

УПРАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ: ПОИСК КОНЦЕПЦИЙ И ПОДХОДОВ

*Ушаков Е.В., кандидат философских наук,
Российская академия народного хозяйства и государственной службы
при Президенте Российской Федерации (Северо-Западный институт управления РАНХиГС)*

Аннотация: в статье рассматриваются современные методы управления медицинскими организациями. Цель работы состоит в выделении и кратком анализе основных подходов к управлению деятельностью медицинских учреждений. Научно-практическая область управления медицинскими организациями насчитывает лишь несколько десятилетий и еще находится в начале своего пути.

В статье выделены два течения в современном поле направлений медицинского менеджмента: общее, представленное техниками пришедшими из индустриального и сервисного управления, и клиничко-специфичное, учитывающее уникальные особенности сферы медицинской помощи

Каждое из течений имеет свои достоинства. В статье приводятся примеры использования общих методов управления в медицинской сфере. Методы всеобщего управления качеством, статистического контроля, бережливого мышления заслуживают самого пристального внимания. Однако эти методы недостаточно учитывают специфику медицинской помощи. Клиничко-специфические методы пока менее развиты, однако уже имеют обнадеживающие результаты. Делается вывод, что будущее науки медицинского менеджмента будет зависеть от достижения равновесия и плодотворного взаимодействия между общим и клиничко-специфичным подходами.

Результаты данного исследования могут быть применены к задачам управления медицинскими организациями; они могут помочь в прояснении возможностей и ограничений концепций медицинского менеджмента и принятии решений в отношении внедрения той или иной управленческой технологии.

Ключевые слова: управление медицинскими организациями, подходы к управлению медицинской помощью, всеобщее управление качеством, статистический контроль качества в медицине, бережливое мышление, социотехнический подход

Медицинская организация как объект управления – сложный комплекс деятельности (включающий кадры, технологии, материалы, финансы, информацию и др.), поэтому в менеджменте медицинского учреждения выделяют несколько относительно самостоятельных направлений (управление кадрами, клинический менеджмент, управление медицинскими технологиями и др.).

Развитие теории и практики управления медицинскими организациями сталкивается с рядом трудностей. При внедрении методов и техник, развитых в управлении производством и услугами, в медицинскую отрасль, следует учитывать ряд уникальных особенностей, присущих медицинской помощи.

1 Индивидуализированный подход к каждому клиническому случаю. Медицинские проблемы отличаются высоким разнообразием, что влечет невозможность алгоритмизировать или хотя бы в удовлетворительной мере формализовать клиническую деятельность. Клинические руководства и стандарты представляют собой лишь ориентиры и рекомендации. Медицинская организация обязана обеспечить высокое качество обслуживания для каждого пациента.

2 Высокая значимость профессиональных знаний и опыта, не формализуемых и не транслируемых в схемы обеспечения индустриального и сер-

висного качества. В предыдущие эпохи истории медицины сложилось то, что в XX веке стали называть профессиональной монополией, то есть легитимность внутренних норм и правил, которые разрабатывает само медицинское сообщество. Эта монополия последовательно разрушалась в течение XX века, однако клинический опыт продолжает играть определяющую роль в деятельности медицинских организаций.

3 Медицинская помощь – это решение жизненно важных проблем (которые имеют множество составляющих: биологических, личностно-психологических, технических, этических и др.), что исключает сведение смысла медицинской помощи к понятиям «услуга» или «продукт».

4 Значение экономических параметров – очевидно, что медицинская помощь должна быть не только результативной, но и оказываться с наименьшими издержками. Однако показатели экономической эффективности имеют все же подчиненное значение в общей ценностной системе медицины, а также нередко вступают в противоречие с этическими принципами (примером может служить практика рационирования отдельных видов медицинской помощи).

Управление медицинской организацией как отдельное направление менеджмента стало складываться довольно поздно, лишь с 80-х годов XX века. Основополагающую роль в формировании

этой дисциплины сыграли работы американского врача и исследователя А. Донабедиана, в которых были предложены методы измерения качества медицинской помощи. Они были основаны на оценке структуры, процесса и результата клинической деятельности.

В 90-е годы управление медицинскими организациями выходит на новый уровень, активно заимствуя методы из индустриального и сервисного менеджмента. В частности, в это время приходит понимание того, что медицинская деятельность, как и любая другая сфера деятельности, должна стремиться к качеству как к некоему идеалу, который означает перманентный процесс совершенствования, а не достижение некоего удовлетворительного уровня [1].

Современное состояние концепций управления медицинскими организациями можно охарактеризовать как определенное напряжение между двумя основными течениями. К первому относятся техника и методы, заимствуемые из других сфер деятельности и общей науки и практики менеджмента. К ним можно отнести такие, как: всеобщее управление качеством (TQM) и непрерывное улучшение качества (CQI); статистический контроль процесса (SPC) и контрольные карты; технику «шести сигм» (six sigma); бережливое мышление (lean thinking), и другие.

Особенно следует отметить роль философии всеобщего управления качеством (TQM), которая была успешно использована правительствами ряда стран в качестве официальной стратегии достижения экономического роста и конкурентоспособности (Япония, Сингапур, Южная Корея и др.). С 90-х гг. XX в. данная концепция стала применяться и для управления качеством в сфере здравоохранения. Так, в США подход TQM применяется для аккредитации и оценки деятельности медицинских учреждений, а с 1997 года в здравоохранении США используются критерии Национальной премии Малколма Болдриджа (Malcolm Baldrige National Quality Award, MBNQA), тоже основанные на TQM.

Благодаря концепции TQM сегодня хорошо осознано, что качество работы медицинских организаций рождается в сложном и обширном контексте взаимодействий множества факторов различной природы. Качество является динамической характеристикой и подлежит постоянному совершенствованию. Философия TQM и родственные ей управленческие технологии исходят из того, что управление качеством есть непрерывная и тотальная деятельность, вовлекающая в единый процесс непрерывного улучшения качества всю организацию.

Всеобщее управление качеством предполагает

планирование качества как важнейшую организационную цель, развитие полноценного лидерства, фокусирование организации на нуждах потребителя, введение релевантных систем измерения, которые позволяют количественно оценивать работу системы, эффективное управление информацией, принятие решений на основе фактических данных («менеджмент по факту»), привлечение всего персонала к преследованию качества [2].

Карты статистического контроля У. Шухарта – одна из наиболее развитых методологий, которая имеет также название статистического контроля процесса (SPC, statistical process control). Метод статистического контроля представляет собой яркий пример технически-ориентированного подхода к управлению производственным/сервисным процессом. Он уже используется в медицинских организациях за рубежом, однако его внедрение представляет собой самостоятельную задачу.

Так, для выяснения базовых характеристик исследуемого процесса требуется предварительный сбор информации, который может оказаться довольно длительным. Кроме того, для методологии SPC имеет решающее значение достижение производственным процессом достаточного уровня стабильности. Если же система обладает высокой исходной неустойчивостью, то понадобится предварительный период наладки процесса (в частности, выявления и устранения массы системных причин), прежде чем можно будет приступить к применению статистических карт.

Еще одним позитивным примером внедрения в медицинские организации техник современного менеджмента может служить концепция бережливого мышления (lean thinking). Она приобрела известность благодаря эффективности ее применения в производственной системе компании Toyota. Революционный управленческий подход позволил этой корпорации своевременно избежать ошибок американского массового производства по образцу «Форда» (стереотипная продукция, крупные производственные вложения и др.) и построить новый тип индустрии: с высокой гибкостью, производительностью, качеством, разнообразием продукции и особенно впечатляющей экономией ресурсов.

В нашей стране в 2016 г. был начат эксперимент по внедрению концепции бережливого мышления в здравоохранении. Вначале он стартовал (под названием «Бережливая поликлиника») в шести поликлиниках на территории трех субъектов РФ. В 2017 г. Президиум Совета при Президенте РФ по стратегическому развитию и приоритетным проектам одобрил приоритетный проект «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь». Далее территория применения этого под-

хода значительно расширилась (до 33 регионов), и с 2019 года данный приоритетный проект был включен в национальный проект «Здравоохранение».

Следует отметить, что внедрение общих методов менеджмента сталкивается с рядом трудностей. Все эти техники развивают некий универсальный, технический, менеджерально-ориентированный подход, который демонстрирует недостаточную адекватность в отношении уникальных задач деятельности медицинских организаций. В частности, имеются сложности в адаптации такого подхода, как TQM (включая язык, понятия, способ интерпретации проблем и т.п.) к специфике сферы здравоохранения.

Второе течение в медицинском менеджменте представлено подходами, которые пытаются учесть своеобразие и уникальность медицинской деятельности. К этому течению относятся клинический аудит, балинтовские группы, ценностно-ориентированная медицина (*value-based medicine*), социотехнический подход и другие.

Так, все большую популярность завоевывает метод балинтовских групп, который получил свое название в честь венгерского психотерапевта Михаэля Балинта. Этот ученый и практик еще в 60-е годы XX в. предложил идеи, которые позволяют приложить психологические методы, восходящие к психоанализу, к проблемам практической медицины [4]. Сегодня балинтовский анализ применяется не только в здравоохранении, но и в других сферах деятельности, связанных с человеческими взаимоотношениями. Правда, этот метод критиковали за то, что он пригоден для лишь высоко мотивированного меньшинства специалистов и требует значительной личной работы [5].

Балинтовские группы, или семинары, представляют собой форму групповых занятий под руководством специалиста-медиатора, нацеленных на совершенствование профессионального мастерства.

Следует отметить, что аналогичная идея была предложена и классиком мировой политической науки Гарольдом Лассуэллом, который разработал метод семинаров для совершенствования деятельности политиков и государственных служащих. Этот метод был представлен в его работах в большом разнообразии вариантов, но основной формой выступал «постоянный семинар по принятию решений» (*continuing decision seminar*) [6]. Этот метод использовался еще в 60-е – 70-е годы для решения проблем образования в США – таких, как десегрегация и децентрализация городских школ [7, p. 184].

Еще одним важным клинически-ориентированным направлением является так называемый социотехнический подход, который стремится установить наилучшее соотношение технического и социально-гуманитарного начал в деятельности медицинской организации.

Согласно голландскому исследователю П. Хартелу, пришедшие из индустриального менеджмента методы проектирования систем качества базируются на общей теории систем, понятиях прямой и обратной связи и идее рационального контроля. Однако, по мнению этого автора, при заимствовании индустриальных принципов в сфере медицинской деятельности требуется особая осторожность. Социотехнический подход в сравнении с общим менеджментом производственных и сервисных организаций выходит к более широкому контексту и может быть основан на культурных, исторических, этических соображениях.

В терминах широко известной социологической теории актор – сеть, этот подход истолковывает системы качества как социальные сети, включающие личностей и технические артефакты. Достижение качества деятельности организации рассматривается всего в терминах *ценностей*. Иными словами, качество процесса означает не столько «нахождение под контролем» (как это предполагается в индустриальной модели управления), сколько реализацию фундаментальных ценностей медицинской помощи.

П. Хартело указывает, что для социотехнического подхода характерно постепенное, идущее снизу вверх, из самой практики, продвижение к лучшей медицинской организации. При этом крайне важны такие факторы, как вовлечение медицинских профессионалов, их взаимопомощь, мотивация, позитивные установки на изменения [8]. Возможно, социотехнический ракурс как развитие адекватных социальных практик представляет собой более сбалансированный взгляд на улучшение медицинской помощи по сравнению. Однако этот подход пока только начинает развиваться.

Таким образом, дальнейшее развитие науки и практики управления медицинскими организациями будет тесно связано с результатами взаимодействия двух современных течений: общего и клинико-специфического подходов. С одной стороны, медицинская сфера не может оставаться в стороне от наилучших практик управления, а с другой – учитывая ряд уникальных характеристик медицинской деятельности – она нуждается в новых идеях, идущих изнутри клинической профессии, опыта, этики и всей традиции медицинской помощи.

Литература

- 1 Berwick D.M. *Continuous quality improvement as an ideal in health care* // *New England Journal of Medicine*. 1989. № 320. P. 53 – 56.
- 2 *Health Care Criteria for Performance Excellence*. Baldrige National Quality Program, National Institute of Standards and Technology, Gaithersburg, MD, 1998.
- 3 Morton A.P. *The use of statistical process control methods in monitoring clinical performance* // *International Journal for Quality in Health Care*. 2003. № 15. P. 361 – 362.
- 4 Balint M., Balint E. *Psychoterapeutische Techniken in der Medizin*. Stuttgart, 1962; Balint M. *The Doctor, His Patient and the Illness*. London, 1966.
- 5 Evans R. G. *Patient centred medicine: reason, emotion, and human spirit? Some philosophical reflections on being with patients* // *Medical Ethics: Medical Humanities*. 2003. № 29. P. 8 – 14.
- 6 Lasswell H.D. *The Continuing Decision Seminar as a Technique of Instruction* // *Policy Sciences*. 1971. № 2. P. 43 – 57.
- 7 Gorell J., Kunkel R.C., Ossant D.M. *Using Lasswell's Decision Seminars to Assure Appropriate Knowledge Base in Teacher Education Programs* // *Journal of Teacher Education*. 1993. № 44 (3). P. 183 – 189.
- 8 Hartelo P.M. *Quality systems in health care: a sociotechnical approach* // *Health Policy*. 2003. Vol. 64. № 3. P. 391 – 398.

References

- 1 Berwick D.M. *Continuous quality improvement as an ideal in health care*. *New England Journal of Medicine*. 1989. № 320. P. 53 – 56.
- 2 *Health Care Criteria for Performance Excellence*. Baldrige National Quality Program, National Institute of Standards and Technology, Gaithersburg, MD, 1998.
- 3 Morton A.P. *The use of statistical process control methods in monitoring clinical performance*. *International Journal for Quality in Health Care*. 2003. № 15. P. 361 – 362.
- 4 Balint M., Balint E. *Psychoterapeutische Techniken in der Medizin*. Stuttgart, 1962; Balint M. *The Doctor, His Patient and the Illness*. London, 1966.
- 5 Evans R. G. *Patient centred medicine: reason, emotion, and human spirit? Some philosophical reflections on being with patients*. *Medical Ethics: Medical Humanities*. 2003. № 29. P. 8 – 14.
- 6 Lasswell H.D. *The Continuing Decision Seminar as a Technique of Instruction*. *Policy Sciences*. 1971. № 2. P. 43 – 57.
- 7 Gorell J., Kunkel R.C., Ossant D.M. *Using Lasswell's Decision Seminars to Assure Appropriate Knowledge Base in Teacher Education Programs*. *Journal of Teacher Education*. 1993. № 44 (3). P. 183 – 189.
- 8 Hartelo P.M. *Quality systems in health care: a sociotechnical approach*. *Health Policy*. 2003. Vol. 64. № 3. P. 391 – 398.

**MANAGEMENT OF A MEDICAL ORGANIZATION:
SEARCH FOR CONCEPTS AND APPROACHES**

*Ushakov E.V., Candidate of Philosophical Sciences (Ph.D.),
North-West Institute of Management – branch of the Russian Presidential Academy
of National Economy and Public Administration (Saint-Petersburg, Russian Federation)*

Abstract: the article discusses current methods of managing medical organizations. The purpose is to highlight and briefly analyze the key approaches to managing the activities of medical institutions. The field of management of medical organizations has only a few decades and is still at the beginning of its journey.

The article highlights two trends in the contemporary field of medical management: general, represented by techniques originating from industrial and service management, and clinical-specific, taking into account the unique features of the medical care.

Each of the trends has its own merits. The article provides examples of the use of general management methods in the medical field. Methods of total quality management, statistical control, and lean thinking deserve the utmost attention. However, these methods do not sufficiently take into account the specifics of medical care. Clinical-specific methods are still less developed, but they already have encouraging results. It is concluded that the future of medical management science will depend on the achievement of balance and fruitful interaction between general and clinical-specific approaches.

The results of this study can be applied to the issues of managing medical organizations. They can help clarify the possibilities and limitations of medical management concepts and make decisions regarding the application of a particular management technology.

Keywords: management of medical organizations, approaches to health care management, total quality management, statistical quality control in health care, lean thinking, sociotechnical approach