

Муслимов М. И.¹, Петрова И. А.²

ОСОБЕННОСТИ КОНФЛИКТ-МЕНЕДЖМЕНТА В ЧАСТНОЙ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ КЛИНИКЕ

¹ООО «Клиника научной медицины», 109559, г. Москва;

²ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва

В статье дано обоснование задач внедрения в работу медицинской организации частного сектора системы конфликт-менеджмента, сокращения числа этического-правовых конфликтов, возникающих в ходе оказания медицинской помощи. Представлен анализ концептуальных основ, нормативной базы и специфики применения инструментов конфликт-менеджмента в контексте решения организационно-управленческих задач в частной многопрофильной клинике.

К л ю ч е в ы е с л о в а : организационно-управленческая деятельность; конфликт-менеджмент; пациент-центрированность; многопрофильная частная клиника.

Для цитирования: Муслимов М. И., Петрова И. А. Особенности конфликт-менеджмента в частной многопрофильной клинике. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2022;30(5):865–869. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-5-865-869>

Для корреспонденции: Муслимов Муслим Ильясович, канд. мед. наук; зам. главного врача по хирургии ООО «Клиника научной медицины»; председатель Национальной Ассоциации организаций и управленцев сферы здравоохранения, e-mail: office@auz.clinic

Muslimov M. I.¹, Petrova I. A.²

FROM “CAPRICE MEDICINE” TO “EQUAL RESPONSIBILITY MEDICINE”: TASKS, TECHNOLOGIES AND SPECIFICS OF CONFLICT MANAGEMENT IN A MULTIDISCIPLINARY PRIVATE CLINIC

¹LLC "Scientific Medicine Clinic", 109559, Moscow, Russia;

²N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russia

The article substantiates the tasks of introducing a conflict management system into the work of a private sector medical organization, reducing the number of ethical and legal conflicts that arise during the provision of medical care. The analysis of the conceptual foundations, regulatory framework and specifics of the use of conflict management tools in the context of solving organizational and managerial tasks in a private multidisciplinary clinic is presented.

К е у в о р д s : organizational and managerial activity; conflict management; patient-centricity; multidisciplinary private clinic.

For citation: Muslimov M. I., Petrova I. A. From “caprice medicine” to “equal responsibility medicine”: tasks, technologies and specifics of conflict management in a multidisciplinary private clinic. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2022;30(5):865–869 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-5-865-869>

For correspondence: Muslimov Muslim Ilyasovich, Ph. D. in Medicine; Deputy Chief Physician for Surgery of the Limited Liability Company “Clinic of Scientific Medicine”; Chairman of the National Association of Organizations and Managers of the Health Sector. e-mail: office@auz.clinic

Conflict of interests. The authors declare no conflicts of interest

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 18.01.2022
Accepted 06.04.2022

Усложнение организационных форм хозяйствования в области здравоохранения, динамичное изменение внешних условий работы учреждений и организаций отрасли здравоохранения, возрастающая правозащитная активность пациентов и средств массовой информации приводят к лавинообразному росту числа управленческих задач [1–3].

Это требует особого внимания к упорядочению и стандартизации организационно-управленческой деятельности в медицинских учреждениях в контексте решения как ресурсных, технологических, финансово-экономических задач, так и конфликт-менеджмента, формирования в медицинской организации системы сокращения и предупреждения конфликтов с пациентами, законными представителями пациентов [4–6].

Руководитель современной многопрофильной клиники обязан быть грамотным управленцем: понимать значимость целей и задач современного ме-

неджмента, обладать компетенциями, необходимыми для решения сложных организационно-управленческих вопросов, навыками видения конкретной проблемы в контексте оперативного индикативного управления и стратегического планирования, представлять специфику работы в высококонкурентной среде.

Управленческие процессы существуют и совершенствуются вместе с развитием самой медицинской организации, равным образом частной или государственной, и поэтому должны точно следовать ее базовым целевым устремлениям, в первую очередь социально ориентированным и финансово-экономическим, исходить из имеющихся и потенциальных ресурсных возможностей организации.

Особенности решения организационно-управленческих задач в медицинской организации

Ведущий теоретик в области управления Питер Друкер базовую идею целевой заданности управле-

ния образно определял как вид специальной деятельности, направленной на превращение толпы в эффективно действующую организованную группу [2]. И это действительно так: нечто может быть предсказуемым и планируемым тогда, когда перестает быть броуновским движением.

В силу особой сложности объекта управления, каким является многопрофильная частная клиника, и многозадачности решаемых ею организационно-управленческих вопросов методологической основой их изучения становится комплексный системный подход, рассматривающий клинику как единое целое во всем многообразии ее систем и подсистем.

Как правило, управленческая работа в медицинской организации в целом и в многопрофильной частной клинике в частности представляет собой совокупность деятельности ее руководства и структур менеджмента, направленную на решение вопросов:

- оперативного управления и стратегического планирования деятельности организации;
- определения мотивационных детерминант и правовых статусов субъектов, взаимодействующих в ходе организации и оказания медицинской помощи;
- обеспечения сопровождающих лечебно-диагностический процесс видов и форм контроля деятельности.

Результативное практическое решение организационно-управленческих задач предполагает на этапе до разработки планов и инструментов менеджмента проведение анализа информации об объекте управления и сложившихся механизмах управления (в случае с многопрофильной частной клиникой — это стратегии развития организации, политика ценообразования, программы расширения продуктовой линейки), о практико-ориентированных инструментах управления (стандарты, нормы и т. д.).

Выдающийся российский методолог, разработчик теории управления как особого вида деятельности, Г. П. Щедровицкий выделял в качестве одновременно существующих, но требующих отдельного изучения следующие виды управления:

- управление активностью социальных групп, социальное управление поведением людей;
- управление организационной структурой любой институции;
- управление как руководство по регулированию конкретных действий, управленческих единиц, операций с целью их упорядочения для контроля и прогнозирования деятельности [7].

Каждый из названных видов управления, как это можно видеть далее в статье, применим к решению организационно-управленческих задач, возникающих в работе многопрофильной частной клиники.

Одной из объективных реалий последнего десятилетия стало все более активное утверждение в различных сферах профессиональной деятельности разнообразных форм самоуправления. Примером

самоуправления в медицине в первую очередь может служить деятельность профессиональных саморегулирующихся организаций, в классической типологии Г. П. Щедровицкого — первый вид управления.

С известной долей условности к саморегулированию может быть отнесено регулирование деятельности посредством стандартов операционных процедур как особых инструментов самоорганизации и самопроверки, поскольку они предполагают не внешний, а «внутренний» аудит, проверку работником самого себя в рамках его функционала. По мере развития организации это становится все более ценным инструментом и ресурсом. В типологии управленческой деятельности Г. П. Щедровицкого это может быть представлено как пример третьего вида управления — регулирование конкретной деятельности.

Управление рентабельностью частной клиники: реальный и «символический» капитал

Повышение рентабельности клиники не определяется исключительно управлением ее доходами и расходами, но одновременно предполагает проведение грамотной маркетинговой и коммуникационной политики (создание бренда, поддержка репутации), в том числе с органами исполнительной власти, страховыми компаниями, представителями масс-медиа. Для этого разрабатываются и внедряются в работу клиник организационные технологии, стандарты деятельности и взаимодействия, в том числе направленные на конфликт-менеджмент, сокращение и предупреждение роста числа этико-правовых конфликтов в медицинской организации.

Конфликты с пациентами, в особенности получившие широкий резонанс в средствах массовой информации и влияющие на доброе имя, репутацию медицинской организации, становятся причиной потери потенциальных пациентов; так, потеря в «символическом» капитале (термин известного социолога Пьера Бурдьё) превращается в ощутимые реальные потери прибыли частной клиники.

Безусловно, руководством клиники перед менеджерами всех звеньев управленческой цепочки не ставится утопическая задача «профилактировать все возможные конфликты». Конфликты, связанные с недолжным качеством и безопасностью оказания медицинской помощи, врачебными ошибками, а также с характерологическими особенностями врачей и пациентов, есть и будут в медицине.

Но там, где этико-правовой конфликт с пациентом либо возник в результате отсутствия должной медико-правовой подготовки врачей, в то время как знание основ законодательства об охране здоровья граждан закреплено отдельным положением в их должностных инструкциях, либо явился результатом отсутствия необходимой медико-правовой информированности пациентов и их законных представителей о собственном правовом статусе, своих правах и обязанностях, правах и обязанностях врача, — это все сфера ответственности и недоработка

Реформы здравоохранения

управленцев и менеджеров, юристов, специалистов отдела кадров клиники.

Сколько предконфликтных ситуаций с пациентами не переросли бы в реальный конфликт, если бы население страны — реальные и потенциальные пациенты — знали о законодательно закреплённом с 1993 г. праве врача в отсутствие ургентной ситуации отказаться вести пациента, если с ним не складывается терапевтическое сотрудничество (ст. 70 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 № 323-ФЗ²³).

Представляется продуктивным разделять менеджмент деятельности в клинике на два самостоятельных направления управленческой деятельности: собственно медицинский менеджмент, направленный на регулирование процессов обеспечения клиники материально-техническими и кадровыми ресурсами, и менеджмент организационно-управленческий, направленный на сопровождение результативного взаимодействия всех участников организации: оказания — получения медицинской помощи.

В соответствии с поставленной таким образом задачей требуется сочетание в планировании деятельности многопрофильной частной клиники, с одной стороны, анализа экономических инструментов: изучение обоснованности ценообразования, регулирования себестоимости предоставляемых медицинских услуг, снижения расходов с помощью максимальной формализации процессов и функций работников клиники, внедрения ресурсосберегающих технологий, патентования, применения инноваций. С другой стороны, поскольку на результативность работы клиники критически важным образом влияет бесконфликтность взаимодействия и безопасность деятельности, требуется разработка пакета документов и информационно-справочных материалов, содержащих информацию о законодательно закреплённом этико-правовом статусе врачей и пациентов и алгоритмах их взаимодействия (типовые памятки врача и пациента, стандарты управленческих операционных процедур, положения о работе групп, комитетов по этике, анкеты врача и пациента).

Основополагающими организационным технологиями внедрения системы конфликт-менеджмента в работу медицинской организации являются:

- проведение на постоянной основе опроса пациентов об их информированности о своих правах и обязанностях и о правах и обязанностях врача (заметим, что проведение такого опроса одновременно является и своеобразным инструментом просвещения пациентов);
- разработка типовой Памятки пациента, в которой отдельными блоками представлена информация о правовом статусе пациента и врача, об ответственности пациента за нарушения

прав других граждан, за оскорбительное поведение по отношению к врачу, за порчу имущества клиники. Памятка выдается под роспись пациенту при его первом контакте с клиникой, располагается на стендах и на сайте организации;

— периодическое проведение занятий с медицинским и обслуживающим персоналом по вопросам медицинского права и профессиональной медицинской этики и деонтологии.

Задачи и специфика конфликт-менеджмента в многопрофильной частной клинике

Снижению числа конфликтов в деятельности многопрофильной клиники способствует специальным образом организуемая ее руководством работа по конфликт-менеджменту, предполагающая внедрение в работу клиники технологий и инструментов формирования бесконфликтной коммуникации и ответственного взаимодействия друг с другом врачей и пациентов, медицинских сестер, регистраторов, специалистов в области информационных технологий, работников бухгалтерии и других лиц.

Безусловно, основное внимание должно уделяться взаимодействию врачей и пациентов. Не являясь «главным» субъектом здравоохранения в целом и медицины в частности, как не может быть главным тот, чей статус возникает в соотносительности с другим субъектом (врачом, медицинской организацией), пациент является системообразующим субъектом отрасли, поскольку именно вокруг него и по отношению к нему организуются все виды деятельности и возникают все формы взаимодействия и коммуникации, на любом из этапов которых могут разгореться конфликты.

Задача этико-правового конфликт-менеджмента является здесь двоякой: профилактировать предотвратимые конфликты и противодействовать эскалации уже возникших.

Равноправный с врачом этико-правовой статус пациента поступательно утверждается со второй половины XX в. (Нюрнбергский кодекс, Рекомендации ВОЗ о пациенте как активном участнике лечения). В отечественном здравоохранении он начинает законодательно оформляться в начале 1990-х годов в результате вступления в действие Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ»²⁴, нормативно закрепившего правовой паритет врача и пациента, и Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 № 323-ФЗ, закрепившего в ст. 19 формулировки универсальных прав пациента.

Следующим логическим шагом в развитии субъектного статуса пациента явилась разработка концепции пациент-ориентированности и пациент-центрированности как ценностных ориентиров и

²³ Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». *Собрание законодательства Российской Федерации*. 2011;48(28.11):6724.

²⁴ Федеральный закон от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». *Собрание законодательства Российской Федерации*. 2010;49(06.12):6422.

принципов деятельности в медицине и здравоохранении.

Программа пациент-ориентированности начала активно развиваться в период 2013—2015 гг. На конференции Росздравнадзора «Медицина и качество» 30 ноября 2015 г. переход российского здравоохранения на принцип пациент-ориентированности был обозначен в качестве приоритетной практической задачи.

Поскольку истоки пациент-ориентированного подхода находятся в так называемом клиент-ориентированном подходе, это позволяет нам связывать с ним образ «медицины каприза», когда более остальных внимание уделяется потребительским ценностям и интересам пациента, обеспечению его эмоциональной поддержки, созданию комфортных условий пребывания пациента в медицинской организации [4].

Основным инструментом, позволяющим получать на постоянной основе обратную информационную связь для принятия организационно-управленческих решений на основе пациент-ориентированного подхода, является проведение опроса пациентов и их родственников об их удовлетворенности организацией оказания медицинской помощи в клинике.

Значимой организационной технологией реализации целевых задач пациент-ориентированного подхода является обучение медицинских работников основам бесконфликтной коммуникации, организуемое руководством клиники приглашение с этой целью психологов, этиков, профессиональных медиаторов как специалистов по досудебному урегулированию споров.

Смысл активно анализируемой в настоящее время экономистами, политиками и управленцами сферы здравоохранения ценностно-ориентированной модели здравоохранения (Value-Based Healthcare), в которой пациент рассматривается как получатель и в той или иной форме плательщик медицинских услуг, заключается в оценке прямой причинно-следственной связи между затратами на лечение и наиболее значимыми для пациента исходами, сопоставимыми с экономическими и социальными параметрами результативности оказанных услуг.

В этом контексте к статусу пациента добавляется статус потребителя медицинских услуг с особыми, закрепленными в Федеральном законе «О защите прав потребителей» от 07.02.1992 № 2300-1-ФЗ²⁵, правами, в первую очередь информационного и гарантийного блока.

Законодательно закрепленные и статусом пациента, и статусом потребителя медицинских услуг его права и обязанности смыслово *смещают фокус взаимодействия врача и пациента от пациент-ориентированности к пациент-центрированности*. Безусловно, речь идет не о замене одного ценностного принципа деятельности другим, но о новой расста-

новке смысловых и организационных акцентов, необходимых для обеспечения предусмотренного законодательством *перераспределения ответственности между врачом и пациентом*, возникающей в ходе оказания ему качественных и безопасных медицинских услуг.

Пациент-центрированность как принцип деятельности обязывает рассматривать пациента как равноправного субъекта взаимоотношений, имеющего законодательно закрепленный этико-правовой статус — совокупность прав и обязанностей, — и соответствующим образом взаимодействовать с ним.

Ответственность за нарушение принципа пациент-центрированности, источники которого представлены в нормах различных отраслей права (конституционное право, законодательство об охране здоровья граждан, гражданское право) и в нормах-рекомендациях профессиональных этических кодексов, многим более высокая в сравнении с ответственностью за нарушение принципа пациент-ориентированности, источники которого представлены в деонтологических нормах-рекомендациях, положениях должностных инструкций [6].

Если пациент-ориентированность как ценность в первую очередь направлена на повышение доверия и лояльности пациента по отношению конкретному врачу и конкретной медицинской организации, то *пациент-центрированность направлена на формирование грамотного взаимодействия врача и пациента, которое обеспечивает на основе точного понимания разделяемой с врачом ответственности смыслово мотивированное вовлечение пациента в лечебно-диагностический процесс*.

В настоящее время спецификой внедрения принципов и инструментов пациент-центрированности в работу многопрофильной частной клиники, на наш взгляд, являются следующие особенности такой деятельности:

- особая значимость предупреждения этико-правовых конфликтов с получателем платных медицинских услуг с учетом возникновения последующих финансовых и репутационных издержек;
- необходимость одновременного внедрения различных технологий пациент-центрированного подхода с учетом разнообразия оказываемых в многопрофильной клинике медицинских услуг;
- возможность внедрения в работу клиники различных видов и форм пациент-центрированной деятельности не постепенно, но «аккордно»: одновременное проведение опросов, информирование пациентов с помощью специально разрабатываемых информационно-справочных материалов, в первую очередь Памяток пациента, проведение занятий с персоналом, адаптация локальной документации клиники к требованиям пациент-центрированного подхода, что позволяет синергически

²⁵ Федеральный закон от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей». *Ведомости СНД и ВС РФ*. 1992;15(09.04.):766.

Реформы здравоохранения

усилить действие каждого отдельно взятого вида деятельности;

- возможность рассмотрения этико-правовых конфликтов с пациентами не на врачебной комиссии, а на специальных экспресс-заседаниях групп или комитетов клиник по этике.

Показателем успешного решения организационно-управленческих задач пациент-центрированности в частной многопрофильной клинике может служить появление у ее руководства возможности регулировать связанные с конфликт-менеджментом процессы удаленно, не в «ручном управлении», а на «автопилоте», когда практически работает сама грамотно выстроенная система поддержки принятия правильных организационно-управленческих решений, значимость чего многократно возросла в связи с ситуациями высокого инфекционного риска.

Все рассмотренные виды деятельности, основанные на принципах пациент-центризма, наряду с решением основной задачи — снижения числа конфликтов в клинике — прямо способствуют повышению ее инвестиционного рейтинга, обоснованию участия медицинских организаций частного сектора в решении социальных задач государства (участие бизнес-структур в программах обязательного медицинского страхования, в различных формах государственно-частного партнерства, социально ориентированные проекты бизнеса). Это крайне важно и для бизнеса, и для государства, которое, переставая быть патерналистским, не перестает быть социальным.

Поскольку современные реалии предопределяют погружение всей жизнедеятельности человека в глобальную цифровую среду, становясь пациентом, он также все более обнаруживает себя в ней.

У специалистов в области информационных технологий есть такая шутка: «Когда в цифровом мире что-то для вас бесплатно, то товаром являетесь вы». Действительно, у получения цифровой копии человека — информации о его физическом и эмоциональном состоянии, поведенческих паттернах, интересах и предпочтениях — множество бенефициаров, от коммерческих структур, сопровождающих повседневную жизнь человека, до служб безопасности государства. Информация в качестве нового эквивалента золота или нефти и цифровизация жизни набирают обороты семимильными шагами.

Медицина и здравоохранение не просто воспринимают этот тренд, но в известном смысле возглавляют его. Безусловно, сегодня триггером процесса является пандемия, определившая масштабы бесконтактности как критически важной особенности должного поведения человека. Однако именно в медицине точка отсчета этих процессов имеет достаточно давнюю историю: несмотря на то что федеральный закон о телемедицине (Федеральный закон от 29.07.2017 № 242-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам применения информационных

технологий в сфере охраны здоровья») был принят в 2017 г., первые парламентские слушания по телемедицине в России состоялись более 20 лет назад.

Задолго до пандемии эти процессы начали корректировать концепт пациент-центризма в сторону принятия решений об управлении пациентопотоками на основе агрегации больших массивов данных и применения средств телекоммуникации. От простого (широкое развитие получают электронные регистратуры, электронные карты и рецепты, листки временной нетрудоспособности, технологии телереабилитации) до сложного (уже сейчас можно наблюдать своеобразное виртуальное превращение медицинских центров в части больших цифровых агломераций, и сейчас далеко не все понятно с тем, как будут дальше вести себя эти опорные цифровые агломерации, как «доноры» или как «вампиры» агрегируемой информации). На каждом из этапов «погружения» пациента в «цифру» появляются новые вопросы, связанные с его пациент-центристским этико-правовым статусом, что определяет исследовательские задачи самого близкого будущего.

Исследование не имело спонсорской поддержки.
Авторы заявляют об отсутствии конфликтов интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Деонтология в медицине. Под ред. Б. В. Петровского. М.: Медицина; 1988. Т. 1. С. 22.
2. Друкер П. Задачи менеджмента в XXI веке. М.: Вильямс; 2004. 272 с.
3. Прокофьева Т. А., Челноков В. В. Системный анализ в менеджменте. М.: Юрайт; 2020. 313 с.
4. Клейнер Г. Б. Системный менеджмент и системная оптимизация предприятий. М.: Синергия; 2018.
5. Шахабов И. В., Мельников Ю. Ю., Смышляев А. В. Ключевые аспекты пациент-ориентированной модели управления медицинской организацией. *Научное обозрение. Медицинские науки*. 2020;(3):34–8.
6. Перепелова О. В., Петрова И. А. Пациент-центрированность при оказании населению медицинских услуг как ценность и принцип деятельности. *Менеджер здравоохранения*. 2019;(10):12–7
7. Шедровицкий Г. П. Методология и философия оргуправленческой деятельности. Основные понятия и принципы. Из архива Г. П. Шедровицкого. Т. 5. М.; 2003.

Поступила 18.01.2022
Принята в печать 06.04.2022

REFERENCES

1. Deontology in medicine [*Deontologija v medicine*]. Edited by B. V. Petrovsky. Moscow: Medicina; 1988 (in Russian).
2. Druker P. Management tasks in the XXI century [*Zadachi menedzhmenta v XXI veke*]. Moscow: Vil'jams; 2004 (in Russian).
3. Prokof'eva T. A., Chelnokov V. V. System analysis in management [*Sistemnyy analiz v menedzhmente*]. Moscow: Jurajt; 2020 (in Russian).
4. Klejner G. B. System management and system optimization of enterprises [*Sistemnyj menedzhment i sistemnaya optimizacija predpriyatiy*]. Moscow: Sinergiya; 2018 (in Russian).
5. Shahabov I. V., Mel'nikov Yu. Yu., Smyshljaev A. V. Key aspects of the patient-centered management model of a medical organization. *Nauchnoe obozrenie. Medicinskie nauki*. 2020;(3):34–8 (in Russian).
6. Perepelova O. V., Petrova I. A. Patient-centricity in the provision of medical services to the population as a value and principle of activity. *Menedzher zdravoohraneniya*. 2019;(10):12–7 (in Russian).
7. Shhedroviczkiy G. P. Methodology and philosophy of organizational management activity. Basic concepts and principles. From the archive of G. P. Shhedrovitsky [*Metodologiya i filosofiya orgupravlencheskoy deyatel'nosti. Osnovnye ponyatiya i printsipy. Iz arkhiva G. P. Shhedroviczskogo*]. Vol. 5. Moscow; 2003