

М.Ю. Шерешева, А.А. Костанян

КЛИЕНТООРИЕНТИРОВАННОСТЬ ПЕРСОНАЛА В ГОСУДАРСТВЕННЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИИ

Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова, Российская Федерация,
119991, Москва, ГСП-1, Ленинские горы

В статье представлен подход к оценке клиентоориентированности персонала организаций здравоохранения на основе синтеза концепций воспринимаемой ценности и экономики впечатлений. По результатам анализа научных публикаций выделены этапы становления маркетинга в здравоохранении и представлен анализ этапов развития указанных концепций, подтверждающий их историческую взаимосвязь. Дана характеристика кадрового потенциала российского здравоохранения как одного из главных конкурентных преимуществ медицинской организации в борьбе за лояльность пациента, проанализированы существующие показатели клиентоориентированности и оценки качества работы медицинской организации, предложенные Министерством здравоохранения РФ. Внесены предложения по включению показателей оценки клиентоориентированности медицинского персонала в агрегированную систему контроля качества медицинской помощи, а также кратко охарактеризованы результаты апробации разработанных предложений на примере оценки клиентоориентированности медицинского персонала в организациях здравоохранения Московской области.

Ключевые слова: клиентоориентированность персонала, здравоохранение, маркетинг услуг, качество медицинских услуг, воспринимаемая ценность.

CLIENT ORIENTATION OF EMPLOYEES IN RUSSIAN PUBLIC HEALTH CARE ORGANIZATIONS

M. Yu. Sheresheva, A. A. Kostanyan

Lomonosov Moscow State University, Leninskie Gory, GSP-1, Moscow,
119991, Russian Federation

The purpose of this paper is to provide insight of the current state of customer orientation in Russian public healthcare organizations, and to present an approach to the development of medical staff skills providing customer satisfaction, based on the synthesis of the concepts of perceived value and the experience economy.

The paper examines the priorities and goals for improving customer orientation of medical staff that are implied both by patient and organizational perspectives in Russian healthcare, focusing primarily on the measures introduced by Russian government with the aim to develop more "market-based" healthcare system. Statistical analysis of primary data in conjunction with secondary sources available was used to describe the amount and quality of trained staff in Moscow region. A pilot survey was conducted in Moscow region public healthcare organizations to test the applicability of the proposed indicators of customer focus in the overall system of the healthcare quality assessment.

The analysis shows that human resource capacity is one of the main competitive advantages of the Russian public healthcare organizations. At the same time, they need to better utilize marketing tools to inform consumers and assist their healthcare decisions. This effort needs to be supported by assessment of staff skills and achievements, with the aim to improve quality and increase accessibility of care. Existing indicators of customer focus and quality assessment of medical organizations, proposed by the Russian Ministry of Health, need to be partly corrected.

This paper provides support for healthcare managers in Russia. It illustrates that focusing on consumer perceptions is crucial for local healthcare organizations. Still, the exploratory research should be regarded as the first step. Further research is needed to test the proposed system of indicators in quantitative studies or case studies in other regions of Russia.

There has been little research on marketing and customer orientation in Russian healthcare. The paper provides evidence of the current state of customer orientation in Russian public healthcare organizations. The existing aggregated monitoring system of healthcare quality is complemented by indicators to measure customer orientation of medical staff.

Keywords: client orientation of employees, healthcare, services marketing, healthcare quality, perceived value.

ВВЕДЕНИЕ

Понятие клиентоориентированности является одним из ключевых в современной теории маркетинга. Фокусирование на потребностях клиентов оказывает прямое воздействие на результаты деятельности компании, выступает залогом финансовой стабильности и роста компании [Конев, 2012; Созонов, 2014].

Вследствие особенностей природы услуг в целом и медицинских услуг в частности сфера здравоохранения отличается высокой степенью взаимодействия с пациентом. Поэтому проблема клиентоориентированности играет важную роль в вопросах успеха организации, оказывающей медицинские услуги. Соответственно, медицинский персонал является основным фактором, позволяющим с помощью своих знаний, умений, квалификации и профессионализма обеспечивать высокое качество медицинской услуги, и может рассматриваться как одно из главных конкурентных преимуществ медицинской организации.

Интерес к проблематике клиентоориентированности персонала устойчиво сохраняется на протяжении ряда лет. К настоящему времени за рубежом накопился большой объем теоретических и прикладных знаний в этой сфере (см., напр.: [Kelley, 1992; Berkowitz, 1996; Braunsberger, Gates, 2002; Brown et al., 2002; Donavan, Brown, Mowen, 2004; Hennig-Thurau, 2004; Herzlinger, Parsa-Parsi, 2004; Webster, 2005; Folland, Goodman, Stano, 2007; Baalbaki et al., 2008; Kotler, Shalowitz, Stevens, 2008; Naidu, 2009; Okma, Crivelli, 2013; Korschun, Bhattacharya, Swain, 2014]).

В последние годы маркетинговый подход начал постепенно внедряться и в практику российских организаций здравоохранения [Колосницyna, Шейман, Шишкин, 2009; Клочков, 2010]. Это обусловлено тем, что в данной отрасли происходят существенные преобразования, ведущие к формированию рынка медицинских услуг. В свете изменений в функционировании государственного здравоохранения РФ, связанных с системой обязательного медицинского страхования, происходит движение в направлении рыночного взаимодействия экономических агентов. Растет число коммерческих организаций, предоставляющих значительный спектр медицинских услуг и использующих в своей деятельности маркетинговые инструменты.

Однако существует заметный разрыв между теорией и практикой маркетинга, как и в целом на российском рынке [Ребязина, Давий, 2014; Russo, 2012]. Кроме того, применение инструментария маркетинга в практике российских организаций здравоохранения развито лишь в узком смысле этого слова и подразумевает под собой в первую очередь рекламу лекарственных средств и некоторых наиболее «коммерциализированных» услуг (например, стоматологических, косметологических и т. п.). При этом вопросы клиентоориентированности медицинского персонала и восприятия потребителем качества медицинских услуг пока не получили достаточного освещения в российской научной литературе. Публикации в отечественных научных и отраслевых изданиях, касающиеся клиентоориентированности персонала в сфере медицинских услуг, остаются весьма немногочисленными (см., напр.: [Сырцова, 2003; Новицкая, Соляник, 2013; Шуматов и др., 2015]).

Безусловно, наличие достаточно обширной литературы, обобщающей зарубежный опыт внедрения и развития маркетинга в индустрии здоровья, может быть весьма полезен для России. В то же время в нашей стране невозможно напрямую применить подходы в этой области, предложенные в зарубежных научных публикациях. Как справедливо отмечено в целом ряде современных работ, маркетинг на развивающихся рынках имеет свою специфику (см., напр.: [Dawar, Chattopadhyay, 2002; Burgess, Steenkamp, 2006; Sheth, 2011; Russo, 2012; Khanna, Palepu, 2013]). Поэтому необходима адап-

тация опыта развитых стран с использованием результатов эмпирических исследований на основе российских данных.

Цель данной статьи — показать роль клиентоориентированности персонала в формировании воспринимаемой ценности медицинских услуг и предложить подход к ее оценке в российском здравоохранении.

В настоящем исследовании авторы ставили перед собой следующие задачи: познакомить читателя со спецификой маркетинга в здравоохранении; проследить основные этапы развития и становления теоретических взглядов, имеющих высокую значимость в данной области исследований; предложить подход к оценке клиентоориентированности персонала на основе синтеза концепций воспринимаемой ценности и экономики впечатлений; оценить предлагаемые меры по совершенствованию системы показателей оценки качества работы российских государственных (муниципальных) организаций¹ здравоохранения; сформулировать предложения по внедрению показателей оценки клиентоориентированности медицинского персонала в агрегированную систему контроля качества медицинской помощи².

МАРКЕТИНГ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ: ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ И ОСНОВНЫЕ ОСОБЕННОСТИ

Развитие маркетинга в здравоохранении имеет более чем полувековую историю, которую можно условно разделить на несколько этапов: зарождение маркетинга; активное использование инструментов PR; первые

¹ Авторы придерживаются подхода, принятого в документах законодательных и исполнительных органов Российской Федерации, где по умолчанию государственные и муниципальные услуги рассматриваются как единый блок услуг органов публичной власти всех уровней, к которым применяются одни и те же нормы и правила. Соответственно, проведенный анализ и его результаты, касающиеся клиентоориентированности персонала, авторы считают равным образом применимыми как к государственным, так и к муниципальным организациям российского здравоохранения. Это согласуется с мнением специалистов в области права, утверждающих, что нет необходимости отделять государственную услугу от муниципальной, так как они отличаются лишь субъектами, их оказывающими [Жигалов, 2011; Полотовская, 2012].

² В статье понятия «качество медицинских услуг» и «качество медицинской помощи» разделяются. Под качеством медицинской помощи понимается эффективность комплекса мероприятий, направленных на поддержание и восстановление здоровья населения, в котором принимает участие медицинский персонал. Качество медицинской помощи не поддается (в прямом виде) стоимостной оценке. Медицинская услуга — это экономическая категория, результат деятельности всей медицинской организации, востребованный пациентом. Таким образом, во главу угла при оценке медицинской услуги ставится не сам процесс создания услуги, а удовлетворение потребностей пациента.

маркетинговые инструменты и появление программ лояльности для медицинского персонала; усиление роли пациента и его потребностей в процессе предоставления медицинской услуги, появление новой маркетинговой парадигмы и привлечение работодателей, выбирающих медицинские программы для сотрудников; развитие медицинского страхового рынка. Официальное признание существования маркетинга в здравоохранении принято относительно к 1977 г., когда в Бостоне состоялась первая конференция, посвященная маркетингу в медицине, спонсируемая American Hospital Association [Herzlinger, 1997; Siegal, Doner, 1998].

К концу XX в. сформировалась *новая маркетинговая парадигма*, которая была направлена на привлечение новых групп покупателей (purchasing groups), таких как работодатели, выбирающие медицинские программы для своих сотрудников. В этот период происходят активное слияние и поглощение медицинских организаций, усложняется менеджмент. В отрасли начинают появляться квалифицированные управленцы и организаторы здравоохранения. Растущий объем медиа и интерактивных рекламных технологий превращают пациента в информированного пациента (informed consumer), поэтому *маркетинг становится составной, интегральной частью* деятельности медицинской организации.

В настоящее время активно развиваются принципы страховой медицины. Маркетинг становится необходимым во взаимоотношениях «пациент — медицинская организация» и «медицинская организация — страховая медицинская организация», так как между медицинскими организациями идет конкурентная борьба за привлечение страховых медицинских организаций, которые будут оплачивать оказанные услуги. При этом проявляются специфические особенности, обусловленные рядом уникальных характеристик здравоохранения по сравнению с другими секторами экономики (см., напр.: [Kay, 2007; Kotler, Shalowitz, Stevens, 2008]).

Во-первых, существование рынка (в экономическом смысле) в здравоохранении весьма относительно. Медицинские организации, в отличие от организаций в других сферах, должны предоставлять полный спектр медицинских услуг, в том числе и тех, которые не являются прибыльными с точки зрения финансирования.³ Кроме того, потребитель медицинских услуг зачастую оплачивает их не напрямую, а косвенно, осуществляя налоговые выплаты в фонд обязательного медицинского страхования. Предложение

³ Если говорить о здравоохранении в России, то надо отметить, что оно существует в квазирыночных условиях, которые создает страховой медицинский рынок. Цена той или иной услуги определяется тарифом, который установлен Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и определяется исходя из демографической структуры населения, структуры заболеваемости, имеющейся материально-технической базы и т. д.

медицинских услуг зависит в большей степени от таких факторов, как государственный план оказания бесплатной медицинской помощи, резервы страховой медицинской организации, доступность и квалификация трудовых ресурсов и т. д., а не от показателей заболеваемости населения [Folland, Goodman, Stano, 2004].

Во-вторых, если говорить о трудовых ресурсах, то в здравоохранении ключевую роль играют не управленцы, а специалисты. Именно они влияют на величину спроса на медицинские услуги и прямо или косвенно ответственны за издержки медицинской организации. Между врачами и управленцами может возникнуть конфликт интересов, так как поведение врачей определяется в первую очередь не намерением максимизации прибыли, а этическими нормами, вне зависимости от того, эффективно ли прописанное лечение с точки зрения финансовой эффективности и минимизации затрат. Таким образом, решения о предоставлении медицинских услуг, принятые в интересах пациента, нередко могут вступать в конфликт с коммерческими интересами медицинской организации. Эта особенность в ряде зарубежных работ описывается термином «противостояние бизнесу» (anti-business orientation) [Westin, 2005].

В-третьих, потребителем медицинских услуг выступает все население. Каждый когда-либо получал медицинскую помощь, а значит, потреблял медицинскую услугу. Особенность заключается в том, что ни один человек не становится потребителем медицинских услуг до тех пор, пока он не заболевает. Соответственно, провайдеры медицинских услуг не формируют взаимоотношения с непациентами (nonpatients), так как они не рассматриваются как платежеспособные потребители услуг. Кроме того, привлечение здоровых потребителей признается растратой ресурсов.

В-четвертых, результатом хозяйственной деятельности отрасли здравоохранения являются лечебно-диагностические и реабилитационные услуги, фармацевтические средства, медицинская техника, услуги медицинских страховых организаций и т. д. Специфика экономики здравоохранения состоит в том, что в основном блага (медицинские услуги), создаваемые в этой отрасли, являются с экономической точки зрения доверительными благами, оценить которые можно, лишь понеся большие издержки. Это объясняется информационной асимметрией между производителями и потребителями медицинских услуг, а также свойствами самих услуг [Колосницyna, Шейман, Шишкин, 2009, с. 137–146]:

- ♦ *неосвязаемость услуг здравоохранения* проявляется в невозможности продемонстрировать эти услуги пациенту (для пациента — увидеть их) до предоставления услуги в виде совокупности профилактических, лечебно-диагностических, реабилитационных и других мероприятий и процедур. Иными словами, она связана с немате-

риальным характером их проявления. Это означает, что оценка полезности этих услуг проводится, как правило, по аналогии — на уровне субъективного восприятия их результативности, ощущений и эмоциональных переживаний;

- ♦ *неразрывность процессов предоставления и потребления услуг*: эти два процесса не делимы друг от друга ни в пространстве, ни во времени; услуги не подлежат хранению и накоплению с целью их дальнейшей реализации. Для государственных (муниципальных) организаций это означает, что они должны всегда обладать резервными мощностями для оказания ряда жизненно важных и социально значимых медицинских услуг на случай непредвиденных обстоятельств (например, службы скорой помощи находятся в полной готовности к работе в экстремальных условиях);
- ♦ *неоднородность (изменчивость) качества услуг*: качество медицинской услуги во многом зависит от того, кто и в каких условиях их оказывает. Кроме того, несмотря на строгую регламентацию медицинской деятельности, в здравоохранении нет (и не может быть) единого обезличенного подхода к лечению всех пациентов даже при наличии одних и тех же видов заболеваний;
- ♦ *недостаточная объективность оценки медицинских услуг*: данные об оказываемой медицинской помощи очень сложны и являются специализированными, поэтому у пациента нет достаточных знаний для рационального выбора требуемых медицинских услуг. Уровень доверия пациентов к обслуживающей их медицинской организации во многом зависит от степени ее информационной открытости, полноты и достоверности сведений о деловых качествах сотрудников (врачей и среднего медицинского персонала) и т.д.;
- ♦ *«условная отрицательность» услуг здравоохранения*: медицинская помощь является чаще всего «отрицательной» услугой, которую человек вынужден получать в связи с болезнью, в то время как большинство других товаров или услуг являются «положительными», т.е. их приобретение и потребление связано с удовольствием для человека.

В-пятых, продвижение услуг в здравоохранении, в отличие от других отраслей, обусловлено тем, что существуют значительные законодательные ограничения. Так, в Российской Федерации Федеральным законом от 25 ноября 2013 г. № 317-ФЗ [О внесении изменений..., 2013] внесены изменения в Федеральный закон от 13 марта 2006 г. № 38-ФЗ «О рекламе» (изменения вступили в силу 1 января 2014 г.). Закон № 317-ФЗ ограничивает рекламу лекарственных средств, отпускаемых по рецептам, а также медицинских услуг, в том числе методов профилактики, диагностики, лечения и медицин-

ской реабилитации. Реклама таких лекарственных средств и медицинских услуг допускается только в местах проведения медицинских или фармацевтических выставок, семинаров, конференций и в специализированных печатных изданиях для медицинских и фармацевтических работников. Таким образом, в соответствии с нововведениями теперь можно рекламировать только сами клиники, указывая на профиль их деятельности и имеющих-ся специалистов (фамилии специалистов с указанием профиля), при этом нельзя приводить перечень конкретных медицинских услуг. Вследствие этого продвижение в здравоохранении может осуществляться посредством личных продаж на специализированных выставках, конференциях и т.д., а также за счет информирования целевых аудиторий о высокой квалификации специалистов.

Охарактеризовав отличия медицинской услуги от других видов услуг и проследив связанные с ними этапы развития маркетинга в здравоохранении, перейдем к анализу роли клиентоориентированности персонала в процессе предоставления медицинской услуги.

КЛИЕНТООРИЕНТИРОВАННОСТЬ ПЕРСОНАЛА И ВОСПРИНИМАЕМАЯ ЦЕННОСТЬ УСЛУГИ В СОВРЕМЕННОЙ ТЕОРИИ МАРКЕТИНГА

Исследования проблемы клиентоориентированности персонала в современной теории маркетинга услуг можно разделить на две основные группы:

- 1) анализирующие важность клиентоориентированности персонала для качества оказываемой услуги (см., напр.: [Parasuraman, Zeithaml, Berry, 1988; Dabholkar, Sheperd, Thorpe, 2000]);
- 2) направленные на изучение клиентоориентированности персонала как стратегического фактора успеха организации (см., напр.: [Kelley, 1992; Brown et al., 2002; Hennig-Thurau, Thurau, 2003; Donovan, Brown, Mowen, 2004]).

В первой группе исследований видное место занимает классическая работа А.Парасурамана, В.Цайтамль и Л.Берри [Parasuraman, Zeithaml, Berry, 1998]. В разработанную ими модель SERVQUAL, оценивающую качество услуги, включены следующие факторы: осязаемые факторы (tangibles); надежность (reliability); отзывчивость (responsiveness); гарантия (assurance); эмпатия (empathy). Три из пяти указанных факторов (отзывчивость, гарантия и эмпатия) прямо или косвенно относятся к характеристикам поведения персонала, что свидетельствует о значимости клиентоориентированности персонала как ключевого компонента качества услуги.

Что касается второй группы исследований, то они направлены на изучение клиентоориентированности как основы для удовлетворения потребностей, повышения лояльности, привлечения и удержания клиентов

и, как следствие, улучшения результатов деятельности и общего успеха организации. Основная модель, предложенная исследователями второй группы, — это модель COSE (Customer Orientation of Service Employees) (рис. 1).

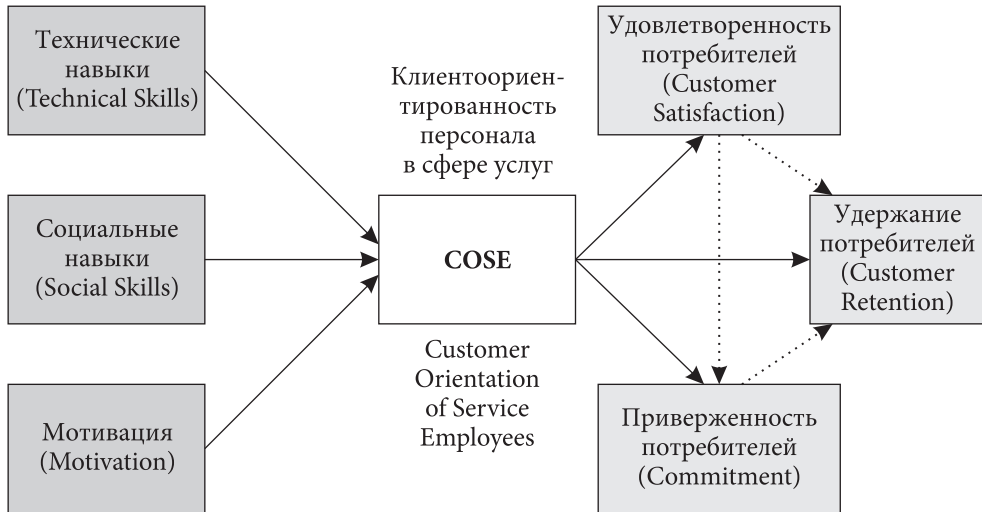


Рис. 1. Модель COSE: факторы, формирующие клиентоориентированность персонала в сфере услуг

С о с т а в л е н о п о: [Hennig-Thurau, Thurau, 2003].

Модель описывает факторы, формирующие клиентоориентированность персонала (технические навыки, социальные навыки и мотивация), и анализирует воздействие клиентоориентированности персонала на удовлетворенность потребителей, их впечатление от услуги и, как следствие, приверженность, удержание потребителей и т.д.

- ♦ *Технические навыки.* К ним относятся знания, умения и опыт персонала, которые делают возможным предоставление услуги. Применительно к сфере медицинских услуг технические навыки играют определяющую роль, так как медицинский персонал проходит особую подготовку, а система его обучения является непрерывной. Кроме того, в сфере здравоохранения существует жесткая система показателей квалификации персонала.
- ♦ *Социальные навыки.* Концепция социальных навыков относится к тем показателям в процессе оказания услуги, которые не связаны с квалификацией персонала: отзывчивость персонала, внимание, манера общения, готовность помочь, индивидуальный подход и т.д. Все эти факторы воздействуют на общую удовлетворенность

клиента от оказанной услуги. В современных реалиях на рынке бесплатных медицинских услуг, предоставляемых государственными (муниципальными) организациями, именно социальные навыки персонала, эмоциональный фактор общения с пациентом, формирование воспринимаемой пациентом ценности медицинской услуги определяют выбор пациентом той или иной медицинской организации и, как следствие, получение этой организацией финансирования от страховой медицинской компании.

- ♦ *Мотивация персонала.* Модель COSE предполагает различные варианты изучения мотивации персонала. В нашем исследовании при изучении мотивации персонала мы исходили из фактических условий функционирования отрасли здравоохранения в России, выбрав в качестве основы изучения мотивации персонала материальное стимулирование. Это объясняется тем, что новейшей тенденцией оплаты труда на отечественном рынке здравоохранения стало внедрение эффективного контракта с введением в действие поощрительной системы за выполнение определенных нормативных показателей.

Основной тенденцией в маркетинге здравоохранения является переход от простого предоставления медицинской услуги к представлению медицинской услуги наивысшего качества с максимальным учетом потребностей пациента. Медицинские организации в современных конкурентных условиях рынка должны работать над *созданием ценности услуги для пациента*. Соответственно, приобретает значимость ответ на вопрос о том, в чем заключается ценность услуги для пациента, какие ее составляющие являются критичными для потребителя в здравоохранении и каким образом можно обеспечить достижение целей медицинской организации за счет создания по-настоящему ценной услуги. Следовательно, важно, что понимается под качеством лечения и его профилактикой, а также каковы те составляющие оказываемой услуги, которые влияют на ее воспринимаемую ценность.

Концепция воспринимаемой ценности появилась в 1990-х гг. и с тех пор интенсивно развивается, причем понятию воспринимаемой ценности уделяют большое внимание как теоретики, так и практики маркетинга. Все они признают воспринимаемую ценность ключевым фактором, обязательным элементом для создания устойчивого конкурентного преимущества. Кроме того, исследователи сходятся во мнении, что лояльность потребителей и, как следствие, прибыль тесно связаны с воспринимаемой ценностью [Sánchez-Fernández, Iñiesta-Bonillo, 2007; Boksberger, Melsen, 2011].

Вместе с тем анализ литературы показывает, что авторы по-разному определяют понятие воспринимаемой ценности и факторы, которые на

нее влияют. Так, одни исследователи считают, что это *одномерная* (uni-dimensional), а другие — *многомерная величина* (multi-dimensional). Как следствие, значительно отличаются и выводы относительно ее воздействия на воспринимаемую потребителем ценность (рис. 2).

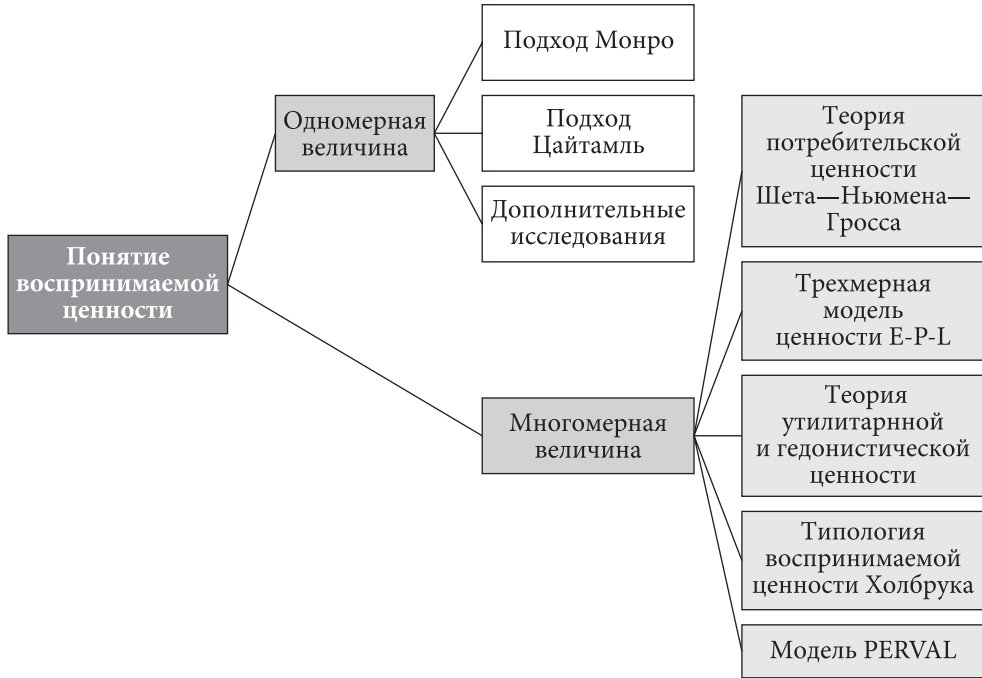


Рис. 2. Формирование подходов к изучению понятия «воспринимаемая ценность»

Основными представителями подхода, в рамках которого *воспринимаемая потребителем ценность определяется как одномерная величина*, являются К. Монро, Р. Кришман, В. Цайтамль [Monroe, Krishman, 1985; Zeithaml, 1988] и ряд других авторов (блок «дополнительные исследования» на рис. 2), таких как Р. Болтон, М. Брейди, Дж. Дрю, Дж. Кронин, Дж. Ульт [Bolton, Drew, 1991; Cronin, Brady, Hult, 2000].

Ранние исследования в этом направлении были сфокусированы на категоризации и анализе взаимосвязи цены и качества и привели к определению понятия ценности как разности между восприятием ценности товара или услуги и издержками на их получение [Monroe, Krishman, 1985]. Поскольку попытки количественного измерения воспринимаемой ценности выявили несостоятельность соотношения цены и качества как формального фактора, влияющего на ценность, в дальнейшем сторонники «одномерного» подхода ввели в оборот различные детерминанты потребительской ценности, такие

как эмоциональная составляющая (affective element), воспринимаемый риск (perceived risk), справедливая цена (fair price) и т. д.

В работе [Zeithaml, 1988] *теория целей и средств* (means-end theory)⁴ использована для адаптации и усовершенствования первых исследований Монро. В ней приведены четыре разных определения ценности:

- 1) низкая цена на услугу для потребителя;
- 2) любое свойство, которое потребитель хочет видеть в товаре или услуге;
- 3) полученное качество взамен за уплаченную цену;
- 4) то, что получает потребитель взамен на то, что он дает (при этом подразумевается, что потребитель получает нечто большее, чем просто товар или услугу, например, эмоции, удовлетворение и т. д., а отдает нечто большее, чем просто цена, например, усилия, потраченные на поиск, издержки времени и т. д.) [Zeithaml, 1988].

В рамках *многомерного подхода* были предложены *теория потребительской ценности Шета—Ньюмена—Гросса* (функциональная, социальная, эмоциональная, условная и эпистемологическая ценность) [Sheth, Newman, Gross, 1991], *трехмерная модель ценности E-P-L* (эмоциональная, практическая, логическая ценность) [Mattsson, 1992], *теория утилитарной и гедонистической ценности* [Babin, 1994], *типология воспринимаемой ценности Холбрука* [Holbrook, 1999], а также *модель PERVAL*, которая представляет собой методику оценки (по определенной шкале) восприятия потребителем ценности товаров длительного пользования [Sweeney, Soutar, 2001].

На наш взгляд, типология М. Холбрука наиболее полно раскрывает процесс потребления со всех сторон. Соответственно, целесообразно придерживаться предложенного им определения воспринимаемой ценности как взаимодействия оценивающего субъекта (потребителя) и оцениваемого объекта (товара или услуги), которое является индивидуальным и ситуационным и всегда предполагает выбор между разными группами объектов [Holbrook, 1999].

Это определение подводит нас к новой концепции *экономики впечатлений* (experience economy), в которой переживание, ощущение, впечатление

⁴ Теория целей и средств объединила ценность товара или услуги для потребителя с теорией потребительского поведения. Эта теория постулирует, что на процесс принятия решения о потреблении товара или услуги влияют взаимозависимость между свойствами товара или услуги, воспринимаемые последствия потребления, а также личные ценности потребителя. Центральный тезис теории целей и средств гласит, что индивидуумы движимы целями и потребление товаров или услуг является средством достижения желанных целей. Анализ взаимосвязи потребления и потребительского поведения позволил составить иерархию ценностей (hierarchical value map) [Gutman, 1982].

и трансформация выступают важными составляющими взаимоотношений компании и потребителя (рис. 3). Авторы, обосновывающие данный подход, утверждают, что для успеха на современных рынках недостаточно произвести качественный товар или предоставить услугу, важно сформировать у потребителя такие впечатления от пользования товаром или услугой, которые будут разительно отличать одного поставщика от другого и оставлять долговременный след в сознании [Pine, Gilmore, 1999; Boswijk, 2007; Lysck, 2010]. Помимо этого, они выделяют наивысшую ценность для потребителя — трансформацию. Этап трансформации наступает, когда впечатления персонифицируются, становятся основой для изменений потребителя, к которым он стремится. В результате растет ценность товара или услуги, а зачастую и восприятие цены — потребитель готов платить за трансформацию по ставке выше среднерыночной.

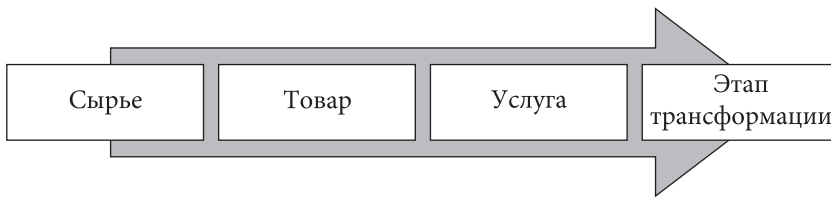


Рис. 3. Эволюция потребительской ценности по Дж.Пайну и Дж.Гилмору
Составлено по: [Pine, Gilmore, 1999].

Если вести речь об этапе трансформации применительно к здравоохранению, то следует отметить, что основными составляющими процесса предоставления медицинской услуги являются: 1) сервис и обслуживание; 2) опыт и квалификация сотрудника, непосредственно оказывающего услугу; 3) «трансформация» — переход потребителя услуги (пациента) от впечатлений от услуги к некому измененному состоянию самого себя. Особенность медицинской услуги заключается не столько в процессе ее предоставления (так как медицинская услуга является «условно отрицательной», т.е. ее потребление не приносит удовольствия пациенту), сколько в ее результате — в степени ее готовности трансформировать здоровье пациента, улучшить его самочувствие. Таким образом, в медицине этап трансформации услуги играет ключевую роль.

Одним из инструментов, с помощью которого можно материализовать концепцию впечатлений, является «колесо впечатлений» [Lysck, 2010]. Данная модель выступает обобщением других моделей экономики впечатлений в совокупности с моделью BSC (Balanced Score Card). Каждый элемент в «колесе впечатлений» оценивается по шкале от 1 до 5, где 5 — наивысшая оценка (рис. 4).

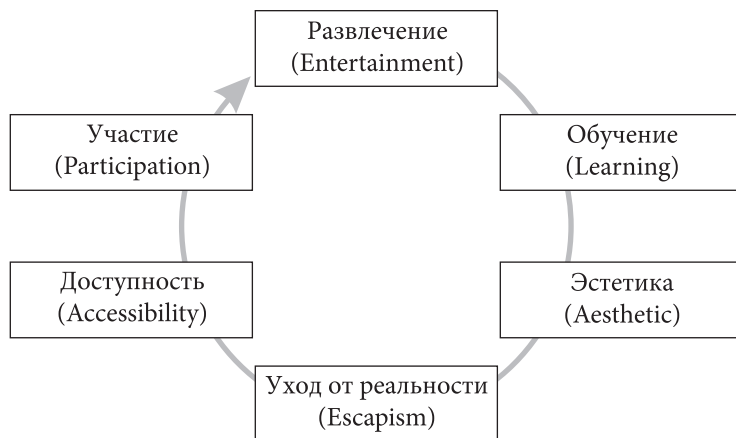


Рис. 4. Модель «Колесо впечатлений» в экономике впечатлений
Составлено по: [Lysk, 2010].

Ретроспективный анализ развития маркетинга в здравоохранении, теории воспринимаемой ценности и концепции экономики впечатлений, а также внедрения моделей KPI для персонала позволяет представить этапы их развития на единой хронологической линии (рис. 5). Полученная сводная хронология дает возможность утверждать, что этапы развития маркетинга в здравоохранении в своей логической и хронологической последовательности соотносятся с этапами развития концепций маркетинга, относящихся к обслуживанию в сфере услуг и к особому выстраиванию отношений с потребителем (речь идет о концепциях *воспринимаемой потребителем ценности услуги* (customer perceived value) и *экономики впечатлений* (experience economy). Таким образом, можно утверждать, что существует историческая взаимозависимость развития указанных выше концепций.

1. Если на начальном этапе развития маркетинга в здравоохранении пациенту как главному потребителю медицинских услуг не уделялось должного внимания, то с развитием концепции воспринимаемой ценности (начиная с 1980-х гг.) именно пациент и его потребности становятся главной отправной точкой при формировании предложения медицинских услуг и при моделировании методов их предоставления. Иными словами, момент становления пациента как ключевой фигуры в отрасли здравоохранения совпадает с общемировым стартом развития маркетинговых концепций в сфере услуг, исследующих способы увеличения ценности услуги для ее потребителя, повышения клиентоориентированности поставщиков услуги, а также формирования лояльности потребителя (пациента).

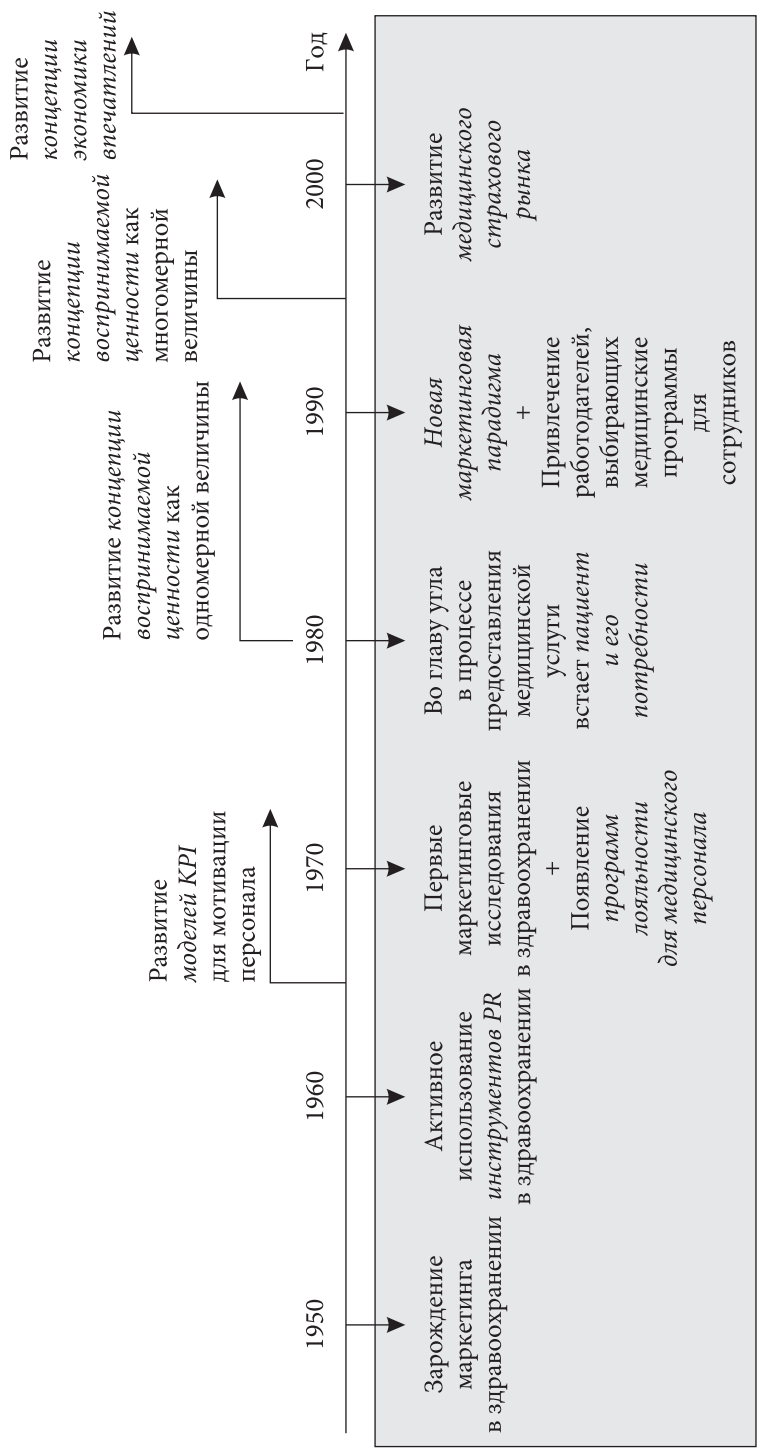


Рис. 5. Этапы развития маркетинга в здравоохранении

2. Концепция воспринимаемой ценности переплетается с концепцией экономики впечатлений. Их взаимное обогащение ставит во главу угла не только качество самой услуги, квалификацию и навыки поставщика услуги, но и впечатление потребителя от услуги, которое отличает одного поставщика услуг от другого. Важным становится момент трансформации (изменение общего состояния потребителя), что в современной медицине играет особую роль, поскольку рынок стал конкурентным, число поставщиков медицинских услуг значительно выросло, поэтому в борьбе за пациента и за финансирование необходимо повышать ценность услуги и добиваться высочайшего сервиса.
3. Кроме того, можно провести параллели и в стратегии работы с медицинским персоналом. В 1970-е гг. в здравоохранении начали внедряться программы лояльности персонала, что свидетельствует о ключевой роли врача как поставщика медицинских услуг, встал вопрос о необходимости повышения клиентоориентированности персонала как главного конкурентного преимущества медицинской организации. Именно в эти годы в мировой практике управления появились концепции Key Performance Indicator (KPI), определяющие для персонала стандарты выполнения работ и оказания услуг, в числе которых и показатели клиентоориентированности.

Таким образом, этапы эволюции маркетинга в здравоохранении отчасти предопределили и хронологию появления концепций, проанализированных выше. Так, этап 1970-х гг., когда на первый план в отрасли здравоохранения выходит персонал, а также вопросы его привлечения и удержания, совпадает с этапом развития моделей KPI для персонала, а период 1980–1990-х гг. в медицинском маркетинге, обусловленный новыми приоритетами — потребностями и нуждами пациента, — определяет появление подходов к анализу воспринимаемой потребителем ценности услуги. В этой связи именно медицинский персонал, каждый отдельный врач и средний медицинский работник, становится ключевым звеном в процессе предоставления медицинских услуг, а способность персонала грамотно выстраивать взаимоотношения с клиентами серьезно влияет на воспринимаемое качество услуги. Иными словами, клиентоориентированность становится одним из неотъемлемых элементов качества медицинской услуги.

КЛИЕНТООРИЕНТИРОВАННОСТЬ ПЕРСОНАЛА В ГОСУДАРСТВЕННОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ РОССИИ: ОПЫТ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

При многоканальности финансирования системы здравоохранения основным источником формирования денежных средств для покупки медицинских услуг выступает система обязательного медицинского страхо-

вания (ОМС). Впервые она была введена в 1991 г. с принятием закона РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» № 1499-1 от 28 июня 1991 г. В связи с несовершенством закона и значительным количеством проблем внедрения ОМС, таких как чрезмерно большие обязательства государства по обеспечению граждан бесплатной медицинской помощью по сравнению с их реальным финансовым обеспечением, в 2010 г. был принят новый Федеральный закон РФ от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ» (далее — Закон) [Об обязательном медицинском страховании..., 2010], вступивший в силу 1 января 2011 г.

Данный закон существенно расширил права застрахованных лиц, обеспечил укрепление устойчивости финансовой системы российского здравоохранения, упорядочил взаимодействие субъектов и участников системы ОМС, их права и обязанности, усилил роль Федерального фонда ОМС (ФФ ОМС) и, что наиболее важно, увеличил контроль над обеспечением доступности и качества медицинской помощи. Именно этот закон стал косвенным предопределяющим стимулом для повышения клиентоориентированности медицинского персонала.

Между новой и старой версиями закона имеются два отличия, которые важны в контексте нашего исследования. Во-первых, пациент становится ключевой, центральной фигурой системы здравоохранения. Существенно расширяется право выбора пациента — он может определять как страховую медицинскую организацию, так и само медицинское учреждение, которое будет оказывать ему медицинские услуги, а также конкретного врача. Во-вторых, наряду с государственными и муниципальными медицинскими организациями предоставлять медицинские услуги в рамках ОМС смогут также организации любой организационно-правовой формы, в том числе частные клиники и индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной медицинской практикой. Для этого у таких клиник должна быть лицензия на осуществление медицинской деятельности, а также их необходимо включить в реестр медицинских организаций, оказывающих услуги в рамках ОМС.

Метод финансирования поликлиник в сфере ОМС также способствует повышению клиентоориентированности. Принципиальная модель функционирования системы ОМС представлена на рис. 6. Следует отметить, что в системе участвуют: несколько территориальных фондов ОМС (ТФ ОМС), каждый из которых соответствует своему субъекту РФ; несколько страховых медицинских компаний, получивших лицензию на право участия в системе ОМС определенного субъекта РФ; медицинские организации, находящиеся в реестре оказания медицинской помощи по ОМС.

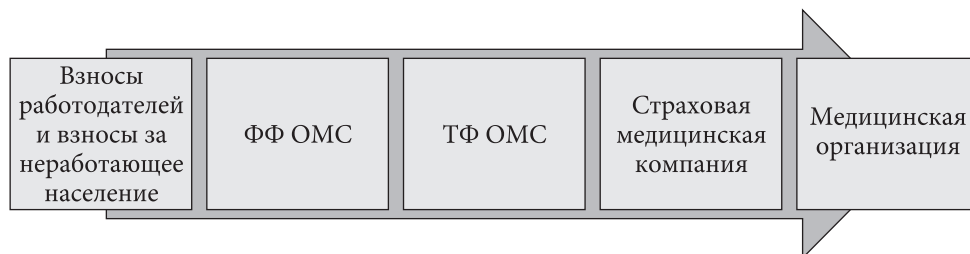


Рис. 6. Денежные потоки в системе ОМС в соответствии с законом «Об обязательном медицинском страховании в РФ»
С о с т а в л е н о п о: [Об обязательном медицинском страховании..., 2010].

В соответствии со ст.28 Закона целевые средства страховой медицинской компании формируются за счет средств, поступивших от: территориальных фондов ОМС в соответствии с договором о финансовом обеспечении ОМС; медицинских организаций вследствие применения к ним санкций за некачественное предоставление медицинской помощи; юридических или физических лиц, причинивших вред здоровью застрахованных лиц. Это вызывает конфликт интересов между страховой медицинской компанией и медицинской организацией, так как первая осуществляет контроль и надзор за деятельностью медицинской организации, качеством, объемами и сроками предоставления медицинской помощи, имеет право применять к медицинской организации определенные штрафные санкции.

Изменения, которые Закон привнес в систему здравоохранения (возможность выбора пациентом медицинской организации, конкретного врача, который будет оказывать медицинскую услугу, а также участия частных медицинских организаций наряду с государственными и муниципальными в оказании медицинской помощи в рамках ОМС), привели к тому, что российский рынок медицинских услуг, до сих пор полностью регулировавшийся государственными методами, стал конкурентным. Финансирование в системе ОМС по принципу «деньги следуют за пациентом» требует от государственных (муниципальных) организаций здравоохранения совершенно иных моделей управления, включающих в себя активное использование инструментов маркетинга, инновации во внутреннем управлении, контроле качества и т.д.

Возможность самостоятельного выбора пациентом лечебной организации и врача сделала необходимым внедрение максимальной открытости и доступности информации о деятельности медицинской организации, об оказываемых услугах, о медицинском персонале, его квалификации и опыте. Кроме того, стало необходимо проводить отдельную работу с персоналом в направлении повышения его клиентоориентированности, вплоть до при-

вязки заработной платы к тем результатам деятельности персонала, которые определяют его социальные навыки. В сложившихся новых условиях функционирования экономико-правового механизма сферы российского здравоохранения развитие у персонала социальных навыков становится залогом стратегического развития медицинских организаций государственной (муниципальной) формы собственности.

Для того чтобы дать пациенту возможность реализовать его новое право на выбор медицинской организации и лечащего врача, а также в рамках реализации Указа Президента РФ от 7 мая 2012 г. № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» [О мероприятиях по реализации государственной социальной политики, 2012] в вопросе формирования независимой оценки качества работы организаций, оказывающих социальные услуги и постановления Правительства Российской Федерации от 30 марта 2013 г. № 286 «О формировании независимой системы оценки качества работы организаций, оказывающих социальные услуги» [О формировании независимой системы..., 2013] Министерством здравоохранения РФ был утвержден Приказ от 31 октября 2013 г. № 810а «Об организации работы по формированию независимой системы оценки качества работы государственных (муниципальных) учреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения» (далее — Приказ) [Об организации работы..., 2013].

Проект Приказа содержит методические рекомендации по проведению независимой оценки качества работы государственных и муниципальных организаций здравоохранения, перечни показателей качества работы медицинских организаций в стационарных и в амбулаторно-поликлинических условиях, а также образцы анкет по анализу удовлетворенности пациента качеством предоставления медицинских услуг. На основании указанных в методических рекомендациях показателей и с помощью опросных анкет будут составлены независимые рейтинги медицинских организаций с целью обеспечения потребителей услуг здравоохранения дополнительной информацией о деятельности медицинской организации, о качестве ее работы, о трудовых ресурсах, а также с целью повышения качества оказываемой медицинской помощи.

Приказ, на наш взгляд, вносит существенные изменения в функционирование отрасли здравоохранения в РФ. Впервые предпринимается попытка на государственном уровне ввести для государственных медицинских организаций индикативные показатели, по которым должна быть выстроена конкурентная стратегия организаций, причем отдельное внимание уделено показателям качества обслуживания пациента, не связанным с непосредственным предоставлением медицинской услуги. Это такие показатели, как доступность записи к врачу через разные средства коммуникации, комфорт-

ность условий ожидания приема врача, показатели клиентоориентированности персонала и т.д. Кроме того, впервые для удобства пациента будут составлены независимые рейтинги государственных и муниципальных организаций здравоохранения, основанные на мнении как экспертного сообщества, так и самих пациентов, получающих медицинские услуги в этих организациях здравоохранения.

Одной из важнейших задач менеджмента медицинской организации является грамотная оценка медицинского персонала, а также применение релевантных методов мотивации (в том числе и оплаты труда) для повышения эффективности их работы и, соответственно, качества медицинской помощи. В настоящее время в российском здравоохранении произошел ряд изменений, увеличивающих возможности стимулирования работников к качественному труду. Новая система оплаты труда работников здравоохранения расширяет возможности руководителя медицинской организации по мотивации работников, а также создает стимулы для использования новых управленческих подходов в области мотивации персонала. Современной тенденцией в оплате труда медицинских работников является переход к индивидуальной заработной плате, которая базируется на многофакторных системах оценки труда медицинского работника (в их основе — модели KPI). При таком виде заработной платы весь трудовой процесс распределяется на ряд факторов, соответствующих тому или иному аспекту трудового процесса. Каждый фактор оценен в определенное число баллов, начисление которых обусловлено достижением целевых значений по каждому фактору. Одной из последних разработок в области индивидуальной оплаты труда работников государственных (муниципальных) организаций здравоохранения является переход на эффективный контракт — введение такой системы оплаты труда, которая конкретизирует обязанности работников по достижению показателей, определенных в должностных инструкциях. Цели введения эффективного контракта заключаются в установлении прямой зависимости повышения оплаты труда от достижения конкретных показателей качества и количества оказываемых услуг.

Вместе с тем существует необходимость корректировки ряда представленных в методических рекомендациях позиций, касающихся оценки клиентоориентированности персонала. Это показало проведенное нами исследование, результаты которого приводятся далее.

В качестве объекта анализа нами была выбрана Московская область (период исследования — 2014–2015 гг.). Важным фактором выбора послужили следующие соображения: с одной стороны, этот регион находится в непосредственной близости к Москве и отражает особенности функционирования медицинских организаций в крупном мегаполисе; с другой стороны, здесь налицо характеристики, свойственные функционированию

регионального здравоохранения, такие как маятниковая миграция персонала, диспропорция в кадровом обеспечении в сторону оказания медицинской помощи в стационарных условиях по сравнению с амбулаторно-поликлиническим звеном.

Исследование проводилось в два этапа. На первом этапе нами были проанализированы количественные и качественные характеристики трудового потенциала здравоохранения Московской области (на основе данных, полученных в Медицинском информационно-аналитическом центре Московской области).

Анализ количественных показателей медицинского персонала показал, что кадровое обеспечение организаций здравоохранения Московской области ниже, чем в среднем по России (рис. 7). Обеспеченность населения медицинскими кадрами в Московской области в расчете на 10 тыс. населения в 2014 г. составила: врачи — 30, средние медицинские работники — 64⁵. В течение анализируемого периода (2014–2015 гг.) не наблюдалось резких скачков в обеспеченности населения области медицинскими кадрами. В сравнении с Российской Федерацией в целом обеспеченность врачами аналогичная, но тем не менее показатели занятости средних медицинских работников в Московской области примерно в 1,2–1,3 раза ниже, чем в среднем по России.

Итак, медицинский персонал работает в условиях высокой загруженности и в рамках дефицита специалистов. Можно с высокой долей вероятности предположить, что такая ситуация будет оказывать косвенное воздействие на показатели клиентоориентированности: перегруженный специалист не может уделять особое внимание каждому отдельному пациенту.

Одним из важнейших качественных показателей, на наш взгляд, является коэффициент совместительства. В Московской области он составляет выше 1,5 и имеет тенденцию к росту (табл. 1). Работа по совместительству, специфичная для здравоохранения в России, является первостепенной проблемой — с точки зрения как качества самой услуги (медицинской помощи), так и ее воспринимаемой ценности.

Второй этап исследования предполагал выявление связанных с персоналом ключевых проблем в оценке качества медицинских услуг со стороны пациентов. На этом этапе были предприняты следующие шаги:

- ♦ проанализированы приведенные в методических рекомендациях показатели оценки качества работы медицинской организации с точки

⁵ В соответствии с Распоряжением Правительства Российской Федерации от 3 июля 1996 г. № 1063-р (в ред. 2007 г.) норматив обеспеченности врачами в среднем по России составляет 41 на 10 тыс. населения [О социальных нормативах и нормах, 1996].



Рис. 7. Обеспеченность населения Московской области медицинскими кадрами в сравнении с Российской Федерацией в целом, 2009–2014 гг., человек на 10 тыс. населения

Составлено по: данные, предоставленные Медицинским информационно-аналитическим центром Московской области (дата обращения: декабрь 2014 г. — январь 2015 г.).

зрения необходимости и достаточности того или иного показателя, его объективности, степени сложности сбора информации для оценки показателя, корректности применения единицы измерения и шкалы измерения и т.д. Кроме того, была изучена предложенная в проекте Приказа анкета по анализу удовлетворенности пациента качеством предоставления медицинских услуг в стационарных и амбулаторно-поликлинических условиях, оценена степень достаточности и необходимости предложенных вопросов и даны рекомендации по совершенствованию анкеты;

- ♦ с помощью скорректированных нами показателей оценки качества работы организации на основе усовершенствованной анкеты для опроса пациентов были проведены выборочные исследования в трех организациях здравоохранения Московской области и сравнение полученных этими организациями рейтинговых баллов с результатами пилотного рейтинга 2014 г., составленного Министерством здравоохранения Московской области.

Таблица 1

**Коэффициент совместительства
в организациях здравоохранения Московской области, 2008–2014 гг.**

Год	Врачи	Средние медицинские работники
2008	1,53	1,52
2009	1,52	1,52
2010	1,51	1,51
2011	1,51	1,52
2012	1,53	1,54
2013	1,53	1,54
2014	1,57	1,56

С о с т а в л е н о по: данные, предоставленные Медицинским информационно-аналитическим центром Московской области.

При сопоставлении показателей, предложенных в методических рекомендациях по проведению независимой оценки качества работы государственных и муниципальных организаций здравоохранения, с вопросами анкеты для опроса пациентов были проанализированы все пять категорий показателей:

- 1) открытость и доступность информации о медицинской организации;
- 2) комфортность условий и доступность получения медицинских услуг;

- 3) время ожидания в очереди при получении медицинских услуг;
- 4) доброжелательность, вежливость и компетентность медицинских работников;
- 5) удовлетворенность качеством обслуживания в медицинской организации.

В результате было выявлено, что в рекомендациях отсутствуют адекватная система оценки предложенных показателей, сравнительная шкала и т.д., т.е. не представляется возможным единообразно измерить, скажем, показатели удовлетворенности пациента. Это является серьезным недостатком, который необходимо преодолеть в дальнейшем.

Совместно с экспертами-консультантами, с которыми были проведены глубинные интервью,⁶ нами была составлена скорректированная система оценки показателей (уточненных после анализа), представленная в табл. 2. Предложена оценка показателя по 10-балльной шкале (для того чтобы привести все показатели к единой базе сравнения), а также весовые коэффициенты (сумма всех коэффициентов значимости составляет 1).

Таблица 2

Система оценки показателей качества медицинской помощи

№ п/п	Показатель	Интервал значений	Оценка по 10-балльной шкале	Весовой коэффициент
1	2	3	4	5
k_1	Доля пациентов, записавшихся на прием к врачу при первом обращении в медицинскую организацию, %	$0 \leq k_1 \leq 100$	$k_1^{10} = k_1/10$	0,07
k_2	Средняя длительность ожидания посещения врача с момента записи на прием, дни	$0 \leq k_2 \leq 3$	10	0,1
		$3 < k_2 \leq 5$	8	
		$5 < k_2 \leq 10$	6	
		$10 < k_2 \leq 15$	4	
		$15 < k_2 \leq 20$	2	
		$k_1 > 20$	0	

⁶ Экспертами выступили В.А.Мирзонов (начальник Управления здравоохранения Мытищинского района), Г.А.Унгурян (начальник Управления здравоохранения г.Подольска), Н.В.Купряшина (начальник Управления здравоохранения Ступинского района), сотрудники кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья ГБУЗ МО МОНИКИ им.М.Ф.Владимирского А.Н.Гуров, С.М.Смбатян, М.В.Пирогов. Все эксперты являются докторами медицинских наук, организаторами здравоохранения, врачами высшей квалификационной категории.

Продолжение табл. 2

1	2	3	4	5
k_3	Доступность записи на прием к врачу с использованием Интернета, телефона, через регистратуру, посредством общения с врачом (для каждой позиции — максимум 1 балл): «очень легко» — 1 «легко» — 0,75 «сложно» — 0,5 «очень сложно» — 0,25 «не удалось записаться» — 0	$3,5 < k_3 \leq 4$ (макс. = 4)	10	0,08
		$3 < k_3 \leq 3,5$	8	
		$2,5 < k_3 \leq 3$	6	
		$2 < k_3 \leq 2,5$	4	
		$1,5 < k_3 \leq 2$	2	
		$k_3 < 1,5$	0	
k_4	Время ожидания посещения врача в очереди, минуты	$k_4 \leq 15$	10	0,08
		$15 < k_4 \leq 30$	8	
		$30 < k_4 \leq 45$	6	
		$45 < k_4 \leq 60$	4	
		$60 < k_4 \leq 75$	2	
		$k_4 > 75$	0	
k_5	Удовлетворенность условиями ожидания приема врача в очереди: «полностью удовлетворен» — 1 «частично удовлетворен» — 0,8 «скорее не удовлетворен» — 0,4 «полностью не удовлетворен» — 0	$k_5 = 1$	10	0,08
		$k_5 = 0,8$	8	
		$k_5 = 0,4$	4	
		$k_5 = 0$	0	
k_6	Доступность получения медицинской помощи на дому: «да, помощь оказана вовремя» — 1 «да, но помощь оказана позже» — 0,5 «нет, помощь не была оказана» — 0	$k_6 = 1$	10	0,09
		$k_6 = 0,5$	5	
		$k_6 = 0,4$	0	
k_7	Время ожидания плановой госпитализации с момента получения соответствующего направления, дни		10	0,08
		$3 < k_7 \leq 5$	8	
		$5 < k_7 \leq 10$	6	
		$10 < k_7 \leq 15$	4	
		$15 < k_7 \leq 20$	2	
		$k_7 > 20$	0	
k_8	Среднее время ожидания результатов назначенного диагностического исследования, дни		10	0,08
		$3 < k_8 \leq 5$	8	
		$5 < k_8 \leq 10$	6	
		$10 < k_8 \leq 15$	4	
		$15 < k_8 \leq 20$	2	
		$k_8 > 20$	0	

Окончание табл. 2

1	2	3	4	5
k_9	Удовлетворенность результатом оказания медицинской помощи «удовлетворен» — 1 «не удовлетворен» — 0	$k_9 = 1$ $k_9 = 0$	10 0	0,1
k_{10}	Доля пациентов, готовых рекомендовать медицинскую организацию для получения медицинской помощи, %	$0 \leq k_{10} \leq 100$	$k_{10}^{10} = k_{10}/10$	0,07
k_{11}	Удовлетворенность вежливостью и вниманием медицинского персонала (для каждой позиции — максимум 1 балл): «отлично» — 1 «хорошо» — 0,75 «удовлетворительно» — 0,5 «плохо» — 0,25 «крайне плохо» — 0	$3,5 \leq k_{11} \leq 4$ (макс. = 4) $3 < k_{11} \leq 3,5$ $2,5 < k_{11} \leq 3$ $2 < k_{11} \leq 2,5$ $1,5 < k_{11} \leq 2$ $k_{11} < 1,5$	10 8 6 4 2 0	0,08
k_{12}	Доля пациентов, ожидания которых от оказания медицинской помощи в данной организации превзойдены: «да, превзойдены» — 1 «нет, соответствует ожиданиям» — 0,5 «нет, полностью не удовлетворен» — 0	$k_{12} = 1$ $k_{12} = 0,5$ $k_{12} = 0$	10 5 0	0,09

С о с т а в л е н о п о: результаты глубинных интервью с экспертами отрасли.

Переработав анкету, предложенную в методических рекомендациях, с учетом результатов проведенного анализа, мы получили ее новую версию, которая была апробирована в трех амбулаторно-поликлинических медицинских организациях здравоохранения Московской области:

- 1) муниципальное учреждение здравоохранения «Клинская городская больница» Поликлиника № 3 (Клинский муниципальный район);
- 2) муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника № 2» (Мытищинский муниципальный район);
- 3) муниципальное учреждение здравоохранения «Ногинская центральная районная больница» Поликлиника № 2 (Ногинский муниципальный район).

Выбор указанных поликлиник объяснялся тем, что по половозрастному составу обслуживаемого населения они соответствуют средним показателям по Московской области. Исследователи имели доступ к статистической информации о численности и структуре прикрепленного населения,

количестве посещений и т.д. и провели анкетирование среди пациентов. Респондентами являлись получившие медицинскую помощь в выбранной организации пациенты старше 55 лет. Общее число респондентов составило 300 человек.

По итогам анкетирования и анализа результатов с помощью разработанной системы оценки показателей для каждой организации был рассчитан *интегральный индекс качества медицинской помощи*. Данный индекс складывается из нескольких показателей, оценивающих качество медицинской помощи или степень клиентоориентированности персонала (табл. 3).

Для расчета индекса использовалась следующая формула:

$$Inx_{\text{суб}} = \sum_{i=1}^n W_i \cdot k_i^{10},$$

где k_i^{10} — значение показателя k_i по 10-балльной шкале; w_i — значение весового коэффициента показателя k_i , при этом сумма всех весовых коэффициентов равна 1 (значения показателей по 10-балльной шкале и весовые коэффициенты см. в табл. 3).

В соответствии с рассчитанными интегральными показателями лучшей оказалась поликлиника № 2 г. Мытищи (8,03), далее следует поликлиника № 2 г. Ногинска (7,15), замыкает тройку поликлиника № 3 г. Клина (6,45).

Ниже представлена краткая характеристика вклада каждого отдельного показателя в величину интегрального индекса оценки качества.

Что касается показателя k_1 (доля пациентов, записавшихся на прием к врачу при первом обращении в медицинскую организацию), то все три поликлиники имеют достаточно высокие показатели — более 90% (максимальный показатель у поликлиники г. Клина — 95%). Основные причины, по которым пациентам не удалось записаться к врачу при первом обращении в поликлинику, — это сложности с записью по телефону (нехватка специалистов в регистратуре медицинской организации) или отсутствие свободного времени у нужного специалиста в течение ближайших трех недель.

С показателем k_1 связан показатель k_3 (доступность записи на прием по телефону, с помощью Интернета, через обращение в регистратуру или посредством общения с лечащим врачом). На наш взгляд, чем выше этот показатель, тем большее число людей имеет возможность записаться на прием при первом обращении в медицинскую организацию. Наше предположение получило подтверждение. Так, в Клину при показателе $k_3 = 3,5$ наблюдался самый высокий процент записи на прием при первом посещении (95%), а в Ногинске при показателе $k_3 = 2,15$ — самый низкий процент записи на прием (91%).

Возвращаясь к показателю k_2 (число дней ожидания приема врача), следует отметить, что у всех обследованных поликлиник примерно одинаковые

Таблица 3

Показатели клиентоориентированности персонала амбулаторно-поликлинических организаций
Московской области

Показатель	Клин				Мытищи			Ногинск		
	Весовой коэффициент, W_i	Исходное значение, k_i	Оценка по 10-балльной шкале, k_i^{10}	Итого оценка, $W_i \cdot k_i^{10}$	Исходное значение, k_i	Оценка по 10-балльной шкале, k_i^{10}	Итого оценка, $W_i \cdot k_i^{10}$	Исходное значение, k_i	Оценка по 10-балльной шкале, k_i^{10}	Итого оценка, $W_i \cdot k_i^{10}$
k_1	0,07	95	9,5	0,67	93	9,3	0,65	91	9,1	0,64
k_2	0,10	6	6	0,6	4	8	0,8	7	6	0,6
k_3	0,08	3,5	8	0,64	2,75	6	0,48	2,15	4	0,32
k_4	0,08	20	8	0,64	10	10	0,8	25	8	0,64
k_5	0,08	0,8	8	0,64	0,8	8	0,64	0,8	8	0,64
k_6	0,09	1	10	0,9	1	10	0,9	1	10	0,9
k_7	0,08	10	6	0,48	16	2	0,16	15	4	0,32
k_8	0,08	8	6	0,48	2	10	0,8	5	8	0,64
k_9	0,10	0	0	-	1	10	1	1	10	1
k_{10}	0,07	68	6,8	0,48	83	8,3	0,58	74	7,4	0,52
k_{11}	0,08	3	6	0,48	2,5	4	0,32	2,75	6	0,48
k_{12}	0,09	0,5	5	0,45	1	10	0,9	0,5	5	0,45
Итого	1			6,45			8,03			7,15

Составлено по: итогам проведенного анкетирования.

показатели: 4–7 дней. Показатель соответствует нашим ожиданиям, так как приведенный выше анализ рынка труда медицинских работников продемонстрировал, что существует дефицит специалистов по многим направлениям, структура подготовки медицинских кадров не вполне соответствует потребностям рынка, имеется нехватка среднего медицинского персонала и врачи работают в условиях высоких нагрузок.

Перейдем к анализу показателей k_4 (время ожидания пациента в очереди к врачу), k_5 (удовлетворенность условиями ожидания) и k_{11} (оценка социальных навыков персонала). Существующая система записи к врачу с указанием времени приема призвана максимально сократить пребывание пациентов в долгих «живых» очередях. Тем не менее при стандартном рекомендованном времени приема в 10–15 минут [Об утверждении типовых..., 2015] врач не всегда успевает провести полный осмотр и оформить необходимые документы, поэтому возникновение очереди вполне естественно. В поликлинике г. Мытищи время ожидания врача оказалось существенно короче, чем в поликлиниках Клина и Ногинска (10 минут против 25 минут). При этом пациенты мытищинской поликлиники не вполне довольны тем, как врач выслушивает жалобы, объясняет лечение, общается с пациентом, т.е. они не вполне удовлетворены социальными навыками персонала (показатель k_{11} в Мытищах самый низкий — 2,5 против 2,75 в Ногинске и 3 — в Клину). Это может свидетельствовать о том, что врачи мытищинской поликлиники «жертвуют» длительными разговорами с пациентами (нередко не вполне относящимися к здоровью пациента и к его жалобам, особенно если речь идет о пациентах старшего возраста, мнение которых мы анализировали) и общаются с пациентом лишь по поводу назначенного лечения или проведенных медицинских манипуляций. Это дает возможность уложиться во временные нормативы приема пациента и не собирать большую очередь. В поликлиниках Клина и Ногинска пациенты довольны обращением врачей (3 и 2,75 соответственно), но при этом прием пациентов существенно выбивается из расписания (ожидание в очереди составляет 25–30 минут).

Кроме того, во всех трех поликлиниках удовлетворенность условиями ожидания приема (наличие свободных мест ожидания, туалетов, питьевой воды, чистота и свежесть помещения) составляет в абсолютном выражении 0,8. В соответствии с разработанной системой оценки показателей это означает, что пациенты частично удовлетворены. Но если проанализировать полученные ответы более подробно, то становится очевидно, что пациенты намного более удовлетворены условиями ожидания в клинской поликлинике, нежели в мытищинской или ногинской.

Что касается помощи на дому, то во всех трех поликлиниках ее оказывают достаточно качественно и своевременно, хотя клинская поликлиника уступает остальным (ответ «помощь на дому оказывается вовремя» выбрали

73% опрошенных в Клину, 83% опрошенных в Мытищах и 78% опрошенных в Ногинске).

Анализ показателей, связанных с ожиданием плановой госпитализации и результатов диагностических исследований (k_7 и k_8), показывает, что Клин также отстает по срокам ожидания результатов диагностических исследований: результаты исследований становятся известными только через 8 дней по сравнению с 2 днями в Мытищах и 5 — в Ногинске. Это свидетельствует о значительном дефиците лабораторных сотрудников и специалистов-диагностиков, а также о неправильной организации работы лабораторий. При этом для пациентов поликлиники Клина — меньше срок ожидания плановой госпитализации в случае ее необходимости (10 дней против двух недель в Мытищах и в Ногинске). Необходимо отметить, однако, что этот показатель меньше остальных зависит от непосредственной деятельности поликлиники, поэтому он не подвергался дальнейшему анализу.

В заключение приведем результаты анализа показателей удовлетворенности пациента результатами лечения (k_9), готовности пациента порекомендовать своим друзьям и знакомым данную медицинскую организацию (k_{10}), и показателя, оценивающего, превзойдены ли ожидания пациента от процесса оказания медицинской помощи (k_{12}).

Несмотря на высокие показатели клиентоориентированности и удовлетворенность комфортными условиями ожидания в очереди на прием к врачу, пациенты поликлиники Клина недовольны результатами оказанной медицинской помощи, что свидетельствует о ее низком качестве. Лишь 68% опрошенных клинской поликлиники готовы порекомендовать эту медицинскую организацию. В отличие от клинской поликлиники, пациенты поликлиник Мытищ и Ногинска удовлетворены результатами оказанной медицинской помощи и более охотно будут рекомендовать эти медицинские организации (83 и 74% соответственно).

В итоге в Поликлинике № 3 Клина пациенты недовольны качеством оказания медицинской помощи, результатами лечения, им приходится долго ждать результатов диагностики. Вследствие этого лишь 19% опрошенных ответили, что их ожидания превзойдены, а 29% заявили, что они полностью не удовлетворены оказанной медицинской помощью, несмотря на очень высокие показатели, связанные с оценкой клиентоориентированности врачей и среднего медицинского персонала, с оценкой доступности записи на прием при первом обращении в медицинскую организацию, а также несмотря на благоустроенную территорию поликлиники и ее удобное расположение. В поликлиниках Мытищ и Ногинска наблюдается противоположная ситуация.

Проведенный анализ позволяет утверждать, что здравоохранение — это та сфера, в которой одна лишь клиентоориентированность персонала

не сможет стать ключом к успеху в современных условиях функционирования отрасли. Конкурентным преимуществом в борьбе за пациента является опыт и квалификация персонала, его способность оказывать качественную медицинскую помощь, соответствующую структуре потребностей населения. Благоустройство прилегающих территорий, создание комфортных условий для пациентов и способность персонала превосходить все потребности пациентов могут стать значимым подспорьем при реализации стратегии привлечения пациентов.

На основании приведенного выше сравнительного анализа можно сделать вывод о том, что клиентоориентированность персонала — существенный показатель качества медицинской услуги и воспринимаемой пациентом ценности услуги. В то же время результаты исследования показали, что здравоохранение — это очень специфичная и человекоемкая отрасль. Клиентоориентированность персонала выступает комплексным понятием и неразрывно связана с высоким уровнем оказания медицинской помощи и квалификацией персонала. Основным и решающим фактором в здравоохранении было и остается высокое качество медицинской помощи и удовлетворенность пациента результатами лечения. Так, поликлиники, в которых пациенты невысоко оценили «прямые» показатели клиентоориентированности персонала, но при этом были довольны качеством медицинской помощи, лидировали в составленном рейтинге.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Настоящая работа ставит своей задачей знакомство читателей с проблематикой клиентоориентированности персонала в маркетинге здравоохранения, а также обоснование нового подхода к оценке качества медицинских услуг и предложений по стимулированию клиентоориентированности медицинского персонала в российском здравоохранении.

Анализ истории развития маркетинга в здравоохранении показывает, что происходит постепенный переход от простого предоставления медицинской услуги к представлению медицинской услуги наивысшего качества с максимальным учетом потребностей пациента. Иными словами, медицинские организации в современных конкурентных условиях рынка должны работать над созданием ценности услуги для пациента. Соответственно, приобретает большое значение ответ на вопрос о том, в чем заключается ценность услуги для пациента, какие составляющие ценности для потребителя являются критичными в здравоохранении и каким образом обеспечить достижение целей медицинской организации за счет создания понастоящему ценной услуги. Это означает, что необходимо понимание как собственно качества лечения или профилактики, так и того, какие составляющие оказываемой услуги влияют на ее воспринимаемую ценность.

Анализ научной литературы, а также проведенные выборочные исследования по оценке качества медицинской помощи позволяют сделать вывод о том, что клиентоориентированность персонала является существенным показателем качества медицинской услуги и воспринимаемой пациентом ценности услуги. Кроме того, клиентоориентированность персонала в сфере здравоохранения является комплексным понятием и неразрывно связана с квалификацией и опытом персонала, которые предопределяют удовлетворенность пациента результатами оказанного лечения.

В связи с принятием закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ», вступившего в силу 1 января 2011 г., перед государственными и муниципальными организациями здравоохранения остро встала необходимость конкурировать с другими медицинскими организациями как за пациента, так и за объемы финансирования.

В рамках нашего исследования было проведено изучение кадрового потенциала здравоохранения в Московской области. По итогам анализа выяснилось, что системы непрерывного медицинского образования способны готовить высококвалифицированные кадры для рынка здравоохранения, однако количественные характеристики медицинского персонала в Московской области и структура персонала в разрезе различных специалистов пока не соответствуют имеющимся потребностям населения. Кроме того, поскольку заработанная плата в абсолютном выражении находится на низком уровне, то нельзя считать, что система оплаты труда полностью основывается на результатах труда и является достаточным мотивирующим фактором.

Таким образом, на примере Московской области было показано, что в сфере здравоохранения существует ряд серьезных проблем, связанных с персоналом. В первую очередь необходимо решать проблему совместительства. Вместе с тем профессиональный уровень имеющихся кадров следует признать достаточно хорошим: система подготовки и переподготовки медицинских кадров способна готовить высококвалифицированные медицинские кадры, так как является предметом непрерывной модернизации и улучшений.

Следующим этапом проведенного исследования стала оценка клиентоориентированности медицинских кадров. В ходе эмпирического исследования выявилось, что в тех поликлиниках, где пациенты отмечали недостатки в степени клиентоориентированности персонала в узком смысле этого понятия (вежливость и доброжелательность персонала, удовлетворенность тем, как врач выслушивает жалобы, объясняет прописанное лечение и т.д.), но высоко оценивали профессиональные качества медицинского персонала, итоговый интегральный показатель всей организации был выше, чем в поликлиниках, чьи пациенты довольны только внешними проявлениями кли-

ентоориентированности (комфортными условиями ожидания, доступностью записи на прием и т.д.).

По итогам анализа можно дать некоторые рекомендации по повышению клиентоориентированности медицинского персонала в российском здравоохранении. Безусловно, в этой сфере уже наблюдаются некоторые позитивные изменения: создание независимых рейтингов медицинских организаций на основе качества предоставляемых медицинских услуг; модернизация системы ОМС, направленная на рыночное взаимодействие агентов индустрии здоровья, введение эффективного контракта; реформирование подготовки специалистов; совершенствование итоговой государственной аттестации и сертификации; совершенствование системы охраны труда и т.д. Вместе с тем проведенных мероприятий недостаточно. В современных конкурентных условиях медицинским организациям необходимо работать над повышением ценности услуги для пациента, которую невозможно обеспечить в отрыве от количественных и качественных характеристик медицинского персонала организации. Необходимо привести в соответствие численность и структуру медицинских кадров объемам деятельности, задачам и потребностям практического здравоохранения, чтобы избежать ситуации искусственного дефицита. Помимо этого, необходимо разработать научно обоснованные методы планирования численности медицинского персонала, а также внедрить современный маркетинговый подход в здравоохранении, выстроенный вокруг квалифицированного, опытного и клиентоориентированного медицинского персонала, качества медицинской услуги и достойных условий ее предоставления.

Что касается самой медицинской организации, то, на наш взгляд, необходимы следующие усовершенствования. Во-первых, это улучшение условий для пациентов — благоустройство территории, транспортная доступность, формирование условий для немобильных групп граждан, комфортные условия ожидания приема, чистота и свежесть помещений и т.д. Во-вторых, повышение качества и полноты доступной на сайте информации для пациентов — включение данных о персонале, его образовании и квалификации, информации о правах и возможностях пациента в системе ОМС, а также о бесплатном лекарственном и других видах обеспечения. И, в-третьих, многие пациенты отмечали, что проведение профилактических мероприятий положительно скажется на имидже медицинской организации — возможно проведение «дней здоровья» по разным направлениям, просветительских акций о пользе здорового образа жизни и др.

Для того чтобы персонал стал одним из главных конкурентных преимуществ организации здравоохранения, целесообразно включить показатели клиентоориентированности как в общую систему контроля качества

медицинской помощи, так и в факторы, формирующие целевые показатели для эффективного контракта. Так, по результатам проведенного анкетирования и выяснения мнения пациентов возможно введение следующих индивидуальных показателей: пунктуальность соблюдения графика (необходимо учитывать как своевременный приход на работу, так и соблюдение графика приема пациентов для исключения образования «живых» очередей при существовании системы записи на прием с указанием времени) и коммуникативные навыки персонала, включающие в себя вежливость, доброжелательность, выслушивание жалоб пациентов, выявление динамики в состоянии здоровья пациентов, детальное объяснение лечения и т.д. (единицей измерения для этого показателя может служить соотношение жалоб и благодарностей, для чего необходимо разработать техническую сторону вопроса).

Таким образом, повышение клиентоориентированности медицинского персонала является необходимым направлением модернизации медицинских организаций в изменившихся условиях функционирования отрасли. Оно требует значительных усилий и затрат, но при этом может стать выгодной инвестицией в процесс реализации стратегии привлечения пациентов и завоевания их лояльности.

Литература

- Жигалов Д.В. Практические аспекты и проблемы совершенствования системы оказания государственных и муниципальных услуг // Практика муниципального управления. 2011. № 7. URL: <http://www.gkh.ru/journals/3991/49117/> (дата обращения: 01.11.2015).
- Клочков А.К. КРП и мотивация персонала: полный сборник практических инструментов. М.: Эксмо, 2010.
- Колосницына М.Г., Шейман И.М., Шишкин С.В. Экономика здравоохранения. М.: Издат. дом ГУ ВШЭ, 2009.
- Конев А.А. Стандартизованные подходы к совершенствованию качества медицинской помощи в условиях развития конкурентной среды платных медицинских услуг // Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2012. № 7–8. С. 45–47.
- Новицкая Е.В., Соляник Е.В. Современные подходы к формированию конкурентного преимущества учреждения здравоохранения // Тихоокеанский медицинский журнал. 2013. № 2. С. 102–104.
- Полотовская Е.Ю. Проблема определения государственной (муниципальной) услуги, работы, функции // Административное и муниципальное право. 2012. № 1. URL: <http://www.center-bereg.ru/b4243.html> (дата обращения: 01.11.2015).
- О внесении изменений в отдельные законодательные акты РФ и признании утратившими силу отдельных положений законодательных актов РФ по вопросам охраны здоровья граждан в РФ. Федеральный закон от 25 ноября 2013 г. № 317-ФЗ.

- О мероприятиях по реализации государственной социальной политики.* Указ Президента РФ от 7 мая 2012 г. № 597.
- О социальных нормативах и нормах.* Распоряжение Правительства РФ от 3 июля 1996 г. № 1063-р.
- О формировании независимой системы оценки качества работы организаций, оказывающих социальные услуги.* Постановление Правительства Российской Федерации от 30 марта 2013 г. № 286.
- Об обязательном медицинском страховании в РФ.* Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ.
- Об организации работы по формированию независимой системы оценки качества работы государственных (муниципальных) учреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения.* Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 октября 2013 г. № 810а.
- Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-педиатра участкового, врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-невролога, врача-оториноларинголога, врача-офтальмолога и врача-акушера-гинеколога.* Приказ Министерства здравоохранения РФ от 2 июня 2015 г. № 290н.
- Ребязина В. А., Давий А. О. Маркетинговые практики: теоретические подходы к определению и пониманию представителями российских компаний // Вестн. Московского ун-та. Сер. 6. Экономика. 2014. № 6. С. 96–117.
- Созонов Ю. С. Оценка клиентского капитала компании // Вестн. Московского ун-та. Серия 6. Экономика. 2014. № 6. С. 80–96.
- Сырцова Л. Е. Индустрия здоровья: экономика и управление. М.: Дрофа, 2003.
- Шуматов В. Б., Крукович Е. В., Черная И. П., Кузнецов В. В., Транковская Л. В. Развитие сервисного менеджмента как условие успешной модернизации сферы здравоохранения // Pacific Medical Journal. 2015. Vol. 1. № 5. С. 5–10.
- Baalbaki I., Ahmed Z.U., Pashtenko V., Makarem S. Patient Satisfaction with Healthcare Delivery Systems // International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing. 2008. Vol. 2. N 1. P. 47–62.
- Babin B. Work and Fun: Measuring Hedonic and Utilitarian Shopping // Journal of Consumer Research. 1994. Vol. 20. N 4. P. 644–656.
- Berkowitz E. Essentials of Health Care Marketing. Gaithersburg, MD: Aspen, 1996.
- Boksberger P. E., Melsen L. Perceived Value: A Critical Examination of Definitions, Concepts and Measures for the Service Industry // Journal of Services Marketing. 2011. Vol. 25. N 3. P. 229–240.
- Boswijk A. The Experience Economy: A New Perspective. Pearson Education, 2007.
- Braunsberger A., Gates R. Patient/Enrollee Satisfaction with Healthcare and Health Plan // Journal of Consumer Marketing. 2002. Vol. 19. N 7. P. 575–590.
- Bolton R., Drew J. A Multistage Model of Consumer's Assessment of Service Quality and Value // Journal of Consumer Research. 1991. Vol. 17. N 4. P. 375–384.
- Brown T., Mowen J., Donovan D., Licata J. The Customer Orientation of Service Workers: Personality Trait Influences on Self and Supervisor Performance Ratings // Journal of Marketing Research. 2002. Vol. 39. N 1. P. 110–119.

- Burgess S. M., Steenkamp J. B. E. M. Marketing Renaissance: How Research in Emerging Markets Advances Marketing Science and Practice // *International Journal of Research in Marketing*. 2006. Vol. 23. N 4. P. 337–356.
- Cronin J. Jr., Brady M., Hult G. T. M. Assessing the Effects of Quality, Value and Customer Satisfaction on Consumer Behavioral Intentions in Service Environments // *Journal of Retailing*. 2000. Vol. 76. N 2. P. 193–218.
- Dabholkar P., Sheperd C., Thorpe D. A Comprehensive Framework for Service Quality: An Investigation of Critical Conceptual and Measurement Issues through a Longitudinal Study // *Journal of Retailing*. 2000. Vol. 76. N 2. P. 139–173.
- Dawar N. D. N., Chattopadhyay A. Rethinking Marketing Programs for Emerging Markets // *Long Range Planning*. 2002. Vol. 35. N 5. P. 457–474.
- Donavan D., Brown T., Mowen J. Internal Benefits of Service Worker-Customer Orientation: Job Satisfaction, Commitment, and Organizational Citizenship Behaviors // *Journal of Marketing*. 2004. Vol. 68. P. 128–146.
- Folland S., Goodman A., Stano M. *The Economics of Health and Healthcare*. 4th ed. New Jersey, USA: Prentice-Hall, 2007.
- Gutman J. A Means-End Chain Model Based on Consumer Categorization Processes // *Journal of Marketing*. 1982. Vol. 46. N 1. P. 60–72.
- Hennig-Thurau T. Customer Orientation of Service Employees: Its Impact on Customer Satisfaction, Commitment, and Retention // *International Journal of Service Industry Management*. 2004. Vol. 15. N 5. P. 460–478.
- Hennig-Thurau T., Thurau C. Customer Orientation of Service Employees — Toward a Conceptual Framework of a Key Relationship Marketing Construct // *Journal of Relationship Marketing*. 2003. Vol. 2. N 1. P. 23–41.
- Herzlinger R. Retooling Healthcare. “Focused factory” Model Can Help Build a Patient-Friendly, Service-Driven System // *Modern Healthcare*. 1997. Vol. 27. N 7. P. 86–96.
- Herzlinger R. E., Parsa-Parsi R. Consumer-Driven Health Care: Lessons from Switzerland // *Jama*. 2004. Vol. 292. N 10. P. 1213–1220.
- Holbrook M. *Consumer Value. A Framework for Analysis and Research*. London; N.Y., 1999.
- Kay M. J. Healthcare Marketing: What Is Salient? // *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*. 2007. Vol. 1. N 3. P. 247–263.
- Kelley S. Developing Customer Orientation among Service Employees // *Journal of the Academy of Marketing Science*. 1992. Vol. 20. N 1. P. 27–36.
- Khanna T., Palepu K. *Winning in Emerging Markets: A Road Map for Strategy and Execution*. Boston, MA: Harvard Business Press, 2013.
- Korschun D., Bhattacharya C. B., Swain S. D. Corporate Social Responsibility, Customer Orientation, and the Job Performance of Frontline Employees // *Journal of Marketing*. 2014. Vol. 78. N 3. P. 20–37.
- Kotler P., Shalowitz J., Stevens R. J. *Strategic Marketing for Health Care Organizations: Building a Customer-Driven Health System*. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 2008.
- Lyck L. *Experience Economy as an Instrument to Create Economic Profitability*. Guest Lecture at Örebro University. Örebro: Center for Tourism and Culture Management, Copenhagen Business School, 2010.

- Mattsson J. A Service Quality Model Based on the Ideal Value Standard // *International Journal of Service Industry Management*. 1992. Vol. 3. N 3. P. 18–33.
- Monroe K., Krishnan R. The Effect of Price on Subjective Product Evaluations // *Advances in Consumer Research*. 1985. Vol. 14. N 1. P. 209–232.
- Naidu A. Factors Affecting Patient Satisfaction and Healthcare Quality // *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 2009. Vol. 22. N 4. P. 366–381.
- Okma K. G. H., Crivelli L. Swiss and Dutch “Consumer-Driven Health Care”: Ideal Model or Reality? // *Health Policy*. 2013. Vol. 109. N 2. P. 105–112.
- Parasuraman A., Zeithaml V., Berry L. SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality // *Journal of Retailing*. 1988. Vol. 64. N 1. P. 12–40.
- Pine B., Gilmore H. *The Experience Economy: Work is Theatre & Every Business is a Stage*. Boston, MA: Harvard Business Press, 1999.
- Russo J. Emerging Markets, Emerging Opportunities // Nielsen.com 2012. URL: <http://www.nielsen.com> (дата обращения: 15.05.2015).
- Sánchez-Fernández R., Iniesta-Bonillo M. Á. The Concept of Perceived Value: A Systematic Review of the Research // *Marketing Theory*. 2007. Vol. 7. N 4. P. 427–451.
- Sheth, J. N. Impact of Emerging Markets on Marketing: Rethinking Existing Perspectives and Practices // *Journal of Marketing*. 2011. Vol. 75. N 4. P. 166–182.
- Sheth J., Newman B., Gross B. Why We Buy What We Buy: A Theory of Consumption Values // *Journal of Business Research*. 1991. Vol. 22. N 2. P. 159–170.
- Siegal M., Doner L. *Marketing Public Health: Strategies for Promoting Social Change*. Gaithersburg, MD: Aspen, 1998.
- Sweeney J., Soutar G. Consumer Perceived Value the Development of a Multiple Item Scale // *Journal of Retailing*. 2001. Vol. 77. N 2. P. 203–220.
- Webster F. A Perspective on the Evolution of Marketing // *Journal of Public Policy and Marketing*. 2005. Vol. 24. N 1. P. 121–126.
- Westin A. F. Public Attitudes toward Electronic Health Records // *AHIP Cover*. 2005. Vol. 46. N 4. P. 22–25.
- Zeithaml V. Consumer Perceptions of Price, Quality and Value: A Means-End Model and Synthesis of Evidence // *Journal of Marketing*. 1988. Vol. 52. N 3. P. 2–22.

References

- Baalbaki I., Ahmed Z. U., Pashtenko V., Makarem S. Patient Satisfaction with Healthcare Delivery Systems. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*. 2008. Vol. 2. N 1. P. 47–62.
- Babin B. Work and Fun: Measuring Hedonic and Utilitarian Shopping. *Journal of Consumer Research*. 1994. Vol. 20. N 4. P. 644–656.
- Berkowitz E. *Essentials of Health Care Marketing*. Gaithersburg, MD: Aspen, 1996.
- Boksberger P. E., Melsen L. Perceived Value: A Critical Examination of Definitions, Concepts and Measures for the Service Industry. *Journal of Services Marketing*. 2011. Vol. 25. N 3. P. 229–240.
- Boswijk A. *The Experience Economy: A New Perspective*. Pearson Education, 2007.

- Braunsberger A., Gates R. Patient/Enrollee Satisfaction with Healthcare and Health Plan. *Journal of Consumer Marketing*. 2002. Vol. 19. N 7. P.575–590.
- Bolton R., Drew J.A Multistage Model of Consumer's Assessment of Service Quality and Value. *Journal of Consumer Research*. 1991. Vol. 17. N 4. P.375–384.
- Brown T., Mowen J., Donovan D., Licata J. The Customer Orientation of Service Workers: Personality Trait Influences on Self and Supervisor Performance Ratings. *Journal of Marketing Research*. 2002. Vol.39. N 1. P.110–119.
- Burgess S.M., Steenkamp J.B.E.M. Marketing Renaissance: How Research in Emerging Markets Advances Marketing Science and Practice. *International Journal of Research in Marketing*. 2006. Vol.23. N 4. P.337–356.
- Cronin J.Jr., Brady M., Hult G.T.M. Assessing the Effects of Quality, Value and Customer Satisfaction on Consumer Behavioral Intentions in Service Environments. *Journal of Retailing*. 2000. Vol.76. N 2. P.193–218.
- Dabholkar P., Sheperd C., Thorpe D.A Comprehensive Framework for Service Quality: An Investigation of Critical Conceptual and Measurement Issues through a Longitudinal Study. *Journal of Retailing*. 2000. Vol.76. N 2. P.139–173.
- Dawar N.D.N., Chattopadhyay A. Rethinking Marketing Programs for Emerging Markets. *Long Range Planning*. 2002. Vol.35. N 5. P.457–474.
- Donavan D., Brown T., Mowen J. Internal Benefits of Service Worker-Customer Orientation: Job Satisfaction, Commitment, and Organizational Citizenship Behaviors. *Journal of Marketing*. 2004. Vol.68. P.128–146.
- Folland S., Goodman A., Stano M. *The Economics of Health and Healthcare*. 4th ed. New Jersey, USA: Prentice-Hall, 2007.
- Gutman J.A Means-End Chain Model Based on Consumer Categorization Processes. *Journal of Marketing*. 1982. Vol.46. N 1. P.60–72.
- Hennig-Thurau T. Customer Orientation of Service Employees: Its Impact on Customer Satisfaction, Commitment, and Retention. *International Journal of Service Industry Management*. 2004. Vol.15. N 5. P.460–478.
- Hennig-Thurau T., Thurau C. Customer Orientation of Service Employees — Toward a Conceptual Framework of a Key Relationship Marketing Construct. *Journal of Relationship Marketing*. 2003. Vol.2. N 1. P.23–41.
- Herzlinger R. Retooling Healthcare. “Focused factory” Model Can Help Build a Patient-Friendly, Service-Driven System. *Modern Healthcare*. 1997. Vol.27. N 7. P.86–96.
- Herzlinger R.E., Parsa-Parsi R. Consumer-Driven Health Care: Lessons from Switzerland. *Jama*. 2004. Vol.292. N 10. P.1213–1220.
- Holbrook M. *Consumer Value. A Framework for Analysis and Research*. London; New York, 1999.
- Kay M.J. Healthcare Marketing: What Is Salient? *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*. 2007. Vol.1. N 3. P.247–263.
- Kelley S. Developing Customer Orientation among Service Employees. *Journal of the Academy of Marketing Science*. 1992. Vol.20. N 1. P.27–36.
- Khanna T., Palepu K. *Winning in Emerging Markets: A Road Map for Strategy and Execution*. Boston, MA: Harvard Business Press, 2013.

- Klochkov A.K. *KPI i motivatsiya personala: polnyj sbornik prakticheskikh instrumentov* (KPI and Motivation: A Complete Collection of Practical Tools). Moscow: Eksmo, 2010.
- Kolosnitsyna M.G., Shejman I.M., Shishkin S.V. *Ekonomika zdavookhraneniya* (Health Economics). Moscow: Izdat. dom GU VSHE, 2009.
- Konev A.A. Standartizovannye podkhody k sovershenstvovaniyu kachestva meditsinskoj pomoshhi v usloviyakh razvitiya konkurentnoj sredy platnykh meditsinskikh uslug (Standardized Approaches to Improving the Quality of Care in Terms of the Competitive Environment of Paid Medical Services). *Problemy standartizatsii v zdavookhranении*. 2012. N 7–8. P.45–47.
- Korschun D., Bhattacharya C.B., Swain S.D. Corporate Social Responsibility, Customer Orientation, and the Job Performance of Frontline Employees. *Journal of Marketing*. 2014. Vol.78. N 3. P.20–37.
- Kotler P., Shalowitz J., Stevens R.J. *Strategic Marketing for Health Care Organizations: Building a Customer-Driven Health System*. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 2008.
- Lyck L. *Experience Economy as an Instrument to Create Economic Profitability. Guest Lecture at Örebro University*. Örebro: Center for Tourism and Culture Management, Copenhagen Business School, 2010.
- Mattsson J.A Service Quality Model Based on the Ideal Value Standard. *International Journal of Service Industry Management*. 1992. Vol.3. N 3. P.18–33.
- Monroe K., Krishnan R. The Effect of Price on Subjective Product Evaluations. *Advances in Consumer Research*. 1985. Vol.14. N 1. P.209–232.
- Naidu A. Factors Affecting Patient Satisfaction and Healthcare Quality. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 2009. Vol.22. N 4. P.366–381.
- Novitskaya E.V., Solyanik E.V. Sovremennye podkhody k formirovaniyu konkurentnogo preimushhestva uchrezhdeniya zdavookhraneniya (Modern Approaches to Forming a Competitive Position of Health Care Facilities). *Tikhookeanskij meditsinskij zhurnal*. 2013. N 2. P.102–104.
- O formirovanii nezavisimoy sistemy otsenki kachestva raboty organizatsij, okazyvayushhikh sotsial'nye uslugi* (On the Formation of an Independent System of Evaluating the Performance of Organizations Providing Social Services). Postanovlenie Pravitel'stva Rossijskoj Federatsii ot 30 marta 2013 g. N 286.
- O meropriyatiyakh po realizatsii gosudarstvennoj sotsial'noj politiki* (On Measures to Implement the Government's Social Policy). Ukaz Prezidenta RF ot 7 maya 2012 g. N 597.
- O sotsial'nykh normativakh i normakh* (On the Social Norms and Rules). Rasporyazhenie Pravitel'stva RF ot 03 iyulya 1996 g. N 1063-r.
- O vnesenii izmenenij v otdel'nye zakonodatel'nye akty RF i priznanii utrativshimi silu otdel'nykh polozhenij zakonodatel'nykh aktov RF po voprosam okhrany zdorov'ya grazhdan v RF* (On Amendments to Certain Legislative Acts of the Russian Federation and Invalidating Certain Provisions of Legislative Acts of the Russian Federation on the Protection of the Health of Citizens in the Russian Federation). Federal'nyj zakon ot 25 noyabrya 2013 g. N 317-FZ.
- Ob obyazatel'nom meditsinskom strakhovanii v RF* (On Mandatory Medical Insurance in the Russian Federation). Federal'nyj zakon ot 29 noyabrya 2010 g. N 326-FZ.

- Ob organizatsii raboty po formirovaniyu nezavisimoy sistemy otsenki kachestva raboty gosudarstvennykh (munitsipal'nykh) uchrezhdenij, okazyvayushchikh usluzhi v sfere zdravookhraneniya* (On the Organization of Work on the Formation of an Independent System of Evaluating the Performance of State (Municipal) Institutions Providing Health Services). Prikaz Ministerstva zdravookhraneniya Rossijskoj Federatsii ot 31 oktyabrya 2013 g. N 810a.
- Ob utverzhdenii tipovykh otraslevykh norm vremeni na vypolnenie rabot, svyazannykh s poseshheniem odnim patsientom vracha-pediatra uchastkovogo, vracha-terapevta uchastkovogo, vracha obshhej praktiki (semejnogo vracha), vracha-nevrologa, vracha-otorinolaringologa, vracha-ofthalmologa i vracha-akushera-ginekologa* (On the Statement of the Standard Branch Norms of Time for Performance of Work Connected Visit by one Patient of the Pediatrician, Therapist, a General Practitioner (Family Doctor), a Neurologist, a Otolaryngologist, Ophthalmologist, and an Obstetrician-Gynecologist). Prikaz Ministerstva zdravookhraneniya RF ot 2 iyunya 2015 g. N 290n.
- Okma K. G. H., Crivelli L. Swiss and Dutch "Consumer-Driven Health Care": Ideal Model or Reality? *Health Policy*. 2013. Vol. 109. N 2. P. 105–112.
- Parasuraman A., Zeithaml V., Berry L. SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. *Journal of Retailing*. 1988. Vol. 64. N 1. P. 12–40.
- Pine B., Gilmore H. *The Experience Economy: Work is Theatre & Every Business is a Stage*. Boston, MA: Harvard Business Press, 1999.
- Polotovskaya E. Yu. Problema opredeleniya gosudarstvennoj (munitsipal'noj) usluzhi, raboty, funktsii (The Problem of Definition of State (Municipal) Service, Work and Functions). *Administrativnoe i munitsipal'noe pravo*. 2012. N 1. URL: <http://www.center-bereg.ru/b4243.html> (accessed: 01.11.2015).
- Rebyazina V. A., Davij A. O. Marketingovye praktiki: teoreticheskie podkhody k opredeleniyu i ponimanie predstavitel'yami rossijskikh kompanij (Marketing Practices: Theoretical Definition and their Understanding by Russian Managers). *Vestnik Moskovskogo universiteta*. Seria 6. Ekonomika. 2014. N 6. P. 96–117.
- Russo J. Emerging Markets, Emerging Opportunities. *Nielsen.com*. 2012. URL: <http://www.nielsen.com> (accessed: 15.05.2015).
- Sánchez-Fernández R., Iniesta-Bonillo M. Á. The Concept of Perceived Value: A Systematic Review of the Research. *Marketing Theory*. 2007. Vol. 7. N 4. P. 427–451.
- Sozonov Yu. S. Otsenka klientskogo kapitala kompanii (Customer Equity Evaluation). *Vestnik Moskovskogo universiteta*. Seriya 6. Ekonomika. 2014. N 6. P. 80–96.
- Sheth J. N. Impact of Emerging Markets on Marketing: Rethinking Existing Perspectives and Practices. *Journal of Marketing*. 2011. Vol. 75. N 4. P. 166–182.
- Sheth J., Newman B., Gross B. Why We Buy What We Buy: A Theory of Consumption Values. *Journal of Business Research*. 1991. Vol. 22. N 2. P. 159–170.
- Shumatov V. B., Krukovich E. V., Chernaya I. P., Kuznetsov V. V., Trankovskaya L. V. Razvitie servisnogo menedzhmenta kak uslovie uspeшной modernizatsii sfery zdravookhraneniya (Development of Service Management as a Condition for the Successful Modernization of Healthcare). *Pacific Medical Journal*. 2015. Vol. 1. N 5. P. 5–10.

- Syrtsova L. E. *Industriya zdorov'ya: ekonomika i upravlenie* (Health Industry: Economics and Management). Moscow: Drofa, 2003.
- Siegal M., Doner L. *Marketing Public Health: Strategies for Promoting Social Change*. Gaithersburg, MD: Aspen, 1998.
- Sweeney J., Soutar G. Consumer Perceived Value the Development of a Multiple Item Scale. *Journal of Retailing*. 2001. Vol. 77. N 2. P. 203–220.
- Webster F. A Perspective on the Evolution of Marketing. *Journal of Public Policy and Marketing*. 2005. Vol. 24. N 1. P. 121–126.
- Westin A. F. Public Attitudes toward Electronic Health Records. *AHIP Cover*. 2005. Vol. 46. N 4. P. 22–25.
- Zeithaml V. Consumer Perceptions of Price, Quality and Value: A Means-End Model and Synthesis of Evidence. *Journal of Marketing*. 1988. Vol. 52. N 3. P. 2–22.
- Zhigalov D. V. Prakticheskie aspekty i problemy sovershenstvovaniya sistemy okazaniya gosudarstvennykh i munitsipal'nykh uslug (Practical Aspects and Problems of Improving the System of Providing State and Municipal Services). *Praktika munitsipal'nogo upravleniya*. 2011. N 7. URL: <http://www.gkh.ru/journals/3991/49117/> (accessed: 01.11.2015).

Статья поступила в редакцию 14 июля 2015 г.

Контактная информация

Шерешева Марина Юрьевна — доктор экономических наук, профессор;
m.sheresheva@gmail.com

Костанян Ани Асканазовна — аспирант; ani.kostanyan@yandex.ru
Sheresheva Marina Y. — Doctor of Sciences in Economics, Professor;
m.sheresheva@gmail.com

Kostanyan Ani A. — Doctoral Student; ani.kostanyan@yandex.ru