

И.А. Грабская¹
Т.А. Михнова²
В.М. Богомаз³

¹Центр диагностики и обучения «Высшая лига», Киев

²Медицинский центр «Добробут», Киев

³Национальный медицинский университет, Киев

Ключевые слова:

корпоративная культура, медицинский центр, качество медицинской помощи.

РАЗВИТИЕ ОРГАНИЗАЦИОННОЙ КУЛЬТУРЫ МЕДИЦИНСКОГО ЦЕНТРА

Резюме. *ЦЕЛЬ.* Изучение особенностей и планирование изменений элементов корпоративной культуры организации в рамках модели непрерывного улучшения качества медицинской помощи. *ОБЪЕКТ И МЕТОДЫ.* Исследование выполнено на базе частного многопрофильного медицинского центра в марте–мае 2005 г. В работе использовали письменное анкетирование сотрудников и структурированную групповую дискуссию. Анкета состояла из 48 вопросов, направленных на изучение следующих параметров: удовлетворенность качеством предоставляемых услуг, условиями и оплатой труда, руководством; распределение ответственности и полномочий; коммуникации; командное взаимодействие и удовлетворенность межличностными отношениями. Каждый параметр оценивали по четырехбалльной шкале. В анкетировании участвовали административный, врачебный, средний и младший медицинский персонал. *РЕЗУЛЬТАТЫ.* Установлены различия в оценках взаимодействия внутри организации между административным, врачебным, средним и младшим медицинским персоналом. Проанализировано значение уровня корпоративной культуры в медицинской организации для обеспечения качества оказания медицинской помощи.

ВВЕДЕНИЕ

Организация новых для нашей страны форм оказания медицинской помощи позволяет сформулировать наиболее общие вопросы и проблемы, которые возникают в этой сфере. Рассмотрим факторы, оказывающие влияние на развитие негосударственных медицинских учреждений.

Негосударственный медицинский центр — организация, которая предоставляет платные медицинские услуги самостоятельно, взаимодействуя на основе договоров с другими лечебными учреждениями и медицинскими страховыми компаниями. Его работа, как коммерческой организации, предполагает высокую эффективность использования материальных и кадровых ресурсов. Увеличение влияния экономических показателей и расчетов эффективности медицинской помощи на принятие решений о медицинских вмешательствах является международной тенденцией в организации здравоохранения и находит отражение в организационной культуре медицинских организаций (Вардосанидзе С.Л., 2002; Шепин О.П. и соавт., 2002; Davies H.T., Harrison S., 2003; Marshall M.N. et al., 2003; Воробьев П.А. и соавт., 2004). Анализ факторов успеха активно развивающихся клиник позволяет отметить, что, помимо высокоэффективных экономических стратегий, квалифицированных сотрудников, четких организационных структур, правильной бизнес-стратегии, процветающие учреждения располагают разработанным имиджем, особым стилем, корпоративным духом и развитой культурой.

Организационная культура — это уникальные характеристики воспринимаемых особенностей организации, то, что отличает ее от всех других в отрасли. Она проявляется в ценностях и нормах, трудовой этике, осознании сотрудниками себя и своего места в организации, коммуникациях и формах общения, человеческих взаимоотношениях, внешнем виде и т.д. Культура — это общие для всех и относительно устойчивые убеждения, отношения и ценности, существующие внутри организации (Мескон М.Х. и соавт., 1992; Виханский О.С., Наумов А.И., 1995; Родин О., 1998). Корпоративная культура связывает персонал и медицинское предприятие в единую систему, формирует чувство приверженности и ответственности за все происходящее в организации. Без высокого уровня организационной культуры невозможна реализация главной задачи лечебного учреждения — обеспечения адекватного уровня качества медицинской помощи.

Развитие организационной культуры требует определения основной общей цели организации — миссии, а также выбора стратегии реализации этой миссии. Для частного лечебного заведения особенно важно правильно найти точку пересечения формирования потребности населения в медицинских услугах, обеспечения экономической эффективности, а также соответствия этическим и деонтологическим стандартам. Правильный выбор координат этой точки, при котором пациент является содержанием и конечной целью деятельности медицинского учреждения, находит отражение в динамике и качественных характеристиках развития клиники.

Предполагаем, что темпы развития частного медицинского учреждения, в первую очередь, определяются теми ценностями, которые разделяют сотрудники, их мотивацией, ориентацией каждого сотрудника на общую цель, слаженностью работы и сплоченностью коллектива. Все вместе это способствует достижению конкурентных преимуществ и ведущих позиций на рынке.

Именно поэтому нами была поставлена цель изучения сложившейся организационной культуры и ее развития в частном медицинском центре, успешно работающем на рынке медицинских услуг более двух лет.

Принятие компанией определенной культуры может быть связано со спецификой отрасли, в которой она действует, со скоростью технологических и других изменений, с особенностями рынка, потребителями и т.п. Следовательно, важно определить, к какому типу культуры принадлежит данная организация. В предварительных предположениях мы исходили из классификации Р. Акоффа (1985), классика теории менеджмента, который выделил два параметра для типологии организационной культуры: степень привлечения работников к установлению целей в организации и степень привлечения работников к выбору средств для достижения поставленных целей. На основании сравнения данных параметров было выделено четыре типа организационной культуры с характерными отношениями власти: корпоративный, консультативный, «партизанский» и предпринимательский. Для лечебных и учебных заведений характерен консультативный тип культуры, которому свойственны высокая степень привлечения работников к установлению целей и низкая степень привлечения работников к выбору средств для достижения поставленных целей.

Таким образом, для изучения организационной культуры и ее развития важно учитывать, что медицинский центр как определенный тип организации создает некоторые предпосылки для формирования консультативного типа культуры. Поэтому в фокусе нашего внимания находились особенности участия коллектива сотрудников в постановке целей развития клиники, разработке процедур и методов работы, удовлетворенности персонала степенью своей вовлеченности в принятие решений, а также другие параметры организационной культуры. Анализ части результатов исследования приводится ниже.

ОБЪЕКТ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование выполнено на базе частного многопрофильного медицинского центра в марте—мае 2005 г. В работе использовали анкетирование 120 сотрудников, структурированную групповую дискуссию.

В начале исследования проведено собрание персонала для ознакомления с целями проекта и анкетирование. Анкета состояла из 48 вопросов, направленных на изучение следующих параметров: удов-

летворенность качеством предоставляемых услуг, условиями и оплатой труда, руководством; распределение ответственности и полномочий; коммуникации; командное взаимодействие и удовлетворенность межличностными отношениями. Каждый параметр оценивали по четырехбалльной шкале. В анкетировании участвовали административный, врачебный, средний и младший медицинский персонал.

Результаты анкетирования были представлены в отчете и обсуждены на общем собрании коллектива. Создана рабочая группа для выработки плана действий по дальнейшему развитию организационной культуры.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В начале развития проекта сотрудниками были высказаны ожидания, наиболее часто повторяющиеся и значимыми из которых оказались ожидания, связанные с организацией труда, оптимизацией бизнес-коммуникаций, прежде всего по линии руководители — подчиненные, с взаимодействием между сотрудниками, взаимозаменяемостью, улучшением взаимоотношений в коллективе.

Следует отметить, что наибольшее количество ожиданий было связано с изменениями в нормах взаимоотношений в коллективе, что отражает потребность в сплочении, формировании доверия и открытости во взаимоотношениях. Это подтверждает наши предположения о ключевых ценностях организационной культуры медицинской организации.

Среди индивидуальных целей чаще всего были отмечены: увеличение востребованности, расширение профессиональных возможностей, стабильность, удовлетворенность работой.

При оценке удовлетворенности работой и приверженности организации сотрудники указывали, что им нравится и характер работы, и организация, в которой они работают, отмечали эмоциональную вовлеченность в деятельность. Приверженность клинике была одним из наиболее высоко оцениваемых параметров (рис. 1). В целом сотрудники оценили желание работать именно в ней на 3,25 балла из 4 возможных. Наиболее высокую удовлетворенность своим местом работы показали врачи (3,73 балла) и административный персонал (3,43 балла). Несколько менее позитивно относительно места работы высказался средний (2,88 балла) и младший (2 балла) медперсонал. Все категории персонала высоко оценили предоставляемые для работы материально-технические ресурсы (помещение, оборудование и материалы).

В общем, сотрудники уверены, что главная работа их ежедневной деятельности — интересы клиентов. Степень этой уверенности была оценена в 3,64 балла. В этом смысле можно говорить о клиент-ориентированном подходе как главной разделяемой ценности сотрудников. Выше всего качество предоставляемых медицинских услуг оценили врачи (рис. 2). В оценке качества услуг обнаружен

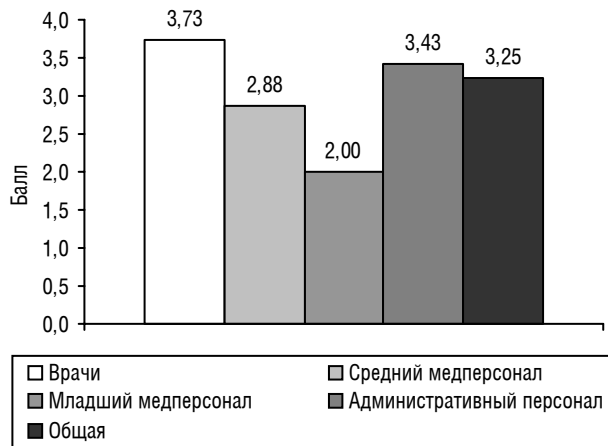


Рис. 1. Приверженность клинике

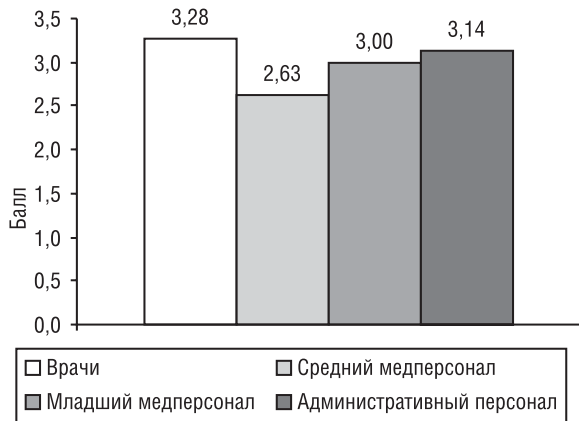


Рис. 2. Качество предоставляемых услуг

большой разброс данных. Особенно расходились мнения среднего медперсонала, больше согласованности было в оценках административного персонала. Можно предположить, что не все сотрудники достаточно точно представляли критерии оценки качества услуг.

Слаженная командная работа — большая ценность организации. В медицинской организации коллегиальность особенно важна для уменьшения количества ошибок и обеспечения стабильного качества медицинской помощи (BMJ, 2001; Fazel S., McMillan J., 2001; Singer P.A., 2001; Wu A.W., 2001; Вардосанидзе С.Л., 2002; Edwards N., 2003). Многие сотрудники медицинского центра отмечали такие ожидания, как «улучшение взаимоотношений между сотрудниками», «формирование ответственности каждого за всех и всех за каждого», «сотрудничество, понимание», «развитие общей позитивной атмосферы» и т. п.

Уровень организационной культуры во многом определяется позицией лидера организации (Вардосанидзе С.Л., 2002; Davies H.T., Harrison S., 2003; Marshall M.N. et al., 2003). Все категории персонала оценили руководство как компетентное, хорошо знающее и выполняющее свою работу (рис. 3).

Разные категории персонала отличались в удовлетворении потребности во внимании со стороны руководства. В среднем сотрудники оценивали то, как руководство замечает их вклад в работу на

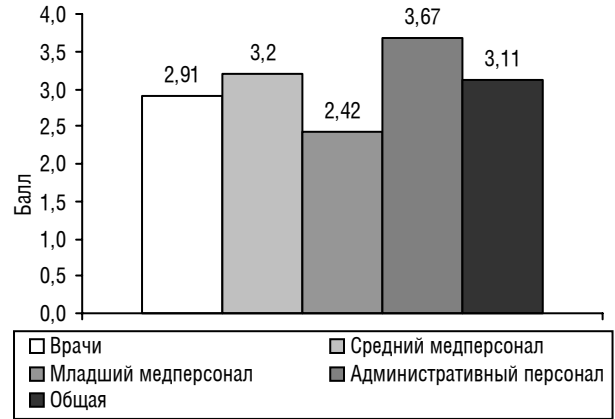


Рис. 3. Оценка компетентности руководства

2,71 балла. При этом наибольшее удовлетворение вниманием руководства к своему труду продемонстрировал административный персонал, а наименьшее — средний и, особенно, младший медперсонал. Таким образом, можно предположить, что средний и младший медперсонал нуждается в усилении нематериального стимулирования: большем внимании к их работе, оценке усилий и значимости их вклада. Обратную связь преимущественно получал административный персонал. Наблюдается закономерность: чем больше взаимных контактов, тем более высоко оценивается взаимный вклад в деятельность и компетентность. Административный персонал также более высоко оценил влияние руководства на их профессиональный рост.

Оценка участниками опроса возможности высказать свое несогласие с мнением руководства отражена на рис. 4. Сотрудники отмечали, что к их мнению прислушиваются, считаются с идеями, привлекают к обсуждению решений. Об этом, прежде всего, заявляли врачи и административный персонал. Оценка степени, в которой учитывалось мнение

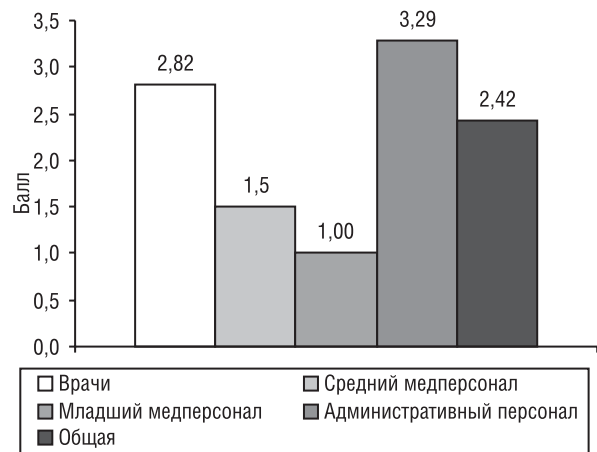


Рис. 4. Оценка возможности высказать несогласие с мнением руководства

сотрудников при принятии решений, в среднем оценивалась в 2,97 балла (рис. 5). Однако сотрудники считают, что могли бы не только участвовать в обсуждении, но и самостоятельно принимать решения на своем рабочем месте. Мера удовлетворенности полномочиями, которые имели для реше-

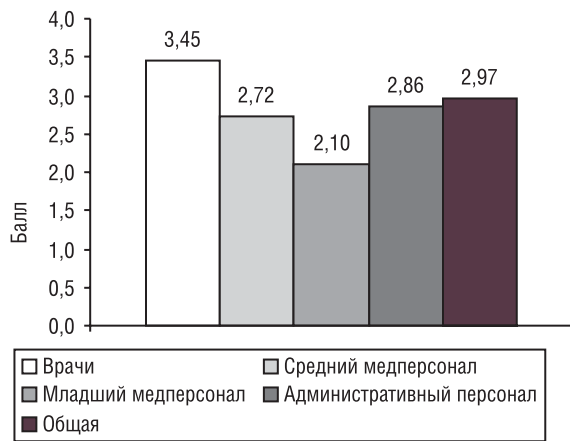


Рис. 5. Оценка степени учета мнения сотрудников

ния рабочих проблем сотрудники, оценивалась в среднем на 1,85 балла (рис. 6). Они были заинтересованы в большей самостоятельности и меньшем контроле со стороны руководства. Желание получить больше полномочий особенно характерно для среднего медперсонала. Сходная тенденция была обнаружена и в отношении контроля (рис. 7). Младший и средний медперсонал считает, что их деятельность можно меньше контролировать, в то время как врачи были более удовлетворены сложившейся системой контроля.

Обобщая результаты исследования в разных группах персонала, следует отметить, что врачи проявляют наиболее высокую приверженность клинике, гордятся качеством предоставляемых

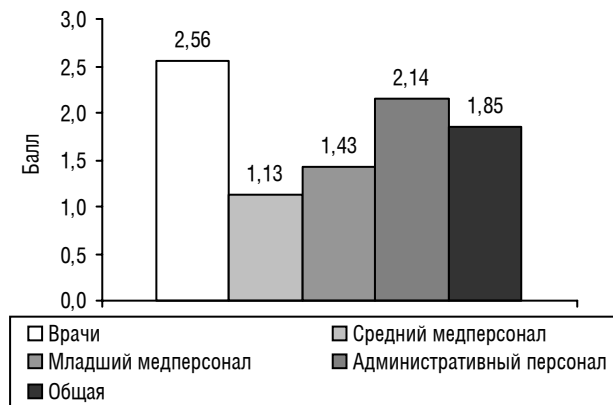


Рис. 6. Удовлетворенность полномочиями

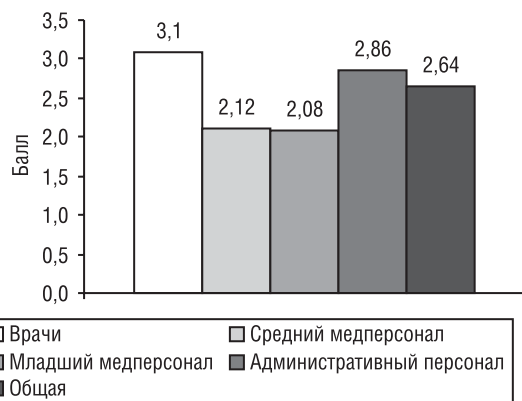


Рис. 7. Удовлетворенность системой контроля

услуг, высказывают высокую степень удовлетворенности по поводу своей работы, условий, которые предоставляет клиника для профессионального роста.

Они наиболее удовлетворены стилем общения с руководством, возможностью высказать свое мнение и обращаться к руководству по поводу решения возникающих проблем, сотрудничеством с коллегами и совместным принятием решений. Проблемы, которые больше всего волновали врачей: объективность оценки их вклада, время, которое они затрачивают на работу и связанный с этим баланс работы и личной жизни.

Средний медперсонал с доверием и уважением относится к руководству, ценит его доступность и уважительное обращение с персоналом, но в то же время ощущает недостаток полномочий в самостоятельном решении текущих проблем, считает возможным изменение системы контроля со стороны руководства. Среди своих проблем медицинские сестры называли также недостаточный баланс между личной жизнью и требованиями работы.

Сотрудники из числа младшего медперсонала не были уверены в том, что их вклад оценивается справедливо. Младший медперсонал ощущает недостаток информации об основных событиях и перспективах развития клиники и считает, что руководство могло бы больше привлекать его к обсуждению рабочих проблем, а также что их опыт и способности могли бы больше использоваться в клинике. По-видимому, из-за этого младший медперсонал, в сравнении с другими категориями, ощущает к себе меньше доверия со стороны руководства и, в свою очередь, сам меньше доверяет руководству. При этом они ценят уважительное отношение руководства, но не ощущают личностного интереса к ним.

Административному персоналу нравится характер работы, его представители привержены организации, ценят и используют возможности профессионального роста, готовы действовать более самостоятельно на своем рабочем месте. У них больше контактов, и они более удовлетворены взаимодействием с руководством. Среди проблем администраторы отмечают свою вовлеченность в конфликтное взаимодействие и трудности по созданию баланса между работой и личной жизнью. Административный персонал вполне удовлетворен нематериальным стимулированием.

Исходя из полученных результатов, инвесторам проекта и руководству организации были даны рекомендации по развитию организационной культуры медицинского центра. При разработке рекомендаций мы предполагали, что для клиники, как модели консультативного типа культуры, актуальным является повышение степени привлечения сотрудников к постановке целей. Результаты исследования свидетельствуют, что сотрудники видят резервы развития клиники в согласовании целей и более слаженной работе коллектива.

Современный этап истории развития документированных систем качества рассматривает качество как удовлетворение требований и потребностей общества, владельцев (акционеров), потребителей и служащих (Ильенкова С.Д., 2004). Оценка ожиданий и удовлетворенности как пациентов, так и медицинских работников и организация оказания медицинской помощи в соответствии с ними — научно-обоснованное стратегическое направление управления качеством лечебно-диагностического процесса.

Культура управления в передовых медицинских организациях основана на системе всеобщего менеджмента качества (TQM) (Geboers H. et al., 2001; Вардосанидзе С.Л., 2002; Нагорна А.М. та співавт., 2002), которая на протяжении более 20 лет используется в разных отраслях экономики передовых стран. Одной из ключевых особенностей системы является использование коллективных форм и методов поиска, анализа и решения проблем, постоянное участие всего коллектива в улучшении качества (Geboers H. et al., 2001; Ильенкова С.Д., 2004).

«Современная больница не может быть структурой, построенной на авторитарных патерналистских принципах военной организации типа религиозного ордена, или сохранять стиль управления, присущий централизованной государственной иерархии» (Тульчинский Т.Г., Вараикова Е.А., 1999). В медицинские организации приходит новая культура управления, основанная на системе корпоративных ценностей, нормах профессиональной этики и общественной морали. Именно эта система управления позволяет обеспечить персоналу достаточную мотивацию для постоянного стремления к высокому качеству медицинской помощи.

Образное описание организационной культуры дает немецкий ученый Р. Рюттингер (1992): «Не только наблюдать и анализировать культуру, но и понимать ее, означает схватиться вначале за облако. Культура и связанные с ней представления о ценности не являются жесткими понятиями, как организация структуры и процесса, стратегии и бюджета. Культура — это самый мягкий материал из всех, которые существуют. Но «мягкое» оказывается «жестким» на преуспевающих предприятиях». Во многом благодаря вниманию к организационной культуре частный сектор здравоохранения на примере ведущих организаций демонстрирует высокое качество работы и завоевывает авторитет у населения.

ВЫВОДЫ

1. Оценка элементов корпоративной культуры медицинского центра имеет существенные различия у административного, врачебного, среднего и младшего медицинского персонала.

2. Анализ особенностей корпоративной культуры является одним из механизмов повышения эффективности работы негосударственного медицин-

ского центра и улучшения качества медицинской помощи.

ЛИТЕРАТУРА

- Акофф Р.** (1985) Планирование будущего корпорации (Пер. с англ.). Прогресс, Москва, 326 с.
- Вардосанидзе С.Л.** (2002) Управление качеством лечебно-диагностического процесса в многопрофильном стационаре. Ставрополь, 150 с.
- Виханский О.С., Наумов А.И.** (1995) Менеджмент: человек, стратегия, организация, процесс. Изд-во МГУ, Москва, 416 с.
- Воробьев П.А., Авксентьева М.В., Юрьев А.С., Сура М.В.** (2004) Клинико-экономический анализ. Ньюдиамед, Москва, 404 с.
- Ильенкова С.Д. (ред.)** (2004) Управление качеством. ЮНИТИ-ДАНА, Москва, 344 с.
- Мескон М.Х., Альберт М., Хедоури Ф.** (1992) Основы менеджмента (Пер. с англ.). Дело, Москва, 702 с.
- Нагорна А.М., Степаненко А.В., Морозов А.М.** (2002) Проблема якості в охороні здоров'я. Абетка-НОВА, Кам'янець-Подільський, 384 с.
- Родин О.** (1998) Концепция организационной культуры: происхождение и сущность. Менеджмент, 7: 67–77.
- Рюттингер Р.** (1992) Культура предпринимательства. ЭКОМ, Москва, 240 с.
- Тульчинский Т.Г., Вараикова Е.А.** (1999) Новое общественное здравоохранение: введение в современную науку. Amutah for education and Health, Иерусалим, 1049 с.
- Щепин О.П., Стародубов В.И., Линденбратен А.Л., Галанова Г.И.** (2002) Методологические основы и механизмы обеспечения качества медицинской помощи. Медицина, Москва, 176 с.
- BMJ** (2001) An ethical dilemma: Medical errors and medical culture. *BMJ*, 322(7296): 1236–1237.
- Davies H.T., Harrison S.** (2003) Trends in doctor-manager relationships. *BMJ*, 326(7390): 646–649.
- Edwards N.** (2003) Doctors and managers: poor relationships may be damaging patients — what can be done? *Qual. Saf. Health Care*, 12 (Suppl. 1): 21–24.
- Fazel S., McMillan J.** (2001) Commentary: a climate of secrecy undermines public trust. *BMJ*, 322(7296): 1239–1240.
- Geboers H., Mokkink H., van Montfort P., van den Hoogen H., van den Bosch W., Grol R.** (2001) Continuous quality improvement in small general medical practices: the attitudes of general practitioners and other practice staff. *Int. J. Qual. Health Care*, 13(5): 391–397.
- Marshall M.N., Mannion R., Nelson E., Davies H.T.** (2003) Managing change in the culture of general practice: qualitative case studies in primary care trusts. *BMJ*, 327(7415): 599–602.
- Singer P.A.** (2001) Commentary: learning to love mistakes. *BMJ*, 322(7296): 1238.
- Wu A.W.** (2001) Commentary: doctors are obliged to be honest with their patients. *BMJ*, 322(7296): 1238–1239.

РОЗВИТОК ОРГАНІЗАЦІЙНОЇ КУЛЬТУРИ МЕДИЧНОГО ЦЕНТРУ

І.А. Грабська, Т.А. Міхнова, В.М. Богомаз

Резюме. МЕТА. Вивчення особливостей і планування змін елементів корпоративної культури організації в рамках моделі безперервного поліпшення якості медичної допомоги. **ОБ'ЄКТ І МЕТОДИ.** Дослідження виконане на базі приватного багатопрофільного медичного центру в березні–травні 2005 р. У роботі використовували письмове анкету-

вання співробітників і структуровану групову дискусію. Анкета складалася з 48 питань, спрямованих на вивчення таких параметрів: задоволеність якістю послуг, що надаються, умовами та оплатою праці, керівництвом; розподіл відповідальності й повноважень; комунікації; командна взаємодія і задоволеність міжособистісними стосунками. Кожен параметр оцінювали за чотирибальною шкалою. В анкетуванні брали участь адміністративний, лікарський, середній і молодший медичний персонал. РЕЗУЛЬТАТИ. Встановлено відмінності в оцінках взаємодії всередині організації між адміністративним, лікарським, середнім і молодшим медичним персоналом. Проаналізовано значення рівня корпоративної культури в медичній організації для забезпечення якості надання медичної допомоги.

Ключові слова: корпоративна культура, медичний центр, якість медичної допомоги.

CORPORATE CULTURE DEVELOPMENT IN MEDICAL CENTER

I.A. Grabskaja, T.A. Mickhnova, V.M. Bogomaz

Summary. The aim of the research was to study characteristics and to plan changes in corporate culture of the medical organization within the framework of the model of health care quality continuous improvement.

OBJECT AND METHODS. The research was performed on the base of private medical center in March–May 2005. Written questionnaire and group discussion were used. The questionnaire consisted of 48 questions, directed to study the following parameters: satisfaction by quality of given services, working conditions and payment, guidance; spreading of responsibility and plenary powers; communications; team-play and satisfaction by interpersonal relations. Every parameter was estimated by the four-point scale. Administrative personnel, doctors, nurses and hospital attendants participated in questionnaire. **RESULTS.** Distinctions were fixed in estimations of cooperation level between different personnel categories. A value of corporate culture level in medical organization for the quality of medical care providing is discussed.

Key words: corporate culture, medical center, quality of medical care.

Адрес для переписки:

Богомаз Владимир Михайлович
01004, Киев, бульв. Тараса Шевченко, 13
Национальный медицинский университет
им. А.А. Богомольца, кафедра госпитальной
терапии № 2

РЕФЕРАТИВНА ІНФОРМАЦІЯ

Габапентин при нейропатических болевых синдромах: результаты двойного слепого рандомизированного плацебо-контролируемого исследования

Serpell M.G.; Neuropathic pain study group (2002) Gabapentin in neuropathic pain syndromes: a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. Pain, 99(3): 557–566.

С целью оценить эффективность и безопасность применения габапентина в дозе до 2400 мг/сут для лечения пациентов с болью, обусловленной нейропатией, проведено двойное слепое рандомизированное плацебо-контролируемое исследование длительностью 8 нед. Оно отличалось новым дизайном, который предполагал не столько синдромальный подход к оценке неврологических проявлений, сколько анализ отдельных симптомов. Такой дизайн лучше отражает потребности клинической практики. В испытании приняли участие пациенты с разными нейропатическими синдромами и наличием по крайней мере двух из указанных симптомов: аллодиния, жгучая боль, стреляющая боль, гипералгезия. Пациенты были рандомизированы для получения габапентина (n=153) или плацебо (n=152). Габапентин назначали в три этапа: изначально дозу препарата титровали до достижения 900 мг/сут, а затем в течение двух периодов повышали дозу (при необходимости) до достижения максимальной (2400 мг сут) к концу 5-й недели. В качестве основной оценки исхода

использовали динамику среднесуточного показателя дневника боли (исходные данные по сравнению со значениями на последней неделе исследования). К концу исследования в группе пациентов, получавших габапентин, показатель выраженности боли снизился на 1,5 пункта (21%), в группе плацебо — на 1,0 пункт (14%) (p=0,048). Значимые (p<0,05) различия (в пользу габапентина) установлены также по данным шкал общего впечатления врача/пациента об изменениях (Clinician and Patient Global Impression of Change), а также по некоторым разделам короткой версии опросника боли Мак-Гиля (Short Form-McGill Pain Questionnaire). В пользу габапентина свидетельствовали и изменения ряда параметров оценки пациентами качества жизни (Short-Form-36 Health Survey). Переносимость габапентина была хорошей, так что большинство участников завершили испытание (79% по сравнению с 73% в группе плацебо). Среди побочных эффектов наиболее часто регистрировали головокружение и сонливость (легкие и умеренной степени тяжести). Побочные эффекты в основном были преходящими (чаще отмечались в период титрования дозы препарата). Таким образом, габапентин уменьшает выраженность болевого синдрома и способствует улучшению ряда показателей качества жизни у пациентов с различными нейропатическими болевыми синдромами.