

# МЕТОДОЛОГИЯ УПРАВЛЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЯМИ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

**В.В. Одинцова<sup>3\*</sup>, Л.Л. Стажадзе<sup>1,2</sup>, В.В. Бояринцев<sup>1,4</sup>,  
С.А. Федотов<sup>2</sup>, С.А. Гуменюк<sup>1,2</sup>, Д.А. Максимов<sup>1</sup>, Ю.Ю. Титарова<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» УД Президента РФ, Москва,  
<sup>2</sup>ГБУЗ «Научно-практический центр экстренной медицинской помощи» Департамента здравоохранения  
города Москвы,

<sup>3</sup>ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения»  
Минздрава России, Москва,

<sup>4</sup>Главное медицинское управление УД Президента РФ, Москва

## CHANGE MANAGEMENT METHODOLOGY IN THE HEALTHCARE SYSTEM

**V.V. Odintsova<sup>3\*</sup>, L.L. Stazhadze<sup>1,2</sup>, V.V. Boiarincev<sup>1,4</sup>,  
S.A. Fedotov<sup>2</sup>, S.A. Gumenyuk<sup>1,2</sup>, D.A. Maksimov<sup>1</sup>, Y.Y. Titarova<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Central State Medical Academy of Department of President Affairs, Moscow, Russia

<sup>2</sup>Scientific and practical center of emergency medical care of the Department of health Moscow, Russia

<sup>3</sup>Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Ministry of Health of the Russian Federation,  
Moscow, Russia,

<sup>4</sup>The main medical administration of the office of the President, Moscow, Russia

**E-mail:** [veronika.od@gmail.com](mailto:veronika.od@gmail.com)

### Аннотация

В медицине постоянно идут процессы оптимизации организации системы здравоохранения и улучшения качества медицинской помощи. Целью обзора является ознакомление медицинских работников с системным подходом к управлению изменениями в здравоохранении. Представлен обзор основных моделей управления изменениями, дана оценка их практической значимости. Отражены два основных типа моделей: модели управления запланированными изменениями и модели управления незапланированными (внезапно возникающими) изменениями. Авторы выделяют неизменные базовые принципы, структуру и главные задачи в объектах здравоохранения, изменения в которых могут привести к нарушению их основного предназначения. Применение методологии управления изменениями позволяет при необходимости оптимизации сохранить целостность неизменяемых основополагающих элементов и методично выстраивать системные инновации.

**Ключевые слова:** управление изменениями, модели изменений, системные инновации, организация здравоохранения.

### Abstract

The healthcare system is constantly undergoing the process of optimization and medical care quality improvement. The purpose of this paper is to introduce healthcare professionals to a systematic approach to change management in healthcare. The review of the main change management models is presented and their practical significance is evaluated. Two main types of models are discussed: planned change models and emergent change models. The authors highlight the unchanging basic principles, structure and objectives of healthcare entities which, if changed, can distort their main intended purpose. The application of change management methodology allows to maintain the integrity of unchanging basic elements when optimization is necessary and to gradually implement system innovations.

**Key words:** change management system, change models, system innovations, healthcare.

*Ссылка для цитирования: Одинцова В.В., Стажадзе Л.Л., Бояринцев В.В., Федотов С.А., Гуменюк С.А., Максимов Д.А., Титарова Ю.Ю. Методология управления изменениями в системе здравоохранения. Кремлевская медицина. Клинический вестник. 2019; 3: 29-34.*

Теме управления изменениями посвящено большое количество работ и научных исследований. Разработано много моделей управления изменениями, которые широко применяются в управлении организациями уже более 50 лет.

В анализ этой междисциплинарной проблемы внесли свой вклад разные академические области знаний, включая социологию, менеджмент, управление бизнесом, психологию, социальную политику и др.

В литературе по теме управления изменениями, как правило, отражены два основных типа моделей: модели управления запланированными изменениями и модели управления незапланированными (внезапно возникающими) изменениями [1].

В первой модели изменения рассматриваются как процесс перехода от одного фиксированного состояния организации к другому, в направлении желаемого состояния, когда задачи ставятся на перспективу «сверху вниз» [2], и это, как правило, проходит под флагом «оптимизации» и «дальнейшего совершенствования». Подход управления запланированными изменениями предполагает, что, если организации работают в более предсказуемых и менее нестабильных условиях, потребность в изменении будет сведена к минимуму [1].

Подход к управлению внезапно возникающими изменениями уделяет меньше внимания планам и прогнозам, сосредотачиваясь в основном на анализе сложности среды и развития целого ряда альтернатив, которыми следует руководствоваться при принятии решений, делая акцент на изменениях, идущих «снизу вверх» [1].

В то время как модель управления планируемыми изменениями признает ключевым управляющее звено и разработку целей и процессов изменения, подход незапланированных изменений утверждает, что темпы и характер изменений настолько быстры и сложны, что руководителям сложно своевременно реагировать на необходимые изменения. Поэтому они должны делегировать часть полномочий по принятию решений специалистам оперативного реагирования и действовать в качестве организаторов изменений, а не контроллеров.

Далее будут представлены несколько доминирующих моделей управления изменениями.

**Модели незапланированных изменений.** В настоящее время в зарубежной литературе все чаще цитируются следующие модели: модель организационных изменений «Большая тройка» Кантера и соавт. [3]; модель динамики изменения Гринвуда и Хинингса [4]; модель Петтигрю «процесс / содержание / контекст» [5]. Все эти модели анализируют, как можно разработать определенную стратегию при изменении окружающей среды и каковы необходимые роли или функции на разных этапах процесса изменения. Например, Кантер и др. определяют три типа ролей в процессе изменения: стратег изменения, осуществляющий изменение (внедонец) и подверженный изменению (по-

лучатель). Считается, что незапланированные изменения являются непредсказуемыми, часто ненамеренными, которые могут появиться откуда угодно и приводят к неформальной самоорганизации [6].

**Модели запланированных изменений.** Самой известной из моделей планируемых изменений является работа Курта Левина [7]. Левин выстраивает четыре теории, которые в совокупности объясняют суть управления планируемыми изменениями: теория поля, групповая динамика, исследование деятельности и трехступенчатая модель.

**Теория поля** представляет собой подход к анализу контекста (поля), в котором имеет место поведение группы. Этот подход утверждает, что актуальную ситуацию нужно рассматривать как состояние, поддерживаемое определенными условиями или силами (поле). Компоненты этих условий и силы, которыми характеризуется ситуация, представляют собой групповое поведение, одновременно влияющее на групповые результаты и индивидуальное поведение. При этом поле (контекст группы, обстановка в группе) является динамическим и подвергается постоянным изменениям вследствие динамики собственных сил или влияющих на группу обстоятельств. Эту реальность Левин обозначает как «квазиустойчивое равновесие» [7], т.е. равновесие, которое удерживается за счет баланса противостоящих друг другу сил. Управленец обязан определить, спроектировать и оценить значение этих сил, тогда он будет в состоянии понять поведение человека и определить силы, необходимые для изменения такого поведения.

**Групповая динамика** предполагает изучение причин, модификаторов и последствий сил, действующих в группе [8]. Анализируются особенности группы, ее поведение, причины выбора этого поведения для противодействия силам, воздействующим на группу извне. В данном случае интересны групповые нормы, роли, взаимодействия и процессы социализации, используемые для внедрения изменений [9]. Таким образом, группа в ее многокомпонентности становится фокусом изменений. Когда движущие силы превосходят сдерживающие силы, достигается прогресс. Чтобы нарушить равновесие системы, нужно либо усилить действие движущих сил, либо ослабить действие противодействующих сил. Так как движущие силы имеют тенденцию приводить к возникновению своих собственных сдерживающих сил, ослабление противодействующих сил может быть эффективнее для осуществления изменения,

чем усиление движущих сил. Одним из способов может быть ротация кадров. После того, как руководитель определил движущие и противодействующие силы для изменения, необходимо установить относительную мощность и значимость каждой силы. Такая динамическая, процессуальная установка изучать события, а не объекты, процессы, а не состояния стала тенденцией современной практики управления.

**Исследование через действие (action research)** предполагает проведение исследования в момент текущей деятельности для планирования целенаправленного вмешательства. По сути это мониторинг изменений и воздействие на ожидания через механизм обратной связи (это могут быть опросы, специальные дискуссии, тренинговые группы, введение наблюдателей группового процесса и т.п.). Исследование через действие – саморефлективный процесс, который включает этап планирования изменения, действий, наблюдений за процессом и последствиями изменений, осмысления этих процессов и последствий и, наконец, повторное планирование для повторения цикла.

**Трехступенчатая модель** выделяет три этапа проведения изменения - «размораживание», «движение» и «замораживание». Первый этап, «размораживание», включает в себя дестабилизацию текущего состояния, или «квазиустойчивого равновесия», принятие решения о проведении изменения и обеспечение того, чтобы изменение приобрело актуальность. Второй этап, «движение», предполагает определение того, что нужно изменить, а затем разработку стратегии внедрения, соответствующую целям изменения. Здесь нужно учесть все действующие силы и определить все имеющиеся варианты проведения изменения. Этот анализ должен опираться на активное исследование. Заключительным этапом является «замораживание», нужное для стабилизации группы в новом «квазиустойчивом равновесии». Новое индивидуальное поведение, усвоенное в рамках процесса изменения, должно соответствовать новым особенностям группы и окружающей среды, иначе процесс может привести к новому витку опровержения [8].

Хотя эти теории часто рассматриваются как самостоятельные, предназначены они для целостного анализа, когда каждый элемент проясняет с определенного ракурса планируемое изменение [8]. Теории поля и групповой динамики позволяют проанализировать факторы, влияющие на изменение. Исследование деятельности применяется для реализации трехступенча-

той модели изменений, давая возможность мониторинга изменения. Теория Левина формирует теоретическую основу управления планируемыми изменениями, и существует много теорий, расширивших эти представления. Например, модель «список 8» Коттера, четырехфазная модель Баллока и Баттена, восьмифазная модель Липпитта [10] и др. В отечественной теории управления изменениями развитие на принципе синергизма с позиций системного подхода отражено в работах А.И. Пригожина [11].

Несмотря на то, что руководители изменений должны предпринимать попытки встроить основные элементы управления изменениями в свой подход, ни один отдельно взятый элемент или комбинация элементов не являются достаточными для успешной реализации изменений. Руководители изменений должны адаптировать свой подход к управлению изменениями к уникальным условиям своей отрасли и организации. На практике усилия по внедрению изменений различаются по своей сложности и в конечном итоге влияют на способность руководителя привести изменения в соответствие с этими основными элементами.

Все вышеописанные элементы в той или иной степени появляются в моделях, применяемых системами здравоохранения в разных странах. В медицинских организациях традиционно применяют институциональный подход к управлению изменениями, что объясняется спецификой инноваций в общественном секторе. В ряде стран осуществляется систематический мониторинг инноваций, охватывающий как частный, так и общественный сектор (Великобритания, Австралия, Канада, США). Можно привести такие примеры, как руководящие принципы управления изменениями Национальной службы здравоохранения Великобритании [12], организационная модель для трансформационных изменений в системах здравоохранения Лукаса и соавт. (Бостонский университет) [13], научно обоснованный подход к управлению изменениями Научно-исследовательского фонда здравоохранения Канады [14].

Наиболее подходящими для службы медицинской помощи нам представляются принципы реализации изменений Национальной службы здравоохранения Великобритании (NHS), которая внедрила модель управления изменениями [12]. Изначально модель была разработана для применения в организации неотложной помощи, первичной медицинской помощи

и трстов психического здоровья, но, как подчеркивают ее создатели, данные принципы могут быть применены ко всем инициативам по изменению системы здравоохранения [15]. Руководящие принципы управления изменениями NHS представляют систематический подход к управлению изменениями и выделяют последовательные шаги, которые необходимо предпринять для достижения успеха в реализации изменений.

**Шаг 1 «Знайте, куда вы идете и зачем»:** руководители изменений должны разработать модель, выбрать команду проекта, а также мобилизовать организационное руководство. С нашей точки зрения, именно в этот момент должны быть выделены неизменные и изменяемые элементы системы. Разработка модели важна для изложения преимуществ и недостатков программы изменений. Модель должна наметить результаты проекта, преимущества, этапы отчетности, риски и снижающие его стратегии. Эти принципы соответствуют проектному управлению, представленному, например, в методологии PRINCE («Проекты в контролируемой среде»). Получение информации, необходимой для завершения создания модели, может потребовать проведения консультаций с другими департаментами внутри организации (например, другими силовыми структурами), а также изучение имеющихся отчетов.

Правильно подобранный персонал проекта имеет решающее значение для успеха программы изменений. Команда проекта должна иметь различные навыки, необходимые для успешного представления и реализации проекта. Ключевыми позициями являются руководитель проекта (для отслеживания выполнения программы изменений) и члены Совета основных заинтересованных лиц проекта (выступают в качестве органа, принимающего решения, согласовывающего условия реализации и цели проекта).

**Энтузиазм руководства является важным компонентом успеха.** Независимо от предлагаемой программы важно, чтобы высшее руководство (в том числе руководители департамента) способствовало продвижению проекта в целях повышения заинтересованности персонала. Кроме того, высшее руководство может гарантировать, что определены ключевые заинтересованные лица (стейкхолдеры) и распределены с точки зрения их интереса и влияния на проект, и, самое главное, руководство может гарантировать выделение необходимых ресурсов для реализации проекта. В конечном счете «Шаг 1» за-

кладывает основу программы изменений и обеспечивает приверженность руководства путем обязательства выделения им необходимых ресурсов.

**Шаг 2 «Анализируйте и проектируйте»** включает рассмотрение вариантов проектирования, разработку стратегии реализации и понимание влияния программы на всех стейкхолдеров. Чтобы достичь этого, руководители изменениями должны консультироваться с заинтересованными сторонами, чтобы убедиться, что проектирование и стратегия реализации хорошо продуманы и вызовут минимальное сопротивление.

**Шаг 3 «Добейтесь приверженности»** продолжает инициативы предыдущих двух шагов и включает подготовку осуществления изменений, а также гарантирует, что все заинтересованные стороны, в том числе сам целевой объект, готовы к изменениям. Полезным на данном этапе, в соответствии с моделью, будет пилотное тестирование, чтобы оценить готовность к изменениям.

**Шаг 4 «Реализуйте изменение»** включает в себя выполнение всех связанных с изменением действий. На этом этапе сотрудники проходят обучение, чтобы гарантировать необходимый уровень знаний и ресурсов для приспособления к изменениям. Кроме того, важно наделять большими полномочиями заинтересованных лиц (стейкхолдеров), информируя их о прогрессе и всех краткосрочных успехах, таким способом предотвращая сопротивление.

Последние два шага — **шаг 5 «Закрепите изменение»** и **шаг 6 «Поддерживайте изменение»** — служат для закрепления и поддержания программы изменений. Укрепление изменений осуществляется путем рассмотрения и внедрения новых процессов работы и получения обратной связи. Поддержание изменений включает в себя измерение результатов изменений (ключевые показатели деятельности) в сравнении с организационными целями и разработку мер для постоянного улучшения.

В целях успешной реализации изменений инициаторы изменений должны понять, на каком этапе они в данный момент находятся, и принять необходимые меры для управления изменениями. Для создания обновленной культуры изменениям подвергаются не только процессы, но также мышление и отношение. Трансформация должна быть в состоянии выдержать вызов и в будущем быть предрасположенной к дальнейшим улучшениям. Институт Национальной службы здравоохранения Великобритании отмечает «эффект ис-

парения улучшения», когда польза, получаемая от новых методов, уменьшается с течением времени, демонстрируя отсутствие устойчивости [16]. Факторы, влияющие на вероятность долгосрочного поддержания результатов изменений, существенно отличаются от факторов, которые необходимы для создания начальных благоприятных условий. Устойчивость во многом зависит от общественного согласия.

Существует ряд обзоров, в которых обсуждается применение теории управления изменениями в области здравоохранения [17, 18]. Согласно этим обзорам, зачастую публикации по этой теме анализируют факторы, которые необходимо учитывать при проведении изменений. Некоторые авторы подчеркивают важность не только функционала разрабатываемых технологий, но и такой характеристики, как применимость, возможность их использования в секторе здравоохранения (например, при внедрении информационных технологий) [19]. Отметим, что ключевыми изменениями в социальной сфере сегодня признаны инновации, связанные с процессом достижения нового качества социальной жизни [19], системные инновации, которые, внедряясь точечно, ведут к намного более значительным результатам в рамках целостной системы [20]. Это в свою очередь делает значимым применение целостного анализа системного эффекта внедряемых инноваций с целью повышения результативности внедрения и его оценки.

На ход и результат изменений в здравоохранении влияют: социально-демографический состав населения, состояние здоровья населения и демографические процессы; политика государства; уровень регламентации отрасли; уровень развития отраслевой статистики, используемой для принятия управленческих решений; уровень и источник обеспеченности ресурсами (финансирование, материальное обеспечение, кадры и т.п.); динамика состояния ресурсов, степень развития технологий; новые исследования и разработка технологий; качество процесса внедрения изменений, менталитет пациентов (отношение к собственному здоровью, бесплатности медицинской помощи и т.п.), конкуренция с частным сектором; особенности мониторинга ключевых показателей [21] и др. В связи с разнообразием этих характеристик в разных территориях Российской Федерации невозможна прямая экстраполяция удачной реформы на конкретную территорию. Во всех случаях реформирования для каждой отрасли здравоохранения необходимо определить неизменные и изменяемые составляющие [22].

## Заключение

Таким образом, система управления изменениями в здравоохранении должна учитывать как актуальные институциональные нормы, так и эффективное использование ресурсов, стремясь совместить разумный институционализм с инновационным подходом. Отраслевые особенности значительно влияют на специфику инноваций в здравоохранении: технологические инновации значительно влияют на экономические и организационные инновации, которые в свою очередь приводят к информационным инновациям. Сопротивление изменениям появляется в результате огромного количества факторов, которые могут значительно усложнить этот процесс.

В целях успешной реализации изменений инициаторы изменений должны понять, на каком этапе они в данный момент находятся, и принять необходимые меры для управления изменениями. Для создания обновленной культуры изменению подвергаются не только процессы, но также мышление и отношение. Трансформация должна быть в состоянии выдержать вызовы и в будущем быть предрасположенной к дальнейшим улучшениям.

## Литература

1. Bamford DR, Forrester PL. *Managing planned and emergent change within an operations management environment. Int J Oper Prod Man.* 2003; 23(5): 546–564. doi: 10.1108/01443570310471857
2. Burnes B. *Emergent change and planned change—competitors or allies? The case of XYZ construction. Int J Oper Prod Man.* 2004; 24 (9): 886–902. doi: 10.1108/01443570410552108.
3. Кантер Р. *Рубежи менеджмента: Книга о современной культуре управления.* М.: Олимп-Бизнес; 1999. 304 с. [Kanter R. *The Frontiers of Management: A Book on the Modern Management Culture.* Moscow: Olymp-Business; 1999. p. 304. In Russian].
4. Hinings CR, Greenwood R. *The dynamics of strategic change.* Blackwell, UK: Walter de Gruyter; 1989. p. 223.
5. Pettigrew F. *The awakening giant, change and continuity in ICI.* Oxford: Basil Blackwell; 1987. p. 562.
6. Weick K, Quinn RE. *Organizational change & development. Annu Rev Psychol.* 1999; 50: 361–86.
7. Lewin K. *Quasi-stationary social equilibria and the problem of permanent change. In: Organization change. A comprehensive reader.* Burke WW, Lake DG, Jill Paine W, editors. San Francisco: Jossey-Bass; 2009. p. 73–77.
8. Burnes B. *Kurt Lewin and the Planned Approach to Change: a Re-appraisal. J. Manag. Stud.* 2004; 41(6): 977–1002. doi: 10.1111/j.1467-6486.2004.00463.x.
9. Schein E. *Organizational Psychology.* Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1988. p. 274.
10. Виханский О.С., Наумов А.И. *Менеджмент. Учебник.* Под ред. Зазулина З.К. М.: Экономистъ; 2003. с. 288 [Vikhan-sky O.S., Naumov A.I. *Management. Textbook.* Zazulina Z.K. editor. Moscow: Economist; 2003. p. 288. In Russian].
11. Пригожин А.И. *Нововведения. Стимулы и препятствия.* М.: Наука; 1989. 272 с. [Prigogine A.I. *Innova-*

- tions. *Incentives and obstacles*. Moscow: Science; 1989. p. 272. In Russian].
12. Iles V, Sutherland K. *Organizational Change: A Review for Health Care Managers, Professionals and Researchers*. National Coordinating Centre for NHS Service Delivery and Organization R&D (NCCSDO) UK; 2001. p. 100.
13. Lukas CV, Holmes SK, Cohen AB, Restuccia J, Cramer IE, Shwartz M et al. *Transformational change in health care systems: an organizational model*. *Health Care Manage Rev*. 2007; 32(4): 309-320.
14. Dickson GS, Lindstrom R, Black C, der Gucht D. *Canadian Health Services Research Foundation and Canadian Electronic Library (Firm). Evidence-informed change management in Canadian healthcare organizations — Canadian Health Services Research Foundation, 2012*.
15. Phelan D. *Best Practice Change Management Guidelines*. London: National Health Service; 2010. p. 15.
16. Martin GP, Weaver S, Currie G, Finn R, McDonald R. *Innovation sustainability in challenging health-care contexts: embedding clinically led change in routine practice*. *Health Serv Manage Res*. 2012; 25(4): 90-199. doi: 10.1177/0951484812474246.
17. Lansisalmi H, Kivimaki M, Aalto P, Ruoranen R. *Innovation in Healthcare: A Systematic Review of Recent Research*. *Nurs Sci Q*. 2006; 19: 66-72.
18. Omachonu VK, Einspruch NG. *Innovation in Health-care delivery Systems: A Conceptual Framework*. *The Innovation Journal: The Public Sector Innovation Journal*. 2010; 15(1): 2-16.
19. Садовничий В.А., Григорьева Н.С., Чубарова Т.В. *От традиций к инновациям: реформы здравоохранения в современном мире*. М.: Экономика, 2012. с. 284 [Sadovnichy V.A., Grigorieva N.S., Chubarova T.V. *From tradition to innovation: health care reform in the modern world*. Moscow: Economy; 2012. p. 284. In Russian].
20. Симагути М. *Эпоха системных инноваций*. М.: Миракл; 2006. с. 248 [Simaguti M. *The era of systemic innovation*. Moscow: Mirakl; 2006. p. 248. In Russian].
21. Короткова А.В., Новожилов А.В., Гажева А.В., Сошников С.С., Одинцова В.В. *Индикаторы мониторинга и оценка деятельности в сфере здравоохранения*. *Российский медико-биологический вестник им. акад. И.П.Павлова*. 2008; 1: 62-65. [Korotkova A.V., Novozhilov A.V., Gazheva A.V., Soshnikov S.S., Odintsova V.V. *Indicators for monitoring and evaluating health care activities*. *I.P. Pavlov Russian Medical Biological Herald*. 2008; 1: 62-65. In Russian].
22. Костомарова Л.Г., Стажадзе Л.Л. *Территориальная служба медицины катастроф Москвы*. М.: Аякс; 2001. с. 223 [Kostomarova L.G., Stajadze L.L. *Territorial Disaster Medicine Service of Moscow*. Moscow: Ajax; 2001. p. 223. In Russian].

Конфликт интересов отсутствует