versus just culture) significantly complicate strategic organizational changes in healthcare quality and patient safety management.

Objective. To systematize existing definitions of safety culture, describe its structure according to Edgar Schein's three-level model, and provide a comparative analysis of two distinct safety culture types: blame culture and just culture. **Materials and Methods.** A systematic review was conducted in accordance with the PRISMA guidelines, searching the PubMed, Scopus, Web of Science, and eLibrary databases for articles published between January 1980 and December 2024. A total of 29 sources were included; the core dataset comprised original research articles, while books, guidelines, and systematic reviews were utilized only in exceptional cases. Due to data heterogeneity, a quantitative meta-analysis was not performed; instead, conceptual and narrative synthesis approaches were applied.

Results and discussion. Definitions of safety culture were systematized into three categories: cognitive, behavioral, and integrative. Concurrently, an original definition within Edgar Schein's corporate culture paradigm is proposed. The three levels of culture and their respective components are defined. The essential differences between blame culture and just culture are delineated. The findings indicate that blame culture, as an inherently evolving organizational attribute, dominates most healthcare organizations, whereas a just culture remains a rare, sustainably established type that requires deliberate formation.

Conclusion. Safety culture represents a strategic, measurable, and manageable construct within a healthcare organization, establishing the fundamental framework for organizational behavior. Understanding its core characteristics and structure is a prerequisite for subsequent organizational changes and development within healthcare institutions.

Keywords: safety culture; safety climate; patient safety culture; just culture; guilt culture; blame culture; organizational culture; E. Schein; basic assumptions; human error

Введение. Современные подходы к управлению качеством и безопасностью медицинской помощи характеризуются постепенным переходом от поиска виновных к анализу и управлению системными причинами ошибок и инцидентов. [1, 2]. В основе описанных организационных изменений лежит, прежде всего, стратегическое изменение мировоззрения высшего руководства и сотрудников организации, которое получило название культуры безопасности [3]. Вместе с тем, понятие «культура безопасности» употребляется в современной литературе полисемично. Одни авторы определяют ее через набор ценностей и установок, другие - через сложившиеся в организации паттерны поведения, третьи определяют культуру через подходы к управлению рисками инцидентов. Довольно часто происходит подмена понятия «культура безопасности» организационным климатом, смешение уровней анализа культуры безопасности. Единичные научные статьи указывают на некоторые принципиальные различия двух мировоззрений – культуры вины и справедливой культуры.

Цель - систематизировать существующие определения культуры безопасности; описать структуру культуры безопасности в соответствии с трехуровневой моделью Э. Шайна; дать сравнительную характеристику двум типам культуры безопасности (культуре вины и справедливой культуре).

Материалы и методы. Систематический обзор выполнен в соответствии со стандартами PRISMA [4]. Поиск литературы осуществлялся в электронных базах данных PubMed, Scopus, Web of Science и eLibrary (РИНЦ) за период с января 1980 г. по декабрь 2024 г. (расширение горизонта поиска обусловлено необходимостью включения фундаментальных работ по корпоративной культуре). Поиск предусматривал комбинацию терминов: «safety culture», «safety climate», «patient safety culture», «just culture», «guilt culture», «blame culture», «organizational culture», «E. Schein», «basic assumptions», «human error», а также русскоязычные эквиваленты.

Критерии включения: 1) концептуальные модели и определения культуры безопасности и корпоративной культуры; (2) оригинальные валидационные исследования инструментов оценки культуры безопасности; (3) оригинальные эмпирические исследования связи культуры безопасности с поведением персонала, лидерством и клиническими исходами; (4) руководства и систематические обзоры стратегий формирования культуры (в исключительных случаях).

Критерии исключения: редакционные материалы, мнения экспертов без первичных данных, тезисы, статьи без полных текстов.

Первичный поиск выявил 2148 публикаций. После удаления дубликатов и скрининга для полнотекстового анализа осталось 187 статей, а в итоговый синтез включено 29 репрезентативных источников [1–29].

Ограничения исследования. Принимая во внимание высокую концептуальную и методологическую гетерогенность литературных источников, авторы воздержались от проведения количественного мета-анализа, остановившись на концептуальном анализе и нарративном синтезе (типизирование определений, разработки авторского определения в парадигме Э. Шайна, формулировка определений типов культуры и построения их сравнительной характеристики по базовым различиям).

Результаты и обсуждение.

Понятие «Культура безопасности». Впервые термин «культура безопасности» стал официально употребляться после аварии на Чернобыльской АЭС (1986 г.) в отчете Международной консультативной группы по ядерной безопасности. В упомянутом отчете слабая культура безопасности была представлена в качестве главной организационной первопричины катастрофы. Позже данный термин стал употребляться в авиации, нефтегазовой отрасли, а в 1990-е гг. он успешно прижился в здравоохранении [5].

В современной литературе насчитывается несколько десятков определений культуры безопасности, которые, несмотря на их терминологическое и семантическое разнообразие, основываются на пяти фундаментальных положениях.

Во-первых, культура безопасности, как часть корпоративной культуры, является коллективным феноменом и ее носителем выступает не отдельный работник, а группа (организация).

Во-вторых, структура культуры безопасности включает три компонента, разделяемых членами группы (организации): когнитивный (представления, убеждения, ценности и установки), нормативный (неформальные нормы и правила) и поведенческий (сформировавшиеся паттерны поведения).

В-третьих, культура безопасности определяется стратегией организации в области безопасности (являются ли безопасность приоритетом или нет) и направляет организационное поведение в этой части.

В-четвертых, культура безопасности формирует отношение организации к медицинским ошибкам, инцидентам и связанному с ними персоналу.

В-пятых, культура безопасности – это приобретаемое и наследуемое свойство организации, которое усваивается в процессе социализации и с течением времени передается новым членам организации (наследуется) [6].

Существующие различия на расстановке акцентов в пяти упомянутых положениях позволил авторам выделить три точки зрения на культуру безопасности и систематизировать, в связи с этим, все существующие определения в три группы: когнитивную, бихевиориальную и интегративную.

Группа 1. Когнитивные определения («что мы думаем»). Данная группа определений рассматривает культуру безопасности как разделяемые коллективные представления и убеждения в отношении причин медицинских ошибок и инцидентов, механизмов их происхождения, роли и ответственности связанного с ними персонала, а также как ценности и установки, определяющие последующие паттерны поведения сотрудников в части, касающейся безопасности медицинской помощи. Наиболее цитируемым определением описанной группы является определение Консультативного комитета по безопасности ядерных установок (ACSNI/HSC, 1993), в котором культура безопасности рассматривается как «продукт индивидуальных и групповых ценностей, установок, восприятий, компетенций и паттернов поведения, который определяет приверженность организации управлению охраной здоровья и безопасностью, а также его стиль и компетентность; организации с позитивной культурой безопасности характеризуются коммуникацией, основанной на взаимном доверии, разделяемыми представлениями о важности безопасности и уверенностью в эффективности превентивных мер» [7].

Другим, довольно часто цитируемым определением данной группы, является определение Объединённой международной комиссии (JCI), которое уже рассматривает культуру безопасности в сфере здравоохранения как «продукт индивидуальных и групповых убеждений, ценностей, установок, восприятия, компетенций и моделей поведения, которые определяют приверженность организации качеству медицинской помощи и безопасности пациентов»; в управленческой проекции JCI определяет ее как «сумму того, что организация имеет и делает для достижения безопасности медицинской помощи» [8]. Преимуществом когнитивного подхода является его фундаментальная основа (идентификация важнейших психических образований, определяющих последующие паттерны поведения людей). Вместе

с тем, данная группа определений никак не объясняет каким образом формируются описанные психические образования, как они сохраняются и трансформируются в ходе организационного развития, каким образом они связаны с наблюдаемым поведением людей [9,10].

Группа 2. Бихевиориальные определения («как мы делаем»). Данная группа определений рассматривает культуру безопасности как устоявшиеся социальные поведенческие паттерны поведения (артефакты), регулируемые официально декларируемыми нормами в области безопасности. Синонимом культуры безопасности в контексте данной группы определений является климат организации в области безопасности. Наиболее цитируемым определением группы является определение Института медицины США, воспроизведенное в документах Европейского общества по качеству в здравоохранении (ESQH) и в европейском словаре по безопасности пациентов. В нем культура безопасности описывается как «интегрированная модель индивидуального и организационного поведения, основанная на общих убеждениях и ценностях, которая постоянно стремится минимизировать вред пациентам, который может возникнуть в процессе оказания медицинской помощи» [10,11]. К этой же группе относятся практические определения «то, как мы делаем вещи здесь» и «то, что ты делаешь, когда никто не смотрит», а также трактовка климата безопасности как «поверхностных черт культуры — установок и восприятий индивидов в данный момент времени, измеримого компонента культуры» [12,13]. Важным преимуществом данного подхода является его высокая операциональность, основанная на высокой эффективности оперантного научения в формировании паттернов поведения, необходимых организации.

Вместе с тем, бихевиористский подход к управлению поведением людей в наибольшей степени привязывает их к внешним правилам и нормам, независимо от внутренних убеждений и представлений, мотивации и системы ценностей. Поэтому он практически исключает вовлеченность персонала в управление безопасности и связанное с ней непрерывное совершенствование процессов. Мало того, несоответствие декларируемых норм с внутренними убеждениями и представлениями приводят к развитию отношений антагонизма между персоналом и администрацией, маскировке и утаиванию ошибок и инцидентов, саботированию решений и практик в области безопасности [3,9,12,14].

Группа 3. Интегративные определения. Данная группа определений рассматривает культуру безопасности как целостный многоуровневый конструкт, объединяющий когнитивный, нормативный и поведенческий компоненты в единой модели. Методологическим каркасом группы служит трехуровневая модель Э. Шайна, в которой

трехуровневая структура корпоративной культуры представлена в виде артефактов, провозглашаемых ценностей и базовых представлений [6]. Наиболее цитируемым из этой группы является определение Дж. Ризона. Согласно данному определению культура безопасности представляет собой ядро системы управления безопасностью медицинской помощи организации. Ее важнейшими характеристиками являются культура открытых коммуникаций (те, кто управляет системой и работает в ней, обладают актуальными знаниями о человеческих, технических, организационных и средовых факторах безопасности; персонал готов сообщать об ошибках и инцидентах, в организации создана система отчетности об ошибках и инцидентах), культура справедливости (в организации созданы невинный климат и атмосфера доверия, в которой персонал поощряется за предоставление значимой информации о безопасности, но при этом ясно очерчена граница между приемлемым и неприемлемым поведением); культура обучения (организация учится на своих ошибках и ошибках других организаций, принимает решения, в основе которых лежат выводы, основанные на объективных и качественных данных, непрерывно совершенствует свои процессы и организационную структуру) [15,16].

К данной группе относится и определение В. Ньевы, которое рассматривает культуру безопасности как интегративный инструмент управления, отражающий то, как управление рисками осмысливается, структурируется и реализуется в организации [17]. Преимуществом данного подхода является его целостность, учитывающая органическую взаимосвязь всех трех уровней культуры. Наряду с этим, существенным ограничением является сложность как понимания культуры безопасности в этом контексте, так и последующего преобразования всех трех уровней в их взаимосвязи.

С точки зрения Э. Шайна корпоративная культура и связанная с ней культура безопасности выполняют в организации две важнейшие функции: внешнюю адаптацию и внутреннюю интеграцию. Первая функция заключается в том, что культура безопасности помогает реализовать стратегию организации в сфере управления качеством и безопасностью за счет, прежде всего, стратегически обусловленных изменений в самой корпоративной культуре. Вторая функция связана с тем, что культура безопасности играет роль метасистемного модератора, обеспечивая взаимосвязь и единство между формальной системой управления («организацией-машиной») и фактическим поведением людей («организацией – социальным организмом»). Именно базовые представления культуры безопасности определяют, будут ли артефакты системы управления (система регистрации инцидентов, чек-

листы, аудиты, протоколы и др.) реально функционировать или останутся формальными атрибутами [6,17]. Культура безопасности является групповым, многоуровневым, многомерным, динамичным и контекстно-зависимым феноменом, усваиваемым через социализацию [10].

Авторское определение. Развивая далее интегративный подход и опираясь на системную модель безопасности, авторы предлагают определить культуру безопасности как «часть корпоративной культуры, представляющую собой обобщенную модель поведения людей поведения людей в организации в части, касающейся их отношения к ошибкам, инцидентам и неблагоприятным событиям, основанную на разделяемых и переживаемых ключевыми сотрудниками организации явных и неявных представлениях, убеждениях, ожиданиях, ценностях и нормах в области безопасности, которые направляют организационное поведение и с течением времени передаются другим, в том числе новым, членам организации через оперантное научение (наследуются). Неизменным спутником культуры безопасности являются официально декларируемые ценности и нормы безопасной деятельности, которые никогда полностью не совпадают с базовыми представлениями и в лучшем случае гармонируют с ними». В данном определении прослеживаются все три уровня культуры: артефакты (обобщенная модель поведения людей), базовые представления (разделяемые представления, убеждения, ожидания, ценности и нормы) и декларируемые ценности.

Структура культуры безопасности. Классическая модель Э. Шайна рассматривает три уровня корпоративной культуры: уровень артефактов, уровень декларируемых ценностей и уровень базовых представлений [6,10]. В зависимости от полноты восприятия для стороннего наблюдателя описанные три уровня можно расположить в виде пирамиды айсберга (рис.1), где артефакты представляют собой хорошо видимую надводную часть айсберга (видимые компоненты поведения людей и инфраструктуры), декларируемые ценности – поверхностную подводную часть айсберга (прямо не очевидны, но при желании их можно найти и прочесть, о них можно спросить и услышать ответ - официальную позицию), базовые представления – глубинная подводная часть айсберга (невидимая сторона культуры для стороннего наблюдателя - то, о чем не говорят, но подразумевают, они принимаются на веру без доказательств и являются очевидными для ключевых сотрудников). В рассматриваемой логике хорошо описывается и структура культуры безопасности.

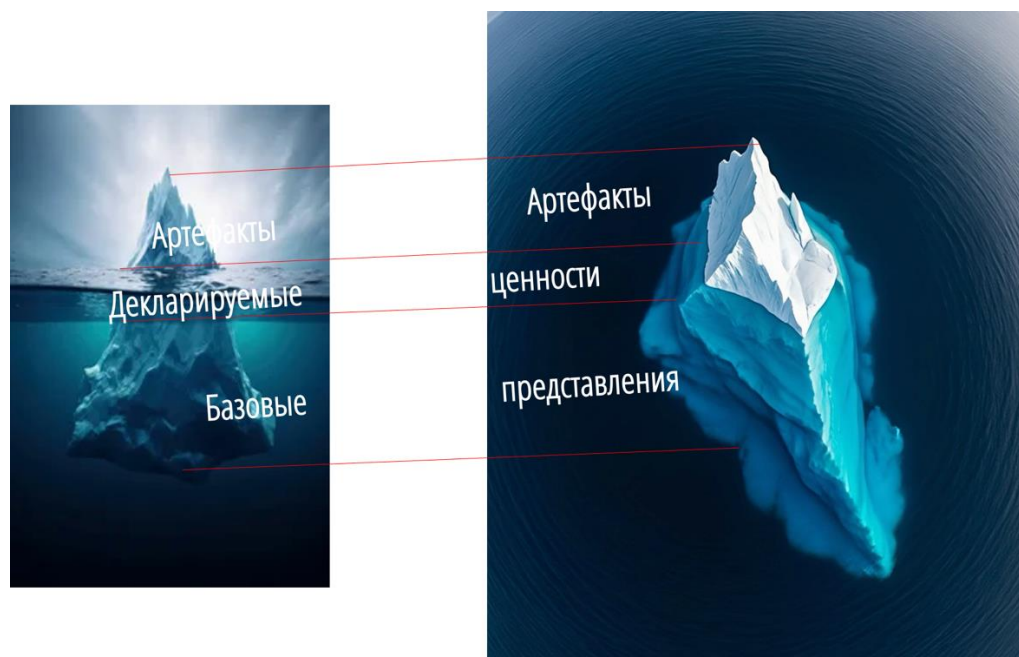


Рисунок 1. Три уровня корпоративной культуры по Э. Шайну

Уровень 1 – артефакты, которые представляют собой видимые проявления культуры безопасности, доступные восприятию стороннего наблюдателя. К ним относятся: принятые решения и совершенные действия персонала; корпоративный стиль (символика, дресс-код, любимые музыкальные произведения и стихи, обряды, церемонии, ритуалы, эмоциональный климат); культура коммуникаций (открытость коммуникации, язык и стиль общения, организационный фольклор (мифы, истории, рассказы, передаваемые новым сотрудникам с целью показать значимость своей организации и предупредить нежелательные формы поведения новых сотрудников); структура и значимость формальной и неформальной коммуникации, частота, характер и регламент проведения встреч и совещаний); система лидерства в организации; культура разрешения конфликтов; организационная иерархия (распределение власти, принятие решений и делегирование, бюрократизация); организация труда (часы работы, баланс работа/отдых/семья); организация производственной среды (планировка, оснащение и интерьеры рабочих мест); документальные артефакты (политики, протоколы, инструкции и регламенты, СОПы и др.).

В части, касающейся культуры безопасности артефакты легко наблюдаются в виде отношения к ошибкам и инцидентам, их регистрации и анализу, отношения к автору инцидента («жертве»), отношения к пациенту, подходов к предупреждению ошибок и инцидентов. Интерпретация артефактов без понимания базовых представлений ненадежна и практически

невозможна. Наличие стандарта идентификации, регистрации и анализа инцидентов никак не означает, что персонал ему доверяет, а ошибки и инциденты действительно идентифицируются, регистрируются, анализируются, а по результатам анализа принимаются эффективные управленческие решения [6,10].

Уровень 2 – провозглашаемые (декларируемые) ценности, которые представляют собой официально декларируемые ценности, представления, убеждения и нормы поведения, формализованные в политике организации и подчиненные ее стратегии. [6,10]. Декларируемые ценности описывают ментальный базис организации и подразумевают наличие механизма трансляции новым сотрудникам. В части, касающейся культуры безопасности, декларируемые ценности обычно указывают на приоритет и значимость безопасности для организации, отношение организации к вовлечению персонала и пациента в управление безопасностью, на подходы организации к предупреждению ошибок и инцидентов, на характер среды (безопасная или нет), в которой осуществляется коммуникация об ошибках и инцидентах [6, 12].

Уровень 3 – базовые представления, которые представляют собой неявные и неосознаваемые представления, убеждения, ценности и нормы, которые считаются очевидными для ключевых сотрудников. Базовые представления определяют основное содержание культуры, но при этом они официально не сформулированы, существуют на бессознательном уровне, являются очевидными (о них не говорят), принимаются на веру без доказательств (непререкаемы).

Для того, чтобы избежать терминологической путаницы, авторами статьи приводятся определения основных компонентов базовых представлений. Представления (как обобщенная точка зрения) – это ментальные репрезентации объектов и событий реального мира, отражающие их существенные признаки и свойства. Убеждения – это когнитивная оценка объекта/события с точки истинности или ложности его качественных и количественных характеристик (вывод, сформулированный на основе представлений). Ценности — это устойчивые надситуативные диспозиции, абстрактные когнитивные репрезентации желаемых конечных состояний или способов поведения, которые задают иерархию приоритетов и служат внутренними критериями для оценки ситуаций, принятия решений и регуляции поведения. Проще говоря: ценности — это не «что я думаю о мире», а «что для меня в этом мире по-настоящему важно и к чему я стремлюсь в долгосрочной перспективе». Нормы – созданные людьми общеобязательные модели поведения в определенной ситуации, которые

обеспечивают стабильность, прогнозируемость и предсказуемость человеческой деятельности. Правила – разработанные людьми алгоритмы действий в определенной ситуации.

На основе базовых представлений формируются когнитивные схемы (организованные структуры знаний, в том числе отражающие причинно-следственные связи между представлениями), ментальные модели (ситуативные, предметные и универсальные модели, объясняющие общие механизмы функционирования и происхождения объектов, событий, ситуаций), ожидания (предвосхищение (антиципация) будущих событий на основе убеждений и прошлого опыта), установки (предрасположенность (готовность) к определённым поведенческим актам в определённой ситуации или ситуативные диспозиции), решения и планы. Но именно базовые представления определяют видимые поведенческие артефакты. Именно с диагностики базовых представлений начинается понимание корпоративной культуры и культуры безопасности в том числе. Непонимание и неприятие базовых представлений означает автоматическое удаление человека из группы и организации. В контексте культуры безопасности именно на уровне базовых представлений, а не артефактов или деклараций, принимается решение сотрудника сообщить об ошибке или скрыть ее. Именно базовые представления наследуются новыми сотрудниками, именно через наблюдение за фактической реакцией коллег на ошибку и инцидент, новичок усваивает реальную, а не декларируемую культуру поведения в конкретной организации [6,10,15].

Разрыв между декларируемыми ценностями и артефактами (видимым поведением) напрямую зависит от разрыва между базовыми представлениями и тем, что декларируется официальным руководством [6,12]. Разрыв будет минимальным, если декларируемые ценности в максимальной степени будут соотноситься (будут конгруэнтными) с базовыми представлениями людей, работающих в организации (рис. 2).

Субъективное восприятие персоналом уровня безопасности организации, системы управления безопасностью в организации, отношения к безопасности руководства и персонала получило название климата безопасности, который представляет собой ситуативную характеристику, которую можно измерять, например, с помощью опросников [9,12,14]. В отличие от культуры безопасности, климат является поверхностной, весьма вариативной (в зависимости от подразделения, позиции в иерархии и др.) и изменчивой величиной [10,18-20].

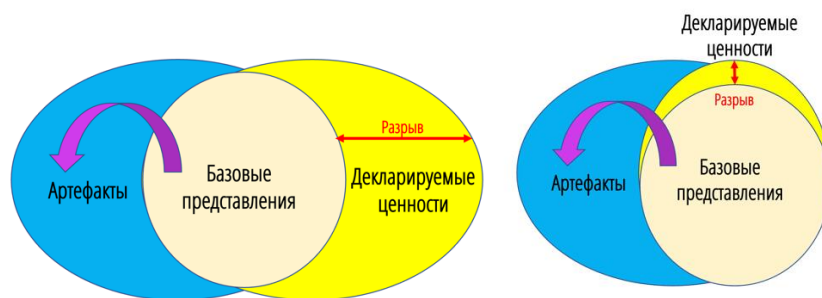


Рисунок 2. Большой и малый разрывы между базовыми представлениями и декларируемыми ценностями

Типы культур безопасности

Концептуальный анализ и нарративный синтез литературных источников позволяет выделить два полярных типа культур безопасности: культуру вины (guilt culture) и справедливую культуру безопасности (just culture). Принципиальные отличия описанных типов культур формируются на самом глубинном уровне – на уровне базовых представлений, в рамках которых формируются два драматически разных мировоззрения или две разных ментальных модели безопасности – индивидуальная и системная модели [15,16,21].

Культура вины (guilt culture) — это наиболее ранний, можно сказать, исходный тип культуры безопасности, который возник в период, когда общество недвусмысленно обозначило прямую и реальную ответственность врача, а в последующем и любого медицинского работника, за клинический исход и результат лечения. Культура вины родилась в результате формирования альтернативной реальности привычному и устоявшемуся мировоззрению общества в части, касающейся медицины и системы здравоохранения. Тысячелетиями считалось, что врач - это «ангел» в белом халате, который обладает невероятными знаниями и бесконечными возможностями, от которого может исходить исключительно благо. Такая запредельная идеализация медицинских работников наложила на них невероятный груз ответственности с одной стороны, а с другой – породила излишнюю уверенность в себе даже в ситуации, когда оснований для подобной уверенности не наблюдается. Вполне очевидно то, что, когда широкой общественности стали доступны факты медицинских ошибок и инцидентов, образ «идеального» врача и образ «идеального» здравоохранения стал очень быстро разрушаться. Для самого общества это обернулось большим разочарованием, которое сегодня выражается в тотальном недоверии к системе здравоохранения и к большинству медицинских работников. Трагедией это стало и для самих

врачей. Ведь наделенные огромной ответственностью, в первую очередь личной ответственностью перед самим собой, одержимые высокой трансцендентной мотивацией, они, допуская ошибки и инциденты, сами, в первую очередь получают тяжелую психическую травму, которая для многих из них является даже поводом ухода из профессии. Да и в целом сама медицинская организация, которая еще вчера казалась идеальной, стремительно «падает» в глазах пациента, членов его семьи, да и всего общества, особенно если в ее стенах случились инциденты, несовместимые с общепринятыми взглядами на медицину (например, забытые инструменты и материалы в теле больного). Драматизм ситуации усиливается тем, что наиболее часто (в абсолютном выражении) ошибки и обусловленные ими инциденты случаются у лучших представителей медицинской профессии – опытных врачей, как правило, запредельно перегруженных, лечащих самых тяжелых больных, которые не боятся оказывать помощь в условиях высокого риска и неопределённости, используя любой шанс для спасения больного.

К сожалению, в описанной ситуации, как врачи, так и, тем более общество, меньше всего думают о системных первопричинах ошибок и инцидентов. Налицо только два главных участника сцены: пациент, с которым произошел инцидент, и врач (или иной медицинский работник), допустивший медицинскую ошибку, которая привела к инциденту. Самое простое решение в этой ситуации для организации, в которой работает врач, обвинить его одного во всем. Простое, быстрое и понятное всем сторонам решение в условиях сложившегося тысячелетнего традиционного мировоззрения. Не случайно в современной литературе по безопасности медицинского работника, действия которого привели к инциденту, называют «жертвой».

Подобная модель, лежащая в основе культуры вины, получила название **индивидуальной модели безопасности** [15,16,22,23]. Она связывает все ошибки, инциденты и неблагоприятные события с конкретным индивидом. Принимая за основу так называемую гипотезу справедливого мира («плохие вещи случаются с плохими людьми») индивидуальная модель безопасности первопричину ошибок и инцидентов видит в аберрантных психических процессах этого «плохого» человека (некомпетентность, демотивация, забывчивость, невнимательность, беспечность, небрежность, безрассудство и др.).

Таким образом, с точки зрения индивидуальной модели ошибки и инциденты, связанные с оказанием медицинской помощи, легко объясняются персональной каузальной атрибуцией и индивидуальной виной «жертвы».

Красивая и лаконичная в своей простоте и кажущейся эффективности индивидуальная модель диктует и соответствующий подход к управлению безопасностью – идентификация виновного («жертвы») и аверсивный контроль, базирующийся на власти, основанной на принуждении (наказание «жертвы» и отрицательное подкрепление свидетелей наказания). Неизбежными последствиями описанного подхода являются страх, утаивание и маскировка ошибок и инцидентов, оборонительная позиция персонала, избегание применения сложных и рискованных процедур и технологий, а, самое главное, реальное ухудшение уровня безопасности в организации.

Противоположная индивидуальной *системная модель безопасности*, которая лежит в основе *справедливой культуры безопасности*, наоборот, рассматривает первопричины ошибок, инцидентов и неблагоприятных событий, как проблемы системы, компонентами которой являются персонал организации (человеческий фактор), внутренняя среда организации, технологии и сам пациент. В этой системе нет виновных и невинных, а возникшие сбои говорят о том, что сама система несовершенна и нуждается в улучшении. Первопричину ошибок и инцидентов системная модель видит не «плохих» работников, а в относительно постоянном наборе системных первопричин (латентных угроз), который независимо от вовлеченных людей будет приводить к повторению одних и тех же ошибок и инцидентов. Системная модель обращает внимание на то, что человеческие ошибки – это результат не аберрантных, а нормальных психических процессов, что все люди подвержены ошибкам и ошибок следует ожидать даже в самых лучших организациях. В литературе описываются три ключевых принципа справедливой культуры: понимание природы ошибок (человеку свойственно ошибаться), обучение вместо наказания, прозрачность и открытость коммуникации [15,16,21,23].

Описанное системное мировоззрение определяет и соответствующий подход к управлению безопасностью, основанный на построении в организации справедливой культуры, внедрении системы управления рисками и культуры открытых коммуникаций, непрерывном организационном научении. В условиях справедливой культуры безопасности и системного взгляда на проблемы персонал демонстрирует открытость и доверие, активно сообщает об ошибках, инцидентах и вносит существенный вклад в улучшение безопасности. А сама организация разрабатывает управленческие решения, основываясь на качественной и релевантной информации, успешно реализует проактивный и генеративный подходы в управлении рисками, как долгосрочную стратегию своего развития. В условиях справедливой

культуры в организации устанавливается «невинный» климат, в рамках которого аверсивный контроль смещается исключительно в сторону злостных нарушителей (в том числе лиц, маскирующих и утаивающих ошибки и инциденты), по отношению к которым предусмотрена дифференцированная ответственность. [15,16,21-23].

Для более детального описания двух типов культур будем использовать три базовых различия. Первое различие — это отношение к природе человеческих ошибок и инцидентов. В условиях культуры вины ошибка и инцидент воспринимаются как результат действий «плохого» человека, а в условиях справедливой культуры - как результат проблем системы [15,16,22]. Второе различие – это отношение к автору ошибки и инцидента. В условиях культуры вины автор ошибки и инцидента воспринимается как виновный, подлежащий обязательному наказанию, в условиях справедливой культуры он считается «жертвой» системных дефектов организации [15,16,21,22,24]. Третье различие — это подход к управлению ошибками и инцидентами. В условиях культуры вины основным способом реагирования на ошибку и инцидент является поиск и наказание виновного, а в условиях справедливой культуры - ликвидация системных первопричин, поддержка, обучение «жертвы», использование ее как ключевого источника информации о негативном опыте организации [15,16,21,22,23].

Сравнительная характеристика двух типов культур представлена в табл. 1

Таблица 1

Сравнительная характеристика культуры вины и справедливой культуры

Характеристика	Культура вины (guilt culture)	Справедливая культура (just culture)
Модель безопасности, принятая в основу культуры	Индивидуальная	Системная
Различия 1. Отношение к природе человеческих ошибок и инцидентов		
Возможность ошибок и инцидентов	Неприемлемы	Неизбежны
Первопричины ошибок и инцидентов	Аберрантные психические процессы «плохих» людей	Проблемы системы (системные первопричины – латентные угрозы)
Ценность негативного опыта (ошибки, инциденты и неблагоприятные события)	Ценности не представляет и большей частью скрыт	Представляет главную ценность в управлении безопасностью и организационном научении. Используется негативный

Характеристика	Культура вины (guilt culture)	Справедливая культура (just culture)
		опыт, в том числе, других организаций
Различение 2. Отношение к автору ошибки/инцидента		
Вина	Предопределена	Исключена в случае активного участия в информировании об ошибке/инциденте и
Оценка личности	«Плохой» человек	«Жертва» системных организационных проблем, требующая поддержки и обучения
Последующая роль для организации	Изгой, требующий наказания	Ценный источник негативного опыта, который ложится в основу организационного научения
Ответственность за ошибки, инциденты и их последствия	Индивидуальная	Всеобщая, включая руководство
Доминирующие эмоции персонала организации	Тревога, страх, апатия,	Спокойствие, чувство безопасности, воодушевлённость, увлеченность
Различение 3. Подход к управлению ошибками и инцидентами		
Направленность	Реактивный	Проактивный и генеративный
Гарантия безопасности	- Система санкций и ограничений - Индивидуальное мастерство исполнителя	Система управления безопасностью в организации
Приоритет вопросов безопасности	Полностью подчинены бизнес-интересам	Являются главным приоритетом
Приверженность безопасности высшего руководства	Отсутствует	Абсолютная
Культура коммуникаций	Закрытая культура	Культура открытых коммуникаций
Добровольное информирование об ошибках и инцидентах	Отсутствует	Является основным источником информации
Система учета ошибок и инцидентов	- Ведется в закрытом режиме - Основана на данных низкого качества	- Ведется в открытом режиме - Основана на качественных данных

Характеристика	Культура вины (guilt culture)	Справедливая культура (just culture)
	Используется исключительно для аверсивного контроля	Используется для управления безопасностью с точки зрения системного подхода
Донесение об ошибках и инцидентах	Порицается	Поддерживается
Внимание руководства к инцидентам	Только к большим и критическим	Ко всем инцидентам и угрозам
Разбор полетов (анализ инцидентов)	Только для больших и критических инцидентов	Разбор всех ошибок и инцидентов
Вовлеченность персонала в управление безопасностью	Локальная (официально сформированные группы и комитеты)	Всеобщая
Доверие персоналу в вопросах управления безопасностью	Отсутствует	Высокое
Вовлеченность пациента в управление безопасностью	Отсутствует	Имеется
Проблемное обучение вопросам безопасности	Отсутствует	Лежит в основе организационного научения
Обучение на основе имитационного моделирования ошибок и инцидентов	Отсутствует	Лежит в основе организационного научения
Непрерывное совершенствование системы управления безопасностью	Отсутствует	Предусмотрено изначально
Дополнительные затраты на управление безопасностью	Главным образом, на лечение осложнений	Главным образом, на построение и функционирование системы управления безопасностью

Несмотря на очевидные преимущества справедливой культуры, эмпирические данные указывают на доминирование элементов культуры вины и связанной индивидуальной модели в большинстве медицинских организаций [25]. В многоцентровых исследованиях с использованием SAQ и HSPSC доля позитивных ответов, характеризующих высокую культуру безопасности, не превышает 20–30% [19,26]. Ключевыми маркерами культуры вины в медицинских организациях является низкого качества отчетность по ошибкам и инцидентам.

Причины, которые поддерживают культуру вины в медицинских организациях, являются страх наказания и осуждения со стороны коллег, нетерпимость к ошибке и инциденту, ощущение угрозы потерять свою профессиональную репутацию (свое «лицо»), нежелание повторно оказаться в роли «жертвы», страх судебного преследования, отсутствие поддерживающих справедливую культуру управленческих норм [10,20,22-24].

Вместе с тем культура безопасности поддается целенаправленной трансформации в ходе организационных изменений и организационного развития. Ряд исследований, в том числе отечественных, продемонстрировал успешный переход от культуры вины к справедливой культуре [27,28]. Однако в целом, справедливая культура как устойчивый доминирующий феномен фиксируется редко: большинство организаций находится в переходном состоянии между этими двумя типами культур [10,29-31].

Таким образом, теоретико-методологическая новизна обзора заключается в систематизации существующих определений культуры безопасности в три группы (когнитивную, бихевиоральную и интегративную), дальнейшем развитии интегративной модели Э. Шайна в части, касающейся культуры безопасности в медицинской организации.

Авторами подробно описаны в целостной взаимосвязи три уровня культуры безопасности, предложены три различия и проведено детальное сравнение двух полярных типов культур безопасности - культуры вины и справедливой культуры.

Показано, что индивидуальная модель, лежащая в основе культуры вины, доминирует в силу исторических и социальных факторов, однако именно системная модель является базисом для построения организации высокой надежности.

Выводы. Культура безопасности представляет собой часть корпоративной культуры, представляющую собой обобщенную модель поведения людей поведения людей в организации в части, касающейся их отношения к ошибкам, инцидентам и неблагоприятным событиям, основанную на разделяемых и переживаемых ключевыми сотрудниками организации явных и неявных представлениях, убеждениях, ожиданиях, ценностях и нормах в области безопасности, которые направляют организационное поведение и с течением времени передаются другим, в том числе новым, членам организации через оперантное научение (наследуются). Неизменным спутником культуры безопасности являются официально декларируемые ценности и нормы безопасной деятельности, которые никогда полностью не совпадают с базовыми представлениями и в лучшем случае гармонируют с ними.

Культура безопасности включает в себя три уровня, отличные друг от друга в зависимости от полноты восприятия внешним наблюдателем: уровень артефактов, уровень декларируемых ценностей и уровень базовых представлений. Последний является определяющим в формировании поведения людей в организации.

Три базовых различия (отношение к природе ошибок и инцидентов, отношение к автору ошибок и инцидентов, подход к управлению ошибками и инцидентами) позволяют идентифицировать два полярных вида культуры безопасности: культуру вину и справедливую культуру. Первый тип культуры доминирует в современных медицинских организациях, чему способствует, в том числе влияние агрессивной внешней среды.

Список литературы

1. World Health Organization. Global Patient Safety Action Plan 2021–2030. Geneva: WHO, 2021. 78 p. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032347> (дата обращения: 25.06.2026).
2. Kohn L.T., Corrigan J.M., Donaldson M.S. To Err Is Human: Building a Safer Health System. Washington (DC): National Academies Press, 2000.
3. Leape L.L., D.M. Berwick Safe health care: are we up to it? BMJ. 2000; 320(№ 7237):725–726. DOI: 10.1136/bmj.320.7237.725
4. Page M.J., McKenzie J.E., Bossuyt P.M. [et al.] The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ. 2021;372. Art. n71. DOI: 10.1136/bmj.n71
5. International Nuclear Safety Advisory Group. Summary Report on the Post-Accident Review Meeting on the Chernobyl Accident. Vienna: IAEA, 1986. (Safety Series No. 75-INSAG-1).
6. Schein E.H. Organizational culture. Am Psychol. 1990;2(4):109–119. DOI: 10.1037/0003-066X.45.2.109.
7. Health and Safety Commission. Organising for Safety: Third Report of the ACSNI Study Group on Human Factors. Sudbury: HSE Books, 1993.
8. Joint Commission International. Safety Culture Program. Joint Commission International. URL: <https://www.jointcommission.org/en/products-and-services/high-reliability/leadership-transformation-programs/safety-culture-program/> (дата обращения: 25.06.2026).
9. Cox S., Flin R. Safety's essence: the interpretation of the "safety climate" concept. Work Stress. 1998;12(3):189–201. DOI: 10.1080/02678379808256877

10. Kristensen S., Mainz J., Bartels P. Patient Safety. A Vocabulary for European Application. Aarhus: Sun-Tryk Aarhus University, 2007.
11. Institute of Medicine. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington (DC): National Academies Press, 2001.
12. Pronovost P.J., Sexton J.B. Assessing safety culture: guidelines and recommendations. Qual Saf Health Care. 2005;14(4):231–233. DOI: 10.1136/qshc.2004.012849
13. Health Foundation. Safety Culture: What Is It and How Do We Monitor and Measure It? A Summary of Learning from a Health Foundation Roundtable. London: The Health Foundation, 2013.
14. Zohar D. Safety climate in industrial organizations: theoretical and applied implications. J Appl Psychol. 1980;65(1):96–102. DOI: 10.1037/0021-9010.65.1.96
15. Reason, J. Achieving a safe culture: theory and practice. J Work Stress. 1998;12(3):293–306. DOI: 10.1080/02678379808256885
16. Macchi L., Pietikäinen E., Reiman T. [et al.]. Patient Safety Management. Available Models and Systems. Espoo, Finland: VTT Technical Research Centre of Finland, 2011.
17. Nieva V.F., Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. Qual Saf Health Care. 2003;1292: ii17–ii23. DOI: 10.1136/qhc.12.suppl_2.ii17
18. Deilkås E., Hofoss D. Patient safety culture lives in departments and wards: multilevel partitioning of variance in patient safety culture. BMC Health Serv Res. 2010;10(Art. 85). DOI: 10.1186/1472-6963-10-85
19. Singer S.J., Gaba D.M., Falwell A. [et al.] Patient safety climate in 92 US hospitals: differences by work area and discipline. Med Care. 2009;47(1):23–31. DOI: 10.1097/MLR.0b013e318183b3e9
20. Kristensen S., Túgvutein N., Zachariassen H. [et al.] The virgin land of quality management — a first measure of patient safety climate at the National Hospital of the Faroe Islands. Drug Healthc Patient Saf. 2016;8:49–57. DOI: 10.2147/DHPS.S97769
21. Frankel A.S., Leonard M.W., Denham C.R. Fair and just culture, team behavior, and leadership engagement: the tools to achieve high reliability. Health Serv Res. 2006;41(4 Pt 2):1690–1709. DOI: 10.1111/j.1475-6773.2006.00583.x
22. Hoffman J.R., Kanzaria H.K. Intolerance of error and culture of blame drive medical excess. BMJ. 2014;349(Art. g5702). DOI: 10.1136/bmj.g5702

23. Machen S., Jani Y., Turner S. [et al.] The role of organizational and professional cultures in medication safety: a scoping review of the literature. *Int J Qual Health Care*. 2019;31(10):G146–G157. DOI: 10.1093/intqhc/mzz059
24. Scott S.D., Hirschinger L.E., Cox K.R. [et al.] The natural history of recovery for the healthcare provider “second victim” after adverse patient events. *Qual Saf Health Care*. 2009;18(5):325–330. DOI: 10.1136/qshc.2008.029413
25. Waterson P., Carman E-M., Manser T., Hammer A. Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC): a systematic review of the psychometric properties of 62 international studies. *BMJ Open*. 2019;9(Art. e026896). DOI: 10.1136/bmjopen-2018-026896
26. Sexton J.B., Helmreich R.L., Neilands T.B. [et al.] The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Serv Res*. 2006;6(Art. 44). DOI: 10.1186/1472-6963-6-44
27. Ройтберг Г.Е., Кондратова Н.В., Галанина Е.В. Сравнительная оценка уровня культуры безопасности в медицинских организациях. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2016;24(4):204–208. DOI: 10.18821/0869-866X-2016-24-4-204-208
28. Ройтберг Г.Е., Кондратова Н.В. Методические подходы к оценке культуры безопасности в медицинской организации. В мире научных открытий. 2016;3:57–71. DOI: 10.12731/wsd-2016-3-57-71
29. Voskanyan Y., Shikina I., Kidalov F., Davidov D. Assessment of Modern Health Care Opportunities in Management of Medical Care Safety. *Acta Scientific Medical Sciences* 3.11 (2019): 38-46. DOI:10.31080/ASMS.2019.03.0438
30. Voskanyan Y., Shikina I., Kidalov F., Musaeva S., Davidov D. Latent Failures of the Individual Human Behavior as a Root Cause of Medical Errors. (2021) In: Antipova T. (eds) 2021 International Conference on Advances in Digital Science (ICADS 2021), AISC 1352, pp. 222-234 DOI: 10.1007/978-3-030-71782-7_20
31. Westrum R. A typology of organisational cultures. *Qual Saf Health Care*. 2004;13(2): ii22–ii27. DOI: 10.1136/qshc.2004.011519

References

1. World Health Organization. Global Patient Safety Action Plan 2021–2030. Geneva: WHO, 2021. 78 p. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032347> (date of access: 25.06.2026).
2. Kohn L.T., Corrigan J.M., Donaldson M.S. To Err Is Human: Building a Safer Health System. Washington (DC): National Academies Press, 2000.
3. Leape L.L., D.M. Berwick Safe health care: are we up to it? BMJ. 2000: 320(№ 7237):725–726. DOI: 10.1136/bmj.320.7237.725
4. Page M.J., McKenzie J.E., Bossuyt P.M. [et al.] The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ. 2021:372(Art. n71). DOI: 10.1136/bmj.n71
5. International Nuclear Safety Advisory Group. Summary Report on the Post-Accident Review Meeting on the Chernobyl Accident. Vienna: IAEA, 1986. (Safety Series No. 75-INSAG-1).
6. Schein E.H. Organizational culture. Am Psychol. 1990;2(4):109–119. DOI: 10.1037/0003-066X.45.2.109
7. Health and Safety Commission. Organising for Safety: Third Report of the ACSNI Study Group on Human Factors. Sudbury: HSE Books, 1993.
8. Joint Commission International. Safety Culture Program. Joint Commission International. URL: <https://www.jointcommission.org/en/products-and-services/high-reliability/leadership-transformation-programs/safety-culture-program/> (date of access: 25.06.2026).
9. Cox S., Flin R. Safety's essence: the interpretation of the "safety climate" concept. Work Stress. 1998;12(3):189–201. DOI: 10.1080/02678379808256877
10. Kristensen S., Mainz J., Bartels P. Patient Safety. A Vocabulary for European Application. Aarhus: Sun-Tryk Aarhus University, 2007.
11. Institute of Medicine. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington (DC): National Academies Press, 2001.
12. Pronovost P.J., Sexton J.B. Assessing safety culture: guidelines and recommendations. Qual Saf Health Care. 2005;14(4):231–233. DOI: 10.1136/qshc.2004.012849
13. Health Foundation. Safety Culture: What Is It and How Do We Monitor and Measure It? A Summary of Learning from a Health Foundation Roundtable. London: The Health Foundation, 2013.
14. Zohar D. Safety climate in industrial organizations: theoretical and applied implications. J Appl Psychol. 1980;65(1):96–102. DOI: 10.1037/0021-9010.65.1.96

15. Reason J. Achieving a safe culture: theory and practice. *J Work Stress*. 1998;12(3):293–306. DOI: 10.1080/02678379808256885
16. Macchi L., Pietikäinen E., Reiman T. [et al.]. *Patient Safety Management. Available Models and Systems*. Espoo, Finland: VTT Technical Research Centre of Finland, 2011.
17. Nieva V.F., Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Qual Saf Health Care*. 2003;1292: ii17–ii23. DOI: 10.1136/qhc.12.suppl_2.ii17
18. Deilkås E., Hofoss D. Patient safety culture lives in departments and wards: multilevel partitioning of variance in patient safety culture. *BMC Health Serv Res*. 2010;10(Art. 85). DOI: 10.1186/1472-6963-10-85
19. Singer S.J., Gaba D.M., Falwell A. [et al.] Patient safety climate in 92 US hospitals: differences by work area and discipline. *Med Care*. 2009;47(1):23–31. DOI: 10.1097/MLR.0b013e318183b3e9
20. Kristensen S., Túgvutein N., Zachariassen H. [et al.] The virgin land of quality management - a first measure of patient safety climate at the National Hospital of the Faroe Islands. *Drug Healthc Patient Saf*. 2016;8:49–57. DOI: 10.2147/DHPS.S97769
21. Frankel A.S., Leonard M.W., Denham C.R. Fair and just culture, team behavior, and leadership engagement: the tools to achieve high reliability. *Health Serv Res*. 2006;41(4 Pt 2):1690–1709. DOI: 10.1111/j.1475-6773.2006.00583.x
22. Hoffman J.R., Kanzaria H.K. Intolerance of error and culture of blame drive medical excess. *BMJ*. 2014;349(Art. g5702). DOI: 10.1136/bmj.g5702
23. Machen S., Jani Y., Turner S. [et al.] The role of organizational and professional cultures in medication safety: a scoping review of the literature. *Int J Qual Health Care*. 2019;31(10):G146–G157. DOI: 10.1093/intqhc/mzz059
24. Scott S.D., Hirschinger L.E., Cox K.R. [et al.] The natural history of recovery for the healthcare provider “second victim” after adverse patient events. *Qual Saf Health Care*. 2009;18(5):325–330. DOI: 10.1136/qshc.2008.029413
25. Waterson P., Carman E-M., Manser T., Hammer A. Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC): a systematic review of the psychometric properties of 62 international studies. *BMJ Open*. 2019;9(Art. e026896). DOI: 10.1136/bmjopen-2018-026896

26. Sexton J.B., Helmreich R.L., Neilands T.B. [et al.] The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. BMC Health Serv Res. 2006;6(Art. 44). DOI: 10.1186/1472-6963-6-44
27. Roytberg G.E., Kondratova N.V., Galanina E.V. Comparative assessment of the level of safety culture in medical organizations. [Sravnitel'naya ocenka urovnya kul'tury bezopasnosti v medicinskih organizaciyah]. Problems of social hygiene, health care and the history of medicine. [Problemy social'noj gigieny, zdavoohraneniya i istorii mediciny]. 2016;24(4):204–208. DOI: 10.18821/0869 866X 2016 24 4 204 208 (In Russia).
28. Roytberg G.E., Kondratova N.V. Methodological approaches to assessing the safety culture in a medical organization. [Metodicheskie podhody k ocenke kul'tury bezopasnosti v medicinskoj organizacii]. In the world of scientific discoveries. [V mire nauchnyh otkrytij]. 2016;3:57–71. DOI: 10.12731/wsd 2016 3 57 71 (In Russia).
29. Voskanyan Y., Shikina I., Kidalov F., Davidov D. Assessment of Modern Health Care Opportunities in Management of Medical Care Safety. Acta Scientific Medical Sciences 3.11 (2019): 38-46. DOI:10.31080/ASMS.2019.03.0438
30. Voskanyan Y., Shikina I., Kidalov F., Musaeva S., Davidov D. Latent Failures of the Individual Human Behavior as a Root Cause of Medical Errors. (2021) In: Antipova T. (eds) 2021 International Conference on Advances in Digital Science (ICADS 2021), AISC 1352, pp. 222-234 DOI: 10.1007/978-3-030-71782-7_20
31. Westrum R. A typology of organisational cultures. Qual Saf Health Care. 2004;13(2): ii22–ii27. DOI: 10.1136/qshc.2004.011519

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Acknowledgments. The study did not have sponsorship.

Conflict of interests. The author declare no conflict of interest.

Сведения об авторах

Восканян Юрий Эдуардович - доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья ФГБОУ ДПО "Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования" Минздрава России (ФГАОУ ДПО РМАНПО Минздрава России), 125993, Россия, г. Москва, улица Баррикадная д. 2/1 стр.1. e-mail: Voskanyanue_mmch@mail.ru ORCID 0000-0003-2962-2818; SPIN-код: 9979-3216

Шикина Ирина Борисовна - доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерство здравоохранения Российской Федерации, 127254, Россия, г. Москва, ул. Добролюбова, 11, e-mail: shikina@mednet.ru, ORCID 0000-0003-1744-9528; SPIN: 6870-7472.

Курдюкова Ольга Сергеевна - заместитель директора Центра аттестации научно-педагогических работников Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), 119048, Россия, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2. e-mail: kurdyukova_os@mail.ru ORCID 0000-0002-5377-3061; SPIN-код: 3759-2940

About the authors

Voskanyan Yuri Eduardovich - Doctor of Medical Sciences, Professor, Professor of the Department of Healthcare Organization and Public Health of the Russian Medical Academy of Continuous Professional Education of the Ministry of Health of the Russian Federation (Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Professional Education RMANPO of the Ministry of Health of the Russian Federation), 125993, Russia, Moscow, Barrikadnaya Street, 2/1, Building 1. E-mail: Voskanyanue_mmch@mail.ru ORCID 0000-0003-2962-2818; SPIN-код: 9979-3216

Shikina Irina Borisovna - Doctor of Medical Sciences, Professor, Russian Research Institute of Health, Ministry of Health of the Russian Federation, 127254, Russia, Moscow, Dobrolyubova str., 11, e-mail: shikina@mednet.ru, ORCID 0000-0003-1744-9528; SPIN: 6870-7472.

Kurdyukova Olga Sergeevna - Deputy Director of the Center for Certification of Scientific and Pedagogical Workers of the Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation (Sechenov University), 119048, Russia, Moscow, Trubetskaya St., 8, building 2. e-mail: kurdyukova_os@mail.ru ORCID 0000-0002-5377-3061; SPIN-код: 3759-2940

Статья получена: 01.05.2026 г.
Принята к публикации: 25.09.2026 г.