**Черняева Т. И.**

Саратов, Поволжский институт управления - филиал РАНХиГС

**КОНФЛИКТНОЕ ПОЛЕ ИНСТИТУТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ОРГАНИЗАЦИОННАЯ КУЛЬТУРА МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ[[1]](#footnote-1)**

**Аннотация.** Представлены конфликты в поле российского здравоохранения. Обсуждаются результаты эмпирических исследований жалоб и организационных культур медицинских организаций

**Ключевые слова:**  институт здравоохранения, конфликты в медицинских организациях, организационная культура,

Системные изменения российского здравоохранения начались с 2006 года (национальный проект «Здоровье») и в основном были направлены на обновление изношенной материально-технической базы лечебных учреждений. В 2011-2014 гг федеральный бюджет обеспечил ремонт лечебных учреждений, закупку медтехники, информатизацию, в том числе запись на прием к врачу через онлайн приемную, ведение электронного документооборота и медкарт, переход на единые стандарты оказания медицинской помощи, а также увеличение зарплат медработников. Общий объем финансирования Программы модернизации здравоохранения составил впечатляющую сумму в 620 миллиардов рублей, что значительно укрепило национальную систему здравоохранения и подняло качество медицинского обслуживания.

Вместе с тем на сегодняшний день по данным рейтинга систем здравоохранения на середину 2016 года российское здравоохранение занимает 61 место из 74 возможных. Ежегодно определяемый индекс здравоохранения представляет собой показатель, который отражает общую оценку системы здравоохранения, уровень развития и компетенции медицинского персонала, наличие современного оборудования, стоимость затрат на медицинское обслуживание. Наиболее высокие оценки получили Южная Корея (88,43),Тайвань (84,72), Франция (80,6), Япония (80,19),Таиланд (79,75). Россия набрала 55,42 балла, заняв положение между Сербией (55,81) и Грецией (55,01) [1]. Другими словами, объективные параметры качества медицинских услуг, которые обусловливают предпочтения потребителей и уровень их удовлетворенности, пока далеки от показателей ряда европейских и азиатских стран. Это подтверждается и сравнением государственных расходов на здравоохранение в соотношении с валовым внутренним продуктом. В России он составил примерно 3,4% ВВП в 2015 году и 3,6% - в 2016-м. В странах Евросоюза он превышает 7,2% ВВП, в странах Организации экономического сотрудничества и развития - 6,5% ВВП [2]. Заложенный в проекте на 2018-2019 гг дефицит бюджета здравоохранения не позволяет надеяться на существенные позитивные изменения ситуации.

Поле здравоохранения предстает как более или менее гомогенное пространство, обладающее границами по отношению к другим полям, специфическим набором акторов и ресурсов, определяющих практики взаимодействия внутри поля. Это поле находится на пересечении потоков глобального потребления, национальной политики, экономики, культуры, социальной защиты, воплощает специфические особенности институтов и сообществ. Медицинская организация действует как узел /скейп, чья структура, функции, система управления, организационная культура должны рекурсивно приспосабливаться к изменениям внешней среды.

Агенты и акторы поля здравоохранения могут быть коллективными (государство; институт здравоохранения; медицинские организации разных организационно-правовых форм; ФОМС, страховые компании, правозащитные организации, общественные объединения пациентов или их родственников, вузы, организации среднего профессионального образования, медиа) и индивидуальными (врач, медсестра, санитарка, руководитель подразделения/организации, пациент, родственник, представитель власти, представитель общественных организаций, студент, работник вуза или СПО, журналист, редактор СМИ).

Конфликтные взаимодействия акторов/агентов обусловлены конфликтной базой института здравоохранения. Значительная часть институциальных конфликтов связана с хроническим недофинансированием отрасли ( отметим, что бюджет здравоохранения в 2017 году составил 381 млрд. рублей, что на 18% (85 млрд. руб.) меньше бюджета 2016 года). Это *ресурсные конфликты, или конфликты дефицита,* которые входятв единую группу с конфликтами, порожденными кадровым дефицитом и недостаточным числом медицинских организаций в отдельных регионах. В России в целом госпитализаций стало меньше, но они выросли в цене. Это объясняется повышением цен на медицинское оборудование и лекарства, увеличением зарплат персонала, а также развитием высокотехнологичной медицинской помощи. Официальные данные Росстата по основным показателям системы здравоохранения на конец 2017 года свидетельствуют об отрицательной динамике по численности врачей, числу больничных организаций, фельдшерско-акушерских пунктов [3, с.89-91].

Курс на оптимизацию и реструктуризацию породил особый тип *институциальных* конфликтов, связанных с нарушением внутреннего и внешнего баланса системы здравоохранения (*структурные конфликты, или конфликты распределения*).

Большая часть бюджета расходуется на высокотехнологичную и специализированную медицинскую помощь, в то время как показатели здоровья населения по большей степени определяются доступностью медицинской помощи первичного звена (*конфликты доступности*). Можно говорить о дисбалансе между внутренним состоянием системы и потребностями ее внешнего окружения, связанным с нерекурсивным распределением средств между различными подсистемами.

Основываясь на идеях И.А.Тогунова , А.Г.Новосельцева о гносеологических основаниях конфликта, выделим отдельно *квази-рыночные институциальные конфликты* , порожденные противоречиями между системой стимулирования в здравоохранении и законами конкуренции (цены на медицинские услуги остаются высокими даже при избыточном предложении); между дорогостоящими медицинскими технологиями и необходимостью обеспечить всеобщую доступность получения медицинской услуги; между растущим числом нуждающихся пациентов и высокой стоимостью медицинской услуги (без улучшения качества медицинской помощи); между необходимостью внедрения инноваций и сохранением высокой стоимости на медицинские услуги; между клиент-центрированными требованиями рынка и сохранившимися медико-центрированными практиками оказания медицинской помощи.

Исследование ВЦИОМ, проведенное в сентябре 2016 года, представляет конфликтные зоны здравоохранения глазами россиян. Население не довольно уровнем профессиональной подготовки врачей (47%), недостаточной оснащенностью больниц современным оборудованием (39%) и недофинансированием отрасли в целом. Нарекания опрошенных вызывает также низкое качество медицинских услуг в целом (28%), недостаточное обеспечение лекарствами (23%), недоступность медицинской помощи для населения (15%), несовершенство законодательства (7%). Практически каждый россиянин пользовался полисом ОМС (89%); последний раз по нему обращалось не менее года назад 53% опрошенных, не оформили полис 3% респондентов. Граждане, обратившиеся в государственные и муниципальные медицинские учреждения по полису ОМС, отмечают такие проблемы как: длительное ожидание, с которым сталкивались лично 56%, а 27% слышали об этом от родственников и знакомых. Проблемы, связанные с дефицитом необходимого оборудования и лекарств, выделили 40% и 29% соответственно, в то время как более трети опрошенных столкнулись с низким профессиональным уровнем врачей (37%), 43% - с неправильно поставленным диагнозом и ненадлежащим лечением. Пациенты довольно часто не удовлетворены плохими санитарными условиями и грубым отношением медперсонала; с ними столкнулись лично (36% и 32%), от своих знакомых и родственников об этом знают (18% и 36%). Недовольство россиян распространяется на требование оплатить медицинские услуги и препараты, которые должны быть бесплатными (31% и 30%),запись в медицинскую карточку или другую медицинскую документацию большего количества процедур. По мнению пациентов, повысить качество здравоохранения возможно через изменение финансового регулирования - финансовое стимулирование или санкции. Так, 48% предполагает, что финансирование учреждений здравоохранения, в зависимости от качества услуг – решит проблему, 35% опрошенных считают, что повлиять на ситуацию можно, просто уволив руководителя учреждения, оказывающего некачественные услуги, 25% - возлагают надежды на контроль со стороны независимых от медицинских учреждений организаций, защищающих права пациентов.

Незначительное количество респондентов низко оценивают работу страховых компаний, оформляющих полисы ОМС (5%), в то же время 77% участников опроса активно пользуются полисом обязательного медицинского страхования (ОМС). В течение года им воспользовались 57% респондентов. Наиболее востребована медуслуга через ОМС у женщин и потребителей с плохим материальным положением. Значительная часть опрошенных (35%) сталкивалась с врачебными ошибками, при этом каждый седьмой подал жалобу в страховую компанию, но 30% предпочли этого не делать [4].

Конфликты в поле здравоохранения могут возникать и как следствие полярных ценностей национальной культуры здоровья и курсом на экономическую эффективность медицинских организаций. Основные установки россиян по отношению к здоровью и медицине можно выразить в нехитрых тезисах: готовность к патернализму, низкая комплаентность, надежда на волшебную таблетку и быстрое излечение, недоверие к бюджетной медицине, популярность административных методов восстановления справедливости – жалоб.

Анализ поступивших обращений граждан в территориальные органы Росздравнадзора в 2014-15 гг. показал рост жалоб за два года. 2015 г. в территориальные органы Росздравнадзора поступило 31 832 письменных обращения граждан Российской Федерации (21,67 на 100 тыс. населения), что на 6 402 обращения (на 25,17%) больше, чем в 2014 г. (в 2014 г. было рассмотрено 25 430 письменных обращений, или 17,32 на 100 тыс. населения) качества и безопасности медицинской деятельности, что на 30% обращений больше, чем в 2014 г. (было рассмотрено 10 122 обращения). Доля обращений граждан по вопросам качества и безопасности медицинской деятельности по отношению к общему количеству обращений в 2015 г. по сравнению с прошлым годом несколько возросла и составила 41,5% (в 2014 г. -39,8%) [5].

В рамках нашего исследования был проведен анализ жалоб пациентов городских поликлиник Уфы и Саратова. Конфликтологический анализ жалоб в Уфе проводили Н.В.Кокина и М.П.Гарипова (N=132, 2010-2015 гг), в Саратове – Н.А.Квитчук (N=145, 2011-2016 ). Поликлиника Государственное бюджетное учреждение здравоохранения РБ «Поликлиника г. Уфы» обслуживает 45108 взрослого населения. Государственное учреждение здравоохранения «Саратовская городская поликлиника» является многопрофильным медицинским учреждением, оказывающим медицинскую помощь взрослому и детскому населению. Обслуживает территориально прикрепленное население: 40230 взрослого населения и 7390 детского.

Поликлиника Уфы имеет определенный конфликтный потенциал. Анализ 132 жалоб, поступивших в период с 2010 по 2015 год, в 100% случаев свидетельствует о наличии конфликтной ситуации. В динамике изучаемого временного периода количество жалоб сначала снижается (от 27 в 2010 до 15 в 2013), а затем резко возрастает до исходного уровня (по 27 в 2014 - 2015 годах). При ранжировании причин конфликтов первое место заняли жалобы на организацию медицинской помощи (37%), на втором- организация медицинской помощи льготной категории граждан (25%), на третьем - качество оказываемой медицинской помощи (24%) на четвертом - нарушение этики и деонтологии (18%) и на пятом -прочие причины (оказание платных услуг, организацию вопросов связанных с определением группы инвалидности) (15%). Полученные данные свидетельствуют о том, что основной контакт пациенты имеют именно с врачом и наименьшее владение коммуникативными, конфликтологическими навыками выявлено у лиц самой молодой и самой старшей возрастных категории.

Часть конфликтов порождается причинами организационного характера, связанными со спецификой организационной культуры и с недостаточным владением коммуникативными, конфликтологическими навыками (особенно у персонала самой молодой и самой старшей возрастных групп). В саратовской поликлинике выявлена аналогичная картина: на первом месте – жалобы на качество оказания медицинской помощи (27-37%), на втором - вопросы леккарственного обеспечения, в том числе обоснованные – (14-19,2%), на третьем –вопросы организации работы ЛПУ (12-16,5%).Полученные данные свидетельствуют о том, что основной контакт пациенты имеют именно с врачом и наименьшее владение коммуникативными, конфликтологическими навыками выявлено у лиц самой молодой и самой старшей возрастных категории. Жалобы проявляют с необходимостью силы и слабости культуры организации.

Культура организации воплощает специфические соотношения организационной и корпоративной культур. *Организационная культура* складывается стихийно как некоторая надстройка над деятельностью, интегрирующая все неформальные и формальные взаимоотношения членов группы. Несовпадение организационных и личных ценностей, выражающееся во внутренних конфликтах, становится индикатором зрелости *корпоративной культуры*, которая формируется целенаправленно, через систему управленческих решений.

Рассмотрим данные исследований организационной культуры, проведенные в поликлиниках по методике OCAI Камерона-Куина, базирующейся на теоретической модели “Рамочная конструкция конкурирующих ценностей”. Профиль 4-х доминирующих типов организационной культуры и определяет содержание рамочной конструкции: клановой, адхократической, рыночной, бюрократической.

В уфимской поликлинике приняли участие 30 человек – мужчины и женщины в возрасте 20-59 лет, врачи – 12 человек, средний медицинский персонал – 14 человек, прочий персонал – 4 человека. Анализ данных проведенного исследования показывает, что превали-рующими типами организационной культуры в поликлинике с небольшой разницей являются Клан (28) и Бюрократия (32). Далее оценки поделились между Адхократией (21,5) и Рынком (18,5). При раздельном анализе анкет врачей и среднего медицинского персонала ранжирование типов организационной культуры не отличалось, однако разница в средней оценке составила по типу культуры бюрократия 6 (29 врачи и 35 средний медицинский персонал) по типу культуры клан 3 (30 врачи и 27 средний медицинский персонал), по типу культур адхократия и рынок 2. Таким образом у врачей при ранжировании разница между минимальным (19,5) и максимальным (30) значением средней оценки различных типов культур составила 10,5 , в то время как у среднего медицинского персонала 17,5 (35 и 17,7).

В анкетировании сотрудников саратовской поликлиники участвовали 40 человек, из них 10 человек немедицинского персонала (25%), 30 человек медицинского персонала (3 человека заведующие отделением, 15 врачей и 12 человек среднего медперсонала). Проведен анализ анкетирования на определение организационной культуры на данный момент и получены следующие результаты:

- первый блок (важнейшие установки) преобладает рыночная культура (41 балл). Ориентация на результат, главное – добиться выполнение задания. Люди ориентированы на соперничество и достижение цели

- второй блок (общий стиль лидерства в организации) преобладает бюрократическая культура (45 баллов). Общий стиль лидерства в организации являет собой пример координации, четкой организации или плавного ведения дел в русле рентабельности

- третий блок (стиль менеджмента в организации) преобладает бюрократическая культура (41 балл). Стиль менеджмента в организации характеризуется гарантией занятости, требованием подчинения, предсказуемости и стабильности в отношениях

- четвертый блок (связующая сущность организации) преобладает бюрократическая культура (45 баллов). Организацию связывают воедино формальные правила и официальная политика. Важно поддержание плавного хода деятельности организации

- пятый блок (стратегические цели) преобладает клановая культура (31 балл). Организация заостряет внимание на гуманном развитии. Настойчиво поддерживаются высокое доверие, открытость и соучастие

- шестой блок (критерии успеха) преобладает клановая культура (32 балла). Организация определяет успех на базе человеческих ресурсов, бригадной работы, увлеченности наемных работников делом и заботой о людях. Таким образом, 3 блока соответствуют бюрократической культуре (50,0%), 2 блока (33,3%) клановой культуре и 1 блок (17,6%) рыночной культуре.

Нетрудно заметить, что в обеих поликлиниках преобладает бюрократическая культура, за ней с небольшим отрывом следует клановая. Для такой конфигурации характерны рентабельность, предсказуемость, жесткий контроль, а также высокий уровень сплоченности и доверия в организации. Несомненно, что клановость возникает как реакция приспособления к сверхсильным воздействиям внешней среды в условиях дефицита ресурсов. Происходит своеобразное капсулирование и автономизация внутренних процессов. При этом возникает риск ослабления связи с основными потребителями –пациентами.

Интересно, что в обоих случаях респонденты называют рыночную культуру как предпочтительную. Именно культура рынка позволяет организации гибко реагировать на внешние изменения, развивать клиент-центрированные практики медицинской помощи.

Конфликт маркирует уровень и является механизмом развития культуры организации, вскрывая неравноценность культурного обмена и противоречивость существующих культурных контрактов. Другими словами, корпоративная культура выступает как конфликтное поле и ресурс конфликт-менеджмента. Управление конфликтом выступает как принципиально проектный процесс, включающий фазы конфликтологического аудита, диагностики, принятие управленческих решений по инновационному изменению ситуации и реализацию соответствующих инноваций.

В отличие от организационной культуры, корпоративная культура, целенаправленно формируемая, позволяет удержать организационную целостность в любых конфликтных ситуациях. Механизмы такого удержания хорошо описываются теориями обмена (Дж. Хоманс, П Блау) и культурного контракта Р.Джексона. Взаимодействия корпорации и сотрудника осуществляются в рамках обмена части личных свобод на решение определенных проблем индивида. Такой обмен позволяет эффективно согласовывать цели, но соотнесение интересов сотрудников и организации предполагает системный процесс управления возникающими при этом разноуровневыми конфликтами. Это во многом облегчается благодаря культурным контрактам – конвенциальным договоренностям о возможных потерях и пользах в ходе выполнения организационной деятельности. Заключение культурного контракта не всегда выступает как формализованная и документированная практика, но всегда предполагает следование, частичное принятие или противодействие принятым нормам, правилам и образцам взаимодействий в повседневной организационной жизни. Управление конфликтом выступает как принципиально проектный процесс, включающий фазы конфликтологического аудита, диагностики, принятие управленческих решений по инновационному изменению ситуации и реализацию соответствующих инноваций в культурных практиках медицинских оргнизаций.

**Литература**

1. Рейтинг систем здравоохранения на середину 2016 года [Электронный ресурс] URL: http://total-rating.ru/1711-reyting-sistemy-zdravoohraneniya-stran-na-seredinu-2016-goda.html/ доступ к ресурсу 30.11.2017
2. Всемирный банк рекомендует Минздраву России больше тратить на первичную помощь [Электронный ресурс] URL: [https://www.medvestnik.ru/content/news/Vsemirnyi-bank-rekomenduet-Minzdravu-Rossii-bolshe-tratit-na-pervichnuu-pomosh.html доступ к ресурсу 19.01.2018](https://www.medvestnik.ru/content/news/Vsemirnyi-bank-rekomenduet-Minzdravu-Rossii-bolshe-tratit-na-pervichnuu-pomosh.html%20доступ%20к%20ресурсу%2019.01.2018)
3. Здравоохранение в России. 2017: Стат.сб./Росстат. - М., 2017. – 170 с.
4. ВЦИОМ. Пресс-выпуск № 3194. [Электронный ресурс]. URL: https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=116534 Доступ к ресурсу 25.12.2017

Шарикадзе, Д.Т. Анализ обращений граждан в федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения за период 2014-2015 гг/ Шарикадзе Д.Т., Иванов И.В., Павлова Е.Е. Вестник Росздравнадзора. 2016. № 6. С. 9-12

***T.I. Chernyaeva, Saratov, Povolzhsky institute of management – RANEPA’s branch***

**СONFLICT FIELD OF RUSSIAN HEALTH CARE INSTITUTE AND ORGANIZATION CULTURE OF HEALTH CARE ORGANIZATIONS**

***Abstract:*** *Сonflict field of Russian health care institute is discussed. The results of empirical studies of complaints and organization culture of health care organizations are presented/*

***Keywords:*** *public health* i*nstitute, conflicts in health care organizations, organization culture*

1. Работа выполнена по гранту РФФИ 16-06-00572 "Модели кризисной трансформации практик потребления и его оптимизации в современной России" [↑](#footnote-ref-1)