
С РАБОЧЕГО СТОЛА СОЦИОЛОГА

FROM THE WORKING TABLE OF A SOCIOLOGIST

УДК [61+614.2]:30(476)

ОРГАНИЗАЦИОННАЯ КУЛЬТУРА И СОЦИАЛЬНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ: ПРОБЛЕМЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ И МЕТОДЫ ИЗУЧЕНИЯ

М. Ю. СУРМАЧ¹⁾, С. Л. БОЙКО¹⁾

¹⁾Гродненский государственный медицинский университет, ул. М. Горького, 80, 230009, г. Гродно, Беларусь

Проанализированы причины динамики социального института медицины и действующей модели системы здравоохранения как его организации в современных условиях в Республике Беларусь. Уточнены понятия «организационная культура» и «социальная ответственность» применительно к системе здравоохранения. Рассмотрены методы изучения организационной культуры. Предложен адаптированный к применению в системе здравоохранения Беларуси инструмент оценки организационной культуры по методике ОСАИ, который позволяет провести ее диагностику в организациях (учреждениях) здравоохранения, а также может быть использован в сравнительном анализе с данными, полученными при замерах посредством оригинальной версии ОСАИ в других странах.

Ключевые слова: социальная ответственность; организационная культура; ОСАИ; система здравоохранения; Республика Беларусь.

Благодарность. Работа выполнена при финансовой поддержке Белорусского республиканского фонда фундаментальных исследований (грант № Г19-061).

Образец цитирования:

Сурмач МЮ, Бойко СЛ. Организационная культура и социальная ответственность в здравоохранении: проблемы определения и методы изучения. *Журнал Белорусского государственного университета. Социология*. 2019;3:84–95.

For citation:

Surmach MY, Boyko SL. Organizational culture and social responsibility in health care: problems of defining and methods of study. *Journal of the Belarusian State University. Sociology*. 2019;3:84–95. Russian.

Автор:

Марина Юрьевна Сурмач – доктор медицинских наук, доцент; заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения.

Светлана Леонидовна Бойко – кандидат медицинских наук, доцент; заведующий кафедрой психологии и педагогики.

Author:

Marina Y. Surmach, doctor of science (medicine), docent; head of the department of public health and public health service.

marina_surmach@mail.ru

Svetlana L. Boyko, PhD (medicine), docent; head of the department of psychology and pedagogy.

sduduk@yandex.ru

ORGANIZATIONAL CULTURE AND SOCIAL RESPONSIBILITY IN HEALTH CARE: PROBLEMS OF DEFINING AND METHODS OF STUDY

M. Y. SURMACH^a, S. L. BOYKO^a

^aGrodno State Medical University, 80 M. Horkaha Street, Hrodna 230009, Belarus

Corresponding author: M. Y. Surmach (marina_surmach@mail.ru)

The reasons for the dynamics of the social institute of medicine and the current model of health care system as its organization in modern conditions in the Republic of Belarus are analyzed in the article. The concepts of «organizational culture» and «social responsibility» in relation to the health care system are clarified. The methods of study of organizational culture are stated. A tool for assessing of organizational culture according to the OCAI methodology, adapted to the use in the health care system of Belarus, which allows to diagnose organizational culture in organizations (institutions) of health care, and suitable for use in comparative analysis with the data obtained by measurements through the original version of OCAI in other countries, is proposed.

Keywords: social responsibility; organizational culture; OCAI; health care system; Belarus.

Acknowledgements. Research is supported by the Belarusian Republican Foundation for Fundamental Research (grant No. Г19-061).

Введение

В историческом развитии системы здравоохранения, существующей на территории современной Беларуси, как минимум трижды за прошедший век происходили крупные структурные и финансовые трансформации. Так, с приходом советской власти больничные кассы (прообраз страховой медицины) были ликвидированы, и система перешла к модели Николая Александровича Семашко [1; 2]. Просуществовавшая неизменной около 70 лет модель основывалась на едином государственном здравоохранении, централизации и всеобщей диспансеризации. В период Великой Отечественной войны на захваченных немецко-фашистскими войсками территориях прослеживалась попытка возврата больничных касс и страховой медицины [3; 4]. И наконец, на рубеже 1990–2000-х гг. вновь начались кардинальные изменения, включая подготовку законопроекта о введении страховой медицины, завершившиеся официальным сосуществованием государственной системы здравоохранения с организациями иной, в том числе частной, формы собственности при сохранении принципа преимущественно бюджетного финансирования государственной системы. Все это говорит о том, что социальный институт медицины и система здравоохранения как его организация в Беларуси – не статичный конструкт.

Реформирование системы – это ответ на объективную необходимость эволюционирования, побуждающим фактором которого являются изменения идеальных представлений о должных формах взаимодействия людей. Изменения же идеальных представлений начинаются с преобразования деятельности практик. Деятельностные практики – процессы, происходящие на уровне повседневности, – изменяются незаметно и порой неосознанно,

поскольку ими движет огромное число не всегда поддающихся контролю механизмов. Измененные практики постепенно становятся привычными, т. е. подвергаются хабитуализации [5; 6]. В случае единства практической деятельности людей – в первую очередь это происходит при единстве трудовой деятельности, иначе говоря, в профессиональных сферах, – процесс хабитуализации приводит к типизации действий, т. е. модифицирует социальный институт. Другими словами, изменение деятельностных практик лежит в основе диалектики социальных институтов, под которыми классически понимают именно типизацию опривыченных действий, порождающих идеальные представления о должном, «которые в конечном счете определяют архитектуру формальных организационных форм (организаций) в контексте тех или иных социально-классовых интересов» [7, с. 32].

Несмотря на то что деятельностные практики изменяются незаметно и не всегда осознанно, некоторые из этих изменений могут быть контролируемы. Вопрос в том, кто и каким образом должен их контролировать и вообще стоит ли это делать. Ответ, вероятно, зависит от той сферы человеческой деятельности, применительно к которой мы анализируем те или иные практики. В данной статье речь идет о здоровье и его охране, о медицине как социальном институте и о системе здравоохранения как его типичной организации. Кем бы мы ни были в этой системе – врачом или пациентом, – однозначно, ответ на данный вопрос будет положительным. Слишком высока социальная значимость рассматриваемого нами института. Следовательно, слишком высока социальная ответственность системы здравоохранения и каждой отдельной организации в этой системе.

Модель здравоохранения Республики Беларусь по праву можно отнести к уникальным: в условиях значительных глобальных трансформаций систем и моделей здравоохранения в мире она стойко и уверенно сохраняет высокую социальную ориентированность. Отчасти причиной такой устойчивости является длительный исторический период советского здравоохранения, создавший мощный культурный пласт социальных ориентиров и установок, формирующих роль врача и пациента в обществе.

Каждое новое поколение получает от предыдущих типизированные и формально закрепленные роли (формы деятельности) с нормами регуляции ролевого поведения. Многие из них рассчитаны на личностные качества, сознательность и моральный выбор в пределах спектра ценностно окрашенных возможностей. Относительно профессиональной среды данный спектр ролей мы увидим прежде всего в организационной культуре, приобщение к которой происходит посредством социализации. *Организационная культура – это тот феномен, изменяя который, мы можем повлиять на индивидуальный выбор представителя организации* (а в рамках понятия медицины как социального института система здравоохранения и есть его организация) *относительно предпочтительного варианта социального взаимодействия*. Широта спектра возможных вариантов взаимодействия побуждает к развитию. При этом стойкость отечественной модели здравоохранения может восприниматься негативно, трактоваться как инертность. Особенно на фоне ситуации, когда большинство так называемых стран ближнего зарубежья из числа бывших союзных республик, имеющих общие с Беларусью исторические и культурные корни, все же пошли по пути кардинальных реформ, значительно изменяющих правовые и экономические механизмы регулирования взаимоотношений в системе здравоохранения. Отечественная модель здравоохранения все больше напоминает островок в океане систем и моделей, находящихся свой путь в сфере рынка идей, медицинских технологий, фарминдустрии на фоне глобального риска превращения медицинской помощи в товар, продаваемый в не всегда прозрачных экономических и политических условиях. Длительность сохранения конструкта системы здравоохранения обостряет противоречие между идеальными представлениями о социальном институте медицины и формально закрепленными в действующей системе здравоохранения как организации этого института ролями.

Что обуславливает такое противоречие в современном белорусском здравоохранении? В нынеш-

них условиях здоровье человека представляет для общества все более возрастающую экономическую ценность. В то же время население стареет. Основной проблемой становятся хронические неинфекционные заболевания, склонные к накоплению в популяции. Все острее проявляется потребность рационально использовать ресурсы, контролировать рост расходов на охрану здоровья. Развитие процессов коммерциализации приводит к изменению экономического положения медицинского учреждения, которое приобретает статус услугопроизводящего предприятия, при этом медицинские работники находятся в условиях, когда оказывают не помощь, а сервисную услугу медицинского содержания, попадая в категорию обслуживающего персонала. Принимая управленческое решение, лидеры системы здравоохранения все чаще вынуждены находиться в ситуации выбора между подходами к пониманию эффективности деятельности: сохранение ее высокой социальной направленности или, напротив, получение наибольшего экономического эффекта. При этом соблюдение социальной ответственности организаций здравоохранения и каждого отдельного работника системы, составляющей суть корпоративной (на уровне всей системы здравоохранения) социальной ответственности, заложено в основах социального государства, каковым и является Республика Беларусь. Сильная, эффективная культура имеет стратегическое значение в обеспечении устойчивого функционирования системы здравоохранения, управлении качеством медицинской помощи, поддержании доверия населения к системе здравоохранения.

Следует отметить, что, несмотря на актуальность, работ, посвященных проблемам изучения организационной культуры, в современном белорусском здравоохранении практически нет. Это явилось основанием к выбору нами организационной культуры и социальной ответственности в здравоохранении в качестве предмета исследования.

Цель данной работы – определить понятия «организационная культура» и «социальная ответственность» и уточнить методологию исследования организационной культуры применительно к системе здравоохранения Республики Беларусь.

В рамках цели нами были выделены следующие задачи (направления исследования): уточнить современное состояние проблемы изучения организационной культуры в здравоохранении и трактовку дефиниций, провести систематизацию способов диагностики и оценки организационной культуры и адаптировать ОСАИ к применению в отечественных организациях здравоохранения.

Современное состояние проблемы изучения организационной культуры в здравоохранении и трактовка дефиниций

Изучению организационной культуры посвящено большое количество проблемных статей

и обзоров (А. А. Кеннеди (A. A. Kennedy) и Т. Е. Дил (T. E. Deal), 1982; Э. Х. Шейн (E. H. Schein), 1985;

К. С. Камерон (K. S. Cameron), 1988; Дж. Мартин (J. Martin), 1992; Х. Ван Ден Берг (H. Van Den Berghe), 2000; Ф. Дж. Слэк (F. J. Slack), 2006). Авторы стратегически обозначают требующие дальнейшего изучения вопросы: «Какое определение является самым точным (проблема дефиниции)?»; «Какие характеристики (компоненты) будут наиболее системно отражать организационную культуру (проблема состава конструкта)?»; «Какой инструмент оценки приемлем для диагностики (проблема измерения)?» [8; 9].

Концепция организационной культуры, по мнению большинства авторов, сформирована на стыке двух дисциплин: социологии и антропологии. Социологический подход к пониманию организационной культуры сфокусирован на интерпретации ее осмысления индивидуумами и отражается в тезисе: «Каждая организация обладает организационной культурой». Антропологический подход

является функциональным и рассматривает организационную культуру как результат поведения коллектива, т. е. организация – это культура [9].

В 1939 г. немецкий социальный психолог Курт Левин впервые вводит термин «организационный климат» в исследовании «Модели агрессивного поведения в экспериментально созданных социальных климатах», начинается научная эра изучения профессиональной среды, в первую очередь для оценки трудовой социализации и интеграции в коллектив нового сотрудника [9]. При этом в течение трех десятилетий термины «климат» и «культура» часто использовались взаимозаменяемо и не были четко операционализированы. На сегодняшний день существует ряд принципиальных отличительных признаков, позволяющих четко разграничить организационную культуру и климат организации, что отражено в табл. 1.

Таблица 1

Дифференциальные критерии организационной культуры и организационного климата

Table 1

Differential criteria of organizational culture and organizational climate

Критерий	Организационная культура	Организационный климат
Временные рамки социальных отношений	Длительные	Краткосрочные
Возможность и характер изменений	Возможны, медленны	Быстры, кардинальны
Социальная основа	Стержневые ценности и понимание хода вещей в организации	Индивидуальное восприятие конкретных лиц и ситуаций, как индивиды ощущают порядок вещей в организации
Масштаб	Центральная концепция организации	Актуальная ситуация

В научный оборот термин «организационная культура» был введен американским социологом Толкоттом Парсонсом в 1956 г. Он рассматривал организацию как систему, которая представляет собой устойчивый комплекс повторяющихся и взаимосвязанных социальных действий [9; 10]. Позднее было доказано, что организационная культура оказывает мощное влияние на организационную эффективность, в том числе и на долгосрочную, а анализ организационной культуры может инициировать глубокое понимание того, как преобразовать культурную среду в организации и как реализовать новую организационную культуру в изменяющихся социально-экономических условиях [11]. Это способствовало активизации внимания к организационной культуре представителей менеджмента – науки и практики управления.

Культура – вырабатываемые и признаваемые обществом, организацией или группой ценности, социальные нормы и установки, заставляющие человека вести себя именно таким образом, – третий важнейший инструмент управления, созданный человечеством. Исторически первым инструментом управления (т. е. тем механизмом, который вы-

нуждает человека действовать так, а не иначе), актуальным по сей день, являлась иерархия – система отношений по вертикали. На протяжении многих веков этот инструмент был единственным, вплоть до тех пор, пока во времена промышленной революции социум не начал параллельно развиваться еще и по законам рынка. Рынок как совокупность отношений по горизонтали, заключающихся в равноправном обмене товарами и (или) услугами, стал вторым инструментом управления, регулирующим нашу жизнь и в настоящее время [8].

В современной науке и практике менеджмента под организационной культурой понимают один из факторов среды управления. Отличием этого фактора среды управления от других является его двунаправленная ориентированность: с одной стороны, он нацелен на персонал организации как объект управления (что позволяет отнести его к факторам внутренней среды управления), с другой – на потребителей данной организации, т. е. во внешнюю среду [8]. Организационная культура – это важнейший фактор внутренней среды организации, а именно система поведенческих норм, общеорганизационных правил и ценностей, которыми

отличаются работники данной организации и организация в целом. Это определение применимо как к отдельной организации (учреждению) здравоохранения, так и к системе здравоохранения в целом, поскольку она, как мы уже говорили ранее, представляет собой организацию социального института медицины.

Организационная культура является основой имиджа организации – того мысленного комплексного образа, который она создает в глазах работников и потребителей ее услуг. При этом стержнем организационной культуры выступает управленческая культура – тот самый тон, который задает работе организации ее руководитель.

Глубокое осознание организационной культуры как мощного инструмента управления произошло на рубеже 1980–90-х гг. Стало общепризнанным, что устремленность всего персонала к единой цели, мобилизация для этого не только материальных, но и интеллектуальных, духовных ресурсов, практически выраженная в развитии таких нематериальных признаков организации, как имидж и престиж, стиль руководителя и т. п., дает впечатляющие результаты. Вместе с тем было доказано, что пренебрежение культурой организации и неудачное ее изменение являлись наиболее значимой причиной безуспешности усилий, направлявшихся на реинжиниринг, менеджмент всеобщего качества (TQM), стратегическое планирование и сокращение размеров организаций.

Организационная культура – многокомпонентное понятие. Ее элементами выступают мировоззрение (представления об окружающем мире и о данной организации в нем), направляющее поведение персонала; организационные ценности, связывающие организационную культуру и вну-

тренний мир каждого сотрудника; стили поведения, характеризующие персонал организации; внутриорганизационные социальные роли; внутриорганизационные социальные нормы (совокупность официальных и неофициальных требований, предъявляемых организацией к персоналу и усваиваемых при внутриорганизационной социализации каждого нового сотрудника); внутриорганизационный психологический климат. Важно понимать, что не существует правильного или неправильного типа организационной культуры как индикатора более эффективной и успешной или менее эффективной и успешной организации. Организационная культура должна быть оптимальной для коллектива именно в той сфере деятельности, в которой существует этот коллектив.

Социальная ответственность – понятие, тесно связанное с термином «организационная культура», но не являющееся его синонимом. Это ответственность за роль в социуме. Понятие социальной ответственности организаций, подразумевающее, что приносящие прибыль организации обязаны использовать свои ресурсы таким образом, чтобы общество оставалось в выигрыше, было введено в начале XX в. американским предпринимателем и филантропом Эндрю Карнеги в работе «Евангелие благотворительности». С развитием права, социологии и общества в целом возникла необходимость широкого внедрения принципов социальной ответственности, проведения научных и методологических исследований и поиска конкретных форм реализации социально ответственного поведения (для конкретного человека, работника, руководителя) и социально ответственной деятельности (для организации). В табл. 2 приведена современная классификация социальной ответственности [12; 13].

Таблица 2

Виды социальной ответственности

Table 2

Types of social responsibility

Вид социальной ответственности	Краткое описание
Юридическая	Ответственность за нарушение закона
Моральная (этическая)	Ответственность за соблюдение норм морали
Экономическая	Ответственность за соблюдение экономических норм и правил
Профессиональная	Ответственность за вредные последствия в результате выполнения/невыполнения профессиональных обязанностей
Корпоративная	Внутренняя (организационная культура, социальная защищенность сотрудников)
	Внешняя (удовлетворенность потребителя услугами, влияние деятельности на общество)
Специальная	Религиозная, родительская и т. д.

Неоднозначность толкования термина «социальная ответственность» связана с его определением как для организации (корпоративная ответственность), так и для индивидуума (персональная ответственность).

На индивидуальном уровне социальная ответственность граничит с четко определенной в системе санкций юридической и профессиональной ответственностью: например, профессиональная ответственность за сохранение врачебной тайны

(ст. 46 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении»). На индивидуальном уровне наступает и ретроспективная социальная ответственность, которая подразумевает ответственность (наказание) за совершенные действия (например, юридическая ответственность). Перспективная социальная ответственность связана с пониманием человеком сущности его ответственности перед обществом в данный момент времени: это выполнение социальных норм и недопущение противоправных действий. Перспективная социальная ответственность может быть как индивидуальной, так и корпоративной.

Большое значение в системе здравоохранения Республики Беларусь уделяется моральной, или этической, социальной ответственности, которую достаточно сложно отделить от этического поведения. Дж. Фишер в 2004 г. предложила использовать следующие принципы в разграничении понятий «этическая социальная ответственность» и «этичное поведение»: социальная ответственность – это этика в контексте учреждения, в основе этической социальной ответственности лежат исключительно личные интересы отдельного человека, этики у организации быть не может; термин «этика» применим к отдельному работнику организации, а социальная ответственность – к образу организации (учреждения) в целом; этическая социальная ответственность и этическое поведение – это два независимых понятия; социальная ответственность – это широкое понятие, включающее этику [13]. Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 07.08.2018 г. № 64 утверждены Правила медицинской этики и деонтологии. В документе указано, что «...в случаях, когда вопросы медицинской этики и деонтологии не урегулированы законодательством, в том числе

настоящими Правилами, медицинским, фармацевтическим работникам следует руководствоваться общепринятыми нормами этики и морали». Речь идет о персональной социальной ответственности. Вместе с тем этическая социальная ответственность – понятие, используемое и на корпоративном уровне.

Современный подход науки и практики менеджмента рассматривает социальную ответственность организации в трех аспектах:

1) *ответственность за роль в социуме* (будучи частью общества, организация должна удовлетворять его потребности);

2) *ответственность за способности* (т. е. за те общественные проблемы, которые организация в состоянии решить с использованием собственных возможностей);

3) *причинная ответственность* (ответственность за свои действия и за последствия этих действий, т. е. за те факты, причиной происшествия которых данная организация является).

Социальная ответственность организации является коллективной, основанной на персональной. Организации здравоохранения относятся к социальной сфере, и их непосредственная деятельность уже сама по себе социально ответственна. Потому обоснованно можно утверждать, что для организаций здравоохранения социальная ответственность – это следование миссии здравоохранения (сохранять и укреплять здоровье людей), практически выраженное в качественном выполнении работы. Вместе с тем высокое качество деятельности в здравоохранении, так же как и сам социальный институт медицины и система здравоохранения как его формальная организация, – понятие не статичное, поскольку в его основе лежит пациент-центрированность [14].

Способы диагностики и оценки организационной культуры

Одной из важнейших задач настоящего этапа развития менеджмента признаны поиск и уточнение способов диагностики и оценки организационной культуры [15]. При этом можно выделить три группы методов:

1) качественные – включенное (скрытое или явное) систематическое полевое наблюдение и контент-анализ;

2) количественные (социально-психологические и социологические) – тестирование, анкетирование, опрос;

3) смешанные – сочетание наблюдения, интервью, фокус-группы, опроса и (или) психологического тестирования.

Существует мнение, что такой опросный метод, как анкетирование, не может быть применен для научного доказательства структуры организационной культуры, поскольку направлен на оценку организационной культуры в соответствии с опре-

деленной исследователем парадигмой, при этом высок риск искажения фактического состояния организационной культуры, нивелируется ее уникальность в каждом конкретном случае [9]. Причиной такого риска является многокомпонентность организационной культуры, описанная разными авторами (К. С. Камерон, Д. Р. Эттингтон (*D. R. Ettington*), В. Сэйд (*V. Sathe*), Э. Х. Шейн, П. Коттер (*P. Kotter*), Дж. Л. Хескетт (*J. L. Heskett*), Д. А. Уэттен (*D. A. Whetten*)) в рамках отдельных концепций менеджмента. Среди количественных методов, созданных в рамках различных концепций, наибольшее распространение получили следующие: профиль организационной культуры (Ч. А. О'Райли (*C. A. O'Reilly*), Дж. Чэтмен (*J. Chatman*), Д. Ф. Колдуэлл (*D. F. Caldwell*), 1991), индекс организационной культуры (Дж. Х. Литвин (*G. H. Litwin*), Р. А. Стрингер (*R. A. Stringer*), 1968; С. А. Уоллок (*S. A. Wallach*), 1983), инвентаризация организационной культу-

ры, или OCI (Р. А. Кук (*R. A. Cooke*), Дж. К. Лэффerti (*J. C. Lafferty*), 1989), инструмент оценки организационной культуры, или OCAI (К. С. Кэмерон и Р. И. Куинн (*R. E. Quinn*), 1999; Р. И. Куинн и Г. М. Шпрайтцер (*G. M. Spreitzer*), 1991). Ни одна модель изучения организационной культуры не претендует на полноту ее оценки и контроля.

Достаточно известной методикой является опросник «Инвентаризация организационной культуры» (OCI), согласно которому выделяют три типа организационной культуры: конструктивная, пассивная / оборонительная и агрессивная / оборонительная. К недостаткам OCI относятся длительность опроса, необходимость частного анализа, невозможность внутренней организационной оценки.

За последнее десятилетие на первое место по частоте использования выходит такой инструмент оценки организационной культуры, как OCAI. Он основан на концепции конкурирующих ценностей (CVF). CVF состоит из четырех основных культурных типов: клан, адхократия, рынок, иерархия (бюрократия). Клановая культура гибкая, внутренне ориентированная на людей. Культура адхократии также гибка, но ориентирована внешне, на инновации и творчество. Рыночная культура имеет внешнюю направленность, но ценит стабильность и четкие результаты, цели и задачи. Культура иерархии, или бюрократии, высоко ценит стабильность и внутренне ориентирована на эффективность, надежность и четкие процедуры. Структура OCAI включает следующие компоненты: культурный тип, силу, стиль управления и конгруэнтность организационной культуры [9]. Доказано, что три из четырех культурных измерений (культурный тип, конгруэнтность и сила) имеют одинаково важное значение [16]. При оценке организационной культуры посредством OCAI респондент должен распределить 100 баллов между утверждениями, а также оценить шесть ключевых аспектов своей организационной культуры. Полученные данные затем отражаются в графическом профиле.

OCAI был использован для улучшения организационной культуры и планирования решений тысяч организаций, в том числе в таких сферах деятельности, как бизнес, образование и спорт; создан специальный ресурс (<https://www.ocai-online.com>), где широко освещаются результаты исследований с помощью OCAI [17; 18].

Для того чтобы уточнить диагностические границы метода OCAI для оценки организационной культуры в организациях (учреждениях) здравоохранения, нами было выполнено пилотное исследование, включавшее испытание оригинальной версии OCAI (2018 г.) с последующей адаптацией, и дальнейшее исследование посредством адаптированной версии организационной культуры на

примере учреждений здравоохранения Гродненской области (2019 г.). Мы придерживались авторского приема «двойного замера», когда опросник заполнялся дважды каждым респондентом на основе добровольного согласия анкетированных. В задачи пилотного исследования также входило изучение возможных организационно-методических проблем и ограничений при использовании OCAI в учреждениях здравоохранения.

При анализе результатов пилотного исследования нас интересовало: понятны ли медицинским работникам инструкция и текст вопросов, используемых в OCAI; каким образом оценка организационной культуры должна быть модифицирована в связи со спецификой труда в здравоохранении; существуют ли и как проявляются особенности видения организационной культуры различными категориями медицинских работников? Ответные листы заполнялись респондентами исключительно индивидуально и во всех случаях в присутствии исследователя. В испытании оригинальной версии OCAI приняли участие 50 человек, в том числе 20 врачей общей практики, 7 врачей-специалистов и 23 руководителя учреждений здравоохранения.

Как показало наблюдение за ходом сбора данных, при заполнении оригинальной версии затруднения возникали ввиду непонимания терминологии, формулировок, требуемой формы ответов, когда в каждом из шести блоков суждений необходимо было распределить вес в 100 баллов между четырьмя неальтернативными утверждениями, следуя логике. Часть респондентов механически поровну распределяли оценки между всеми суждениями. Это послужило причиной выбраковки 17 анкет, заполненных врачами общей практики, что составило 34 % от выборки пилотного исследования оригинальной версии OCAI (максимальный процент выбраковки первичного материала по всей выборке наблюдался у данной группы респондентов как во время пилотного исследования оригинальной версии OCAI, так и при проведении последующего исследования при помощи модифицированной версии данного опросника). Следует отметить, что руководители учреждений здравоохранения успешно справились с заполнением даже оригинальной версии при незначительной консультативной помощи интервьюера.

Вторая сложность при ответах на вопросы OCAI была связана с необходимостью отстраниться от собственного трудового поведения, деятельности ближайших коллег и сотрудников отделения и сконцентрироваться на суждениях о своем учреждении здравоохранения как бы со стороны. Третья сложность заключалась в том, что врачам – не руководителям было трудно увидеть желаемое будущее учреждения здравоохранения.

Основной вывод испытания оригинальной версии OCAI состоял в том, что эта методика может быть использована для анализа организационной культуры в отдельном учреждении здравоохранения, однако только в присутствии интервьюера и после текстовой адаптации с учетом специфики труда в учреждении здравоохранения.

Нами были выделены утверждения, которые при испытании оригинальной версии вызывали непонимание у респондентов, могли иметь двойное значение и приводили к сложностям в интерпретации смысла задания. Для каждого из них было предложено несколько адаптированных вариантов с учетом специфики терминологии в здравоохранении. Самым дискуссионным и проблемным у респондентов при испытании оригинальной версии опросника OCAI было словосочетание «стремление к победе на рынке» (блок «Стратегические цели»), экспертами предложен другой вариант – «стремление быть лучшими». Той или иной модификации в итоге подверглись утверждения из всех блоков опросника. Наибольшие изменения претерпели компоненты блоков «Стратегические цели» и «Критерии успеха», что обусловлено социальной направленностью деятельности учреждений здравоохранения. Чтобы минимизировать уклон интерпретации определенного слова из исходного термина, была проведена лингвистическая проверка, подтверждающая, что значение оригинального источника правильно передано и интерпретировано в модифицированной анкете. Эквивалентность содержания была установлена путем определения, имеет ли содержание каждого утверждения используемого инструмента одинаковое значение с учетом культуры и медицинской терминологии. Для установления эквивалентности контента были привлечены эксперты, и каждый пункт анкеты был оценен по 3-балльной шкале, где 3 – одно и то же значение в обеих версиях, 2 – почти одинаковое значение и 1 – разное значение в каждой версии. Далее был проведен корреляционный анализ оценок экспертов в целях доказательства неслучайности и согласованности их мнений. Все 24 утверждения оказались в приемлемом диапазоне. Для оценки внутренней согласованности был

применен метод Кронбаха. Коэффициент достоверности α варьировался от 0,79 до 0,92 для оригинальной версии OCAI и от 0,78 до 0,92 для авторской при применении обоих вариантов методики. По результатам корреляционного анализа установлена тесная связь ($r = 0,82$ – оригинальный вариант и $r = 0,84$ – авторский) между рыночной и иерархической культурой в обеих версиях, что показывает внутреннюю согласованность инструментария.

Адаптированная версия опросника OCAI представлена на рисунке. Ее применение у 80 респондентов позволило определить, что процент выбраковки бланков ответов резко снизился, составив 8,75 %. В дальнейший анализ включено 73 анкеты, что дало возможность выявить такие достоинства методики OCAI, как отсутствие привыкания к опросу при повторном предъявлении (из-за соотношения «весов»), возможность последующего обсуждения результатов опроса, непродолжительное время, затрачиваемое на анкетирование, быстрота и простота обработки результатов, наглядность представления результатов в виде профиля. Методика обеспечивает возможность идентификации организационной культуры в учреждении здравоохранения как в части выявления доминирующих ценностей сотрудников, так и в отношении оценки силы и внутренней согласованности организационной культуры.

Применение методики OCAI для исследований организационной культуры системы здравоохранения как сети всех организаций и кадров с последующим анализом усредненных профилей в качестве единственного инструмента изучения организационной культуры не имеет достаточного научного доказательства. Кросс-культурные исследования достоверности OCAI в Беларуси пока отсутствуют. В данном случае необходимы смешанные методы изучения организационной культуры: сочетание наблюдения, интервью, фокус-группы, опроса и (или) психологического тестирования, – которые позволят максимально объяснить дисперсию ошибок, добиться большей глубины в разработке конструкта организационной культуры, предоставят дополнительные возможности для анализа данных.

Заключение

Таким образом, применительно к системе здравоохранения организационную культуру следует рассматривать как совокупность поведенческих норм, общеорганизационных правил и ценностей, которыми отличаются работники данной организации и организация в целом, а социальную ответственность – как ответственность за роль в социуме, ответственность за способности и причинную ответственность. Социальная ответственность существует как

на корпоративном (ответственность организаций), так и на индивидуальном уровне (персональная ответственность). Адаптированная методика OCAI может рассматриваться как рекомендуемый метод для диагностики организационной культуры в отечественных организациях здравоохранения, также она пригодна к использованию в сравнительном анализе с данными, полученными при замерах посредством оригинальной версии OCAI в других странах.

Адаптированный к применению в системе здравоохранения Беларуси
инструмент оценки организационной культуры (OCAI)

Appendix

Adapted for use in the health care system of Belarus tool for assessing organizational culture (OCAI)

Уважаемый коллега! Данная методика предназначена для исследования представлений сотрудников о своем учреждении здравоохранения. Убедительная просьба ответить на все шесть вопросов, ничего не пропуская. Для этого потребуется примерно пять минут. На предложенные вопросы не существует ни правильных, ни неверных ответов.

Инструкция. Дайте, пожалуйста, оценку характера учреждения здравоохранения сегодня. Каждый из шести вопросов предполагает четыре альтернативы ответов. Распределите баллы 100-балльной оценки между этими четырьмя альтернативами в том весовом соотношении, которое в наибольшей степени соответствует Вашему учреждению здравоохранения. Наибольшее количество баллов давайте той альтернативе, которая более других напоминает Вашу организацию. Например, если при ответе на первый вопрос Вы полагаете, что альтернатива А очень напоминает Вашу организацию, альтернативы В и С в чем-то для нее одинаково характерны, тогда как альтернатива D едва ли вообще свойственна Вашей организации, то дайте 55 баллов альтернативе А, по 20 баллов альтернативам В и С и только 5 баллов альтернативе D. Обязательно убедитесь в том, что при ответе на каждый вопрос сумма проставленных Вами баллов равна 100.

Ваша должность, место работы:

1. Важнейшие характеристики		Действительное, на сегодняшний день
A	Учреждение здравоохранения уникально по своим особенностям. Оно подобно большой семье. Персонал выглядит имеющим много общего	
B	Учреждение здравоохранения очень динамично и открыто изменениям. Персонал готов жертвовать собой и идти на риск	
C	Учреждение здравоохранения ориентировано на результат. Главная забота — добиться выполнения задания. Персонал ориентирован на соперничество и достижение поставленной цели	
D	Учреждение здравоохранения жестко структурировано и строго контролируется. Действия персонала, как правило, определяются формальными процедурами	
Всего		100
2. Общий стиль лидерства в организации		
A	Общий стиль лидерства в учреждении здравоохранения представляет собой пример мониторинга, стремления помочь или научить	
B	Общий стиль лидерства в учреждении здравоохранения служит примером новаторства и склонности к риску	
C	Общий стиль лидерства в учреждении здравоохранения служит примером деловитости, агрессивности, ориентации на результаты	
D	Общий стиль лидерства в учреждении здравоохранения являет собой пример координации, четкой организации и планирования	
Всего		100
3. Управление кадрами		
A	Стиль управления в учреждении здравоохранения характеризуется поощрением коллективной, командной работы, единодушия и участия в принятии решений	
B	Стиль управления в учреждении здравоохранения характеризуется поощрением индивидуального риска, новаторства, свободы и самобытности	
C	Стиль управления в учреждении здравоохранения характеризуется высокой требовательностью, жестким стремлением к выполнению высоких плановых (целевых) показателей и конкурентоспособности	
D	Стиль управления в учреждении здравоохранения характеризуется гарантией занятости, требованием подчинения, предсказуемости и стабильности в отношениях	
Всего		100
4. Связующая сущность организации		
A	Учреждение здравоохранения связывают воедино преданность делу и взаимное доверие. Обязательность организации находится на высоком уровне	
B	Учреждение здравоохранения связывают воедино приверженность новаторству и совершенствованию. Акцентируется необходимость быть на передовых рубежах в оказании медицинской помощи	
C	Учреждение здравоохранения связывает воедино акцент на достижении цели и выполнении задачи. Быть первыми, лучшими – главная идея в организации	
D	Учреждение здравоохранения связывают воедино формальные правила и официальная политика. Важно поддержание рутинной деятельности организации	
Всего		100
5. Стратегические цели		
A	Учреждение здравоохранения заостряет внимание на гуманном развитии. Настойчиво поддерживаются высокое доверие, открытость и соучастие	
B	Учреждение здравоохранения акцентирует внимание на обретении новых ресурсов и решении новых проблем. Ценятся апробация нового и изыскание возможностей	
C	Учреждение здравоохранения акцентирует внимание на достижениях. Доминирует целевое напряжение сил и стремление быть лучшими	
D	Учреждение здравоохранения акцентирует внимание на неизменности и стабильности. Важнее всего контроль и стабильность всей деятельности	
Всего		100
6. Критерии успеха		
A	Учреждение здравоохранения определяет успех как развитие человеческих ресурсов, командной работы, увлеченности персонала делом и заботу о персонале	
B	Учреждение здравоохранения определяет успех как обладание уникальными или новейшими технологиями, квалифицированными кадрами, оборудованием, как лидерство и новаторство в здравоохранении	
C	Учреждение здравоохранения определяет успех как лидерство в оказании медицинских услуг	
D	Учреждение здравоохранения определяет успех как стабильность, последовательность выполнения планов, низкостратность	
Всего		100

СПАСИБО!

Уважаемый коллега! Данная методика предназначена для исследования представлений сотрудников о своем учреждении здравоохранения в будущем, о желаемом его виде и описании. Убедительная просьба ответить на все шесть вопросов, ничего не пропуская. Для этого потребуется примерно пять минут. На предложенные вопросы не существует ни правильных, ни неверных ответов.

Инструкция. Дайте, пожалуйста, оценку характера учреждения здравоохранения, желаемого Вами через пять лет. Каждый из шести вопросов предполагает четыре альтернативы ответов. Распределите баллы 100-балльной оценки между этими четырьмя альтернативами в том весовом соотношении, которое в наибольшей степени соответствует Вашему учреждению здравоохранения. Наибольшее количество баллов давайте той альтернативе, которая более других напоминает Вашу организацию. Например, если при ответе на первый вопрос Вы полагаете, что альтернатива А очень напоминает Вашу организацию, альтернативы В и С в чем-то для нее одинаково характерны, тогда как альтернатива D едва ли вообще свойственна Вашей организации, то дайте 55 баллов альтернативе А, по 20 баллов альтернативам В и С и только 5 баллов альтернативе D. Обязательно убедитесь в том, что при ответе на каждый вопрос сумма проставленных Вами баллов равна 100. Итак, попытайтесь представить себе, как должно выглядеть Ваше учреждение здравоохранения через пять лет.

Ваша должность, место работы: _____

1. Важнейшие характеристики		Желаемое, через 5 лет
A	Учреждение здравоохранения уникально по своим особенностям. Оно подобно большой семье. Персонал выглядит имеющим много общего	
B	Учреждение здравоохранения очень динамично и открыто изменениям. Персонал готов жертвовать собой и идти на риск	
C	Учреждение здравоохранения ориентировано на результат. Главная забота — добиться выполнения задания. Персонал ориентирован на соперничество и достижение поставленной цели	
D	Учреждение здравоохранения жестко структурировано и строго контролируется. Действия персонала, как правило, определяются формальными процедурами	
<i>Всего</i>		<i>100</i>
2. Общий стиль лидерства в организации		
A	Общий стиль лидерства в учреждении здравоохранения представляет собой пример мониторинга, стремления помочь или научить	
B	Общий стиль лидерства в учреждении здравоохранения служит примером новаторства и склонности к риску	
C	Общий стиль лидерства в учреждении здравоохранения служит примером деловитости, агрессивности, ориентации на результаты	
D	Общий стиль лидерства в учреждении здравоохранения являет собой пример координации, четкой организации и планирования	
<i>Всего</i>		<i>100</i>
3. Управление кадрами		
A	Стиль управления в учреждении здравоохранения характеризуется поощрением коллективной, командной работы, единодушия и участия в принятии решений	
B	Стиль управления в учреждении здравоохранения характеризуется поощрением индивидуального риска, новаторства, свободы и самобытности	
C	Стиль управления в учреждении здравоохранения характеризуется высокой требовательностью, жестким стремлением к выполнению высоких плановых (целевых) показателей и конкурентоспособности	
D	Стиль управления в учреждении здравоохранения характеризуется гарантией занятости, требованием подчинения, предсказуемости и стабильности в отношениях	
<i>Всего</i>		<i>100</i>
4. Связующая сущность организации		
A	Учреждение здравоохранения связывают воедино преданность делу и взаимное доверие. Обязательность организации находится на высоком уровне	
B	Учреждение здравоохранения связывают воедино приверженность новаторству и совершенствованию. Акцентируется необходимость быть на передовых рубежах в оказании медицинской помощи	
C	Учреждение здравоохранения связывает воедино акцент на достижении цели и выполнении задачи. Быть первыми, лучшими – главная идея в организации	
D	Учреждение здравоохранения связывают воедино формальные правила и официальная политика. Важно поддержание рутинной деятельности организации	
<i>Всего</i>		<i>100</i>
5. Стратегические цели		
A	Учреждение здравоохранения заостряет внимание на гуманном развитии. Настойчиво поддерживаются высокое доверие, открытость и соучастие	
B	Учреждение здравоохранения акцентирует внимание на обретении новых ресурсов и решении новых проблем. Ценятся апробация нового и изыскание возможностей	
C	Учреждение здравоохранения акцентирует внимание на достижениях. Доминирует целевое напряжение сил и стремление быть лучшими	
D	Учреждение здравоохранения акцентирует внимание на неизменности и стабильности. Важнее всего контроль и стабильность всей деятельности	
<i>Всего</i>		<i>100</i>
6. Критерии успеха		
A	Учреждение здравоохранения определяет успех как развитие человеческих ресурсов, командной работы, увлеченности персонала делом и заботу о персонале	
B	Учреждение здравоохранения определяет успех как обладание уникальными или новейшими технологиями, квалифицированными кадрами, оборудованием, как лидерство и новаторство в здравоохранении	
C	Учреждение здравоохранения определяет успех как лидерство в оказании медицинских услуг	
D	Учреждение здравоохранения определяет успех как стабильность, последовательность выполнения планов, низкокзатратность	
<i>Всего</i>		<i>100</i>

СПАСИБО!

Библиографические ссылки

1. Тищенко ЕМ, Гриб СН. Страховая медицина в Беларуси в 1920-е годы. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2006;2:93–94.
2. Тищенко ЕМ. Здравоохранение Западной Белоруссии в первые годы вхождения в состав БССР. *Журнал Гродненского государственного медицинского университета*. 2004;2:108–109.
3. Тищенко ЕМ, Стасюкевич ГД, Ерчик ВВ. Из истории страховой медицины в Западных областях Беларуси. *Бюллетень научно-исследовательского института социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением имени Н. А. Семашко*. 1994;1:63–64.
4. Ермак СН, Тищенко ЕМ. Попытка введения медицинского страхования в Беларуси в 1943 г. В: Светлович ТГ, редактор. *Материалы 10-й Республиканской конференции по истории медицины и здравоохранения; 23 сентября 2004 г.; Минск, Беларусь*. Минск: РНМБ; 2004. с. 13–14.
5. Бергер П, Лукман Т. *Социальное конструирование реальности. Трактат по социологии знания*. Руткевич Е, переводчик. Москва: Медимум; 1995. 323 с.
6. Бурдье П. *Практический смысл*. Бикбов АТ, Вознесенская КД, Зенкин СН, Шматко НА, переводчики. Санкт-Петербург: Алетейя; 2001. 562 с. Совместное издание с «Институт экспериментальной социологии».
7. Смирнов ВЭ. Диалектика социального института. *Журнал Белорусского государственного университета. Социология*. 2019;1:23–33.
8. Сурмач МЮ, Тищенко ЕМ. *Менеджмент в здравоохранении*. Гродно: ГрГМУ; 2007. 283 с.
9. Камерон К, Куинн Р. *Диагностика и изменение организационной культуры*. Токарев А, переводчик. Санкт-Петербург: Питер; 2001. 310 с.
10. Сурмач МЮ. *Социология медицины: предмет, методология и сферы применения в Республике Беларусь*. Гродно: ГрГМУ; 2016. 316 с.
11. Берун ТВ, Берун ДН. Современные проблемы менеджмента в здравоохранении. В: *Молодой ученый* [Интернет]. 2017 [процитировано 4 июня 2019 г.];22:416–418. Доступно по: <https://moluch.ru/archive/156/44144>.
12. Куринько РН. *Осваиваем КСО: просто о сложном*. Киев: Журнал «Радуга»; 2011. 204 с.
13. Белоусов КЮ. Современный этап эволюции концепции социальной ответственности. *Теория и практика общественного развития*. 2016;3:32–34.
14. Сурмач МЮ. Качество медицинской помощи как предмет медико-социологического изучения. *Журнал Белорусского государственного университета. Социология*. 2018;4:109–116.
15. Наумцева ЕА. Самообучающиеся организации и организационное научение: ключевые понятия, модели, инструменты оценки. В: *Современные научные исследования и инновации* [Интернет]. 2016 [процитировано 25 марта 2019 г.];2. Доступно по: <http://web.snauka.ru/issues/2016/02/62862>.
16. Kim J, Egan T, Tolson H. Examining the dimensions of the learning organization questionnaire: a review and critique of research utilizing the DLOQ. *Human resource development review*. 2015;14(1):91–112. DOI: 10.1177/1534484314555402.
17. Suderman J. Using the organizational cultural assessment (OCAI) as a tool for new team development. *Journal of practical consulting*. 2012;4:52–58.
18. Rajasekar N, Padma RN. Organizational culture and its impact on organizational learning – a study on insurance companies. *International journal of research in commerce and management*. 2011;2(8):42–48.

References

1. Tishchenko EM, Grib SN. [Insurance medicine in Belarus in the 1920s]. *Problemy sotsial'noi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2006;2:93–94. Russian.
2. Tishchenko EM. [Health care of Western Belarus in the first years of joining the BSSR]. *Journal of the Grodno State Medical University*. 2004;2:108–109. Russian.
3. Tishchenko EM, Stasukevich GD, Erchik VV. [From the history of insurance medicine in the Western regions of Belarus]. *Byulleten' nauchno-issledovatel'skogo instituta sotsial'noi gigieny, ekonomiki i upravleniya zdravookhraneniem imeni N. A. Semashko*. 1994;1:63–64. Russian.
4. Ermak SN, Tishchenko EM. [An attempt to introduce health insurance in Belarus in 1943]. In: Svetlovich TG, editor. *Materialy 10-i Respublikanskoi konferentsii po istorii meditsiny i zdravookhraneniya; 23 sentyabrya 2004 g.; Minsk, Belarus'* [Proceedings of the 10th Republican conference on the history of medicine and health; 2004 September 23; Minsk, Belarus]. Minsk: Respublikanskaya nauchnaya meditsinskaya biblioteka; 2004. p. 13–14. Russian.
5. Berger P, Lukman T. *Sotsial'noe konstruirovaniye real'nosti. Traktat po sotsiologii znaniya* [Social construction of reality. Treatise on the sociology of knowledge]. Rutkevich E, translator. Moscow: Medium; 1995. 323 p. Russian.
6. Bourdieu P. *Prakticheskiy smysl* [Practical sense]. Bikbov AT, Voznesenskaya KD, Zenkin SN, Shmatko NA, translators. Saint Petersburg: Aleteiya; 2001. 562 p. Co-published by the Institut eksperimental'noi sotsiologii. Russian.
7. Smirnov VE. Dialectics of social institute. *Journal of the Belarusian State University. Sociology*. 2019;1:23–33. Russian.
8. Surmach MY, Tishchenko EM. *Menedzhment v zdravookhraneni* [Management in health care]. Grodno: Grodno State Medical University; 2007. 283 p. Russian.
9. Cameron K, Quinn R. *Diagnostika i izmeneniye organizatsionnoi kul'tury* [Diagnosing and changing organizational culture]. Tokarev A, translator. Saint Petersburg: Piter; 2001. 310 p. Russian.
10. Surmach MY. *Sotsiologiya meditsiny: predmet, metodologiya i sfery primeneniya v Respublike Belarus'* [Sociology of medicine: subject, methodology and fields of application in the Republic of Belarus]. Grodno: Grodno State Medical University; 2016. 316 p. Russian.
11. Begun TV, Begun DN. [Modern problems of management in health care]. In: *Young scientist* [Internet]. 2017 [cited 2019 June 4];22:416–418. Available from: <https://moluch.ru/archive/156/44144>. Russian.

12. Kurin'ko RN. *Osvaivaem KSO: prosto o slozhnom* [Master the CSR: simply about the complex]. Kiev: Zhurnal «Raduga»; 2011. 204 p. Russian.
13. Belousov KYu. The current stage of the social responsibility concept evolution. *Theory and practice of social development*. 2016;3:32–34. Russian.
14. Surmach MY. Quality of medical services as a subject of medical-sociological study. *Journal of the Belarusian State University. Sociology*. 2018;4:109–116. Russian.
15. Naumtseva EA. Learning organization and organizational learning: key concepts, models, assessment tools. In: *Modern research and innovation* [Internet]. 2016 [cited 2019 March 25];2. Available from: <https://web.snauka.ru/issues/2016/02/62862>.
16. Kim J, Egan T, Tolson H. Examining the dimensions of the learning organization questionnaire: a review and critique of research utilizing the DLOQ. *Human resource development review*. 2015;14(1):91–112. DOI: 10.1177/1534484314555402.
17. Suderman J. Using the organizational cultural assessment (OCAI) as a tool for new team development. *Journal of practical consulting*. 2012;4:52–58.
18. Rajasekar N, Padma RN. Organizational culture and its impact on organizational learning – a study on insurance companies. *International journal of research in commerce and management*. 2011;2(8):42–48.

Статья поступила в редколлегию 17.07.2019.
Received by editorial board 17.07.2019.