

МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
имени М.В. ЛОМОНОСОВА

ЭКОНОМИЧЕСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ

На правах рукописи

Костанян Ани Асканазовна

**РЕАЛИЗАЦИЯ ПРИНЦИПОВ МАРКЕТИНГА ОТНОШЕНИЙ
В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ГОСУДАРСТВЕННЫХ
АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ**

Специальность 08.00.05 — Экономика и управление
народным хозяйством (маркетинг)

ДИССЕРТАЦИЯ

на соискание ученой степени
кандидата экономических наук

Научный руководитель:
доктор экономических наук, доцент
Шерешева Марина Юрьевна

Москва - 2018

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА 1. СИСТЕМА МАРКЕТИНГА И СТАНОВЛЕНИЕ МАРКЕТИНГА ОТНОШЕНИЙ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	12
1.1. <i>Внешний маркетинг в здравоохранении</i>	12
1.2. <i>Внутренний маркетинг в здравоохранении</i>	23
1.3. <i>Маркетинг отношений в здравоохранении как симбиоз форм внешнего и внутреннего маркетинга</i>	37
<i>Выводы по главе 1</i>	59
ГЛАВА 2. НАПРАВЛЕНИЯ И ФОРМЫ МАРКЕТИНГА ОТНОШЕНИЙ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ РОССИЙСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	61
2.1. <i>Современные социально-экономические условия функционирования российского здравоохранения</i>	61
2.2. <i>Модель медицинской услуги как товара-объекта в маркетинге отношений</i>	74
2.3. <i>Перспективы развития маркетинга отношений в государственном здравоохранении для повышения воспринимаемой ценности медицинских услуг</i>	95
<i>Выводы по главе 2</i>	114
ГЛАВА 3. ОЦЕНКА ОПЫТА СТОЛИЧНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПО РЕАЛИЗАЦИИ ПРИНЦИПОВ МАРКЕТИНГА ОТНОШЕНИЙ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ГОСУДАРСТВЕННЫХ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ...	116
3.1. <i>Характеристика программы «Московский стандарт поликлиники»</i>	116
3.2. <i>Оценка показателей реализации принципов маркетинга отношений посредством оценки факторов, воздействующих на создание ценности в государственных амбулаторно-поликлинических организациях г. Москвы</i>	132
3.3. <i>Оценка управленческого воздействия в государственных амбулаторно-поликлинических организациях при реализации принципов маркетинга отношений</i>	160
<i>Выводы по главе 3</i>	168
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	170
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	175
ПРИЛОЖЕНИЯ	192

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования

Активное развитие сферы услуг способствует росту внимания теоретиков и практиков маркетинга к концепции маркетинга отношений, ядром которой является клиентоориентированный подход. Особую актуальность данная концепция приобретает для медицинских услуг, качественное оказание которых не только формирует аспекты удовлетворенности пациентов, но и определяет качество их жизни. Российская модель здравоохранения в последнее десятилетие проходит этап модернизации. Изменения затрагивают ключевые элементы функционирования отрасли: преобразование структуры рынка медицинских услуг, направленное на рост доли частного сектора, изменение принципов финансирования, совершенствование системы образования медицинских кадров. Идет реформирование страхового механизма в здравоохранении и реорганизация правового положения государственных медицинских организаций. Как результат, в системе государственного здравоохранения наблюдается тенденция движения к рыночному механизму взаимодействия экономических агентов, что актуализирует применение новых для отрасли принципов маркетинга отношений как основы взаимодействия двух ключевых сторон медицинской услуги – пациента и врача.

Опыт столичного здравоохранения в силу ряда объективных причин можно считать вектором, представляющим направление развития для других регионов. Так, с 2016 г. на основании постановления Правительства г. Москвы от 04.10.2011 г. №461-ПП «Об утверждении Государственной программы г. Москвы «Развитие здравоохранения г. Москвы» (Столичное здравоохранение) на 2012-2020 г.» в столице была запущена программа «Московский стандарт поликлиники», призванная впервые на государственном уровне стандартизировать условия оказания медицинской помощи во всех амбулаторно-поликлинических организациях (далее – АПО) столичного региона посредством реализации принципов маркетинга отношений и повысить их уровень клиентоориентированности, что актуализирует указанную программу для целей данной работы.

Степень научной разработанности проблемы

Многоаспектность выбранной проблематики определяет несколько направлений в теории маркетинге и экономике здравоохранения как сфере услуг, раскрывающих различные аспекты исследуемой проблемы.

Эволюции клиентоориентированного подхода в маркетинге посвящены работы Ф. Вебстера, Р. Дешпанде, А. Коли, Ж.-Ж. Ламбена, И. Манна, Д. Нарвера, В.А. Ребязиной, С. Слейтера, М.М. Смирновой, О.А. Третьяк, Т. Хенига-Тюро, Б. Шапиро, Б. Яворски и др.

Изучением воспринимаемой ценности услуги занимались Б. Бабин, Р. Болтон, М. Бреди, Р. Вудруф, С. Гардиал, В. Гросс, Д. Гутман, Д. Дрю, Р. Кришнан, Д. Кронин, К. Монро, Б. Ньюман, А. Парасураман, Р. Хартман, М. Холбрук, В. Цайтамль, Д. Шет и др.

Проблемы маркетинга отношений в здравоохранении и потребительского выбора на рынке медицинских услуг охарактеризованы в работах И. Айзена, Д. Блюштейна, К. Бош-Капбланша, Д. Грина, М. ДиМатео, Д. ДиНикола, Б. Кемпбелла, И. Розенштока, К. Эрроу.

Особым направлением исследований в маркетинге отношений является построение персонального бренда врача и его роль при осуществлении пациентом потребительского выбора. Основные исследования представлены в работах Д. Андрусии, Д. Леера, Д. Моушена, Л. Нила, Б. Остода, Д. Силверы, М. Скаммелла, К. Сулливана, М. Томсона, Д. Тредвея, Р. Хаскинса, А. Херна и др. В последнее десятилетие появились исследования, закладывающие теоретический фундамент для изучения вопросов управления персональным брендом (А. Герн, Д. Леир, К. Сулливан, Дж. Чини). Эти работы исследуют вопросы мотивации персонального бренда, его воздействия на целевую аудиторию и т.д.

Эмпирические исследования поведения пациента как потребителя фрагментарны и описывают узкие аспекты, такие как влияние различных факторов на длительность взаимоотношений пациента с конкретным врачом или удовлетворенность пациента от данного взаимодействия (Д. Грин, Б. Кембелл, А. Као, Дж. Коплан, Д. Том, Л. Харгравес). Лишь небольшое количество работ рассматривает сам процесс выбора врача (Н. Бабчук, А. Бут, Е. Вискс, Дж Гиббард, Л. Говард).

Развитие концепции внутреннего маркетинга в медицинской сфере стало предметом исследований П. Ахмеда, А. Баркенсо, Р. Беннетта, Л. Берри, К. Гренруса, Е. Гумменссона, М. Келемана, И. Папасоломоу-Дукасиса, М. Рафика, Ф. Мультхерна, Д. Хенсея, Д. Шульца.

Особенности функционирования российской экономики здравоохранения и системы подготовки медицинских специалистов освещены в работах Н.Ф. Герасименко, М.Г. Колосницыной, В.З. Кучеренко, Ю.П. Лисицына, В.А. Медика, А.В. Решетникова, В.И. Стародубова, Г.Э. Улумбековой, И.М. Шеймана, С.В. Шишкина, О.П. Щепина и др., а также в соответствующих нормативно-правовых актах.

Анализ литературы выявил отсутствие комплексного подхода к реализации принципов маркетинга отношений и повышению уровня клиентоориентированности в российских организациях здравоохранения, что предопределило необходимость в разработке целого ряда аспектов поставленной проблемы.

Цель и задачи исследования

Целью диссертационной работы является совершенствование реализации принципов маркетинга отношений в государственных амбулаторно-поликлинических организациях (АПО) на основе оценки факторов, воздействующих на создание ценности.

В соответствии с обозначенной целью в диссертационной работе поставлены и решены следующие задачи:

- 1) Систематизировать маркетинговые парадигмы внешнего, внутреннего маркетинга и маркетинга отношений в медицинской сфере и обосновать концепцию маркетинга отношений как симбиоза форм внутреннего и внешнего маркетинга;
- 2) Разработать авторский подход к представлению медицинской услуги как интегрированной многоуровневой модели целостного продукта в маркетинге отношений;
- 3) Разработать концептуальную системно-логическую модель создания ценности медицинской услуги, оказываемой государственными АПО, сформулировать перспективные направления вовлечения пациентов в совместное создание ценности медицинской услуги;
- 4) На основе метода многомерного факторного анализа эмпирически обосновать влияние факторов на создание ценности государственных АПО;
- 5) На основе качественного маркетингового исследования выявить мотивацию и возможности управленческих кадров АПО по повышению уровня клиентоориентированности.

Объект исследования

Объектом исследования являются государственные амбулаторно-поликлинические организации г. Москвы.

Предмет исследования

Предметом исследования является создание ценности для пациентов в государственных амбулаторно-поликлинических организациях.

Методологические и теоретические основы исследования

Научные позиции по исследуемой теме сформированы на основе изучения теоретических и эмпирических публикаций в российских и международных базах данных и представляют собой политематический анализ в области теории и практики маркетинга в здравоохранении.

Для обоснования теоретических положений и аргументации выводов были выбраны следующие методы исследования: логико-исторический метод, метод системного анализа, методы экономического анализа, другие методы анализа и обработки информации. Для сбора и обработки первичной информации применялись методы абстрактно-логического анализа, кластерного анализа, многомерного факторного анализа MANOVA, методы качественных исследований. В отношении метода многомерного факторного анализа необходимо отметить, что проверка гипотез (в случаях, когда это представлялось возможным) проводилась двумя способами. В качестве первого способа использовалась многомерная версия метода ANOVA, основанная на статистически значимых различиях в средних значениях показателей, альтернативными способами служили одномерная версия метода ANOVA (в случае номинальных данных) и корреляционный анализ (для количественных данных).

Информационно-эмпирическая база исследования

Эмпирической базой исследования является собранная первичная информация в виде проведенного 21 глубинного интервью с руководителями государственных и частных АПО в г. Москва, а также результаты мониторинга программы «Московский стандарт поликлиники» по 47 амбулаторно-поликлиническим центрам столицы за период с апреля 2016 г. по февраль 2017 г. Эти данные, аккумулируемые в электронном виде в Единой медицинской информационно-аналитической системе, были предоставлены информационным Ситуационным центром Департамента здравоохранения г. Москвы по нашему запросу для целей исследования. Для анализа данных было использовано программное обеспечение Stata.8.

Также, в диссертационной работе были использованы данные Федеральной службы государственной статистики РФ, Всемирной организации здравоохранения, публикации Организации экономического сотрудничества и развития, а также результаты исследований консалтинговых компаний.

Соответствие диссертации Паспорту научной специальности

Диссертационная работа соответствует пунктам 9.3. Управление маркетинговой деятельностью, направления и формы организации маркетинга и их адаптация к изменяющимся рыночным условиям в экономике России и на глобальных рынках; 9.5. Внутриорганизационный маркетинг, его цели, методы и влияние на конечные результаты деятельности организации. Маркетинг отношений как элемент корпоративной стратегии, внутренний и интерактивный маркетинг, процесс построения долгосрочных,

взаимовыгодных отношений с ключевыми партнерами организации (клиентами, поставщиками, дистрибьюторами, персоналом) и 9.12. Факторы и мотивы потребительского поведения: методы исследования, оценка и использование в маркетинге Паспорта научной специальности 08.00.05 «Экономика и управление народным хозяйством (маркетинг)».

Научная новизна исследования

В ходе исследования получены следующие результаты, обладающие признаками научной новизны:

- 1) Разработана и теоретически обоснована **модель** спирали становления и развития маркетинга отношений в здравоохранении как симбиоза форм внешнего и внутреннего маркетинга;
- 2) Разработан **авторский подход** к представлению медицинской услуги как интегрированной многоуровневой модели целостного продукта в маркетинге отношений;
- 3) В рамках разработанной концептуальной системно-логической **модели** создания ценности медицинской услуги, оказываемой государственными амбулаторно-поликлиническими организациями, **обоснована** роль клиентоориентированности организации при оценке реализации принципов маркетинга отношений, **сформулированы** перспективные направления вовлечения пациентов в совместное создание ценности медицинской услуги;
- 4) На основе метода многомерного факторного анализа **эмпирически обосновано** влияние факторов на создание ценности государственных амбулаторно-поликлинических организаций, **выявлено** влияние образования управленческих кадров амбулаторно-поликлинических организаций на уровень клиентоориентированности;
- 5) По результатам многомерного факторного анализа **выявлены** мотивация и возможности управленческих кадров амбулаторно-поликлинических организаций по повышению уровня клиентоориентированности.

Положения, выносимые на защиту

- 1) Ключевые принципы маркетинга отношений базируются на симбиозе форм внутреннего и внешнего маркетинга. Развитие маркетинга отношений в здравоохранении имеет спиралевидную вертикальную направленность. Каждый новый виток спирали в историческом контексте соответствует более позднему

периоду развития концепций и объединяет их на новом уровне, предопределяя последующее развитие. Перспективными направлениями развития маркетинга отношений в здравоохранении являются обучение пациентов, развитие персональных брендов врачей и вовлечение пациентов в совместное создание ценности медицинской услуги;

- 2) Медицинская услуга, оказываемая АПО, как интегрированная модель целостного продукта в маркетинге отношений состоит из четырех уровней: уровень базового продукта – лечение; уровень ожидаемого продукта - материально-техническое обеспечение АПО, доступность медицинской помощи, профессиональные компетенции врача, чистота и порядок в АПО; уровень расширенного продукта - коммуникативные компетенции врача, мотивированный и внимательный персонал, номенклатура предоставляемых медицинских услуг; комфортность пребывания в АПО, выстроенные внутренние бизнес-процессы и процессы маршрутизации пациентов; уровень потенциального продукта - обучение пациентов, развитие персональных брендов врачей, вовлечение пациентов в совместное создание ценности медицинской услуги;
- 3) Системно-логическая модель создания ценности медицинской услуги, оказываемой государственными АПО, состоит из системы формирования ценности медицинской услуги с взаимосвязанными компонентами «пациент», «медицинский персонал», «амбулаторно-поликлиническая организация», «фармацевтическая отрасль», «страховые медицинские компании», «плательщики страховых взносов», «контролирующие государственные органы». Весь процесс создания ценности медицинской услуги сопровождается формированием клиентоориентированности, что отражает ключевой принцип маркетинга отношений. Для вовлечения пациентов в совместное создание ценности медицинской услуги предлагается ряд мероприятий для каждой из ключевых сторон маркетинга отношений: обучение пациентов как системообразующих элементов цепочки; формирование и развитие персональных брендов врачей как конкурентного преимущества АПО;
- 4) Статистически значимыми факторами, способствующими совершенствованию реализации принципов маркетинга отношений, созданию ценности для пациентов и повышению уровня удовлетворенности пациентов, являются коэффициент финансовой обеспеченности медицинской организации (соотношение остатков денежных средств на счетах к среднемесячным расходам), средняя заработная плата врачей, наличие у главного врача дополнительного управленческого образования, снижение времени ожидания приема, повышение эффективности использования

рабочего времени врачами, местоположение АПО по административным округам г Москвы.

- 5) Действующие руководители государственных АПО как важный фактор повышения уровня удовлетворенности пациентов не имеют достаточной мотивации и возможностей для совершенствования клиентоориентированности организации. Это происходит вследствие отставания системы высшего медицинского образования в части подготовки управленческих кадров от современных запросов отрасли здравоохранения.

Теоретическая значимость исследования

Исследование вносит вклад в теорию маркетинга отношений и теорию воспринимаемой ценности для потребителя. Также, теоретическая значимость работы заключается в применении теории маркетинга услуг и маркетинга отношений к сфере государственного здравоохранения, в выделении особенностей поведения пациента на рынке медицинских услуг, моделировании спирали возникновения и развития клиентоориентированного подхода в медицине. Полученные результаты могут быть использованы для системного изучения реализации принципов маркетинга отношений в медицинской сфере.

Практическая значимость исследования

Практическая значимость диссертационной работы состоит в выявлении и обосновании факторов, влияющих на уровень клиентоориентированности медицинской организации. Полученные результаты могут быть использованы руководителями АПО для повышения клиентоориентированности организации. Сформулированные предложения по дополнению учебных программ специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» маркетинговыми аспектами внедрены в рамках программ непрерывного медицинского образования, циклов усовершенствования и профессиональной переподготовки управленческих кадров здравоохранения ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, что подтверждено соответствующим актом о внедрении.

Достоверность полученных результатов и обоснованность выводов

Обоснованность результатов диссертационной работы базируется на комплексном подходе к анализу и систематизации существующей научной литературы, включая статьи в академических и практических журналах.

Обоснованность эмпирических выводов подтверждена результатами качественного и количественного исследований и их апробацией на практике. Достоверность результатов исследования подтверждается применением научных методов сбора и обработки первичной и вторичной информации.

Личный вклад автора заключается в выполнении теоретических и эмпирических исследований, представленных в диссертационной работе, включая анализ, синтез и систематизацию международного и отечественного опыта исследований по теме исследования, разработке дизайна и выборе методов эмпирического исследования, статистической обработке данных, осуществлении апробации результатов и формулировании рекомендаций.

Апробация результатов исследования

Основные положения диссертационной работы были представлены на российских и международных конференциях, таких как XI Всероссийский Фестиваль науки МГУ имени М.В. Ломоносова, круглый стол «Социальная и экономическая активность людей возраста «50+» и использование их интеллектуального потенциала» (МГУ им. М.В. Ломоносова, г. Москва, Россия, 7-9 октября 2016 г.), Международный научно-практический Web-Конгресс «Economics, Law, Society: resume of 2016» (г. Винтертур, Швейцария, 27-28 октября 2016 г.), 9-я Ежегодная международная научная конференция «Современный менеджмент: проблемы, гипотезы, исследования» (НИУ ВШЭ, г. Москва, Россия, 17-18 ноября 2016 г.), Российский экономический конгресс (МГУ им. М.В. Ломоносова, г. Москва, Россия, 19-23 декабря 2016 г.), XII Всероссийский Фестиваль науки МГУ имени М.В. Ломоносова, круглый стол «Устойчивое развитие экономики территорий на основе сетевого взаимодействия малых городов и сельских поселений» (МГУ им. М.В. Ломоносова, г. Москва, Россия, 8 октября 2017 г.).

Публикации

Результаты диссертационной работы, представляющие научную новизну, опубликованы в 11 научных работах объемом 16,11 п.л. (авт. - 7,07 п.л.) в том числе в 9 публикациях в ведущих научных рецензируемых журналах объемом 15,11 п.л. (авт. – 6,62 п.л.), из них 6 статей объемом 11,87 п.л. (авт. – 5,44 п.л.) в рецензируемых научных изданиях, индексируемых в базах данных WoS, Scopus, RSCI, а также в изданиях, рекомендованных Минобрнауки РФ, на основании решения Ученого совета МГУ им. М.В. Ломоносова для защиты по специальности 08.00.05 – Экономика и управление народным хозяйством (маркетинг).

Структура диссертации

Диссертационная работа (237 страниц) состоит из введения, трех глав, заключения, списка литературы, включающего 234 источника (в том числе 197 источников на иностранных языках) и 14 приложений. Диссертация содержит 29 рисунков и 22 таблицы.

ГЛАВА 1. СИСТЕМА МАРКЕТИНГА И СТАНОВЛЕНИЕ МАРКЕТИНГА ОТНОШЕНИЙ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В современной теории и практике маркетинга сферы услуг ключевой стала концепция маркетинга отношений, что явилось закономерным результатом эволюционного развития и симбиоза концепций внешнего и внутреннего маркетинга. Для понимания сущности произошедших перемен, а также исходя из целей диссертационного исследования, необходимо разобраться в отдельных составляющих этих перемен. В этой связи в рамках первой главы данной работы рассмотрены такие направления и формы организации маркетинга как внешний и внутренний маркетинг и обосновано видение маркетинга отношений как симбиоза форм внутреннего и внешнего маркетинга. Указанные теоретические тезисы проанализированы в применении к сфере здравоохранения как агрегированному объекту исследования диссертационной работы.

1.1. Внешний маркетинг в здравоохранении

Специфика отрасли здравоохранения и прямое воздействие на состояние здоровья пациента и качество его жизни определяет особенности маркетинга в этой сфере. В данном параграфе охарактеризовано развитие маркетингового подхода в медицинской сфере, а также выделены и структурированы основные подходы к пониманию маркетинговых концепций клиентоориентированности и воспринимаемой ценности услуги.

1.1.1. Основные этапы внедрения и развития маркетинга в здравоохранении

Использование инструментария маркетинга в здравоохранении имеет почти полувековую историю. Пионерами развития различных направлений и форм маркетинга в индустрии здоровья являются США, поэтому анализ истории внедрения и развития маркетинга в медицине отражает, прежде всего, опыт этой страны. По нашему мнению, этот анализ может быть весьма показателен, так как проблемы, связанные с управлением маркетинговой деятельностью в здравоохранении США, могут быть учтены в ходе модернизации здравоохранения в нашей стране. Ретроспективный анализ проведен на основе трудов Е. Берковица [Berkowitz, 1996], С. Фолланда, А. Гудмана и М. Стано [Folland et al., 2007] и ряда других авторов.

1950-е гг.

В то время как 1950-е годы считаются расцветом эры маркетинга во всех других отраслях, в здравоохранении маркетинг только начал зарождаться. На этом этапе инструменты маркетинга использовались лишь фармацевтическими компаниями и страховыми медицинскими организациями. Организации здравоохранения и частные

практикующие врачи рассматривали маркетинг лишь как средство рекламы, поэтому маркетинг считался неуместным и, в какой-то степени, даже неэтичным. Отметим, что в деятельности крупнейших медицинских центров уже тогда существовала практика организация PR-активностей и бесплатных образовательных программ медицинскими организациями для привлечения квалифицированных сотрудников, однако эта практика не рассматривалась как маркетинговые мероприятия.

Спрос на медицинские услуги был неэластичным, поэтому крайне мало внимания уделялось пациенту как потребителю услуги. Основная цель медицинских организаций состояла лишь в предоставлении медицинской услуги, какого бы качества она ни была.

1960-е гг.

В деятельности медицинских организаций начинают появляться такие базовые маркетинговые функции как сбор, хранение и систематизация информации о пациентах. В этот период медицинские организации начинают активно развивать такой инструмент маркетинга как связи с общественностью (PR). При этом, под «общественностью» в 1960-е годы понимается все еще не пациент с его потребностями, а практикующие врачи, которые направляли пациентов в ту или иную медицинскую организацию, а также спонсоры, которые осуществляли благотворительные взносы. Пациенты не рассматривались в качестве основного объекта маркетинговых усилий, так как их выбор медицинской организации был опосредован и продиктован рекомендациями лечащего врача.

Несмотря на то, что в этот период в большинстве отраслей активно развивалось использование телевидения и радио в качестве каналов массовой коммуникации, в медицинской сфере их использование ограничивалось лишь комментариями врачей на вопросы журналистов о состоянии пациентов, поступивших в медицинские организации вследствие чрезвычайных происшествий, освещаемых прессой. Основным каналом коммуникации в этот период выступают печатные издания, в которых медицинские организации начинают активно публиковать ежегодные отчеты о результатах деятельности, информационные брошюры и т.д.

1970-е гг.

В 1970-е гг. значительно вырастает объем предоставляемых платных и бесплатных медицинских услуг. В совокупности со снятием законодательных ограничений на проведение рекламных мероприятий медицинские организации значительно расширяют набор используемых маркетинговых инструментов. Именно с этого момента начинают появляться аналитические исследования по рынку медицинских услуг. Большое внимание маркетингу в здравоохранении уделялось маркетинговыми специалистами, которые

работали вне этой сферы и искали возможность продвижения маркетинга в те отрасли, в которые он еще не проник.

Официальное признание существования маркетинга в здравоохранении произошло в 1977 г., когда прошла первая конференция, посвященная маркетингу в медицине, спонсируемая American Hospital Association.

Главная цель деятельности медицинских организаций трансформировалась: теперь она стала заключаться в привлечении максимального числа пациентов, а также медицинских специалистов, способных удовлетворять возросший спрос на медицинские услуги. В связи с этим медицинские организации начинают развивать программы лояльности медицинского персонала, разрабатывать опционные программы для удержания их в организации, «переманивать» высококлассных специалистов из других организаций, и т.д.

Кроме того, во второй половине 1970-х гг. медицинские организации разворачивают массовые рекламные кампании на радио и телевидении по продвижению своих медицинских услуг среди пациентов. Главная цель этих рекламных кампаний заключалась в том, чтобы определить выбор пациента в пользу нужной медицинской организации, когда врач предлагает получить прописанное лечение в нескольких (на выбор) медицинских организациях. Соответственно, маркетинговые коммуникации были направлены уже не на практикующих врачей и на спонсоров, а на пациентов, возросла роль потребностей пациента и их максимального удовлетворения со стороны медицинской организации.

1980-е гг.

1980-е гг. – это период активного развития и зрелости маркетинга в медицине. Медицинские организации вместо стратегий продвижения, ориентированных на продавцов (так называемые push-стратегии), переходят к реализации стратегий продвижения, направленных на формирование спроса со стороны покупателей (pull-стратегии). Пациент становится основным лицом, принимающим решение о выборе медицинской организации и, как следствие, основным объектом маркетинговых усилий медицинских организаций. Медицинские организации начинают продвигать не отдельные услуги, а линейки услуг, появляются крупные сети медицинских центров.

Особенностью этого периода стал острый дефицит профессиональных маркетологов, которые были бы знакомы с особенностями отрасли здравоохранения и, как следствие, могли трансформировать маркетинговые техники, реализуемые в других отраслях, для использования в медицине. Маркетинг не рассматривался как составляющая часть операционной деятельности, маркетологи были внешними специалистами для отрасли здравоохранения и зачастую предоставляли свои услуги на базе аутсорсинга.

В этот период маркетинг в здравоохранении по-прежнему рассматривался очень узко и в основном сводился к рекламе. Рекламные кампании медицинских организаций имели огромные бюджеты. Однако, увидев или услышав рекламный ролик и придя в медицинскую организацию, пациент не получал должного внимания к его потребностям и, что наиболее важно, зачастую не получал качественной медицинской услуги. Именно поэтому с конца 1980-х гг. большинство медицинских организаций начинают проводить исследования поведения своих потребителей [Herzlinger, 1997] и внедрять принципы маркетинга отношений и основ клиентоориентированности.

1990-е гг.

В этот период утверждается подход к пациенту как потребителю медицинских услуг. Пациенты становятся лучше осведомлены о своих потребностях, предъявляют более высокие требования к процессу предоставления медицинской услуги – встает необходимость не только оказать качественную медицинскую помощь, но и сформировать ценность услуги для потребителя.

Усложняется управление отраслью, в связи с чем появляются управленцы-организаторы здравоохранения, которые, в отличие от клиницистов, имеют управленческие знания. Медицинские организации начинают выстраивать внутренний маркетинг - политика и внутренние процедуры, которые раньше были организованы, исходя из удобства персонала, теперь перестраиваются, исходя из потребностей пациентов. Возникает новая маркетинговая парадигма, основной акцент которой направлен на новые группы покупателей (организации, приобретающие медицинские программы для сотрудников).

Существенно возрастает роль маркетинговых исследований в области поведения пациента при выборе медицинской организации, при выборе набора оказываемых медицинских услуг и т.д., то есть у медицинской организации возникает потребность лучше знать своих пациентов, собирать о них информацию из всех возможных источников и эффективно ее использовать. Таким образом, впервые можно говорить о масштабном распространении концепции клиентоориентированности (пациентоориентированности), в соответствии с которой маркетинг становится составной, интегральной частью деятельности медицинской организации.

2000-2010-е гг.

Внедряются и развиваются принципы страховой медицины. Принципы маркетинга приобретают все большее значение как во взаимоотношениях «пациент - медицинская организация», так и во взаимоотношениях «медицинская организация - страховая медицинская организация», развивается конкуренция за привлечение страховых

медицинских организаций. Связи, взаимодействие и коммуникации усложняются, роль маркетинга значительно возрастает.

Маркетинговые усилия переносятся с оказания медицинских услуг людям, которые больны и нуждаются в выздоровлении, на оказание профилактических, косметических, корректирующих медицинских услуг здоровым людям, не нуждающимся в оказании помощи по медицинским показаниям. Активно внедряются классические маркетинговые инструменты, такие как CRM, используются механизмы и методология сегментации потребителей, таргетированного позиционирования, прогнозирования. В продвижении медицинских организаций большую роль начинают играть социальные сети.

Кроме того, в указанный период появляется новое направление в продвижении медицинских слуг – электронное здравоохранение (eHealth). Этот термин официально появился в 2005 г. и был сформулирован Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) как «использование информационных и коммуникационных технологий в здравоохранении» в ходе 58-й сессии Ассамблеи ВОЗ, когда была разработана и подписана «дорожная карта» развития технологий электронного здравоохранения – Global Observatory for eHealth [WHO, 2005]. Появление этого направления связано с широким распространением Интернета, мобильных устройств смартфонов, программного обеспечения в свободном доступе, персональных электронных устройств (Personal Digital Assistants, PDA), которые расширяют преимущества от использования инструментов электронного здравоохранения. Во-первых, инструменты электронного здравоохранения способны оказывать помощь врачам в выборе того или иного алгоритма лечения пациента (поддержка при принятии решений). Во-вторых, эти инструменты позволяют пациентам самостоятельно контролировать свое состояние при долгосрочных хронических заболеваниях, изменять образ жизни и поведение пациентов, внедрять профилактические и здоровьесберегающие технологии. В-третьих, с точки зрения государства внедрение инструментов электронного здравоохранения способно повысить доступность медицинских услуг и эффективность функционирования сферы здравоохранения, гармонизировать доступ разных слоев населения к высококачественным медицинским услугам [Imison et al., 2016].

Изначально, фокус большинства инициатив в рамках электронного здравоохранения был смещен в сторону использования возможностей Интернета. Для сектора здравоохранения ключевые области преимуществ включают в себя развитие информационных систем здравоохранения, менеджмента знаний (Knowledge Management), открытый доступ к электронным медицинским журналам, дистанционное электронное обучение для медицинских специалистов. Позднее, по мере развития телекоммуникаций,

снижения стоимости и роста функциональности мобильных электронных устройств, существенно возрос интерес к мобильным коммуникационным технологиям. Получило развитие такое направление электронного здравоохранения как мобильное здравоохранение (mHealth) [Deloitte, 2014]. Количество приложений на базе мобильных платформ iOS и Android, способствующих поддержанию здорового образа жизни, обеспечивающих пациента постоянной информацией о показателях его здоровья, о результатах проведенных диагностических обследований и т.д., за последние три года удвоилось и по состоянию на 2015 г. достигло значения более 100 тыс. [Research2Research, 2015].

Таким образом, проведенный анализ истории возникновения и развития внешнего медицинского маркетинга и управления маркетинговой деятельностью показал, что происходило усложнение внедряемых принципов маркетинга в здравоохранении ввиду комплексности трех видов отношений между объектами медицинской отрасли – построение взаимоотношений с пациентами, персоналом и со страховыми медицинскими компаниями.

Основные тренды развития управления маркетинговой деятельностью в изменяющихся рыночных условиях в рамках медицинской организации являются взаимодополняющими и представляют собой движение к становлению и развитию маркетинга отношений, клиентоориентированному подходу при оказании медицинских услуг и созданию воспринимаемой пациентом ценности медицинской услуги. Указанные концепции и парадигмы являются ключевыми в маркетинговой теории и представляют интерес для целей данной работы. Далее обратимся к теоретической базе развития указанных концепций.

1.1.2. Воспринимаемая ценность услуги и ее роль в маркетинге услуг

Как было отмечено, одним из трендов развития маркетинговой деятельности в рамках медицинской организации является концепция воспринимаемой ценности, становление которой началось с конца 1990-х гг. Пик исследования феномена произошел в 2006-2008 годах, когда Marketing Science Institute включил определение воспринимаемой ценности в список самых приоритетных исследований.

Возросший интерес к данной концепции способствовал увеличению количества работ, посвященных ее изучению, и, как следствие, формированию многообразия подходов к трактовке понятия. В целом, представляется целесообразным разделить исследования на две основные группы: исследования, трактующие воспринимаемую ценность как одномерную величину (uni-dimensional), и исследования, трактующие ее как многомерную

величину (multi-dimensional). Ключевые теории и работы, отнесенные нами к той или иной группе, представлены в таблице 1.

Таблица 1 - Классификация подходов к изучению понятия воспринимаемой ценности

Понятие воспринимаемой ценности			
Одномерная величина		Многомерная величина	
Авторы	Методология/ теория/модель	Авторы	Методология/ теория/модель
[Monroe, Krishnan, 1985]	Теория цены	[Parasuraman, 1997; Woodruff, Gardial, 1996]	Теория потребительских предпочтений
[Bolton, Drew, 1991; Gutman, 1982; Zeithaml, 1988]	Теория целей и средств	[Babin, 1994]	Теория утилитарной и гедонистической ценности
[Cronin, Brady, 2000]	Теория издержек	[Hartman, 1967; Mattsson, 1992]	Аксиологическая модель ценности
		[Holbrook, 1999; Sheth et al., 1991; Sweeney, Soutar, 2001]	Теория потребительской ценности

Источник: составлено автором на основе работ указанных исследователей.

Кратко охарактеризуем каждый из выделенных подходов.

Исследования, определяющие воспринимаемую потребителем ценность как одномерную величину

Подход К. Монро [Monroe, Krishnan, 1985] к воспринимаемой ценности основывается на теории цены. Первые 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. Так, по мнению приверженцев этого направления, цена оказывала негативное воздействие на ценность, но при этом оказывала положительное воздействие на воспринимаемое качество товара или услуги.

Хотя ценность и была сформулирована в понятиях соотношения цены и качества, попытки количественного измерения воспринимаемой ценности выявили несостоятельность этого соотношения как формального фактора, влияющего на ценность.

Это первое исследование ценности было основано на экономической теории потребителя и на концепции полезности. Дальнейшие же исследования ушли намного вперед и ввели в теорию различные детерминанты (определяющие факторы) потребительской ценности, такие, например, как эмоциональная составляющая (affective element), воспринимаемый риск, концепция справедливой цены, и т.д.

Теория целей и средств (means-end theory), выдвинутая в 1982 году Д. Гутманом [Gutman, 1982], представляет собой теоретическую концептуальную структуру, которая соединила ценность товара или услуги для потребителя с теорией потребительского поведения. Эта теория постулирует, что на процесс принятия решения о потреблении товара или услуги влияет 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, поэтому потребление товаров или услуг является средством достижения желанных целей. Анализ взаимосвязи потребления и потребительского поведения позволил составить иерархию ценностей (hierarchical value map) [Шерешева, Костанян, 2015].

В. Цайтамль [Zeithaml, 1988] использовала теорию целей и средств, чтобы адаптировать и усовершенствовать первые исследования К. Монро (чья концепция воспринимаемой ценности базировалась на взаимосвязи цены и качества, как было указано выше). В. Цайтамль дала четыре разных определения ценности:

- *Ценность* – это низкая цена;
- *Ценность* - любое свойство, которое потребитель хочет видеть в товаре или услуге;
- *Ценность* – это полученное качество взамен за уплаченную цену;
- *Ценность* - 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.).

Как мы видим, последнее определение наиболее всеобъемлющее и помогает понять основную идею исследователя: *ценность – это разница между тем, что потребитель получил, и тем, что он затратил.*

Далее, В. Цайтамль предложила модель теории целей и средств, в которой иерархия переменных была выстроена в соответствии с их уровнем абстракции. Это означает, что люди оценивают товары или услуги в большей степени на основе собственного восприятия

цены, качества и ценности, нежели на основе объективных характеристик. В этой иерархии ценность и качество обладают наиболее высоким уровнем абстракции. Тем не менее, ценность отличается от качества тем, что она более индивидуальна и отличается у разных потребителей.

Автор также выделяет и противопоставляет внутренние и внешние свойства товара или услуги. *Внутренние свойства* – это те свойства, которые не могут быть изменены без изменения самого продукта и поэтому потребляются вместе с продуктом. Наоборот, *внешние свойства* – это те свойства, которые относятся к продукту, но не являются его составной частью. Таким образом, автор предполагает, что формирование воспринимаемой ценности зависит от конкретных (ситуационных) условий потребления товара или услуги.

Итоги работы В. Цайтамль стали отправной точкой для других исследователей. Так, Р. Болтон и Д. Дрю [Bolton, Drew, 1991] предложили многоступенчатую модель оценки услуги, в том числе ценности услуги. В отношении этой модели можно отметить следующее: так как цена и качество являются воздействующими факторами для воспринимаемой ценности, то такие компоненты качества как исполнение, ожидание, не подтверждение ожиданий должны быть оценены по-разному, то есть обладают разными весовыми коэффициентами.

Новые идеи были выдвинуты в исследованиях Д. Кронина и М.Брейди [Cronin, Brady, 2000]. Авторы представляют ценность либо как мультипликативную функцию выгод и затрат, либо как аддитивную функцию от этих же переменных. В соответствии с этими понятиями, авторы утверждают, что традиционное формализованное определение ценности в виде дроби, в числителе которой стоят выгоды, а в знаменателе – затраты, не соответствует результатам современных исследований. Так, ценность должна быть представлена как аддитивная функция (сложение) выгод и затрат для потребителя.

Исследования, определяющие воспринимаемую потребителем ценность как многомерную величину

Взяв в качестве основы теорию целей и средств (means-end theory), о которой шла речь выше, Р. Вудруф и С. Гардиал [Woodruff, Gardial, 1996] усовершенствовали ее с целью создания иерархии потребительских ценностей. Основные постулаты их теории таковы:

- Существует три иерархических уровня ценностей: характерные свойства товара или услуги, результат потребления и ожидаемое конечное состояние. В этой иерархии нижние уровни – это средства достижения более высоких уровней ценности;
- Чем выше уровень ценности в иерархии, тем выше уровень абстракции;
- Существует тенденция устойчивого увеличения верхних слоев иерархии.

В соответствии с выдвинутой теорией, заключения потребителя о ценности определяются условиями конкретной ситуации, меняются с течением времени, связаны с наличием или отсутствием «катализаторов» оценки ценности. Таким образом, в данной теории подчеркивается, что ценность является результатом восприятия, предпочтений и оценки потребителя, и, следовательно, может изменяться с течением времени.

Основываясь на работе Р. Вудруфа, А. Парасураман [Parasuraman, 1997] предложил концепцию мониторинга потребительской ценности для четырех категорий потребителей: новых (первичных) потребителей, краткосрочных приверженцев, долгосрочных приверженцев и «перебежчиков». Сегментируя потребителей таким образом, исследователь далее рассматривает эффективные способы оценки воспринимаемой ценности для каждой из категорий.

Р. Хартман [Hartman, 1967] выдвинул аксиологическую модель ценности, основываясь на понятиях внешней ценности, внутренней ценности и систематической ценности.

- 1) *Внешняя ценность* отражает утилитарное, эффективное использование услуги как средство достижения;
- 2) *Внутренняя ценность* выражает эмоциональную оценку потребления;
- 3) *Систематическая ценность* относится к рациональным, логическим аспектам.

Схожую теорию выдвинул и Д. Мэттссон [Mattsson, 1992], выделяя три вида ценности: E – emotional (эмоциональная), P-practical (практическая), L-logical (логическая). При этом E стоит выше P, а P доминирует над L.

Далее автор конкретизировал аксиологическую модель применительно к сфере услуг. Кроме того, в работах было проанализировано, как стадии процесса оказания услуг могут быть проанализированы с точки зрения трех аксиологических измерений ценности, и какой вклад каждая из стадий вносит в общее удовлетворение потребителя.

Хотя потребление товаров и услуг приводит и к утилитарным (практическим), и к гедонистическим (связанным с удовольствием) результатам, долгое время не уделялось абсолютно никакого внимания гедонистической составляющей. Первым определил оба эти понятия Б. Бабин [Babin, 1994]:

- Утилитарная ценность – ценность рациональная, функциональная, когнитивная, является средством достижения;
- Гедонистическая ценность – отражает развлекательную составляющую, эмоциональный настрой.

Таким образом, целый ряд исследователей указывают на то, что воспринимаемая ценность является не одномерной, а многомерной величиной.

Теория потребительской ценности, выдвинутая Д. Шетом [Sheth, Newman, 1991], утверждает, что потребительский выбор - «покупать – не покупать», выбор одних товаров или услуг в пользу других, предпочтение одного бренда другому – влечет за собой разные формы ценности, которые представляют собой функциональную, социальную, эмоциональную, условную и эпистемологическую виды ценностей, в частности:

- *Функциональная ценность*: оценивает, насколько товар функционален и практичен с физической точки зрения;
- *Социальная ценность*: оценивает образ товара или услуги с точки зрения его адекватности по отношению к общепринятым социальным нормам в тех социальных группах, с которыми общается потребитель;
- *Эмоциональная ценность*: оценивает различные эмоциональные состояния от потребления товара или услуги, которые могут быть как положительными (уверенность, возбуждение), так и отрицательными (страх, злость);
- *Ценность знания (эпистемологическая)*: относится к желанию знать объективную информацию о товаре или услуге;
- *Условная ценность*: отражает тот факт, что потребительский выбор весьма условен и зависит от набора обстоятельств в момент принятия решения о покупке.

Кроме того, эта теория основывается на трех предпосылках: (i) потребительский выбор – это функция от многих переменных, (ii) указанные формы ценности делают разный вклад (имеют разное значение и весовой коэффициент) в различных ситуациях выбора, (iii) значения тех или иных форм ценности не взаимосвязаны.

Развивая теорию потребительской ценности, Д. Суини и Д. Соутар [Sweeney, Soutar, 2001] разработали модель PERVAL, позволяющую оценить восприятие потребителем ценности товаров длительного пользования. Авторы пришли к выводу, что есть четыре измерения ценности (эмоциональная, социальная, функциональная и цена), но эмпирические данные не подтвердили наличие таких форм ценности, как условная и ценность знания. Впоследствии, с учетом наработок новой институциональной экономической теории, исследователи предложили использовать не просто понятие цены (фактически уплаченных денежных средств) как измерения ценности, но и учитывать все остальные нематериальные издержки, такие как время, усилия на поиски, затраченная энергия.

М. Холбрук [Holbrook, 1999] предложил типологию потребительских ценностей, выделив три классификации:

- I. *Внешние* (необходимы для достижения будущих целей)/*внутренние* (предмет потребления ценен сам по себе) ценности;
- II. *Ценности, ориентированные на себя* (важен эффект потребления товара для самого себя)/*на других* (важен эффект потребления товара, произведенный на других);
- III. *Активные* (с объектом потребления совершаются определенные действия)/*реактивные* (объект потребления воздействует на потребителя) ценности.

Проанализировав все одномерные и многомерные модели воспринимаемой ценности, мы считаем, что типология М. Холбрука является самой всеобъемлющей и раскрывает процесс потребления со всех сторон. Именно эта теория внесла наибольший вклад в исследование понятия воспринимаемой ценности. Исходя из этого, в своей работе мы будем придерживаться следующего определения воспринимаемой ценности, данного М. Холбруком: это взаимодействие оценивающего субъекта (потребитель) и оцениваемого объекта (товар или услуга), которое является индивидуальным и ситуационным, всегда предполагает выбор между разными группами объектов и по своей сути является переживанием [Шерешева, Костянян, 2015].

1.2. Внутренний маркетинг в здравоохранении

В связи с исключительной индивидуальной ролью врача в процессе оказания медицинских услуг особую важность приобретает вопрос трудовых ресурсов в отрасли здравоохранения. В данном параграфе охарактеризованы основные этапы в развитии концепции внутреннего маркетинга, в частности в медицинской сфере, а также представлено видение данной формы организации маркетинга как механизма интеграции сотрудников в ценности бренда.

1.2.1. Эволюция развития концепции внутреннего маркетинга и ее применение в медицинской сфере

Как отмечено выше, практика и философия внутреннего маркетинга начали формироваться с конца 1970-х гг. В этот период существенно возрос объем исследований о роли персонала организации в оценке качества товара или услуги внешними контрагентами - клиентами, поставщиками, обществом и т.д. Концепция внутреннего маркетинга изначально была применена в организациях, занимающихся оказанием услуг, где персонал организации непосредственно взаимодействует с внешними клиентами, формирует их общее впечатление и восприятие, воздействует на уровень лояльности.

Для медицинской сферы концепция внутреннего маркетинга имеет особое значение. Отрасль здравоохранения как социальная отрасль в качестве услуги предоставляет

медицинскую помощь. Взаимоотношения «врач-пациент» имеют важное значение при оказании медицинской услуги, а роль личности врача, бренд врача в существенной мере определяют выбор пациента в пользу той ли иной медицинской организации. Таким образом, роль управления персоналом в медицинской организации, в частности, обучение персонала, его развитие, то есть реализация концепции внутреннего маркетинга и его использование в качестве механизма вовлечения сотрудников в ценности организации как бренда, приобретает особое значение в связи с высокой индивидуальной ответственностью врача.

С момента появления в конце 1970-х гг. до настоящего времени в зарубежной научной литературе исследователи по-разному трактовали понятие внутреннего маркетинга, вследствие чего было сформулировано множество определений этого понятия. В таблице 2 представлено разнообразие подходов пониманию концепции внутреннего маркетинга.

Таблица 2 - Подходы к определению концепции внутреннего маркетинга

Автор	Краткое определение понятия внутреннего маркетинга
<i>Поведенческий подход</i>	
[Berry et al., 1976]	Повышение удовлетворенности внешних клиентов организации путем повышения удовлетворенности внутренних клиентов организации, которыми являются ее сотрудники, напрямую взаимодействующие с внешними клиентами
[Berry, 1984]	Восприятие сотрудников организации как внутренних клиентов, восприятие работы (должностных обязанностей) как внутреннего продукта, который удовлетворяет нужды и потребности внутренних клиентов при решении задач и достижении целей организации
[Berry, Parasuraman, 1991]	Привлечение, развитие, мотивирование и удержание квалифицированного персонала посредством предоставления им такой работы, которая воспринималась бы как внутренний продукт организации; философия отношения к сотрудникам организации как к клиентам; стратегия формирования рабочих мест в соответствии с потребностями сотрудников
<i>Маркетинговый подход</i>	

[Gronroos, 1985]	Ориентация на сотрудников как на внутренний рынок организации для воздействия на уровень клиентоориентированности, продаж, конкурентную позицию и т.д.
[Rafiq, Ahmed, 2000]	Усилия, направленные на использование маркетингового подхода при решении внутриорганизационных проблем, с тем чтобы мотивировать, координировать и интегрировать сотрудников организации к эффективной реализации корпоративных и функциональных стратегий и, как следствие, достичь высоко уровня клиентоориентированности организации
Коммуникативный подход	
[Keleman, Parasolomou-Doukakis, 2004]	Управленческая философия, ориентированная на создание эффективных внутренних взаимоотношений между сотрудниками всех уровней путем развития сервисориентированных и клиентоориентированных навыков у персонала организации
Организационный подход	
[Gummesson, 2000]	Связующий аспект между внутренней структурой организации и внешним рынком, на котором она функционирует
[Bennett, Barkensjo, 2005]	Обеспечение сотрудников организации видением миссии организации, поощрение эффективных внутренних коммуникаций, обеспечение обучения и развития персонала, выстраивание четкой организационной структуры, обеспечение сотрудникам возможности самореализации и саморазвития
Процессный подход	
[Mulhern, Schultz, 2010]	Постоянный процесс в организации, в ходе которого организация мотивирует и выстраивает деятельность своих сотрудников на всех уровнях в соответствии с единой целью организации, заключающейся в непрерывном создании положительного опыта и впечатлений у клиентов при взаимодействии с компанией

Источник: составлено автором на основе работ указанных исследователей.

Для целей данной работы под понятием «внутренний маркетинг» будет пониматься механизм вовлечения сотрудников в ценности организации как бренда посредством

стратегического видения персонала организации как внутренних клиентов, которые воспринимают свою работу как воспроизводство внутренних продуктов и услуг, удовлетворяющих потребности внутренних клиентов, и, как следствие, внешних клиентов организации. Другими словами, это усилия, направленные на обучение и развитие клиентоориентированного персонала.

Базовую концепцию маркетинга персонала можно описать в двух аспектах. Во-первых, каждый сотрудник организации имеет своего внутреннего клиента и одновременно является внутренним клиентом какого-либо другого сотрудника организации. Во-вторых, организация (работодатель) должна обеспечить для сотрудников такие преимущества, выгоды, условия труда и отдыха и т.д., которые будут способны сделать сотрудников лояльными к организации, что приведет к лучшим результатам деятельности организации на внешних рынках.

Выделяют три основных цели внутреннего маркетинга [Gronroos, 1990]:

- **Первая цель** связана с внутренним рынком и подразумевает инвестиции в персонал для достижения у них чувства принадлежности к организации, понимания и разделения целей и видения организации, желания действовать для достижения стратегических целей организации;
- **Вторая цель** связана с внешним рынком и подразумевает инвестиции в клиентов организации для развития прочных и долгосрочных взаимоотношений, формирования и поддержания лояльности;
- **Третья цель** также связана с внешним рынком и подразумевает создание конкурентного преимущества и других условий, способствующих продолжительной деятельности организации на конкурентном рынке в борьбе за клиентов.

Кроме того, некоторые исследователи выделяют также дополнительные цели внутреннего маркетинга, в том числе:

- Мотивация персонала [Gronroos, 1991];
- Увеличение удовлетворенности персонала [Lings, 1999];
- Увеличение производительности персонала [Thomson, 1996];
- Удержание персонала [Lancy, Но, 2015].

Таким образом, можно систематизировать цели внутреннего маркетинга, представив их в виде следующей матрицы (табл. 3).

Таблица 3 - Систематизация целей внутреннего маркетинга

	Внутренние цели	Внешние цели
На стратегическом уровне	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Мотивация персонала ▪ Удовлетворенность персонала ▪ Вовлеченность персонала ▪ Лояльность персонала 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Достижение конкурентного преимущества путем дифференциации ▪ Завоевание новых покупателей/рост рыночной доли ▪ Удержание покупателей, повышение их лояльности ▪ Создание и поддержание положительной репутации
На тактическом уровне	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Привлечение и найм персонала Создание информационной базы данных сотрудников ▪ Защита и использование результатов интеллектуальной деятельности персонала 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Удовлетворенность клиентов ▪ Клиентоориентированное поведение персонала и организации в целом

Источник: составлено автором на основе [Bruhn, 2001; Munteanu et al., 2014].

Первоначально концепцию внутреннего маркетинга развивали, в основном, зарубежные исследователи применительно к развитым рынкам, так как на развивающихся рынках, в том числе в России, не было создано предпосылок для развития подобных маркетинговых концепций. За почти полувековой промежуток времени в американской и европейских экономиках произошли существенные изменения экономической конъюнктуры, имели место как периоды быстрого рыночного роста, так и моменты существенных кризисов, изменялось видение персонала организации и способов его развития, вследствие чего претерпевала изменения и концепция внутреннего маркетинга. Нами было выделено 4 основных хронологических этапа развития внутреннего маркетинга в зарубежной научной литературе.

На первом этапе развития концепция маркетинга персонала касалась одной из самых острых проблем в сфере маркетинга - проблемы качества услуг. Это предопределило

основу подхода к пониманию маркетинга персонала в этот период: признание тесной взаимозависимости удовлетворенности внешних клиентов (покупателей) и удовлетворенности внутренних клиентов – сотрудников организации.

Основными представителями этого этапа развития концепции маркетинга персонала являются Р. Брукс [Brooks et al., 1999], Ф. Котлер [Котлер, 2002], Л.Берри, А. Парасураман [Berry, Parasuraman, 1991] и др. Так, Л. Берри, как и другие представители этого этапа, подчеркивал, что выстраиванию взаимоотношений с покупателями и другими внешними контрагентами должно предшествовать выстраивание взаимоотношений внутри организации с сотрудниками, производящими продукт или услугу. Продолжая эту мысль, Л. Берри разработал модель, в основе которой лежит следующее: отношение к персоналу компании как к клиентам изменит отношение сотрудников к своим обязанностям и повысит уровень их ответственности к выполняемой работе, что станет одним из главных конкурентных преимуществ компании. Такое отношение к персоналу организации требует, чтобы выполняемая работа позиционировалась как любой другой продукт или услуга, производимая в организации.

В модели Берри можно выделить следующие блоки [Berry 1999]:

- *Борьба за таланты*: необходимо приглашать на работу и работать над повышением лояльности тех сотрудников, кто действительно способен к высокоэффективному труду, обладает определенным талантом в выбранной сфере деятельности;
- *Ясные перспективы*: доведение до каждого сотрудника цели и миссии организации внедрение прозрачной системы материальной и нематериальной мотивации, выстраивание структурированной иерархичной системы должностей и повышения квалификации, карьерных перспектив;
- *Обучение персонала*: выстраивание непрерывного процесса обучения и повышения квалификации персонала по получению навыков и умений, способных сформировать и поддерживать на должном уровне отношение персонала к своим обязанностям;
- *Персонал – единая команда*: сплоченность коллектива организации особенно важна в сфере услуг, которая в большей степени представляет собой эмоциональный труд и требует наличия методов и процессов восстановления и поддержки персонала как команды;
- *Наделение полномочиями*: разумное расширение полномочий сотрудников, особенно в проблемных или конфликтных ситуациях, предоставление права самостоятельно принимать решения;

- *Поощрение достижений*: обеспечение сотрудников обратной связью по результатам работы, осуществление соответствующего вознаграждения.

Таким образом, основная цель модели маркетинга персонала у Л. Берри – это усиление конкурентного преимущества внутренними ресурсами компании. Несмотря на то, что цель является внешней по отношению к организации, модель имеет четко выраженный внутренний фокус.

Второй этап развития концепции маркетинга персонала характеризовался встраиванием маркетинга персонала в совокупную стратегию управления организацией. Особое внимание уделялось аспекту ориентации сотрудников организации на внешнюю среду – клиентов, конкурентов и т.д. В концепции маркетинга персонала это выражалось в том, что сотрудники организации должны были иметь информацию о конкурентах, их слабых и сильных сторонах, возможностях и препятствиях развития и использовать эту информацию для более полного удовлетворения потребностей клиентов. Наряду с другими представителями этого периода, такими как Н. Пирси [Piercy, 1991], Д. Шульц [Schultz, 2004] и др., существенный вклад в развитие второго этапа концепции маркетинга персонала внес К. Гренрус [Gronroos, 1994], известный представитель так называемой Северной школы маркетинга услуг. В соответствии с моделью, разработанной К. Гренрусом, клиентоориентированное мышление и идеология должны разделяться всеми сотрудниками. В связи с этим, К. Гренрус предлагает придерживаться следующих принципов:

- Внутренний трудовой ресурс организации является «полигоном» для всех инициатив в рамках внешних маркетинговых программ;
- Управление персоналом представляет собой не только непосредственное управление сотрудниками, но и управление бизнес-процессами, связанными с персоналом. В связи с этим, необходимо заниматься такими видами управления как управление поведением (установками) персонала и управление коммуникациями (в частности, установление прямой и обратной связи).

По К. Гренрусу, достижение успеха возможно лишь при внедрении маркетинга персонала в общую стратегию организации, при этом организационная структура не должна противоречить концепции маркетинга персонала, а высшее руководство должно непрерывно демонстрировать приверженность принципам и инициативам маркетинга персонала.

Сравнивая модели Л. Берри и К. Гренруса, можно выделить как определенные сходства, так и различия. С одной стороны, в обеих моделях сотрудники являются первичным рынком для организации и обе модели статичны – в них не заложены возможности изменения в управлении организацией в зависимости от удовлетворенности,

восприятия и лояльности клиентов. С другой стороны, модель К. Гренруса, в отличие от модели Л. Берри, имеет четкий внешний фокус – достижение удовлетворенности клиентов как определяющий фактор роста показателей финансово-экономической деятельности организации.

Третий этап развития концепции маркетинга персонала связан с формированием единых ценностей у всех сотрудников организации. Такая необходимость возникает в связи с тем, что любые нововведения, в том числе связанные с инициативами маркетинга персонала, сопровождаются трудностями и адаптационным периодом, необходимым для сотрудников организации. Среди представителей этого этапа Дж.Дарлинг, Р.Тейлор [Darling, Taylor, 1989], М. Беккерс, Р. ван Хаастреخت [Bekkers, van Haastrecht, 1993; van Haastrecht, Bekkers, 1995] и др., но самый существенный вклад на этом этапе внесли А. Ахмед и М. Рафик [Ahmed, Rafiq, 2002; Ahmed, Rafiq, 2003], которые значительно усовершенствовали две предыдущие модели, дополнив их механизмами мотивации сотрудников и детализацией причин взаимосвязи между удовлетворенностью клиентов и ростом прибыли организации. Связующим звеном, по их мнению, является лояльность сотрудников к организации.

В основе модели А. Ахмеда и М. Рафика лежит понимание удовлетворенности сотрудников как функции от обучения. Удовлетворенность сотрудников влияет на качество обслуживания опосредованно, так как является лишь одним из факторов наряду с мотивацией, клиентоориентированностью, склонностью к продажам и т.д. Еще одним важным дополнением в новой модели стало то, что авторы предлагали проводить сегментирование сотрудников по степени их лояльности (включая выявление потребностей, желаний и т.д.), а также по степени влияния различных стратегий управления персоналом на сотрудников организации. Новая модель координирует и соединяет в себе функции маркетинга и управления персоналом и может быть применима в организациях любого размера и любой сферы деятельности. Аналогично модели К. Гренруса, фокус в модели Ахмед-Рафика – внешний, в ней учитываются как интересы самой организации, так и интересы сотрудников и клиентов.

Четвертый этап развития концепции маркетинга персонала связан с процессами планирования и внедрения механизмов ротации и перемещения сотрудников внутри самой организации. В соответствии с таким взглядом на концепцию внутреннего маркетинга через процессы децентрализации и оценки каждого отдела как самостоятельной единицы, генерирующей прибыль (profit center), вся организационная структура становится единым внутренним рынком труда для каждого сотрудника организации, возникают явления внутриорганизационной конкуренции [Ballantyne, 2009]. Более того, при таком подходе

происходит трансформация сотрудников организации во внутренних клиентов, которые, в свою очередь, становятся клиентами друг друга внутри организации [Green et al., 1994; Gronroos, 1990].

Помимо исследований, определивших указанные выше этапы развития концепции маркетинга персонала, есть также отдельные работы, которые не задали существенно нового направления для развития маркетинга персонала, но, тем не менее, вносят некоторые новые элементы в целостную картину концепции.

Так, И. Лингсом была предложена модель, в рамках которой персонал предстает одновременно как организационный ресурс и как клиентский сегмент [Lings, 2005; Lings, 2009].

Другой исследователь в области маркетинга персонала, М. Браун, анализирует совокупность факторов, влияющих на степень удовлетворенности сотрудников организации. Среди них он особенно выделяет психологические факторы (авторитет руководства, наделение полномочиями, прозрачность системы поощрения и мотивации и др.) и называет их отправной точкой всего маркетинга персонала.

Таким образом, охарактеризовав суть и основные этапы развития концепции внутреннего маркетинга, можно сделать вывод о том, что во главу угла ставится обучение и развитие персонала организации, отношение к персоналу организации как к ее внутренним клиентам. Для стабильно функционирующей и эффективно развивающейся организации внутренний маркетинг должен быть координирован с внешним маркетингом, так как оба вида маркетинга направлены на достижение единой цели – долгосрочного успеха на рынке.

1.2.2. Внутренний маркетинг как механизм интеграции сотрудников в ценности организации

Внутренний маркетинг организации является частью ее корпоративной стратегии, посредством определенных мероприятий способствует достижению стратегических и тактических целей организации и повышает ее конкурентоспособность в изменяющихся рыночных условиях. Кроме того, происходит нивелирование внутренних межфункциональных барьеров, усиление рыночной ориентации организации, удовлетворение потребностей внешних клиентов через удовлетворение потребностей внутренних клиентов (сотрудников), а также встраивание интересов и мотивации сотрудников в миссию, стратегию и цель организации в рамках ее взаимодействия с внешней средой. Внутренний маркетинг направлен на выстраивание долгосрочных

отношений организации с наиболее компетентными и талантливыми сотрудниками с повышенным уровнем лояльности к организационному бренду работодателя.

Для целей данной работы внутренний маркетинг, как уже было отмечено ранее, будет рассматриваться с точки зрения его способности интегрировать и вовлекать сотрудников в ценности организации как бренда. Так, в рамках внутреннего функционирования организации и ее взаимодействия с окружающей средой могут быть выделены различные группы заинтересованных лиц (стейкхолдеров), которые можно сгруппировать в три взаимозависимых и, в то же время, самостоятельных блока:

- Управленческие кадры (топ-менеджмент организации);
- Сотрудники организации;
- Клиенты организации.

Результатом эффективного внутреннего маркетинга является формирование воспринимаемой потребителем ценности услуги, соответствующей стратегическим целям и задачам организации, максимально удовлетворяющей выраженные и скрытые потребности клиентов, адекватной факторам и мотивам потребительского поведения и повышающей приверженность потребителя к организационному бренду. Ценности организации как бренда могут быть представлены в рамках трехстороннего взаимодействия (рис. 1).



Рисунок 1 - Формирование и развитие ценностей организации как бренда во взаимоотношениях между основными стейкхолдерами

Источник: составлено автором на основе [Пантелеева, Латышова, 2009]

Представленная на рис. 1 система ценностей организационного бренда может претерпевать существенные искажения при нарушении любого из трех направлений взаимовлияния стейкхолдеров и приводить к неблагоприятным последствиям в управлении маркетинговой деятельностью. Вследствие этого все три вершины и три грани условного «треугольника» представляют собой большой интерес для целей как внутреннего, так и внешнего маркетинга, а также маркетинга отношений.

Итак, рассмотрим роль вершин в «треугольнике»:

- **Топ-менеджмент:**

Внутренний маркетинг любой организации, в том числе и медицинской, направленный на развитие персонала, не может существовать в отрыве от деятельности управленческих кадров этой организации. Именно управленцы высшего звена принимают решения о формировании системы ценностей организации для потребителей и персонала организации, формулируют стратегию развития персонала, расставляют приоритеты в сфере управления персоналом, в том числе в вопросах обучения, мотивации, повышения уровня удовлетворенности персонала и т.д. Личностные и профессиональные качества человека, осуществляющего управленческую деятельность в организации, определяют его компетенции, в том числе управленческие компетенции, уровень развития которых определяет эффективность реализации той или иной стратегии организации. История становления и развития концепций управленческой деятельности, а также этапы развития термина «управленческие компетенции» представлена в *Приложении 2*.

Управленческие компетенции стали широким предметом исследований в 1980-1990-х гг. и впервые были описаны Р. Бояцисом [Boyatzis, 1982], который акцентировал внимание на необходимости образования в сфере менеджмента.

Иной подход предложен Дж. Рейвеном, который полагает, что управленческий потенциал находится полностью во власти личности и связан со структурой и силой проявления соответствующих мотивов [Raven, 1984].

Актуальность и острая практическая потребность в анализе и оценке управленческой деятельности обусловили многообразие исследований, предметом которых стали управленческие компетенции и которые условно можно разделить на следующие тематические области:

1. Анализ управленческих компетенций как особого вида функциональных компетенций, выявление их специфики [Boyatzis, 1982; Furnham, 2003; Raven, 1984];
2. Разработка и внедрение моделей управленческих компетенций для подготовки образовательных стандартов руководителей различных уровней, в том числе

государственных и муниципальных управленцев [Кудрявцева, 2013; De Beeck, Hondeghe, 2009];

3. Разработка моделей управленческих компетенций эмпирическим путем сбора и анализа больших массивов статистических данных о личностных и профессиональных качествах эффективных руководителей [Eichinger, Lombardo, 2004];

4. Разработка и внедрение моделей управленческих компетенций для нужд департаментов управления персоналом в отдельных производственных областях [Ужакина, 2015; Durgin, 2006].

▪ **Персонал:**

Как было отмечено ранее, персонал является ключевым объектом внутреннего маркетинга. Удовлетворенность персонала является важнейшим условием удовлетворенности потребителей организации, а также может служить показателем эффективности внутреннего маркетинга.

Существуют различные методологии оценки эффективности внутреннего маркетинга, основанные на дифференцированных аспектах внутренней среды и корпоративной стратегии в отношении персонала организации. Основные и наиболее часто применяемые методики представлены ниже:

1. *Теория мотивации Ф. Герцберга:*

Двухфакторная теория мотивация Ф. Герцберга [Herzberg et al., 1959] выделяет 16 ключевых факторов работы, которые по-разному влияют на удовлетворенность сотрудников и, соответственно, подразделены на 2 блока:

- Внешние факторы – факторы, удерживающие сотрудника на работе: кадровая политика, стиль управления, уровень заработной платы, организация охраны труда, состояние межличностной среды в коллективе и пр. Удовлетворение внешних факторов приводит лишь к состоянию отсутствия неудовлетворенности;
- Внутренние факторы (мотивирующие) – карьерное движение, самореализация, участие в процессе принятия решений, наделение властными полномочиями, признание и пр. Удовлетворение мотивирующих факторов приводит к состоянию удовлетворенности своим трудом, повышению эффективности и производительности работы.

Таким образом, для обеспечения полной удовлетворенности необходимо обеспечить удовлетворение внешних, а затем внутренних факторов мотивации.

2. Анализ «важность-исполнение»:

Анализ «важность-исполнение» состоит из трех ключевых этапов [Martilla, James, 1977]:

- Выделение определенных аспектов внутренней среды, подлежащих оценке;
- Оценка сотрудниками важности каждого из аспектов по 5-ти балльной шкале и оценка удовлетворенности каждым из аспектов;
- Выведение среднего балла по категориям «важность» и «исполнение» и нанесение их на карту - координатную ось «важность-исполнение», отражающую 4 квадранта (рис. 2).



Рисунок 2 - Карта анализа «важность-исполнение»

Источник: составлено автором на основе [Martilla, James, 1977]

Квадрант «Сосредоточиться на этом» указывает на проблемные зоны – аспекты, которые являются важными для сотрудников и влияют на эффективность их работы, но обделены вниманием со стороны организации; рекомендуется усилить реализацию этих аспектов.

Квадрант «Низкий приоритет» отражает аспекты, не являющиеся важными для сотрудников и обделенные вниманием со стороны организации; на подобные аспекты не рекомендуется тратить ресурсы организации.

Квадрант «Возможная переоценка» отражает аспекты, не являющиеся важными для сотрудников, но использующие слишком много ресурсов организации; рекомендуется пересмотреть расходование ресурсов на подобные аспекты.

Квадрант «Успешный результат» отражает аспекты, являющиеся важными для сотрудников, при этом сотрудники удовлетворены их реализацией; организации рекомендуется сохранить такое положение дел.

3. Методика «Organizational Commitment Questionnaire» (OCQ):

В рамках методики OCQ [Mowday, 1979] сотрудники оценивают 15 утверждений по 7-балльной шкале Лайкерта. Полученные показатели анализируются в разрезе различных параметров, таких как пол, возраст, стаж работы и пр., и сравниваются с результатами прошлых периодов. Такая методика позволяет предотвратить назревание негативных тенденций в уровне удовлетворенности персонала организации.

4. Методика оценки уровня вовлеченности персонала, разработанная Marketing & Communications Agency (MCA)

В рамках метода MCA [Lorrie, Thomson, 1998] проводится оценка вовлеченности персонала по двум группам показателей – эмоциональным и интеллектуальным. В результате сотрудники делятся на следующие категории:

- «Чемпионы»: понимают ценности организации и способствуют достижению ее целей;
- «Наблюдатели»: понимают ценности организации, но не разделяют ее целей, возникает конфликт интересов;
- «Холостые залпы»: разделяют цели организации, но не понимают, как их реализовывать;
- «Слабые звенья»: не понимают ценности организации и не разделяют ее целей.

▪ **Потребители:**

Результатом усилий топ-менеджмента организации по формированию системы ценностей и усилий персонала организации по их передаче формирует воспринимаемую потребителем ценность услуги или товара. Данный аспект подробно проанализирован в главе 2 данной работы в связи с ролью формирования воспринимаемой ценности в теории маркетинга отношений.

Охарактеризовав роль вершин в условной схеме на рисунке 2, перейдем к описанию роли граней треугольника, то есть процессов передачи системы ценностей, и возможным последствиям при нарушении этих процессов:

- Грань между вершинами «Топ-менеджмент» и «Персонал» - разделяемые ценности не соответствуют декларируемым ценностям: персонал организации не знает, не разделяет систему ценностей и, вследствие этого, не может или не хочет транслировать ее во внешнюю среду организации;

- Грань между вершинами «Топ-менеджмент» и «Потребители» - воспринимаемые ценности не соответствуют декларируемым: потребители не осведомлены о системе ценностей организации либо не придают данной системе большого значения (декларируемые ценности не представляют для них важности). Кроме того, система ценностей организации может попросту не соответствовать ожиданиям пациентов, вследствие чего воспринимаемая ими ценность услуги или товара снижается;
- Грань между вершинами «Персонал» и «Потребители» - разделяемые и воспринимаемые ценности не соответствуют друг другу: персонал организации не следует декларируемым ценностям, или действия и поведение сотрудников не соответствуют ожиданиям потребителей.

Так или иначе, внутренний маркетинг с персоналом по главе угла является важнейшим механизмом интеграции сотрудников в систему ценностей организации как бренда. При четком выстраивании процессов в организации таким образом, чтобы разделяемые ценности соответствовали декларируемым, область риска смещается в поле непосредственного взаимодействия персонала организации с ее потребителями, то есть в сферу влияния маркетинга отношений, что является предметом следующего параграфа диссертационной работы.

1.3. Маркетинг отношений в здравоохранении как симбиоз форм внешнего и внутреннего маркетинга

В медицинской сфере вопрос непосредственного взаимодействия провайдера услуги с ее получателем, а также результат от получения услуги приобретает особую важность. В связи с этим актуализируется роль маркетинга отношений как основы взаимодействия врача и пациента. В данном параграфе диссертационной работы представлено видение становления маркетинга отношений как симбиоза форм внутреннего и внешнего маркетинга, а также представлены особенности потребительского выбора на рынке медицинских услуг, обусловленные важностью персонального бренда врача.

1.3.1. Формирование и развитие концепции маркетинга отношений

Ключевая идея концепции маркетинга отношений, основанного на базовых принципах внутреннего и внешнего маркетинга, состоит в том, что существование взаимоотношений между двумя сторонами при сделке обмена товарами или услугами создает дополнительную ценность как для покупателя, так и для продавца товара или услуги [Gronroos, 2000]. Впервые термин «маркетинг отношений» (relationship marketing) был введен в 1983 г. Л. Берри [Berry, 1983], а несколькими годами позже в 1985 г. Б.

Джексон [Jackson, 1985] впервые применила этот термин в отношении рынка промышленных товаров (B2B).

Тем не менее, необходимо отметить, что непосредственно идея – выстраивание взаимоотношений с клиентами - не нова и напрямую связана с историей торговли и коммерции. В связи с этим в различных отраслях знаний, таких как экономика, политика, социология, психология и др., возникали те или иные теории и парадигмы, которые стали предпосылками к возникновению и становлению концепции маркетинга отношений и прямо или косвенно повлияли на ее теоретические фундаментальные основы [Шерешева, Костянян, 2018]. Ключевые концепции, выделенные нами по данному признаку, представлены в таблице 4.

Таблица 4 - Истоки формирования концепции маркетинга отношений в разных областях научных знаний

	Теория/авторы	Основные положения
Социология и психология	Теория социального обмена [Homans, 1958]	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Индивид максимизирует выгоду и минимизирует издержки в общении; ▪ Действия индивида определяются общественные реакцией на его прошлые действия;
	Теория социальной сети [Emerson, 1972]	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Взаимодействие людей в ситуации неопределенности и риска; ▪ Проблема власти и зависимости; ▪ Проблема доверия в обменных отношениях;
Экономика	Теория транзакционных издержек [Williamson, 1975]	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Транзакция представляет собой передачу права распоряжения товаром или слугой в процессе обмена между участниками договора; ▪ Поведение участников транзакции противоречит принципам «идеального рынка»; ▪ Для избегания оппортунистического поведения используются различные инструменты социального контроля;

Право	Теория контрактов [Macneil, 1978]	Выделение 3 типов контрактов: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Классические контракты (обладают свойствами дискретности, независимости сторон друг от друга, преобладание формальных договоренностей); ▪ Неоклассические контракты (обладают свойствами неполноты, использования третьей стороны для улаживания конфликтов); ▪ Отношенческие контракты (обладают свойствами доминирования неформальных отношений над формальными положениями, подразумевает длительные партнерские отношения);
Менеджмент и государственное управление	<p>Теория зависимости от ресурсов [Pfeffer, Salancik, 1978]</p> <hr/> <p>Исследования межорганизационных и внутриорганизационных взаимоотношений между некоммерческими организациями [Aldrich, Whetten, 1981; Provan, Milward, 1981; Thorelli, 1986]</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Организации вступает в межорганизационные взаимоотношения для получения доступа к ресурсам, ранее недоступным для нее как для самостоятельного субъекта; ▪ Повышается важность власти как фактора влияния сторон друг на друга; <hr/> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Взаимоотношения между некоммерческими организациями: <ul style="list-style-type: none"> ○ Решают комплексные социальные проблемы; ○ Повышают эффективность предоставления общественных благ.

Источник: составлено автором на основе работ указанных исследователей

Социология и психология

Взаимоотношения и социальные сети долгое время были предметом исследования в социологии и социальной психологии, где они рассматривались с точки зрения их роли в процессе взаимодействия и процессе обмена отдельного индивида и общества. Ключевыми концепциями из этой отрасли знаний для маркетинга могут служить теория социальных

сетей и теория социального обмена, которые признаны основополагающими теориями в понимании термина «сети» в маркетинге.

Несмотря на то, что теория социального обмена берет свое начало в контексте персональных взаимоотношений и социальной психологии, она, безусловно, может быть применена и на уровне взаимоотношений организации с внешней средой с учетом адаптации объекта исследования (конкретной организации) к ключевым понятиям теории.

Экономика

В сфере экономики один из наиболее существенных вкладов в становление маркетинга отношений внесла теория транзакционных издержек О. Уильямсона, представителя новой институциональной экономической теории, с его понимаем экономической эффективности взаимоотношений и сетей. Транзакционные издержки включают в себя издержки ведения переговоров, издержки мониторинга и обеспечения соблюдения договоров с внешними контрагентами, издержки координации и издержки оппортунистического поведения [Williamson, 1979; Williamson, 1999]. Подобного рода издержки являются сложно идентифицируемыми и с трудом подлежащими количественной оценке в абсолютном выражении. В связи с этим организация должна выбрать один из двух способов минимизации своих издержек:

- Транзакции организации имеют место в рыночных условиях: рыночные цены становятся координационным механизмом взаимоотношений с другими организациями на рынке, рынок рассматривается как структура, управляющая этими взаимоотношениями;
- Транзакции происходят в рамках организации (интернализуются): система управления организацией (топ-менеджмент) становится координационным механизмом взаимоотношений внутри организации.

Эффективность взаимоотношений между организациями или внутри самой организации зависит от специфики активов, участвующих в транзакции, факторов внешней и внутренней неопределенности, а также частоты транзакций.

Право

Многие исследователи считают, что в основу развития маркетинга отношений как новой парадигмы маркетинга легли положения теории контрактов И. Макнейла [Macneil, 1978], в рамках которой он выделяет так называемые классические, неоклассические и отношенческие виды контрактов (см. табл. 4). Подобное разделение видов контрактов приводит к тому, что в рамках маркетинга отношений необходимо уделять внимание не только непосредственному прямому процессу обмена между двумя объектами, а выходить за рамки этого обмена и учитывать различные косвенные, неосознаваемые процессы,

сопутствующие обмену и определяемые сложившимися длительными партнерскими неформальными отношениями между субъектами обмена.

Менеджмент и государственное управление

Теория государственного управления стала еще одной областью исследований, внесшей свой вклад в понимание взаимоотношений в рамках маркетинга отношений.

Большую роль в управленческой теории взаимоотношений сыграла теория зависимости от ресурсов, разработанная Д. Пфеффером и Д. Саланчиком, берущая свои основы в теории социальной сети Р. Эмерсона. Основная идея теории зависимости от ресурсов заключается в том, что межорганизационные отношения – это инструмент, который используется организацией для получения доступа к ресурсам, необходимым для ее функционирования, и недоступным для организации как отдельного самостоятельного объекта. Следовательно, взаимоотношения зависят от воспринимаемой относительной важности обмена ресурсами между сторонами. Кроме того, между фирмами может возникать конфликт интересов из-за контроля над ресурсами, что повышает важность власти как фактора влияния сторон друг на друга. Основной вклад теории зависимости от ресурсов в развитие концепции маркетинга отношений заключается в указании на важную роль ресурсов, которые определяют поведение сторон обмена. Тем не менее, в теории есть значительные ограничения: предпосылка рациональности поведения субъектов обмена, а также игнорирование влияния внешних факторов, воздействующих на сделку обмена.

В рамках данного исследования важно также обратить внимание на эмпирические исследования межорганизационных и внутриорганизационных взаимоотношений между некоммерческими организациями (включая государственные организации). Ключевым выводом из этих исследований стало утверждение о том, что внутриорганизационные взаимоотношения и сетевые взаимодействия между некоммерческими организациями развивались как социальная система, призванная координировать ресурсы и решать комплексные социальные проблемы, такие как здравоохранение, образование и др. Акцент в этих работах был сделан на структуре и дизайне сети, а также на методах повышения эффективности предоставления общественных благ посредством политических решений, тем самым внимание ученых было сконцентрировано на сфере государственного управления.

Таким образом, развитие концепции маркетинга отношений опирается на достижения различных областей знаний и представляет собой результат взаимовлияния концепций и отдельных элементов внешнего и внутреннего маркетинга. Исследования в сфере маркетинга отношений последних десятилетий [Adjei et al., 2009; Eyuboglu, Vuja, 2007; Griffith et al., 2006; Hennig-Thurau et al., 2002; Mullins et al., 2014; Rasul, 2018] ставят

своей целью изучение взаимосвязи эффективности маркетинга отношений и качества предоставляемых услуг, необходимости маркетинга отношений в современной корпоративной культуре, методов количественной оценки маркетинга отношений и др. Во главе угла в этих исследованиях стоит вопрос повышения клиентоориентированности организации, которая выступает специфичным показателем уровня развития маркетинга отношений. В этой связи далее рассмотрены ключевые подходы к пониманию понятия клиентоориентированной организации и ее роль в потребительском выборе на рынке медицинских услуг.

1.3.2. Особенности потребительского выбора на рынке медицинских услуг

Ключевым условием развития любой современной организации является повышенное внимание к потребностям клиентов. Безусловно, особую роль при взаимодействии с клиентами играет персонал организации.

Несмотря на достаточный объем теоретической литературы по теме ориентации на клиента, накопленный за последние несколько десятилетий, нет единого понимания понятия клиентоориентированности организации. Многообразие подходов к пониманию данного термина позволило систематизировать основные методологические подходы (табл. 5). основополагающим является подход к рассмотрению клиентоориентированности в рамках более широкой концепции рыночной ориентации. Позже клиентоориентированность стала элементом рыночной ориентации, а в новейшее время выделилась в отдельное направление исследований [Костянян, 2018; Рожков и др., 2014].

Таблица 5 - Подходы к определению понятия клиентоориентированности

Авторы	Ключевой аспект	Характеристика клиентоориентированности
[Deshpandé, Webster, 1989; Kohli, Jaworski, 1990; Shapiro, 1988]	Принятие решений	Принятие четко скоординированных стратегических и тактических решений при участии различных функциональных подразделений на основе имеющейся информации о предпочтениях клиентов
[Deshpandé et al., 1993; Narver, Slater, 1990]	Создание ценности	Клиентоориентированность – это достаточное понимание целевых потребителей для того, чтобы создавать

		для них наивысшую ценность в течение продолжительного периода времени. Наряду с понятиями ориентации на клиентов рассматриваются понятия ориентации на конкурентов и межфункционального взаимодействия в компании
[Deshpandé, 1999]	Процессный аспект	Набор межфункциональных процессов, направленных на привлечение и удовлетворение клиентов с помощью мониторинга их потребностей
[Hennig-Thurau, 2004]	Поведенческий аспект	Мотивация сотрудников обслуживать клиентов, подкрепленная соответствующими техническими и социальными навыками и полномочиями принятия решений
[Ламбен, 2007]	Стратегический аспект	Изучение потребностей потребителей, создание для них ценности и развитие навыков предугадывать новые покупательские проблемы

Источник: составлено автором на основе работ указанных исследователей

Таким образом, существует широкий спектр организационных механизмов, формирующих клиентоориентированность организации:

- Внимание сотрудников к потребностям клиентов [Peters, Waterman, 1982];
- Приоритет интересов клиентов по сравнению с другими группами заинтересованных лиц [Deshpandé et al., 1993];
- Понимание целей и стратегии развития компании [Narver, Slater, 1990].

В ходе развития представлений о клиентоориентированности как деятельности компании по удовлетворению текущих и будущих потребностей была разработана концепция проактивной и реактивной рыночной ориентации. Проактивная рыночная ориентация подразумевает поведенческую модель, в рамках которой организация ставит перед собой задачу выявить и удовлетворить неявные потребности клиентов. В свою очередь, реактивная рыночная ориентация присуща компаниям, которые удовлетворяют явные, выраженные потребности клиентов. По мнению исследователей, именно

проактивная рыночная ориентация является драйвером и ключевым элементом клиентоориентированного подхода [Гулакова и др., 2015].

Таким образом, подводя итог обзору подходов к пониманию клиентоориентированности, можно отметить, что в узком понимании клиентоориентированность – это более внимательное отношение и учет потребностей клиентов в ходе обслуживания, наличие у персонала необходимых ресурсов, компетенций и полномочий принимать решения. В более широком понимании клиентоориентированность предполагает не только взаимодействие с клиентом и сбор и обработку данных о предпочтениях и поведении клиентов, но и выстраивание соответствующих бизнес-процессов в соответствии с полученными по итогам обработки данных результатами, воплощение стратегии подчинения общей логике ориентации на клиента, то есть трактовка клиентоориентированности в рамках межфункционального процесса [Рожков и др., 2014].

Результатом повышения клиентоориентированности организации является достижение такого ее состояния, при котором потребительский выбор на том или ином рынке осуществляется в ее пользу. В маркетинге услуг потребительский выбор имеет свои особенности, которые становятся еще более выраженными и специфичными для рынка медицинских услуг. Рассмотрим ключевые теоретические экономические модели осуществления выбора клиентом.

Стандартная неоклассическая модель человека в экономике как потребителя предполагает, что потребители хорошо информированы, рациональны, действуют в своих интересах и, основываясь на своих знаниях, всегда выбирают наилучший из предложенных продуктов, который максимизирует их функцию полезности. В этой модели сторона предложения также идеализирована и представляет собой большое количество существующих и потенциальных продавцов, между которыми возникает конкуренция за потребителя. Реальные рынки, в том числе и рынок медицинских услуг, существенно отличаются от таких идеальных условий.

Экономические модели потребительского выбора, как правило, предполагают, что, максимизируя свою полезность (функцию полезности), потребители будут осуществлять рациональный рыночный выбор. С первого появления понятия «полезность» в работах Д. Бентама [Bentham, 1907] и Д. Милла [Mill, 1863] (которые интерпретировали полезность в качестве меры измерения удовольствия, получаемого потребителем от того или иного выбора), далее в работах В. Парето [Pareto, 1971] и Д. Хикса [Hicks, 1939] (которые придерживались ординалистского подхода к пониманию полезности, то есть говорили о том, что потребитель может лишь выбирать тот или иной набор благ в сравнении с другим

набором, но не может в цифрах измерить получаемую полезность) экономическая теория была ориентирована на полезность определенных событий или обстоятельств.

Дальнейшее развитие экономической теории фокусировалось на способе максимизации потребителями полезности в условиях неопределенности [Neumann, Morgenstern, 1944]. Теория ожидаемой полезности (expected utility theory), одна из основных концепций в теории поведения потребителя, позиционирует потребительский выбор как оценку выгоды («отдачи») от каждого возможного исхода, вероятности наступления исхода и степень неприятия риска. Теория ожидаемой полезности не дает ответ на вопрос, как должен вести себя потребитель при принятии решения о том или ином выборе, а, скорее, предоставляет основу для предположений, прогнозов, выдвижения и проверки гипотез. На практике, теория ожидаемой полезности не может предсказать поведение потребителя в случае, если его выбор зависит от множества условий.

Теория случайной полезности (random utility theory), предложенная Д. Маршаком [Marschak, 1960], представляет собой вероятностную модель потребительского выбора, в которой вероятность зависит от изменчивости индивидуальных предпочтений при повторяющемся выборе из одного и того же множества вариантов. Впоследствии, Д. МакФадден [McFadden, 1975] развил эту теорию и превратил ее из модели индивидуального повторяющегося выбора в модель выбора определенной группой. Теория случайной полезности известна как теоретическая основа для эконометрического моделирования данных из экспериментов дискретного выбора и используется в ситуациях, когда исследователь имеет неполную информацию о факторах, воздействующих на индивидуальный выбор. Стоит отметить, что моделирование дискретного выбора является важным источником эмпирических данных в сфере здравоохранения при изучении вопроса выбора потребительского выбора пациента.

Специфика функционирования и регулирования отрасли здравоохранения, современные процессы реформ и модернизации в отрасли, представляющие собой движение к рыночному механизму взаимодействия экономических агентов индустрии здоровья, обуславливают особенности потребительского выбора на рынке медицинских услуг, причем как частных, так и государственных. Появление у пациента возможности выбирать конкретного врача для оказания ему медицинской помощи даже в государственных и муниципальных организациях здравоохранения (см. п. 2.1) и, следовательно, усиление конкуренции за привлечение пациента приводит к необходимости изучения процесса поиска и выбора пациентом врача, факторов, обуславливающих этот выбор, механизмов формирования лояльности пациента к врачу и к медицинской организации и т.д. В связи с этим, дальнейший анализ в работе будет посвящен изучению

особенностей поведения пациента на рынке медицинских услуг как частного случая потребительского поведения и потребительского выбора.

Первым, кто начал систематизировать и изучать особенности поведения пациента как потребителя услуги и врача как поставщика медицинской услуги, был К. Эрроу [Arrow, 1963]. Ключевым в его работе стал вывод о том, что особенности выбора на рынке медицинских услуг проистекают из неопределенности, присущей данному виду услуг: неопределенности качества услуги (продукта), неопределенности спроса, неопределенности возможных последствий и рисков и т.д. Все это происходит из-за специфических характеристик медицинских услуг:

- **Асимметрия информации между врачом и пациентом:** пациент не может испробовать (протестировать) медицинскую услугу до ее потребления. Более того, она не может быть корректно оценена даже после ее потребления, так как у пациента недостаточно знаний и квалификации для того, чтобы оценивать действия врача. По той же причине пациенту сложно осуществлять поиск информации о том, какая именно медицинская помощь требуется при его заболевании, особенностях его протекания и т.д., поэтому пациент не обладает достаточной объективностью;
- **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;
- **«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 и услуг являются «положительными», то есть их приобретение и потребление связано с удовольствием для человека [Шерешева, Костянян, 2015].

К. Эрроу положил основу теоретической базе изучения поведения пациента как потребителя медицинских услуг и особенностей выбора пациентом врача. В то же время, говоря о практических исследованиях в данной сфере, можно констатировать отсутствие основополагающего исследователя, метода исследования, способов оценки и т.д. Эмпирические исследования весьма отрывочны и фрагментарны, описывают узкие аспекты, такие как влияние различных факторов на длительность взаимоотношений пациента с конкретным врачом, удовлетворенность пациента от данного взаимодействия [Hargraves, 2000; Kao et al., 1988; Thom, Campbell, 1997; Weiss, Blustein, 1996]. Эти исследования позволяют ответить на вопрос, почему пациенты принимают решение

прекратить взаимоотношения с определенным врачом и начать поиски нового, но механизм выбора нового врача практически не представлен в научной литературе. Лишь небольшое количество работ рассматривает сам процесс выбора, но большинство их них характеризуются ограниченностью (по количеству, по территории, по заболеваниям пациентов) и специфичностью выборок респондентов. Краткая характеристика этих работ приведена в таблице 6.

Таблица 6 - Обзор эмпирических исследований в сфере персональных брендов врачей

Автор	Дизайн исследования	Основные выводы
[Booth, Babchuk, 1972]	190 респондентов Штат Небраска, США Социологически опрос	Основной источник информации для пациента при поиске врача – это советы и рекомендации друзей и знакомых и личные контакты, пациент лишь в незначительной степени ориентируются на объективную информацию о результатах деятельности медицинской организации (уровень заболеваемости, уровень смертности и т.д.), большее значение для них имеет личность конкретного врача
[Hibbard, Weeks, 1987]	1833 респондента (госслужащие) Штат Орегон, США Личные интервью	На рынке медицинских слуг пациенты ориентируются не на место оказания услуги, а на конкретного врача, поэтому готовы выбирать даже медицинские организации без репутации или далеко расположенные, если именно там работает выбранный ими врач
[Lupton et al., 1991]	333 респондента (пациенты 6 конкретных врачей-терапевтов) Сидней, Австралия Опрос с использованием анкеты с открытыми вопросами	Если у пациента есть доверие к своему врачу, то он не будет искать про него дополнительную информацию или получать дополнительную консультацию (проверять рекомендации своего врача) у другого врача

[Hoerger, Howard, 1995]	963 респондента (беременные женщины, цель исследования – изучение процесса поиска родительного дома/ перинатального центра) Штат Флорида, США	Из-за особенностей оказания медицинской помощи беременным женщинам (родовспоможение) ключевым фактором выбора является месторасположение медицинской организации. Дальнейший выбор врача происходит в рамках близлежащей клиники из-за необходимости срочной доставки пациентки в медицинскую организацию в экстренных ситуациях
-------------------------	---	--

Источник: составлено автором на основе работ указанных исследователей.

Таким образом, потребительский выбор пациента на рынке медицинских услуг определяется не просто медицинской организацией в целом (ее местоположением, коммуникационной кампанией, репутацией и т.д.), а личностью конкретного врача, его индивидуальной репутацией, квалификацией и т.д. Кроме того, важнейшей специфичной характеристикой взаимоотношений врача и пациента в маркетинге отношений, которая усиливается силой персонального бренда врача, является приверженность пациента к лечению. Проблемы приверженности пациента к лечению, а также ключевые теоретические модели, объясняющие этот феномен, представлены в *Приложении 3*.

1.3.3. Роль персонального бренда врача при оказании медицинских услуг

Непосредственное взаимодействие пациента с врачом в ходе оказания медицинской услуги и прямая зависимость результата оказания этой услуги от знаний и профессионализма врача актуализирует понятие персонального бренда в сравнении с организационным. Врач, будучи сотрудником медицинской организации, представляет собой индивидуальную единицу, субъект исследования. Личность врача создает конкурентное преимущество для медицинской организации в целом, он становится отдельным самостоятельным персональным брендом, который в определенных условиях превалирует над организационным брендом (так, например, врач, который обладает высокой квалификацией и удостоился доверия и уважения своих пациентов, при смене места работы «уведет» за собой свою целевую аудиторию, т.е. пациентов, лояльных к данному врачу). В связи с этим, для целей данной работы представляет интерес понятие персонального бренда, истоки формирования, особенности управления таким брендом и специфика врача как персонального бренда в медицинской отрасли.

Определение персонального бренда, данное одним из основоположников этого направления М. Томсоном, звучит как «любая известная персона, которая является объектом усилий маркетинговых коммуникаций» [Thomson, 2006]. При определении персонального бренда как фокуса маркетинговой коммуникации акцент ставится на процессе позиционирования, призванном выстроить и управлять набором ассоциаций, связанных с личностью. Так же, как и для любых других видов брендов, наличие существенного капитала бренда зависит от осведомленности о бренде на конкретном рынке и от набора ассоциаций и общего восприятия, которое формируется у потребителя по отношению к личности. Если эти ассоциации благоприятные, поддерживаются целевой аудиторией, являются уникальными, то и поведение потребителей по отношению к персональному бренду будет существенно отличаться от случая, когда бренд не обладает достаточным капиталом.

Управление персональным брендом – это научное направление с достаточно новой и немногочисленной теоретической базой. Большинство работ в этой области в основном касались саморазвития личности [Andrusia, Haskins, 2000; Graham, 2001; Peters, 1999]. Тем не менее, в последнее десятилетие появились исследования, закладывающие теоретический фундамент для данного направления [Hearn, 2008; Lair et al., 2005]. Эти работы основываются на понятиях идентичности и исследуют вопросы мотивации личности как бренда, воздействия на целевую аудиторию и т.д.

Как было отмечено выше, одним из основоположников теоретической базы явления бренда личности является М. Томсон. Он сформулировал три условия, при которых возможно формирование бренда из личности, в рамках ARC модели. В психологии три выделенные им фактора считаются фундаментальными человеческими потребностями [Deci, Ryan, 2000; Schwartz, 1994]. Удовлетворение этих базовых потребностей обеспечивает эмоциональную безопасность и стабильность, необходимую для создания интенсивной взаимосвязи между целевой аудиторией (потребителями) и брендом-личностью:

- **Автономия** (autonomy)

Автономия – это ощущение потребителем независимости в отношении своего выбора, поведения, самовыражения;

- **Связанность, причастность** (relatedness)

Связность относится к чувству причастности потребителя к социальной группе и предотвращения социальной изоляции и одиночества;

- **Компетенции** (competence)

Компетентность означает формирование у потребителя чувства того, что личность, которая является брендом, обладает высоким профессионализмом, имеет знания, умения и навыки в своей области.

Применяя ARC модель к персональным брендам в разных сферах, М. Томсон пришел к выводу, что наиболее существенная роль в формировании капитала и силы бренда личности принадлежит факторам автономии и причастности, при этом компетентность является самым мало значащим фактором.

Существующие работы в сфере персонального брендинга можно классифицировать по критерию сферы использования подобного рода брендов (табл. 7):

Таблица 7 - Исследования в сфере персонального брендинга по критерию сферы использования

Сфера	Субъект-бренд	Целевая аудитория	Влияние	Механизм	Авторы
Персональный	Любой индивид	Универсально: работодатели, друзья, знакомые	Как индивиды применяют инструменты маркетинга и бренд-менеджмента для выстраивания/улучшения своей карьеры	Организации покупают персональные бренды (нанимают на работу)	[Andrusia, Haskins, 2000; Hearn, 2008; Lair et al., 2005]
Знаменитости	Известные личности	Потребители, целевая аудитория	Как восприятие и ассоциации, связанные с известной личностью, влияют на поведение потребителей	Организации покупают капитал бренда посредством заключения контрактов	[Silvera, Austad, 2004; Thomson, 2006]

Бизнесмены	Управляющие кадры	Бизнес сообщество, работодатели	Как восприятие и ассоциации, связанные с бизнес лидером, влияют на результаты деятельности организации	Организации с известными руководителями (СЕО) являются более успешными на рынке	[Rindova et al., 2006; Wade et al., 2006]
Политики	Политические лидеры, кандидаты на политические посты	Избиратели	Как восприятие и ассоциации, связанные с политическим лидером/кандидатом, влияет на общественное мнение	Политические лидеры/кандидаты являются частью политического предложения партии	[Motion, 2000; Neale et al., 2008; Scammell, 2007]

Источник: составлено автором на основе работ указанных исследователей.

Деятельность персонального бренда в качестве конкурентного ресурса организации обусловлена двумя факторами. **Первый** из них – это происхождение, первоисточник славы, «знаменитости». Традиционные элементы силы бренда входят в структуру этого фактора, но не менее важным является и то, как сила персонального бренда соотносится с организационной ролью. В соответствии с М. Томсоном, если персональный бренд должен быть хорошо известным, то можно предположить, что источник славы является важной отличительной характеристикой в выборе между несколькими персональными брендами как конкурентным ресурсом конкретной организации. Другими словами, потребители выделяют и по-разному относятся к тем, кто известен из-за их роли в организации, и тем, кто достиг славы вне контекста этой организации и даже отраслевого бизнеса организации.

Причина, по которой источник славы является настолько существенным фактором для персонального бренда, может, отчасти, быть объяснена моделью переноса смысла (the

meaning transfer model) Д. Маккрекена [McCracken, 1989]. Ценность персонального бренда как конкурентного ресурса организации будет различаться в зависимости от того, в чем заключается смысловое значение этого бренда и откуда оно происходит. Исходит ли оно из отраслевой среды, в которой работает организация? Или же оно исходит из другого контекста и привносит изменения в ассоциации потребителя, связанные с брендом организации, через трансферные механизмы и процессы? Ответы на данные вопросы помогают сформулировать ценность персонального бренда.

Второй фактор, который влияет на деятельность персонального бренда – это характер взаимосвязи между персональным брендом и соответствующей организацией. Несмотря на то, что в большинстве случаев личность как бренд является частью какой-либо организации как бренда, анализ персональных брендов на сегодняшний день сконцентрирован на вопросе изучения понятия «самостоятельный (отдельно стоящий) персональный бренд» (freestanding human brand), когда связь между личностью как брендом и какой-либо организацией минимальна или вовсе отсутствует. В целом, взаимодействие между персональными и организационными брендами является недостаточно исследованной темой в маркетинге.

Существует два варианта взаимосвязи персонального бренда с организацией как брендом – посредством контракта (by contract) и «через офис» (by office). Вне зависимости от варианта взаимосвязи персональный бренд – это конкурентный ресурс, который может быть использован организацией во внешних маркетинговых коммуникациях. Связь посредством контракта обычно происходит в сфере рекламы: с той или иной известностью заключается контракт на использование образа и представление бренда, его миссии и ценностей в маркетинговых коммуникациях. В таких случаях персональный бренд не имеет права оказывать влияние на процессы, происходящие внутри организации, и придерживается заранее разработанной для нее модели поведения, соответствующей имиджу бренда. В случае связи «через офис» персональный бренд не просто является конкурентным ресурсом организации, но и является сотрудником этой организации (зачастую входит в руководящий состав) и имеет право участвовать в процессе принятия решений внутри организации [Hayward et al., 2004; Rindova et al., 2006]. Этот тип персональных брендов был детализирован Д. Тредвеем в зависимости от степени влияния на принятие решений в организации [Treadway et al., 2009]. Он предположил, что основатели организации будут иметь большие права при принятии решений и большую власть внутри организации. Если это будет известно потребителям, то такой персональный бренд будет существенно превосходить по авторитету другие персональные бренды.

Кроме того, Д. Тредвей выделил три переменных, которые, по его мнению, будут оказывать влияние на эффективность персонального бренда как конкурентного ресурса организации:

- Организационное доверие ОД (organizational credibility) – вероятность того, что потребители поверят взятым на себя персональным брендом обязательствам от имени организации;
- Экспертное доверие ЭД (expert credibility) – вероятность того, что потребители поверят авторитету персонального бренда;
- Организационная зависимость ОЗ (organizational dependence) – восприятие потребителями того, насколько устойчивой будет организация в отсутствие персонального бренда.

Выделение этих переменных позволяет произвести типологию персональных брендов на основе взаимосвязи с организацией и источника славы (знаменитости) (табл. 8).

Таблица 8 - Типология персональных брендов на основе взаимосвязи с организацией и источника славы

		Взаимосвязь с организацией	
		Основатель (founder)	Сотрудник (employee)
Источник знаменитости	Связан с ролью в организации	Founder Entrepreneurs ОД – высокое ЭД – высокое ОЗ – высокое	Celebrated Employees ОД – среднее ЭД – высокое ОЗ - низкое
	Не связан с ролью в организации	Celebrity Leveragers ОД – высокое ЭД – низкое ОЗ – высокое	Celebrity Employees ОД – низкое ЭД – низкое ОЗ – варьируется

Источник: составлено автором на основе [John et al., 2006].

Охарактеризуем кратко каждый из типов персональных брендов.

- **Founder Entrepreneurs:** ценность этого типа персональных брендов как маркетингового ресурса очень велика из-за высокого организационного доверия, вызванного фактом собственности организации и большим опытом в своей отрасли. Примеры представителей: Ричард Брэнсон, Стив Джобс.

- ***Celebrity Leveragers***: организация существует для того, чтобы поддерживать персональный бренд (например, ресторан поддерживает имя шеф-повара). В отличие от предыдущего типа такие персональные бренды не воспринимаются как профессиональные бизнесмены и, следовательно, наблюдается низкий уровень экспертного доверия.

Примеры представителей: Гордон Рамзи, Елена Исинбаева.

- ***Celebrated Employees***: известность такого типа персональных брендов основывается на том, что они являются сотрудниками организации, но не ее основателями. Они очень профессиональны, добиваются успеха, но менее известны, чем основатели, поэтому наблюдается низкий уровень организационной зависимости.

Примеры представителей: Джим Кук, Майкл Эйзнер.

- ***Celebrity Employees***: такой тип персональных брендов получил свою известность вне контекста организации, возможно, даже в другой сфере, при этом организация нанимает этот персональный бренд для использования в своем продвижении (для данного типа характерно то, что персональный бренд становится сотрудником организации). Именно поэтому данный тип характеризуется низким уровнем организационного и экспертного доверия, но высокой организационной зависимостью – потребители незамедлительно ассоциируют личность с тем или иным брендом.

Пример представителей: Дмитрий Нагиев, Мария Шарапова.

Говоря о наличии персональных брендов в современной российской медицине, нужно отметить, что на современном этапе в России уже появились врачи, признанные специалисты в своей отрасли, ставшие персональными брендами. Врачи, которых по праву можно назвать брендами, олицетворяют ту медицинскую организацию, в которой работают или которую возглавляют, являются гарантом доверия, внушаемого их личностью пациентам. Персональные бренды в медицине характеризуются не только высокой этикой врача, но и активной общественной позицией, которую они занимают в современном мире. Характеристика наиболее известных персональных брендов врачей в России представлена в **Приложении 4**.

Таким образом, проведя обзор литературы и ретроспективный анализ развития маркетинга в медицине, а также различных маркетинговых концепций, выбранных с целью раскрытия темы исследования и решения поставленных задач, была составлена хронологическая матрица взаимосвязи всех рассмотренных выше положений, что позволило выстроить историческую модель спирали становления и развития маркетинга отношений в здравоохранении как симбиоза форм внешнего и внутреннего маркетинга,

основываясь на причинно-следственных взаимосвязях и взаимовлиянии различных этапов эволюции рассмотренных теоретических концепций (рис. 3).

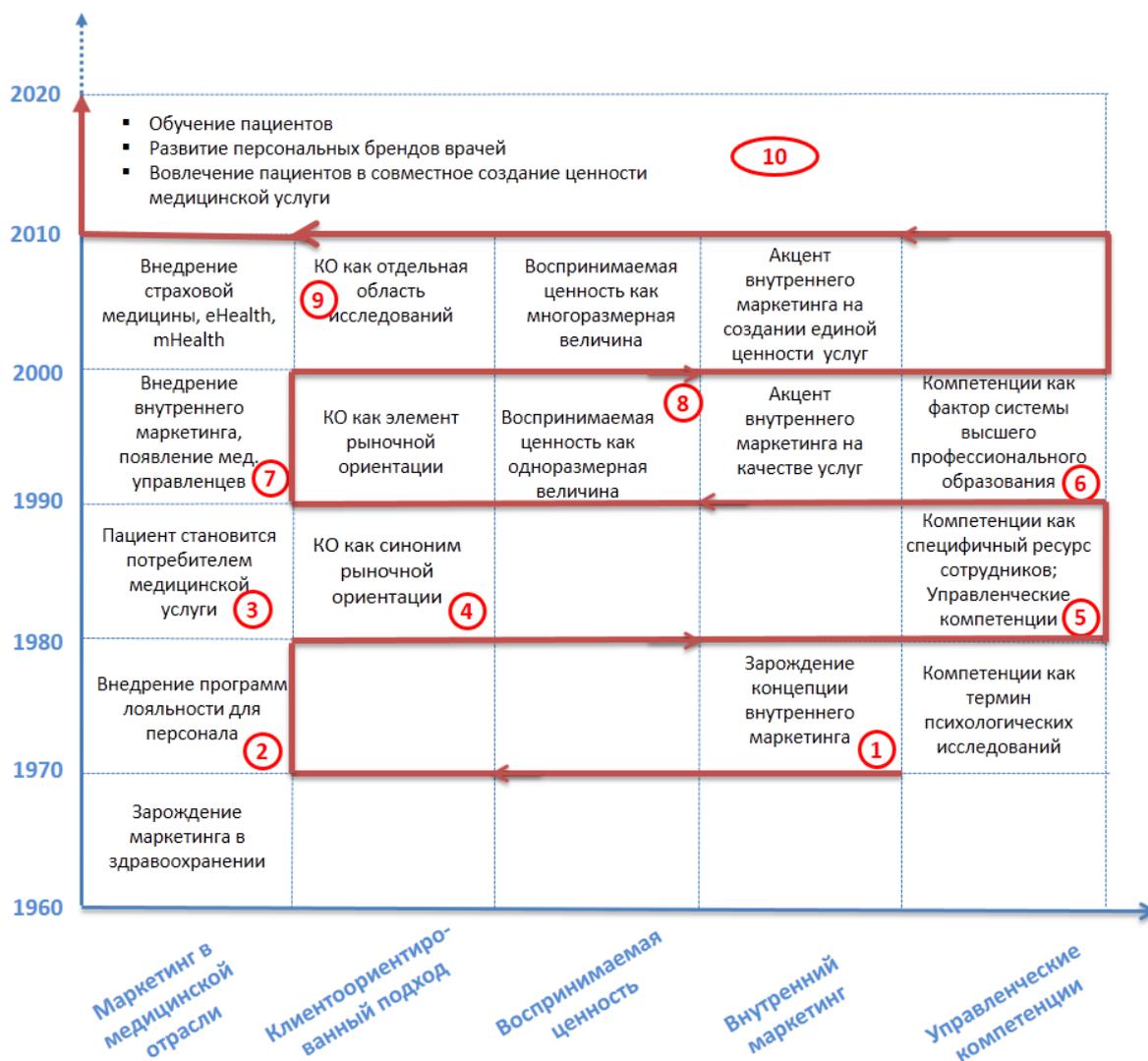


Рисунок 3 - Модель спирали становления и развития маркетинга отношений в здравоохранении как симбиоза форм внешнего и внутреннего маркетинга

Источник: составлено автором.

Для построения модели были рассмотрены 3 основных блока по направленности маркетингового влияния:

- Концепции, соответствующие **внешнему маркетингу** организации: клиентоориентированный подход и совместное создание ценности. Реализация данных концепций направлена на внешних по отношению к организации контрагентов, способствует эффективному продвижению, созданию положительной репутации и т.д.
- Концепции, соответствующие **внутреннему маркетингу** организации: работа с персоналом организации и развитие управленческих компетенций у руководящих

кадров. Реализация данных концепций направлена внутрь организации и способствует развитию и обучению персонала, в том числе управленческого, восприятию сотрудников организации в качестве ее клиентов.

- Концепции, соответствующие *маркетингу отношений*: особенности потребительского выбора на специфическом рынке медицинских услуг и развитие персональных брендов. Реализация данных концепций направлена на эффективное выстраивание взаимоотношений непосредственно между поставителем услуги и ее получателем (в данном случае, речь идет о взаимоотношениях «врач-пациент»).

Совместив между собой эволюционные этапы всех указанных концепций, удалось выстроить хронологию появления и развития маркетинга отношений в медицине в виде спирали, в которой каждый новый виток соответствует более позднему периоду развития и объединяет рассмотренные концепции на новом уровне.

Кроме того, выстроенная модель спирали включает в себя дальнейшие направления развития концепции маркетинга отношений, обоснованные в рамках данной исследовательской работы (см. главу 2), такие как обучение пациентов, развитие персональных брендов врачей, а также вовлечение пациентов в совместное создание ценности медицинской услуги.

Восходящая (вертикальная) направленность спирали свидетельствует о том, что внедрение концепции маркетинга отношений в медицине происходило последовательно с течением времени и имеет полувековую историю (с 1960-х гг. до современного этапа развития).

Горизонтальная ориентация спирали и ее прохождение через все рассмотренные концепции в рамках каждого определенного временного периода свидетельствует о том, что рассмотренные концепции, которые, на первый взгляд, не связаны друг с другом и описывают различные аспекты деятельности организации в целом и отдельных функциональных подразделений в частности, взаимно определяют появление друг друга; элементы каждой из концепции предопределяют этапы развития маркетинга отношений в медицине.

Основная логика развития спирали затрагивает 10 элементов матрицы (см. рис. 3) и выглядит, на наш взгляд, следующим образом (табл. 9).

Таблица 9 –Логика построения модели спирали становления и развития маркетинга отношений в здравоохранении

Элемент спирали	Краткое описание элемента
1→2	<p>В 1970-х гг. в общей теории маркетинга появляется направление внутреннего маркетинга, отражающее необходимость развития и обучения персонала организации, повышении уровня удовлетворенности сотрудников с помощью инструментов мотивации, удержания и т.д.</p> <p>Эти процессы повлияли также и на медицинскую отрасль, в которой в этот период начинается внедрение программ лояльности для персонала</p>
2→3	<p>После того как обеспечено наличие в медицинской организации высококвалифицированных медицинских кадров, акцент в медицинской отрасли перемещается на пациентов, создающих спрос на медицинские услуги. Пациент начинает восприниматься медицинской организацией как клиент – потребитель медицинских услуг, а маркетинговые усилия направляются на привлечение как можно большего потока пациентов</p>
3→4	<p>После формирования высокого спроса на медицинские услуги со стороны пациентов и обеспечения должного количества и качества медицинских услуг, необходимых пациентам, перед медицинскими организациями встал вопрос о том, каким образом выстраивать взаимоотношения с пациентами, повышать сервис предоставления услуг и привлекать дополнительных пациентов в условиях однородности медицинских услуги и идентичности их предоставления в разных медицинских организациях.</p> <p>В этот период в общей теории маркетинга услуг появляется концепция клиентоориентированности как следствие из возникающих аналогичных проблем в других отраслях, где также было обеспечено наличие всех ресурсов, необходимых для оказания услуг, но не были ясны подходы к выстраиванию отношений со своими клиентами</p>
4→5	<p>Параллельно с процессами возникновения клиентоориентированного подхода в сфере управленческой деятельности проникает понятие компетенций как специфического ресурса сотрудников, создающего им</p>

	<p>конкурентные преимущества перед другими сотрудниками, а также понятие управленческих компетенций, которые необходимы для эффективного руководства организацией.</p> <p>В отношении медицинских организаций можно отметить, что управленцы в отрасли также нуждались в развитии управленческих компетенций, так как в основном это были врачи без управленческого образования, которые не имели знаний и навыков в вопросах управления взаимоотношениями с пациентами как клиентами организации</p>
5→6	Важность компетентностного подхода в профессиональной деятельности возрастала и, начиная с 1990-х гг., развитие компетенций становится важнейшей целью системы высшего профессионального образования, в том числе управленческого образования
6→7	В медицинской отрасли появляются управленцы нового типа, получившие образование в сфере менеджмента. Этим обусловлено постепенное смещение акцента на клиентоориентированность медицинской организации, развитие и обучение персонала
7→8	Появляется понятие воспринимаемой клиентом ценности услуги; в концепции маркетинга отношений начинается работа над созданием ценности медицинской услуги
8→9	Происходит усложнение применяемых маркетинговых инструментов и повышение всех аспектов качества оказываемых медицинских услуг. Понятие клиентоориентированности становится отдельным направлением исследований
9→10	<p>В общей теории маркетинга услуг зарождается концепция персонального бренда. Личность конкретного врача признается важнейшим критерием выбора медицинской организации. Встает необходимость обучения пациента как второй стороны оказания медицинской услуги.</p> <p>Встает необходимость обучения не только врача, как поставителя услуги, но и пациента, как второй стороны оказания медицинской услуги, для обеспечения должных ожиданий и повышения воспринимаемой ценности медицинской услуги.</p>

Источник: составлено автором.

Выводы по главе 1

В первой главе диссертационной работы представлен систематизированный обзор основных маркетинговых концепций внешнего, внутреннего маркетинга и маркетинга отношений, необходимых для всестороннего раскрытия темы исследования, формирования единого понимания используемых в работе терминов и решения поставленных задач:

- Приведен исторический анализ внедрения в медицинскую сферу маркетинговых инструментов с момента начала использования подобных инструментов в 1950-х гг., когда под маркетингом подразумевалось исключительно проведение рекламных акций фармацевтическими компаниями, до 2010-х гг., когда в отрасль внедряются сложные инструменты маркетинговой коммуникации, присущие как B2C рынку (взаимоотношения «врач-пациент»), так и B2B рынку (взаимоотношения «медицинская организация – страховая медицинская компания»);
- Выделены 2 группы исследований воспринимаемой ценности в теории маркетинга услуг, отличающиеся размерностью трактовки приведенного понятия, - группа одномерных исследований, понимающих ценность как соотношение затрат потребителя к его выгодам, и группа многомерных исследований, трактующих ценность с использованием микроэкономических и маркетинговых теорий поведения потребителя;
- Сформулированы 5 подходов к определению внутреннего маркетинга организации – поведенческий подход, маркетинговый подход, коммуникационный подход, организационный подход и процессный подход;
- Выделены 4 этапа в формировании и развитии концепции внутреннего маркетинга, которые характеризуют эволюцию взглядов на процесс обучения и развития персонала и отношения к персоналу организации как к ее внутренним клиентам;
- Представлено видение внутреннего маркетинга в организации как механизма интеграции сотрудников в ценности организации;
- Представлены истоки основных принципов концепции маркетинга отношений в различных областях знаний – социология, психология, экономика, право, менеджмент, государственное управление;
- Сформулированы 5 подходов к пониманию клиентоориентированности организации, исходя из принципов работы организации по выявлению и удовлетворению потребностей клиентов, - подход принятия решений, подход создания ценности, процессный подход, поведенческий подход и стратегический подход.

В рамках первой главы были получены следующие результаты, ставшие выводами из проведенного систематизированного анализа:

- 1) Исторические этапы эволюции принципов маркетинга в медицинской отрасли свидетельствуют о постепенном смещении акцента на клиентоориентированность медицинской организации, развитие и обучение персонала в связи с изменяющимися экономическими условиями функционирования отрасли и с появлением в отрасли управленцев нового типа, получивших образование в сфере менеджмента;
- 2) В целях развития реализации принципов маркетинга отношений в организации внутренний маркетинг может быть использован как механизм интеграции сотрудников в ценности организации как бренда;
- 3) Потребительский выбор пациента на рынке медицинских услуг определяется не только (и не столько) медицинской организацией в целом, а личностью конкретного врача, его индивидуальной репутацией и квалификацией;
- 4) В силу специфичности медицинских услуг в рамках маркетинга отношений во взаимоотношениях «врач-пациент» большую важность приобретает персональный бренд врача, формирование и продвижение персонального бренда как самостоятельно усилиями врача, так и централизованно усилиями медицинской организации, сотрудником которой является данный врач;
- 5) Основываясь на исторической и причинно-следственной взаимосвязи всех указанных выше положений, была составлена хронологическая матрица, позволившая выстроить модель спирали становления и развития маркетинга отношений в здравоохранении как симбиоза форм внешнего и внутреннего маркетинга, которая пронизывает на разных уровнях все этапы рассмотренных теоретических концепций.

ГЛАВА 2. НАПРАВЛЕНИЯ И ФОРМЫ МАРКЕТИНГА ОТНОШЕНИЙ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ РОССИЙСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

2.1. Современные социально-экономические условия функционирования российского здравоохранения

История развития и становления здравоохранения как отрасли в нашей стране имеет длительную историю (основные вехи в развитии здравоохранения в России как отрасли экономики представлены в *Приложении 5*). Основа современного российского здравоохранения – принципы, разработанные академиком Н.А. Семашко, одним из организаторов советской системы здравоохранения, признанной одной из самых эффективных в мире. К таким принципам относятся бесплатность и общедоступность медицинской помощи, профилактика заболеваний, санитарная грамотность населения, государственный характер здравоохранения, единство медицинской науки и практики и многие другие. Эти принципы были развиты и дополнены в связи с изменением политической ситуации в стране, усложнением экономической основы отрасли, усложнением медицинских технологий, изменением потребностей населения при получении медицинской помощи. Так, на современном этапе активное развитие получают принципы страховой медицины, увеличение самостоятельности государственных медицинских организаций, рост доли частных медицинских организаций. Все эти изменения в рыночных условиях функционирования отрасли привели, в конечном итоге, к необходимости внедрения принципов маркетинга отношений в деятельности государственных амбулаторно-поликлинических организаций (АПО). Далее в данном параграфе рассмотрим процессы, обусловившие подобные рыночные изменения, в частности, особенности социально-экономического механизма функционирования отрасли на современном этапе, а также проанализируем ключевые медико-социальные показатели российского здравоохранения, свидетельствующие о качестве оказания медицинской помощи, которая является неотъемлемым элементом маркетинга отношений и воспринимаемой пациентом ценности услуги.

2.1.1. Особенности социально-экономического механизма функционирования отрасли здравоохранения в России

На текущем этапе развития основу финансирования отрасли здравоохранения составляют государственные расходы. На протяжении последних нескольких лет доля расходов на государственное здравоохранение в России в структуре ВВП составляла 3,3 – 3,7% (рис. 4), что в 2-3 раза меньше аналогичного показателя в странах Организации экономического сотрудничества и развития (в среднем 6,9% в 2013-2016 гг. [OECD, 2017]).

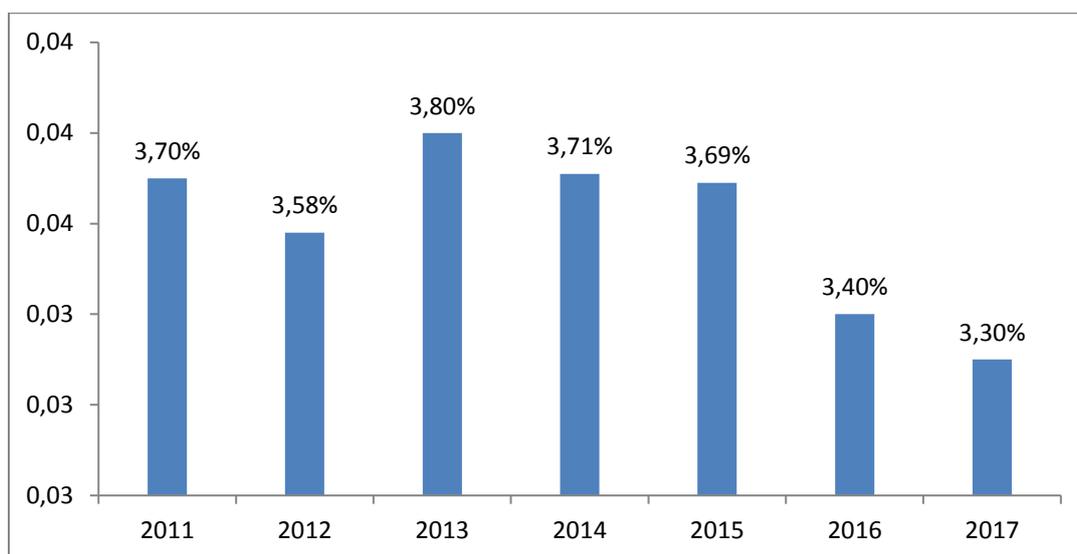


Рисунок 4 - Расходы на государственное здравоохранение в России в 2011-2017 гг., % от ВВП.

Источник: составлено автором на основе [ВОЗ, 2017].

В рамках реализации социальной функции государства в России действует бюджетно-страховая модель здравоохранения, подразумевающая смешанное многоканальное финансирование отрасли. В настоящий момент здравоохранение, как часть общегосударственной финансовой системы России, имеет следующие источники финансирования, которые условно можно разделить на две группы [Решетников, 2007]:

1. Централизованные денежные средства:

- Бюджетная система с входящими в нее федеральными, республиканскими, краевыми, областными и местными бюджетами;
- Внебюджетные целевые фонды (в том числе Федеральные и территориальные фонды обязательного медицинского страхования);
- Кредиты, ссуды, субсидии, субвенции, дотации, налоговые взаиморасчеты и др.

2. Децентрализованные денежные средства:

- Финансы предприятий, объединений, организаций, учреждений, направляемые в здравоохранение;
- Средства добровольного медицинского страхования (в том числе личные средства граждан);
- Средства, получаемые медицинскими организациями за счет предоставления платных услуг
- Доходы от инвестирования (депозитные вклады, государственные ценные бумаги);
- Спонсирование юридических и физических лиц.

К централизованным относятся денежные средства, используемые для решения общих социальных задач на соответствующей территории. Децентрализованные средства используются в масштабах конкретной медицинской организации.

При многоканальности финансирования системы здравоохранения основным источником формирования денежных средств для покупки медицинских услуг выступает система обязательного медицинского страхования (ОМС), действующая в России с 1991 г. в связи с принятием закона РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» №1499-1. Вследствие несовершенства закона и большого количества проблем внедрения ОМС, главной из которых являются чрезмерно большие обязательства государства по обеспечению граждан бесплатной медицинской помощью по сравнению с их реальным финансовым обеспечением, в 2010 году был принят новый ФЗ РФ от 29.11.2010 г. №326 «Об обязательном медицинском страховании в РФ», вступивший в силу 1 января 2011 года [Шерешева, Костянян, 2015].

Принципиальная модель функционирования системы ОМС представлена на рис. 5. Страхователем и плательщиком взносов для неработающего населения являются местные органы исполнительной власти, а для работающего – работодатели. Взносы работодателей на ОМС составляют 5,1% от фонда заработной платы, из них 2,0% закладываются в резервный фонд для модернизации здравоохранения. Средства распределяются по страховым медицинским организациям (которые выступают посредниками между ТФ (Территориальными фондами) ОМС и медицинскими учреждениями) с учетом численности, уровня заболеваемости, возрастно-полового состава застрахованных граждан. Помимо средств ОМС финансирование оказания медицинской помощи осуществляется также за счет бюджетных средств различных уровней.



Рисунок 5 - Денежные потоки в системе ОМС

Источник: составлено автором на основе Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» №326-ФЗ от 29.11.2010 г.

Вступление в силу №326-ФЗ, помимо упорядочения финансовых потоков в здравоохранения и закрепления основных понятий медицинского страхования, обозначило ряд изменений, способствующих движению к рыночному механизму взаимодействия экономических агентов индустрии здоровья (пациентов, медицинских организаций, страховых медицинских компаний), совершенствовании сервиса и формировании стратегии деятельности медицинской организации, исходя из потребностей пациентов. **Во-первых, пациент становится ключевой, центральной фигурой системы здравоохранения.** Существенно расширяются возможности права выбора пациента – он вправе выбирать как страховую медицинскую организацию, так и 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 они должны быть включены в реестр медицинских организаций, оказывающих услуги в рамках ОМС. Таким образом, **рынок медицинских услуг, который до сих пор регулировался государственными методами, стал конкурентным и требует от государственных и организаций здравоохранения совершенно иных моделей управления, присущих функционированию в рамках жесткой конкуренции, включающих в себя активное использование инструментов маркетинга, в частности, принципов**

клиентоориентированности, инновации во внутреннем управлении, контроле качества и т.д. [Шерешева, Костанян, 2015].

Еще одним ключевым нормативным актом, который способствовал росту самостоятельности государственных медицинских организаций и уровню конкуренции в отрасли в целом, является ФЗ РФ от 08.05.2010 г. №83 «О внесении изменений в отдельные законодательные акты РФ в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений». Относительно сегмента государственного здравоохранения данный закон классифицировал 3 типа учреждений:

- **Автономные некоммерческие организации (АНО)** - не имеющие членства некоммерческие организации, учрежденные гражданами и (или) юридическими лицами на основе добровольных имущественных взносов. Данный тип медицинских организаций осуществляет, в основном, платный прием, не имеет дотаций и снабжения от государства, за исключением случаев оказания медицинских услуг в рамках ОМС;
- **Казенные учреждения** – некоммерческие учреждения, осуществляющие оказание государственных услуг/выполнение работ для целей обеспечения реализации предусмотренных законодательством РФ полномочий органов государственной власти. Данный тип медицинских организаций осуществляет предусмотренные полученной лицензией виды медицинской помощи, для них сохраняется государственное финансирование; кроме того, они вправе оказывать платные медицинские услуги;
- **Государственные/бюджетные медицинские организации** - некоммерческие организации, осуществляющие оказание государственных услуг/выполнение работ для целей обеспечения реализации предусмотренных законодательством РФ полномочий органов государственной власти. Данный тип медицинских организаций несет основную нагрузку по осуществлению бюджетного оказания медицинских услуг в рамках ОМС. Финансирование этого типа организаций осуществляется из государственного бюджета.

Подобное разграничение деятельности медицинских организаций, по прогнозам экспертов, приведет к увеличению самостоятельности государственных организаций и росту доли платных услуг в них, а также к усилению конкуренции на рынке платных медицинских услуг.

Учреждения системы здравоохранения оказывают населению различные виды медицинской помощи. Согласно ФЗ РФ от 21.11.2011 г. №323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», выделяют следующие виды медицинской помощи:

- 1) **Первичная медико-санитарная помощь** – мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения. Данный вид медицинской помощи является наиболее массовым и оказывается в амбулаторно-поликлинических медицинских организациях или в условиях дневного стационара;
- 2) **Специализированная**, в том числе **высокотехнологическая медицинская помощь**:
 - Специализированная медицинская помощь - мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинской реабилитации. Данный вид медицинской помощи оказывается врачами-специалистами в стационарных условиях или в условиях дневного стационара;
 - Высокотехнологическая медицинская помощь – применение новых, сложных и уникальных, а также ресурсоемких методов лечения с научно-доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий и методов геномной инженерии. Данный вид медицинской помощи оказывается в стационарах специального назначения;
- 3) **Скорая**, в том числе **специализированная медицинская помощь** – мероприятия по оказанию гражданам медицинской помощи в экстренной или неотложной форме вне медицинской организации, включая эвакуацию и транспортировку граждан для целей спасения жизни и сохранения здоровья. Данный вид медицинской помощи также может оказываться в амбулаторных и стационарных условиях;
- 4) **Паллиативная медицинская помощь** – мероприятия, направленные на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания для целей улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан. Данный вид медицинской помощи оказывается в амбулаторных и стационарных условиях специально обученными медицинскими работниками.

Таким образом, два основных вида медицинских организаций, занимающихся оказанием гражданам медицинской помощи – это АПО (или поликлиники) и стационары (или больницы). Если за последние годы количество АПО поддерживается на стабильном уровне, то количество стационаров сокращается на 4-6% в год (рис. 6 и рис. 7).

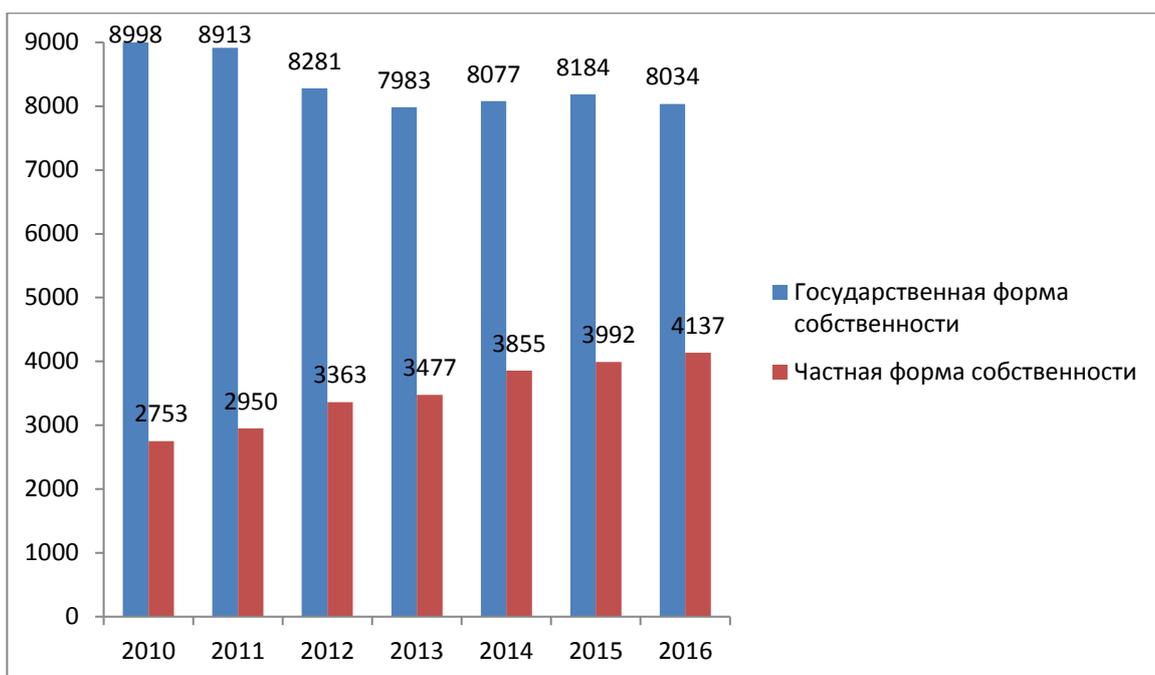


Рисунок 6 - Число амбулаторно-поликлинических организаций в России по формам собственности в 2010-2016 гг., ед.

Источник: составлено автором на основе [Здравоохранение в России, 2017]

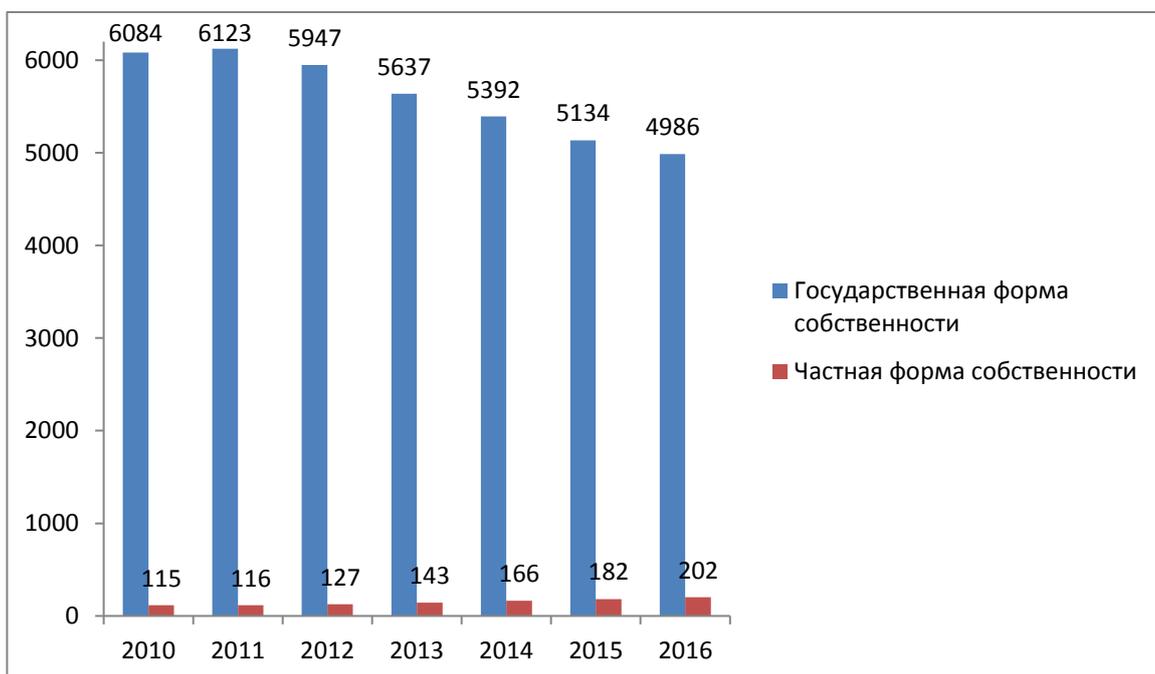


Рисунок 7 - Число больничных медицинских организаций в России по формам собственности в 2010-2016 гг., ед.

Источник: составлено автором на основе [Здравоохранение в России, 2017].

2.1.2. Характеристика ключевых медико-социальных показателей российского здравоохранения

Несмотря на затянувшийся переходный этап в здравоохранении, усложнение экономической ситуации в последние кризисные годы и трансформационные механизмы в отрасли, в России наблюдается положительная динамика рынка медицинских услуг. В целом, на рынке медицинских услуг можно выделить следующие секторы:

- **Сектор ОМС** – оказание бесплатных медицинских услуг населению, источником финансирования которых являются страховые взносы в федеральный и территориальный фонды ОМС. Данный сектор в здравоохранении является самым крупным и, по оценкам экспертов, составляет около 50% всего рынка медицинских услуг;
- **Бюджетный сектор** – оказание бесплатных медицинских услуг населению, источником финансирования которых являются бюджетные расходы. В основном, подобный метод финансирования относится к подведомственным медицинским организациям. Данный сектор составляет около 10-15% всего рынка медицинских услуг;
- **Платный «кассовый» сектор** – оказание населению коммерческих медицинских услуг, оплачиваемых из собственных средств граждан через кассы клиник. В основном, данный сектор представляет собой покупку годовых программ комплексного медицинского обслуживания и характерен для крупных мегаполисов. Приток пациентов в платный сектор обусловлен относительно низкой доступностью и недостаточным качеством услуг, оказываемым в рамках ОМС. Данный сектор также составляет около 10-15% всего рынка медицинских услуг;
- **Сектор добровольного медицинского страхования (ДМС)** – оказание населению коммерческих медицинских услуг, оплачиваемых из собственных средств граждан, в виде покупки страховых медицинских полисов. Около 80% данного сектора составляет корпоративное медицинское страхование, предоставляемое крупными работодателями в рамках социального пакета для своих сотрудников. Сектор ДМС составляет около 10% всего рынка медицинских услуг;
- **«Теневой» сектор** медицинского рынка (является важной спецификой рынка медицинских услуг) – оказание медицинских услуг, сопровождаемых платежами лично «в руки» врачу. Существование «теневое» сектора обусловлено более низкой ценой услуг для пациентов по сравнению с официальными платежами через кассу. «Теневые» платежи более распространены в государственных медицинских организациях для повышения доступности получения медицинской помощи и

сокращения времени ожидания. Благодаря более профессиональному менеджменту и лучшей мотивации персонала в коммерческих клиниках доля подобных «теневых» платежей меньше. По оценкам экспертов, «теневой» сектор в здравоохранении может составлять от 5% до 20% всего рынка медицинских услуг.

Официальная статистика по объему и динамике рынка медицинских услуг представляется искаженной в связи с отсутствием данных по «теневому» сектору. Тем не менее, многие крупнейшие консалтинговые компании ежегодно проводят анализ рынка и предпринимают попытки оценить объем разных его секторов, в том числе и «теневого», применяя различные методические инструменты. На рис. 8 представлены усредненные показатели динамики рынка медицинских услуг, основываясь на данных отчетов нескольких консалтинговых компаний.

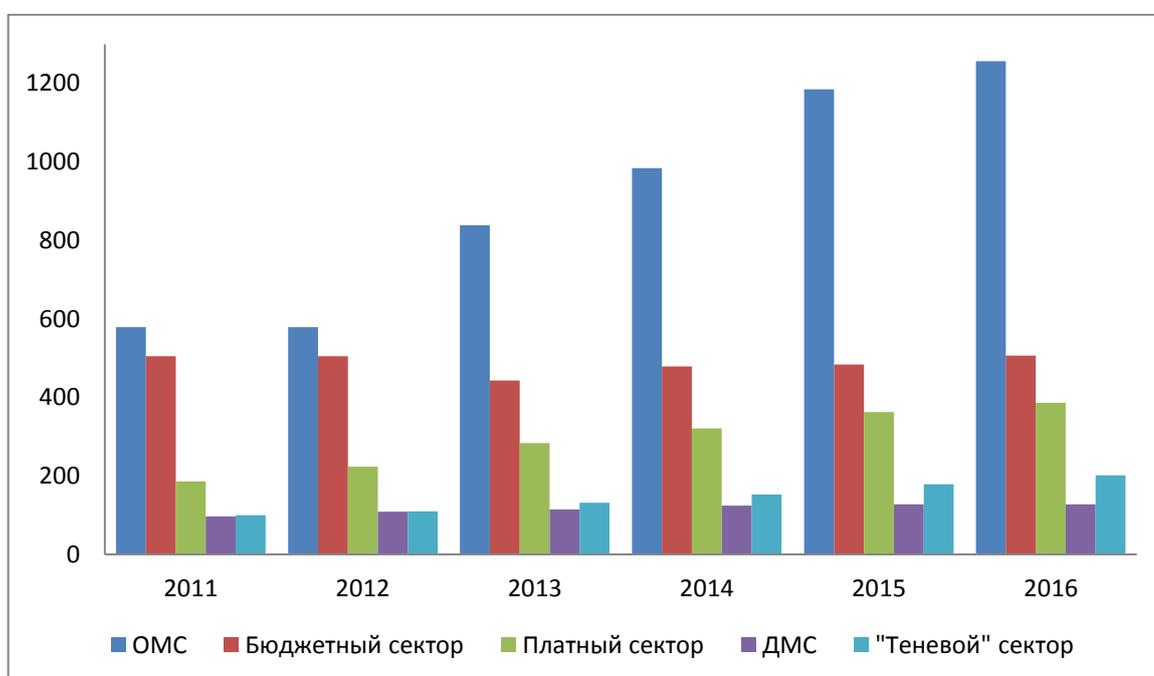


Рисунок 8 - Динамика рынка медицинских услуг в России в 2011-2016 гг., млрд. руб.

Источник: составлено автором на основе [Deloitte, 2015; Ernst and Young, 2015; KPMG, 2017; McKinsey, 2012].

На данный момент в секторе платной медицины можно выделить выраженных лидеров, которые по комплексности услуг, территориальной размещенности и другим показателям готовы конкурировать с государственными медицинскими организациями. В таблице 10 представлены ключевые игроки рынка платной медицины, их основные показатели и степень вовлеченности в оказание услуг в рамках ОМС.

Таблица 10 - Лидеры сектора платной медицины на рынке медицинских услуг в России
(по состоянию на 2017 г.)

№	Бренд медицинской организации	Выручка в 2016 г., млрд руб.	Специализация	Число медицинских учреждений в России	Стоимость первичного приема терапевта, руб.
1	Мать и дитя	12,2	Акушерство, гинекология, педиатрия	33	3200
2	Европейский медицинский центр	9,6	Многопро- фильный	5	11340
3	МЕДСИ	9,4	Многопро- фильный	30	1800
4	Медицинский институт им. Березина Сергея	5,7	Многопро- фильный, онкология	91	2000
5	Ава-Петер и Скандинавия	4,4	Акушерство, гинекология,	17	2700
6	Медицина	3,3	Многопро фильный	1	4000
7	Будь здоров	3,1	Многопро фильный	11	1600
8	MedSwiss	2,5	Многопро фильный	7	2500
9	Новая больница	2,5	Многопро фильный	1	1150
10	Семейный доктор	2,4	Многопро фильный	20	1570

Источник: составлено автором на основе [Forbes, 2017].

Возвращаясь к характеристике эффективности отрасли здравоохранения, необходимо отметить две ключевые проблемы функционирования медицинской сферы:

неудовлетворительный уровень качества и безопасности медицинской помощи и дефицит на рынке труда медицинских работников.

Что касается проблемы неудовлетворительного уровня качества и безопасности медицинской помощи, то в мировой практике эти показатели оцениваются на основе ряда показателей, таких как:

- **Результативность**: на макроуровне – показатели здоровья населения, на микроуровне – результаты лечения пациента;
- **Безопасность** (создание условий для предотвращения нежелательных последствий и врачебных ошибок);
- **Доступность** (сроки, территориальная и финансовая доступность оказания медицинской помощи);
- **Равенство** (равная доступность качественной медицинской помощи);
- **Ориентированность на нужды пациента** (создание условий для оправдания ожиданий пациента при взаимодействии с медицинскими работниками);
- **Эффективность** (получение максимально возможного лучшего результата при наименьших затратах).

По определенным показателям работы первичного звена, стационарного звена, безопасности пациентов, показателям здоровья детей и, в особенности, по процессам и показателям оказания медицинской помощи пожилому населению, развитию мероприятий здорового долголетия, повышения качества и продолжительности жизни [Шерешева и др., 2018] Россия в 3-6 раз отстает от аналогичных показателей в странах Организации экономического сотрудничества и развития и Европейского союза (табл. 11).

Таблица 11 - Сравнительные показатели качества и безопасности медицинской помощи в России и в странах ЕС

Наименование показателя	Единица измерения	РФ	В среднем в странах ОЭСР	В среднем в странах ЕС, вступивших после мая 2004 г. («новые» страны ЕС)
<i>Показатели работы первичного звена</i>				

Число пациентов старше 15 лет, госпитализированных в стационар с диагнозом бронхиальная астма	Число пациентов на 100 тыс. населения	111,1	47,4	73,8
Число пациентов старше 15 лет, госпитализированных в стационар с диагнозом ХОБЛ	Число пациентов на 100 тыс. населения	267,9	196,6	199,3
Число пациентов старше 15 лет, госпитализированных в стационар с диагнозом застойная сердечная недостаточность	Число пациентов на 100 тыс. населения	267,4	237,9	376,4
Число пациентов старше 15 лет, госпитализированных в стационар с диагнозом сахарный диабет	Число пациентов на 100 тыс. населения	306,2	52,0	70,2
Показатели работы стационарного звена				
Внутрибольничная летальность пациентов старше 45 лет с острым инфарктом миокарда в течение 30 дней от момента поступления	Число случаев на 100 пациентов	17,4	7,0	8,1
Внутрибольничная летальность пациентов старше 45 лет с ишемическим инсультом в течение 30 дней от момента поступления	Число случаев на 100 пациентов	18,6	8,0	10,7
Показатели безопасности пациентов				
Доля случаев послеоперационного сепсиса у пациентов старше 15 лет	Число случаев на	2,5	0,8	0,9

	100 госпитализаций			
Показатели здоровья детей и новорожденных				
Младенческая смертность	Число случаев на 1 тыс. родившихся живыми	8,2	4,0	3,9
Здоровье пожилого населения				
Число коек длительного ухода в больницах среди населения старше 65 лет (учитываются в составе общего коечного фонда в стационарах)	Число коек на 1 тыс. населения старше 65 лет	1,4	4,9	4,8

Источник: составлено автором на основе [ВОЗ, 2017; Шерешева и др., 2018].

Отдельно стоит отметить проблему сбора, анализа и интерпретации показателей качества и безопасности медицинской помощи в России. Во-первых, показатели не соответствуют принятым на международном уровне и не регламентированы в нормативных актах, что существенно усложняет централизованный сбор показателей. Кроме того, целевые значения этих показателей не установлены на федеральном уровне. Во-вторых, осуществляемый на сегодняшний день контроль в здравоохранении весьма избыточный и многоуровневый, реализуется на федеральном, региональном и местном уровнях. Зачастую разные виды контроля затрагивают смежные показатели деятельности, вследствие чего его можно назвать дублирующим. Самыми распространенными являются следующие виды контроля качества медицинской помощи:

- Государственный контроль;
- Ведомственный контроль;
- Контроль в системе ОМС;
- Внутренний контроль;

- Независимый контроль качества работы медицинской организации (Приказ Минздрава РФ «Об организации работы по формированию независимой системы оценки качества работы государственных (муниципальных) учреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения» №810а от 31.10.2013 г.);
- Контроль показателей качества и эффективности медицинской помощи в Программе государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи;
- Контроль по показателям в Программе развития здравоохранения до 2020 г.;
- Оценка эффективности деятельности медицинских организаций и их руководителей (Приказ Минздрава РФ «Об утверждении Методических рекомендаций по разработке органами государственной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления показателей эффективности деятельности подведомственных государственных (муниципальных) учреждений, их руководителей и работников по видам учреждений и основным категориям работников» №421 от 28.06.2013 г.).

Таким образом, действующая система здравоохранения сконцентрирована на контроле, а не на обеспечении качества медицинской помощи.

Что касается второй ключевой проблемы отрасли здравоохранения в России – дефицита на рынке труда медицинских работников, – то она рассмотрена более детально в следующем параграфе в рамках авторского подхода к представлению медицинской услуги, оказываемой государственными АПО, как интегрированной многоуровневой модели целостного продукта в маркетинге отношений.

2.2. Модель медицинской услуги как товара-объекта в маркетинге отношений

Представленные рыночные изменения, непосредственно затронувшие отрасль здравоохранения, определили необходимость внедрения принципов маркетинга отношений в деятельность государственных АПО. Медицинская услуга как объект усилий маркетинга отношений помимо свойств неоднородности, отрицательности, а также асимметрии информации между врачом и пациентом, характеризуется свойством комплексности и высокой степени сложности [Шерешева, Костанян, 2018]. Для представления системных элементов комплексной медицинской услуги в рамках ее интерпретации как многоуровневого товара-объекта маркетинга отношений, основываясь на результатах проведенного системного анализа, предложен авторский подход к представлению медицинской услуги как интегрированной многоуровневой модели целостного продукта в маркетинге отношений на основе концепции целостного продукта (Total Product Concept) (рис. 9).

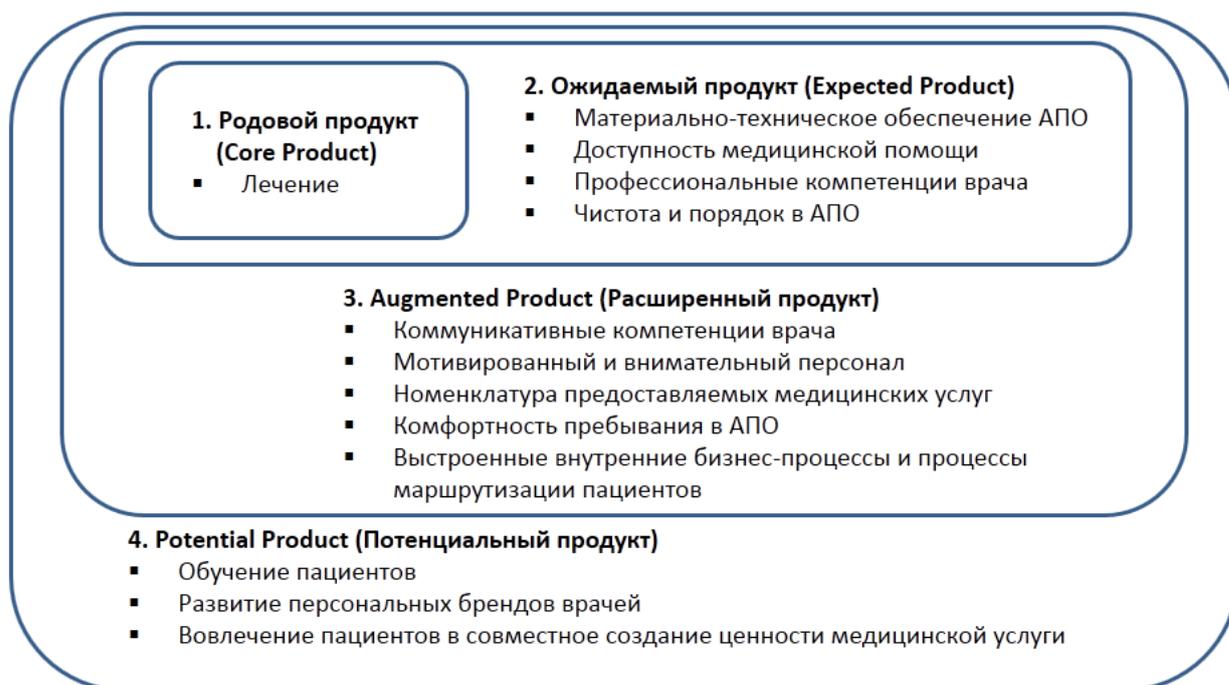


Рисунок 9 - Интегрированная многоуровневая модель медицинской услуги как товара-объекта в маркетинге отношений

Источник: составлено автором

Итак, исходя из модели Total Product Concept [Levitt, 1980], комплексность медицинской услуги с точки зрения маркетинга отношений можно представить в виде четырехуровневого продукта, каждый из которых характеризуется определенным набором элементов [Шерешева, Костанян, 2018]:

1) Уровень «Родовой (основной) продукт»

В основе родового продукта лежит стержневая выгода, представляющая собой основную услугу, преимущество или выгоду, приобретаемую потребителем. Для медицинской услуги таковой является непосредственное лечение, оказываемое пациенту, при этом под лечением имеются в виду как законченные случаи лечения (полное выздоровление пациента), так и незаконченные, свойственные, например, лечению пациентов с хроническими заболеваниями;

2) Уровень «Ожидаемый продукт»

Ожидаемый уровень продукта характеризуется подготовленным производителем набором свойств и условий, которые потребитель ожидает получить при покупке. Для медицинской услуги подобным ожидаемым уровнем служит минимальное материально-техническое обеспечение АПО, необходимое для оказания услуги и. безусловно, в силу

специфичности медицинской услуги, условия гигиены в организации – чистота и порядок в помещении, стерильность используемых расходных медицинских материалов и т.д.

Кроме того, в соответствии с функционированием системы обязательного медицинского страхования, а также Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, пациент ожидает получать доступную медицинскую помощь. Свойство доступности характеризует временные рамки возможности получения медицинской помощи – оказание помощи «день-в-день» или в ближайшие дни после обращения за медицинской помощью, - и возможность получения консультации медицинских специалистов различных профилей, в том числе редких.

Так как медицинская услуга призвана улучшить состояние здоровья пациента и/или поддерживать его здоровье на стабильном уровне, в ожидаемый уровень продукта включены профессиональные компетенции врача, характеризующиеся его знаниями, умениями и опытом в своей области, приобретенные им в ходе получения высшего/среднего медицинского образования, последиplomного образования и трудовой профессиональной деятельности;

3) *Уровень «Расширенный продукт»*

В уровень расширенного продукта включены такие его характеристики, которые превышают ожидания пациента. Для медицинской услуги государственной АПО такими дополнительными свойствами, улучшающими характеристики оказания медицинской услуги и повышающими клиентоориентированность организации, являются, в первую очередь, коммуникативные компетенции врача при его непосредственном взаимодействии с пациентом, которые, на данном уровне, дополняют базовые профессиональные компетенции врача. Именно коммуникативные компетенции формируют важный элемент маркетинга отношений, определяют установившуюся степень доверия между врачом и пациентом.

Также, такая базовая характеристика ожидаемого уровня медицинской услуги, как чистота и порядок в АПО, на расширенном уровне дополняются характеристиками комфортности пребывания в медицинской организации – наличие комфортных мест ожидания, кулера с водой, телевизионных информационных панелей, пандусов для маломобильных пациентов, детских игровых комнат и пр.

Большое значение имеет параметр номенклатуры оказываемых медицинских услуг - возможность оказания медицинской помощи различными узконаправленными специалистами и проведение специфичных клиничко-диагностических мероприятий.

Важной характеристикой расширенного уровня продукта является мотивированный и внимательный персонал медицинской организации (помимо врача, непосредственно

оказывающего медицинскую услугу). К разным категориям персонала медицинской организации относятся другие врачи, непосредственно не оказывающие медицинскую услугу данному пациенту, средний медицинский персонал, вспомогательный персонал (регистратура, гардероб, буфет и пр.), персонал клинических лабораторий, административный персонал.

Большую роль в данной характеристике играет параметр удовлетворенности персонала своей работой и разделения декларируемых ценностей организации как бренда, которые были рассмотрены ранее в п. 1.2 данной работы в рамках анализа внутреннего маркетинга как механизма интеграции сотрудников в ценности бренда.

Еще одной ключевой характеристикой расширенного уровня медицинской услуги, тесно связанной с уровнем управленческих компетенций руководящего звена медицинской организации, являются выстроенные внутренние бизнес-процессы оказания медицинских услуг с элементами бережливого здравоохранения (lean healthcare) и процессы маршрутизации пациента в организации. Эти процессы должны характеризоваться свойствами эффективности, бесперебойности и вовлекать имеющиеся ресурсы организации (человеческие, временные, материально-технические и др.) наиболее оптимальным образом для нивелирования или снижения уровня потенциальных ошибок, а также возможных помех и заминок в реализации процессов.

Принципы бережливого здравоохранения происходят из теории бережливого производства, разработанной в компании Toyota Corporation. Принципы бережливости основаны на предположении о том, что организация состоит из совокупности отдельных подпроцессов, которые должны быть выстроены таким образом, чтобы нивелировать процесс потерь на всех уровнях производства/оказания услуги [Holweg, 2007; Sugimori et al., 1977].

Принципы бережливости начали внедряться в здравоохранении чуть более 10 лет назад [Carpenter, 2011; Weber, 2006], что говорит о сравнительной новизне данной области исследований.

Тем не менее, за это время появилось множество исследований, посвященных изучению факторов, определяющих успешность внедрения принципов бережливости в здравоохранении, основные из которых представлены в таблице 12.

Таблица 12. Факторы успеха внедрения принципов бережливости в здравоохранении

Фактор	Краткое описание	Авторы
Выраженная поддержка руководством организации внедрения принципов бережливости	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Руководящее звено играет существенную роль в изменении иерархической культуры организации, на личном примере демонстрируя соблюдение принципов бережливости и поддерживая приверженность персонала этим принципам; ▪ Руководство рассматривается как катализатор процессов внедрения принципов бережливости в организации на первоначальных этапах; 	[De Souza, 2009; Radnor, 2011]
Определение различных групп потребителей и их ценностей в здравоохранении	<ul style="list-style-type: none"> ▪ В здравоохранении выделяется множество различных групп потребителей – пациенты, родственники пациентов, опекуны, провайдеры образования для врачей и среднего медицинского персонала, государство, налогоплательщики, страховые компании и пр.; ▪ Выделение групп потребителей необходимо для корректной коммуникации ценностного предложения организации; 	[Hayes et al., 2010; Papadopoulos et al., 2011; Poksinska, 2010]
Соблюдение обобщенного интегрированного принципа представления процессов для устранения различного рода потерь	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Необходимо определить все процессы, описывающие полный «путь» пациента в рамках системы здравоохранения от момента поступления в медицинскую организацию до выхода из нее; ▪ Именно пациенты из всех остальных групп потребителей здравоохранения проходят через все внутренние 	[De Souza, Pidd, 2011; Joosten, 2009]

	<p>процессы организации, чем и обусловлен выбор этой категории потребителей для интегрированного представления процессов в целях устранения различного рода потерь;</p>	
<p>Обучение персонала принципам бережливости и вовлечение персонала в эти процессы</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Устойчивость и эффективность внедрения принципов бережливости в организации зависит от ее корпоративной культуры и уровня подготовки персонала; ▪ Наличие обратной связи от персонала свидетельствует о том, что процесс внедрения принципов бережливости перешел от руководства организации к персоналу, и они стали внедряться в культуру организации; 	<p>[Ben-Tovim et al, 2007]</p>
<p>Внедрение в систему оценки и поощрения показателей принципов бережливости</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Приверженность принципам бережливости способствует постоянному улучшению процессов организации, вследствие чего показатели, характеризующие эти принципы, должны быть включены в систему оценки и поощрения персонала; 	<p>[Kollberg et al. 2006]</p>
<p>Соотнесение спроса с производственными мощностями для улучшения операционных потоков</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Спрос на медицинские услуги определяется ценностью и качеством этой услуги; ▪ Операционные потоки в медицинской организации являются тем более выстроенными, чем они более стандартизированы. 	<p>[Cinite et al. 2009]</p>

Источник: составлено автором на основе работ указанных исследователей

4) Уровень «Потенциальный продукт»

В уровень потенциального продукта включаются дополнения и трансформации существующего товара, отражающие потенциальные направления усовершенствования товара с целью поиска новых способов удовлетворения потребителей. Для медицинских услуг в качестве направлений дальнейшего усовершенствования были выделены такие факторы как обучение пациентов, развитие персональных брендов врачей и вовлечение пациентов в совместное создание ценности медицинской услуги. Данные факторы обоснованы в рамках разработанной концептуальной системно-логической модели создания ценности медицинской услуги, оказываемой государственными АПО, в п. 2.3 данной работы.

Таким образом, была разработана интегрированная модель элементов маркетинга отношений медицинской услуги, каждый из которых представляет особый интерес для целей данной работы. Подробно охарактеризовав элемент «Выстроенные внутренние бизнес-процессы и процессы маршрутизации пациентов» из расширенного уровня продукта, перейдем к представлению таких элементов, как «Доступность медицинской помощи», «Мотивированный и внимательный персонал», «Профессиональные компетенции врача» и «Коммуникативные компетенции врача», оценив потенциал рынка труда медицинских работников в России (современное состояние и систему высшего медицинского образования) в реализации принципов маркетинга отношений в организациях здравоохранения. Отметим, что количественные характеристики каждого из элементов модели являются статистической базой проведенного в рамках диссертационной работы эмпирического исследования.

2.2.1. Современное состояние рынка труда медицинских работников в России

Кадровый потенциал рынка труда медицинских работников в России можно охарактеризовать, основываясь на ряде медико-экономических показателей [Костанян, Смбатян, 2016]:

- Абсолютная численность кадрового потенциала;
- Обеспеченность населения медицинским персоналом;
- Коэффициент совместительства.

Для оценки современных тенденций на медицинском рынке труда рассмотрим каждый из показателей в отдельности.

Текущее предложение труда на рынке труда медицинских работников в России за последние 5-6 лет характеризуется стабильной динамикой. Подобная тенденция прослеживается как для врачей, так и для среднего медицинского персонала¹ (рис. 10).

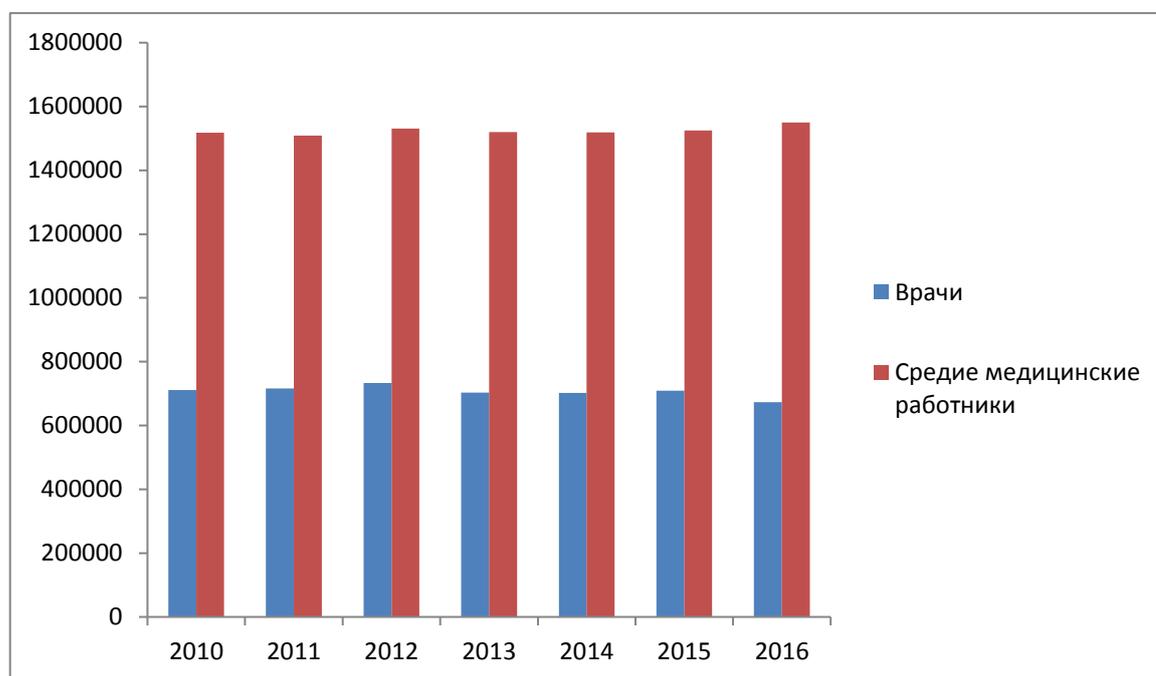


Рисунок 10 - Текущее предложение труда медицинских работников в России в 2010-2016 гг., чел.

Источник: составлено автором на основе [Федеральная служба государственной статистики, 2017]

Чтобы выяснить, достаточно ли это количество медицинских работников для качественного оказания медицинской помощи и поддержания ее доступности, рассмотрим показатели обеспеченности населения врачами и средними медицинскими работниками.

ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ВРАЧАМИ (СРЕДНИМ МЕДИЦИНСКИМ ПЕРСОНАЛОМ)

$$= \frac{\text{Численность штатных должностей врачей (среднего медперсонала) в организации}}{\text{Численность населения обслуживаемого данной организацией}}$$

Показатель обеспеченности медицинскими кадрами рассчитывается на 10000 человек.

Для сравнительного анализа представлены показатели обеспеченности населения медицинскими кадрами в г. Москва и в Московской области по сравнению со средними

¹ В категорию среднего медицинского персонала в анализе включены медицинские сестры, фельдшеры, лаборанты, акушеры, зубные врачи

показателями в России. Ситуация на рынке труда в г. Москва, безусловно, существенно отличается от ситуации в целом по стране, так как столичный регион существенно превосходит другие субъекты по уровню обеспеченности трудовыми ресурсами. Вследствие этого к анализу была добавлена Московская область как область, наиболее близко расположенная к столице, но, тем не менее, обладающая рядом характеристик и проблем, присущих региональным рынкам труда. Обеспеченность населения врачами в г. Москва на 30-50% выше, чем в среднем по стране (за период с 2010 г. по 2016 г.). При этом, обеспеченность населения средним медицинским персоналом в г. Москва на 10-15% ниже, чем в среднем по стране (за период с 2010 г. по 2016 г.). Тем не менее, как уже было отмечено, подобная ситуация является скорее исключением, характерным для столицы. Так, например, в Московской области как регионе с показателями, более схожими с общестрановыми, обеспеченность населения врачами и средним медицинским персоналом на 15-30% ниже, чем в среднем по РФ (рис. 11 и рис. 12)

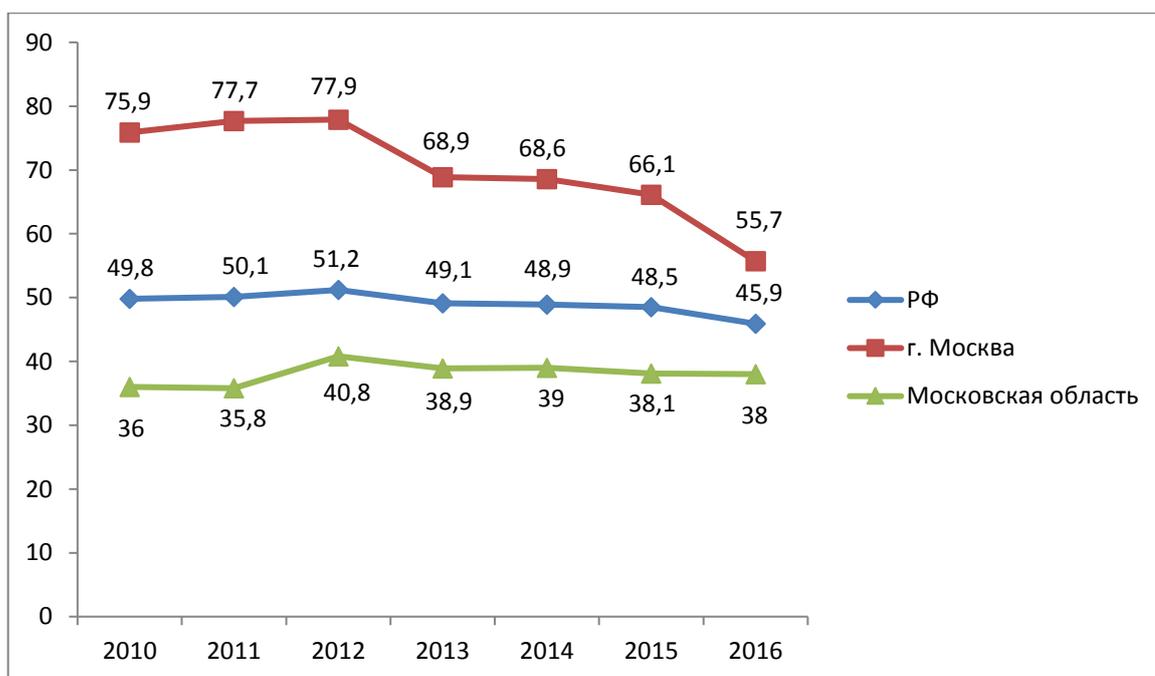


Рисунок 11 - Обеспеченность населения врачами в 2010-2016 гг., человек на 10000 населения.

Источник: составлено автором на основе [Федеральная служба государственной статистики, 2017]

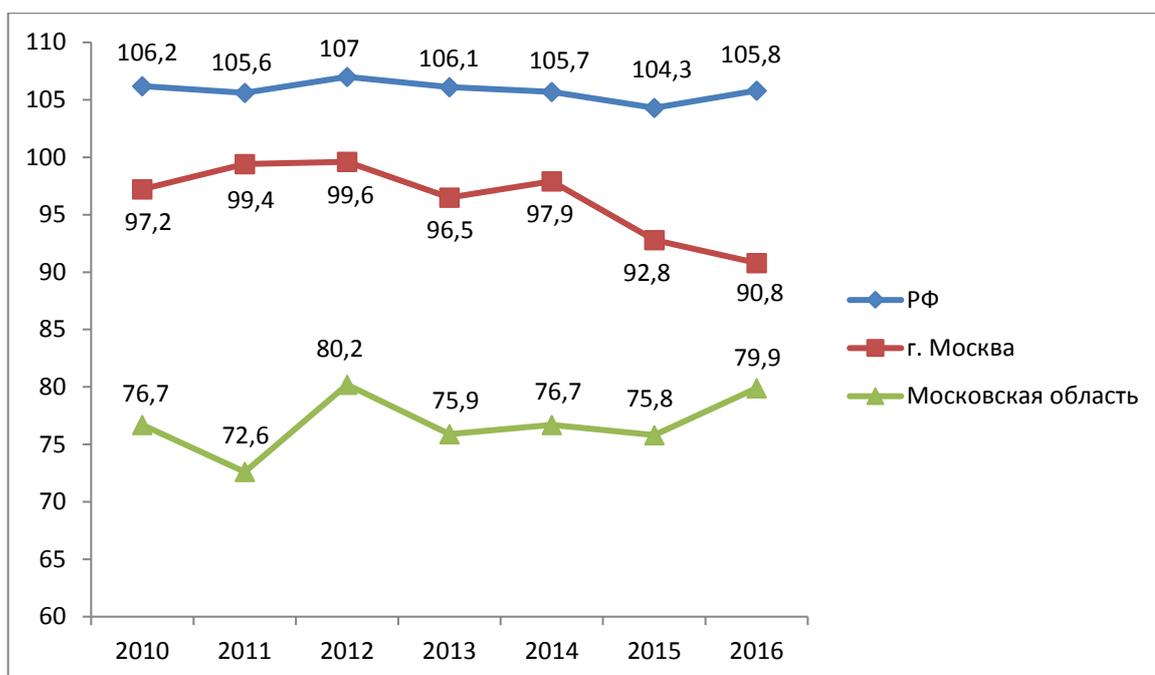


Рисунок 12 - Обеспеченность населения средним медицинским персоналом в 2010-2016 гг., человек на 10000 населения.

Источник: составлено автором на основе [Федеральная служба государственной статистики, 2017]

Проанализировав показатель обеспеченности населения медицинскими кадрами обеих категорий работников, рассмотрим, какова ситуация в разрезе отдельных клинических специальностей в г. Москва по сравнению с РФ.

Общая структура распределения врачей по отдельным специальностям сохраняется в течение последних нескольких лет, наибольшую долю составляют врачи терапевтического профиля (рис. 13).

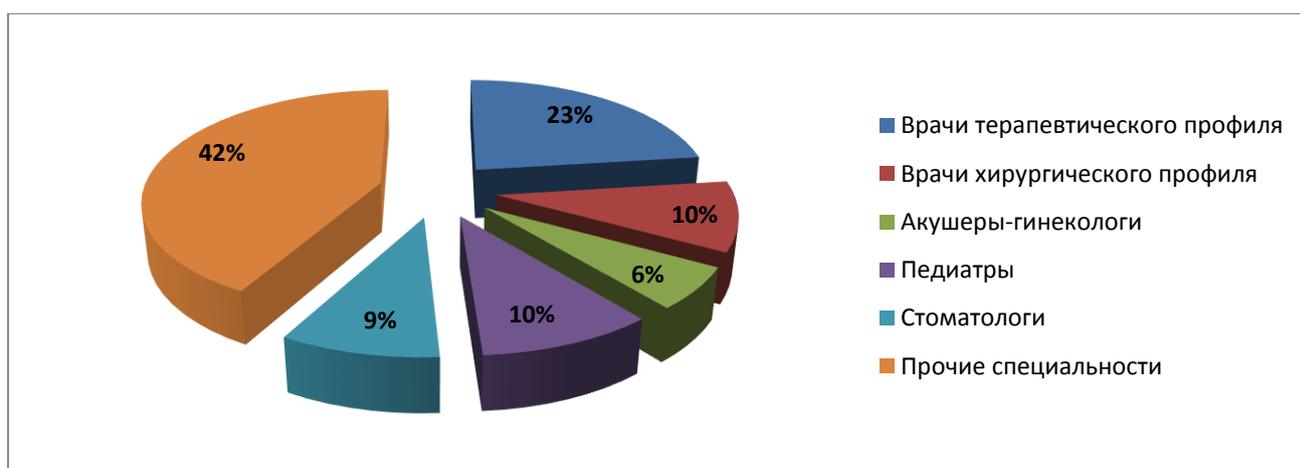


Рисунок 13 - Распределение врачей по отдельным специальностям в 2016 г., в % от общей численности врачей в России в 2016 г.

Источник: составлено автором на основе [Здравоохранение в России, 2017]

Обеспеченность населения медицинскими кадрами по отдельным специальностям регулируется законодательно установленными штатными нормативами. В настоящее время штатные нормативы обеспеченности населения врачебными должностями устанавливаются руководителем медицинской организации с учетом структуры населения, его заболеваемости, фактической нагрузки врачей и других факторов. Нормативы приказа Минздрава СССР от 11 октября 1982 г. № 999 «О штатных нормативах медицинского и педагогического персонала городских поликлиник, расположенных в городах с населением свыше 25 тысяч человек» значительно устарели, требуют пересмотра в соответствии с новыми факторами заболеваемости, носят рекомендательный характер, но, тем не менее, остаются единственным нормативным источником, в котором обозначены нормативы обеспеченности в разрезе различных клинических специальностей [Шерешева и др., 2017].

Исходя из указанных нормативов, была проанализирована обеспеченность населения в г. Москва и в России в целом врачами вышеуказанных специальностей и выявлено соответствие/отклонение фактической численности медицинских кадров его нормативному значению (табл. 13).

Таблица 13 - Обеспеченность населения г. Москвы клиническими специалистами в 2016 г., чел.

Специальность	Норматив обеспеченности специалистами по приказу №999	Фактическая обеспеченность специалистами в РФ	Фактическая обеспеченность специалистами в г. Москва	Отклонение фактического числа специалистов от нормативного значения в РФ, чел.	Отклонение фактического числа специалистов от нормативного значения в г. Москва, чел.
Терапевт	5,9	5,2	6,1	-10220	+146
Хирург	1,0	1,8	1,9	+11680	+657
Травматолог	1,0	0,9	1,3	-1460	+219
Отоларинголог	0,5	0,9	1,2	+5840	+511
Эндокринолог	0,5	0,5	0,8	0	+219
Невролог	0,5	1,9	2,2	+20440	+1241

Офтальмолог	0,5	1,2	1,7	+10220	+365
Кардиолог	0,3	0,9	1,3	+8760	+730

Источник: составлено автором на основе Приказа Министерства здравоохранения СССР №999 от 11.10.1982 г. и [Федеральная служба государственной статистики, 2017]

Таким образом, показатели обеспеченности населения различными клиническими специалистами в г. Москва выше соответствующих показателей в целом по стране, где наблюдается достаточно противоречивая ситуация – существенный дефицит врачей терапевтического профиля и врачей общей практики сочетается с переизбытком таких специалистов, как неврологи, хирурги, офтальмологи. Вместе с тем, именно врачи-терапевты и семейные врачи или врачи общей практики несут основную ответственность за здоровье прикрепленного к их терапевтическим участкам населения и организацию медицинской помощи пациентам. Такая ситуация называется искусственным дефицитом медицинских кадров, что объясняется неэффективностью управления рынком труда медицинских работников [Костанян, Смбалян, 2016; Шерешева и др., 2017].

При анализе нормативной численности медицинских сотрудников необходимо обратить внимание на тот факт, что в целом в России обеспеченность высококвалифицированными медицинскими кадрами на 10 тыс. населения выше, чем во многих европейских странах. Так, в соответствии с данными из Доклада Всемирной Организации Здравоохранения World Health Statistics (2015) в Германии данный показатель составляет 35,3, во Франции – 35,0, в США – 26,7, в Японии – 20,6 по сравнению с российским показателем 45,9. Дело в том, что методологический подход к расчету обеспеченности медицинскими кадрами, используемый в России, существенно отличается от западной методологии (так, в России учитываются такие категории, как санитарные врачи, лаборанты и др.).

Несоответствие международным стандартам учета создает определенные трудности при проведении сравнительного анализа. Вместе с тем, даже с учетом некоторого несоответствия, разрыв между российскими показателями численности медицинского персонала и показателями большинства стран мира очевиден, а тенденция роста относительной численности врачей в России никак не может объясняться только особенностями статистического учета.

Помимо показателей, характеризующих оценку количественного состава трудовых ресурсов здравоохранения области, есть также показатели качества их работы, одним из которых является коэффициент совместительства. Работа по совместительству является отличительной чертой именно медицинских работников. Под таким видом работы

подразумевается, прежде всего, дополнительная работа, выполняемая наряду с основной; при этом с работником заключается два трудовых договора. Работа по совместительству должна выполняться на регулярной основе и иметь систематический характер.

Коэффициент совместительства характеризует объем занимаемых одним физическим лицом должностей:

$$\text{КОЭФФИЦИЕНТ СОВМЕСТИТЕЛЬСТВА КОНКРЕТНОГО СПЕЦИАЛИСТА} = \frac{\text{Число занятых в организации должностей}}{\text{Фактическое число физических работающих лиц в организации}}$$

Высокий уровень коэффициента совместительства свидетельствует о большой нагрузке на медицинский персонал и в определенной степени влияет на качество медицинского обслуживания и реализацию принципов маркетинга отношений. В среднем в России коэффициент совместительства врачей в 2016 г. составил 1,54, средних медицинских работников – 1,55 (рис. 14).

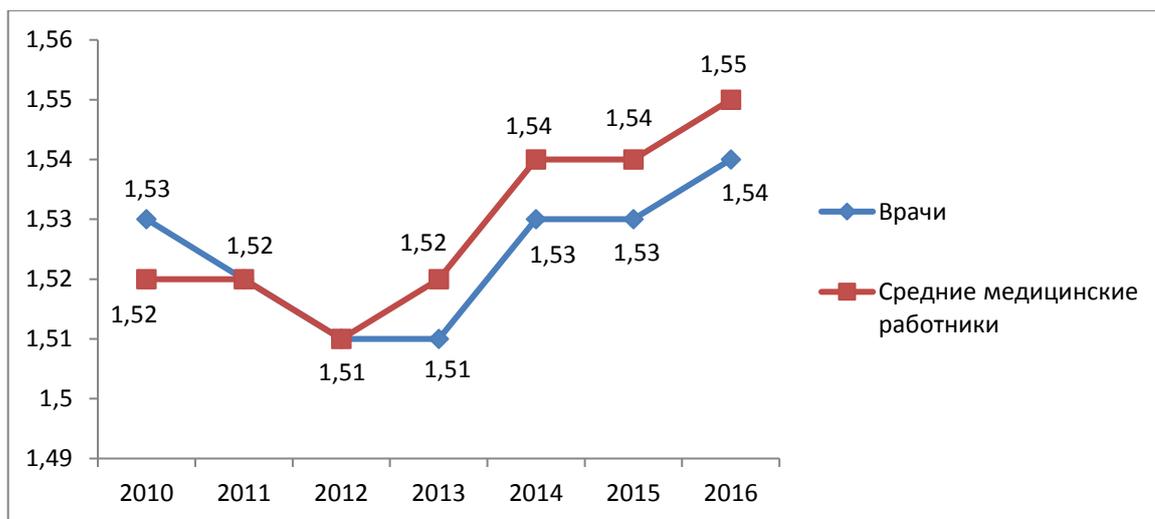


Рисунок 14 - Коэффициент совместительства в амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения в России в 2010-2016 гг.

Источник: составлено автором на основе [Федеральная служба государственной статистики, 2017]

Анализируя динамику изменений коэффициента совместительства, можно отметить, что почти каждый медицинский сотрудник занимает не менее 1,5 должностей, что снижает качество предоставляемой медицинской помощи [Смбатян и др., 2016].

Таким образом, анализ текущей ситуации на рынке труда медицинских работников в России показал, что главной кадровой проблемой отрасли является недостаток

специалистов, что приводит к увеличению объема работы, выполняемой по совместительству, и негативно воздействует на эффективность реализации принципов маркетинга отношений.

2.2.2. Подготовка медицинских кадров в России и реформа медицинского образования

Ключевой особенностью отрасли здравоохранения является то, что в связи с высокой долей индивидуальной ответственности врача и прямой зависимостью между квалификацией врача и здоровьем (каждого пациента в частности и всей нации в целом) организация обучения и контроль знаний врачей осуществляется не на уровне медицинской организации как ее внутренний процесс, а на государственном уровне, в рамках реализации системы последипломного образования, подразумевающей периодическую аттестацию медицинских специалистов, подтверждение имеющихся знаний и навыков и повышение квалификации. В связи с этим, огромную роль приобретает система высшего медицинского образования, соответствие этой системы реальным запросам общества и потребностям каждого пациента, возможность подготовки в ее рамках современных квалифицированных специалистов.

Существующая система подготовки медицинских специалистов сформировалась еще в период советской системы здравоохранения, разработанной Н.А. Семашко и признанной одной из лучших систем здравоохранения в мире как с медико-социальной точки зрения, так и с точки зрения экономической эффективности.

Система высшего медицинского образования существенно отличается от получения высшего образования в любой другой профессиональной сфере.

Врачебная деятельность является одной из профессиональных сфер (если не единственной), в которой образование не ограничивается додипломным этапом. В соответствии с ФЗ РФ от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» система высшего медицинского образования в России состоит из двух основных этапов – додипломного и последипломного.

Додипломный этап медицинского образования характеризуется более длительной продолжительностью обучения по сравнению с другими профессиональными сферами и составляет 6 лет (5 лет для стоматологических специальностей общей направленности). Подготовка медицинских специалистов в нашей стране ведется в более, чем 100 ВУЗах. Наиболее влиятельными медицинскими ВУЗами с многолетней историей и признанным авторитетом в подготовке качественных специалистов являются Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Санкт-Петербургский

государственный педиатрический медицинский университет, а также Новосибирский, Рязанский, Сибирский, Волгоградский и Красноярский государственные медицинские университеты

Последипломный этап медицинского образования характеризуется значительной длительностью вплоть до завершения профессиональной трудовой деятельности врачом. Так как врачебная деятельность связана с таким важным фактором жизнедеятельности человека как его здоровье и требует непрерывного поддержания должного уровня квалификации медицинских специалистов, то система последипломного образования, с одной стороны, предусматривает периодическое подтверждение всеми практикующими врачами своей квалификации, с другой стороны, дает возможность медицинским специалистам с определенной специальностью дополнительно освоить смежную медицинскую отрасль, в том числе и организацию здравоохранения, то есть пройти профессиональную переподготовку.

В настоящее время в России во главе с Российской медицинской академией последипломного образования (РМАПО) последипломное образование медицинских специалистов проводят 7 академий и институтов усовершенствования врачей и более 30 факультетов усовершенствования при медицинских высших учебных заведениях. Во всех организациях, проводящих последипломное образование медицинских специалистов, установлены единые требования к организации всех видов последипломного образования, единые сроки периодичности и продолжительности обучения, используются типовые образовательные программы, утверждены единые порядки проверки знаний и образцы документов о присвоении квалификации об усовершенствовании врачей.

Действующую до сих пор систему последипломного образования называют сертификационной, и ее можно представить в виде следующих блоков:

- 1) Получение доступа к практической профессиональной деятельности по основной специальности (обучение в интернатуре, клинической ординатуре, аспирантуре) – получение сертификата врача по основной специальности;
- 2) Повышение квалификации в ходе практической профессиональной деятельности (усовершенствование) – подтверждение сертификата врача по основной специальности;
- 3) Профессиональная переподготовка и получение новой специальности, отличной от основной специальности – получение сертификата врача по дополнительной специальности.

Порядок получения каждой специальности в настоящее время определен приказом Министерства здравоохранения РФ от 08 октября 2015 г. №707н «Об утверждении

Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки»».

Рассмотрим каждый из представленных блоков.

Получение доступа к практической профессиональной деятельности по основной специальности

После окончания медицинского университета (института) и получения диплома врач не может приступить к практической деятельности в медицинской организации. Для врачебных кадров предусмотрен еще один образовательный этап, представляющий собой получение практики непосредственно в стенах медицинской организации. В соответствии с Федеральным законом РФ от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» такая практика реализуется в ходе обучения в интернатуре или ординатуре в зависимости от врачебной специальности. Кроме того, предусмотрено обучение в аспирантуре.

Интернатура – форма послевузовского образования, основная цель которой – совершенствование теоретических знаний выпускников ВУЗов и получение ими практических навыков в объеме, необходимом для степени готовности к самостоятельной врачебной деятельности в соответствии с требованиями отраслевого образовательного стандарта послевузовского профессионального образования по соответствующей специальности [Костанян, 2017]. Обучение в интернатуре ведется с отрывом от основного места работы на бюджетной или договорной основе. Продолжительность обучения в интернатуре составляет один год. Обычно, интернатура предусмотрена для специалистов, которые продолжают свою работу в первичном звене здравоохранения, оказывающем первичную медико-санитарную помощь, то есть в амбулаторно-поликлинических организациях. По окончании интернатуры врач получает диплом и сертификат специалиста.

Клиническая ординатура – форма послевузовского высшего образования, проводимая для целей подготовки высококвалифицированных специалистов для самостоятельной работы в учреждениях здравоохранения. Обучение в ординатуре является очным и ведется с отрывом от основного места работы на бюджетной или договорной основе. Продолжительность обучения в ординатуре составляет два года. Обычно, ординатура предусмотрена для тех специалистов, которые продолжают свою работу во вторичном звене здравоохранения, оказывающем специализированную, высокотехнологическую, скорую помощь, то есть в стационарах, диспансерах и т.д. [Костанян, 2017]. По окончании ординатуры врач получает сертификат специалиста. (Для специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье», на которой

ведется подготовка управленческих кадров для здравоохранения, предусмотрена именно ординатура, а не интернатура).

Аспирантура – форма высшего образования, проводимая для целей подготовки научных и научно-педагогических кадров высшей квалификации. Поступление в аспирантуру возможно только после прохождения интернатуры или ординатуры и при наличии сертификата специалиста. Обучение в аспирантуре ведется по очной и заочной формам подготовки. Продолжительность обучения по очной форме подготовки составляет три, а по заочной – четыре года.

С 1 сентября 2017 г. послевузовское медицинское и фармацевтическое образование может быть получено только в ординатуре и аспирантуре. Интернатура упраздняется, при этом увеличивается срок практической подготовки в ординатуре. Длительность клинической ординатуры будет составлять от 1 до 5 лет в зависимости от специальности.

Повышение квалификации в ходе практической профессиональной деятельности (усовершенствование)

Регулярным блоком последипломого медицинского образования является повышение квалификации (усовершенствование), которое представляет собой обновление теоретических и практических знаний по приобретенной ранее основной специальности и подтверждение уровня медицинской квалификации в ходе сертификационного экзамена. Повышение квалификации проходит в виде циклов общего или тематического усовершенствования. Продолжительность цикла обучения и порядок прохождения усовершенствования регулируется приказом Министерства здравоохранения РФ от 3 августа 2012 г. № 66н «Об утверждении Порядка и сроков совершенствования медицинскими работниками и фармацевтическими работниками профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам в образовательных или научных организациях» и зависит от стажа работы. Так, для работников со стажем работы от 5 до 10 лет продолжительность обучения составляет не менее 500 часов, а для работников со стажем работы более 10 лет – не менее 100 часов.

Повышение квалификации является обязательным для всех врачей, в том числе и для организаторов здравоохранения, и происходит 1 раз в 5 лет. Полученный по итогу сертификат действителен в течение 5 лет и дает право на осуществление врачебной деятельности.

Профессиональная переподготовка и получение новой специальности, отличной от основной специальности

Профессиональная переподготовка специалистов является еще одним видом медицинского последипломного образования и проводится на основании установленных квалификационных требований к конкретным профессиям. В ходе своей профессиональной деятельности любой врач может получить новую специальность, предусмотренную номенклатурой специальностей, в том числе и управленческую специальность.

Продолжительность цикла обучения и порядок прохождения профессиональной переподготовки варьируются и зависят от стажа работы. Так, для работников со стажем работы от 5 до 10 лет продолжительность обучения составляет не менее 500 часов, а для работников со стажем работы более 10 лет – не менее 100 часов.

Таким образом, существующая система последиplomного медицинского образования предполагает длительный отрыв от работы 1 раз в 5 лет, делает необходимым быстрый набор необходимого количества зачетных единиц медицинскими специалистами, тем самым превращая подобное обучение скорее в формальность, нежели в возможность реального подтверждения знаний и повышения квалификации, и, в конечном итоге, является неудобной для самих медицинских специалистов и снижает операционную эффективность медицинской организации в целом.

Тем не менее, развитие образовательной системы отрасли не стоит на месте, и с 2016 г. в системе последиplomного медицинского образования происходят существенные изменения. Во-первых, внедряется модель непрерывного медицинского образования. Во-вторых, на смену сертификационной системе периодической оценки знаний медицинских специалистов приходит аккредитационная система. Эффекты от реализации указанных мероприятий, основные преимущества и риски будут рассмотрены далее.

Разработка глобальной идеи непрерывного медицинского образования, затрагивающей уровень квалификации и подготовки медицинских специалистов в масштабах всей страны, невозможна без серьезной экспертной поддержки и эффективного контроля на федеральном уровне. С этой целью в соответствии с приказом Минздрава РФ №82 от 18.02.2013 г. «О координационном совете по развитию непрерывного медицинского и фармацевтического образования» был создан Координационный совет по развитию непрерывного медицинского и фармацевтического образования.

Согласно ст. 10 Федерального закона № 273 "Об образовании в Российской Федерации" от 01.09.2013 г. вся российская образовательная система обеспечивает непрерывность образования и под непрерывностью подразумевается образование в течение всей жизни. Основанное на нормативно-правовой базе существующего законодательства

определение непрерывного медицинского образования звучит как «обязательное для медицинских и фармацевтических работников постоянное обучение по программам повышения квалификации, которое начинается после получения специальности и длится в течение всей профессиональной жизни».

Общая структура высшего образования в виде додипломного и последипломного этапов останется неизменной, но с 2016 г. на основании Федерального закона № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (в ред. Федеральных законов от 02.07.2013 г. №185 и от 25.11.2013 г. №317) с внедрением модели непрерывного образования обучение в виде повышения квалификации будет происходить не раз в 5 лет в течение 1-2 месяцев с полным или частичным отрывом от работы, а постепенно в течение 5 лет с накоплением баллов (зачетных единиц) за различные виды образовательных и других активностей. При этом общая продолжительность обучения в течение 5 лет будет составлять не менее 250 часов. Реализация модели непрерывного медицинского образования основывается на следующих принципах:

- *Принцип непрерывности:* образование будет осуществляться путем равномерного распределения модулей программы по пяти годам. Помимо этого, благодаря дистанционным технологиям возможно будет организовывать обучение без отрыва от работы и по месту проживания медицинского работника, что позволит оптимально использовать время врача и проводить обучение в удобном для него режиме;
- *Принцип персонификации:* каждый обучающийся будет самостоятельно формировать свой индивидуальный план обучения на год вперед, включив в него наиболее значимые для себя темы и блоки. Сводная информация о видах активности и о количестве набранных часов будет отражаться на бумажном и электронном носителе в отчете об исполнении индивидуального плана обучения;
- *Принцип практической ориентированности:* разработка образовательных модулей для обучения будет происходить в соответствии с актуальными проблемами в здравоохранении соответствующего региона, где проходит обучение медицинского специалиста. Акцент в образовательных модулях будет сделан на снижении наиболее частых причин смертности, заболеваемости, предотвращении врачебных ошибок.

Помимо системы непрерывного медицинского образования еще одним важным нововведением становится переход от сертификационной системы к системе аккредитации медицинских специалистов. Существующая до сих пор сертификационная система подразумевает прохождение сертификационного экзамена и получение сертификата по

определенной специальности, дающего право на осуществление медицинской деятельности в течение 5 лет. В дальнейшем данный сертификат подлежит подтверждению раз в 5 лет. Новая система аккредитации медицинских работников приближает российскую систему высшего медицинского образования к ее западным аналогам - Болонской двухуровневой системе обучения, что даст медицинским специалистам из России возможность осуществлять профессиональную деятельность на территории всех стран ЕС. Формы, правила и особенности проведения аккредитации медицинских работников утверждены приказом Минздрава России № 334н от 2 июня 2016 г. «Об утверждении Положения об аккредитации специалистов». Прохождение аккредитации раз в 5 лет является обязательным для всех работающих медицинских специалистов.

Аккредитация полностью упраздняет сертификационную систему, но, вследствие того, что выданные сертификаты действительны в течение 5 лет, переход будет осуществляться поэтапно, и сертификаты специалистов, выданные до 01.01.2016 г., будут действовать до истечения указанного в них срока. При этом не происходит подмена одного понятия другим. Сертификация предполагала лишь подтверждение квалификации медицинского работника, при этом аккредитация, помимо этого, означает еще и повышение его профессиональных навыков. Кроме того, в отличие от сертификационного экзамена, получение аккредитации подразумевает прохождение не только теоретических, но и практических тестов на базе симуляционных центров, а также оценку портфолио медицинского сотрудника.

Утверждены три формы аккредитации медицинских работников:

- **Первичная аккредитация:** для медицинских работников, завершивших высшее или среднее медицинское образование;
- **Первичная специализированная аккредитация:** для медицинских работников, завершивших обучение в ординатуре или аспирантуре, а также для специалистов, заверивших обучение по программам профессиональной переподготовки и специалистов с зарубежными дипломами;
- **Периодическая аккредитация:** обязательная для всех медицинских работников аккредитация раз в 5 лет, обеспечивающая непрерывное совершенствование профессиональных знаний и навыков, повышение профессионального уровня и расширение квалификации.

Указанные нововведения можно представить в виде схемы, представляющей собой систему высшего медицинского образования с 2016 г. (рис. 15)

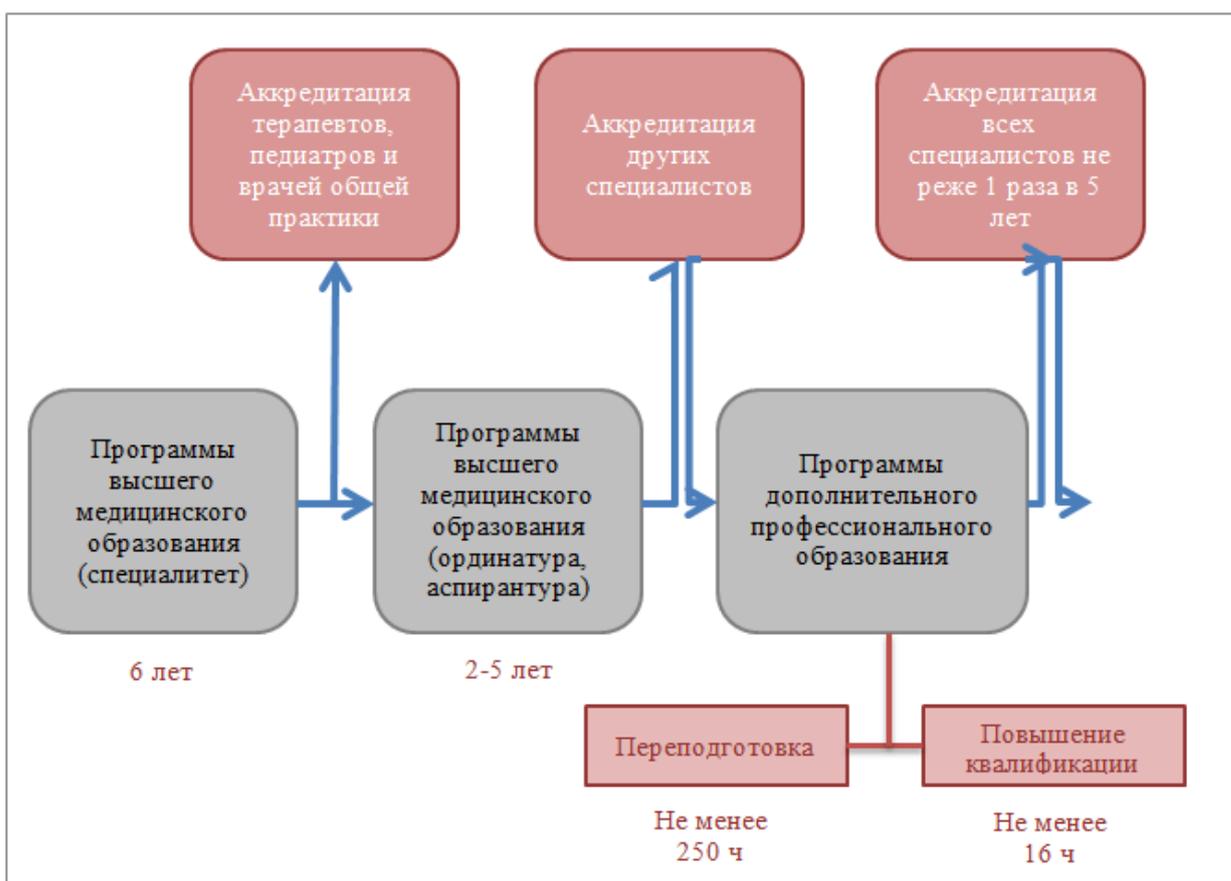


Рисунок 15 - Организация системы медицинского образования с 2016 г.

Источник: составлено автором на основе Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» №323 от 21.11.2011 г.

Таким образом, можно выделить основные преимущества непрерывного медицинского образования и аккредитационной системы, способствующие повышению квалификации медицинского работника и реализации принципов маркетинга отношений:

- Непрерывное медицинское образование позволяет перейти от формального прохождения программ повышения квалификации к качественному образованию медицинских специалистов, осуществляемому не однократно в течение 5 лет, когда врачей «подгоняет» необходимость продлить действие своего сертификата, а дискретно в течение 5 лет, выбирая те виды активностей, которые наиболее актуальны для каждого медицинского специалиста;
- Обучение выстроено таким образом, чтобы его прохождение было максимально удобно для медицинских работников и проходило с минимальным отрывом от основного места работы. Это достигается путем применения накопительного принципа для зачетных единиц, а также в связи с использованием электронных дистанционных технологий;

- Система оценки и подтверждения знаний медицинских работников стала включать в себя оценку не только теоретических знаний, но и практических умений в симулированных условиях;
- Особенностью аккредитационной системы является то, что медицинский специалист не просто получает сертификат, а аккредитуется профессиональным экспертным сообществом по своей специальности и становится его членом. Такая система аналогична зарубежным системам аккредитации медицинских специалистов, деятельность которых регулируется, в большей степени, не со стороны государства, а со стороны профессиональных сообществ. Репутация, квалификация и знания каждого из ее членов влияют на имидж всего профессионального общества в целом, поэтому подобные организации особенно ревностно и тщательно подходят к вопросам поддержания квалификации своих членов, соблюдения медицинских этических норм, избегания медицинских ошибок и т.д.

Тем не менее, в рамках организации медицинские специалисты подвержены решениям управленческих кадров медицинской организации, которые характеризуются с двойственной точки зрения – как клинические специалисты и как управленцы организации. Зачастую между этими двумя ролями возникает конфликт интересов, так как врач и управленец нацелены на достижение различных целей. Вследствие этого, образование и подготовка руководящих кадров для здравоохранения должна идти в двух направлениях – клиническом и управленческом. Ключевые особенности и проблемы формирования управленческих кадров в здравоохранении представлены в *Приложении 6*. Особенности программ последипломного образования управленческих кадров в здравоохранении относительно обучения медицинскому маркетингу представлены в *Приложении 7*.

2.3. Перспективы развития маркетинга отношений в государственном здравоохранении для повышения воспринимаемой ценности медицинских услуг

2.3.1. Вовлечение пациентов в совместное создание ценности медицинской услуги, оказываемой государственными АПО

Центральным звеном маркетинга отношений является построение цепочки создания ценности для клиента, которая, в конечном итоге, формирует воспринимаемую клиентом ценность товара или услуги (для целей данной работы – воспринимаемую пациентом ценность медицинской услуги) [Шерешева, Костянян, 2018]. В рамках диссертационного исследования выдвинута, теоретически обоснована и логически раскрыта концептуальная

модель цепочки создания ценности медицинской услуги, оказываемой государственными АПО, схематически представленная на рис. 16. В качестве компонент системно-логической модели приняты следующие:

1. Пациенты (П)
2. Медицинский персонал организаций здравоохранения (В)
3. Амбулаторно-поликлинические государственные медицинские организации (О)
4. Страховые медицинские компании (С)
5. Плательщики, формирующие денежный фонд обязательного медицинского страхования (Пл)
6. Фармацевтическая индустрия (Ф)
7. Государственные контрольно-надзорные регулирующие органы в сфере здравоохранения (КО)

Построение модели цепочки создания ценности медицинской услуги в государственном секторе здравоохранения основывается на использовании метода информационно-логического моделирования процессов.

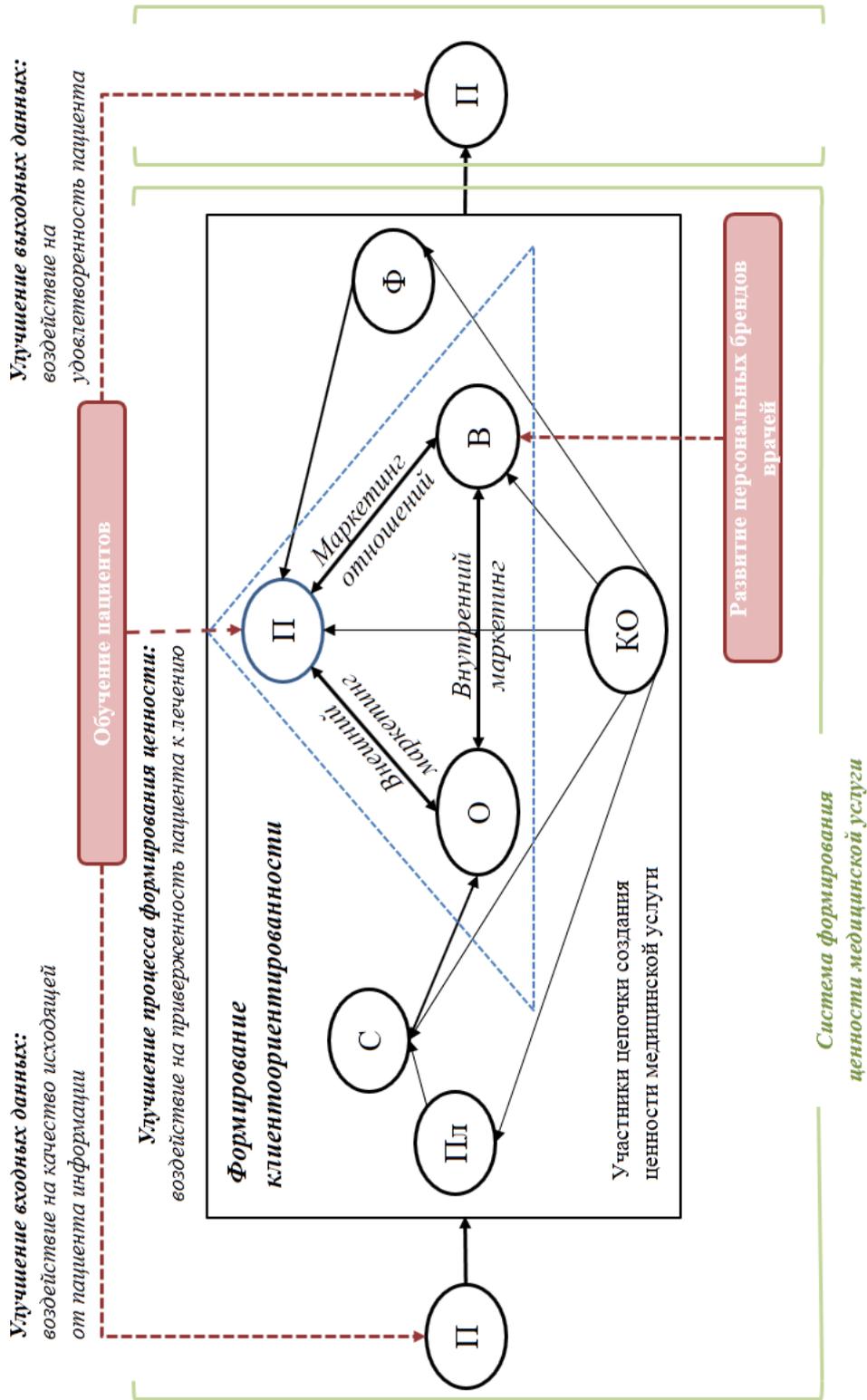


Рисунок 16 - Концептуальная системно-логическая модель цепочки создания ценности медицинской услуги, оказываемой государственными АПО

Источник: составлено автором

Цепочка создания ценности медицинской услуги состоит из непосредственно системы формирования ценности медицинской услуги и пациента как итогового объекта формирования воспринимаемой ценности. Рассмотрим обе составляющих более подробно.

Система формирования ценности медицинской услуги включает в себя входные данные в виде первоначального (долечебного) состояния здоровья пациента и, собственно, процесса создания ценности медицинской услуги. В процессе создания ценности медицинской услуги краеугольное место занимает трехстороннее взаимодействие ключевых компонент – пациентов, медицинских сотрудников и АПО:

- Взаимодействие медицинских организаций и пациентов – реализация принципов внешнего маркетинга;
- Взаимодействие медицинских организаций и медицинских сотрудников – реализация принципов внутреннего маркетинга;
- Взаимодействие медицинских сотрудников и пациентов – реализация принципов маркетинга отношений как симбиоза внешнего и внутреннего маркетинга.

Весь процесс создания ценности медицинской услуги сопровождается формированием клиентоориентированности, которая транслируется на всю цепочку, что отражает ключевой принцип маркетинга отношений [Шерешева, Костяян, 2018].

Если в указанном трехстороннем взаимодействии имеет место взаимовлияние компонент друг на друга, то другие компоненты системы формирования ценности медицинской услуги взаимодействуют друг с другом как в двустороннем, так и в одностороннем порядке. Так, деятельность медицинских организаций напрямую связана с деятельностью медицинских страховых компаний, которые, в свою очередь, зависят от поступлений в Фонд обязательного медицинского страхования, формируемый выплатами налогоплательщиков, что является внешним ограничением для деятельности медицинских организаций. В связи с этим, в п. 2.1 диссертационной работы были рассмотрены и проанализированы современные условия функционирования российского здравоохранения и изменяющиеся рыночные условия, которые существенно усиливают конкуренцию в отрасли. Кроме того, на состояние здоровья пациента и на профессиональную деятельность медицинских сотрудников оказывает непосредственное влияние фармацевтическая индустрия, которая способна воздействовать на формирование и на степень приверженности пациента к лечению как специфического показателя маркетинга отношений в медицинской сфере.

В свою очередь, деятельность всех агентов индустрии здоровья подчиняется регламентирующим нормативно-правовым актам, следование которым регулируется государственными контрольными органами в здравоохранении.

Что касается конечного этапа цепочки формирования ценности медицинской услуги, то, как уже было отмечено, им является конечное/промежуточное (послелечебное) состояние здоровья пациента. В конечном итоге пациент формирует собственную воспринимаемую ценность услуги. Воспринимаемая пациентом ценность медицинской услуги может быть оценена посредством уровня его удовлетворенности. Это положено в основу проведенного эмпирического исследования оценки уровня удовлетворенности пациентов и факторов, формирующих удовлетворенность, представленного в главе 3 диссертационной работы.

Для повышения эффективности цепочки создания ценности медицинской услуги и повышения воспринимаемой пациентом ценности медицинской услуги были предложены два перспективных направления вовлечения пациентов в совместное создание ценности медицинской услуги: обучение пациентов и развитие персональных брендов врачей.

1. Обучение пациентов

Вследствие того, что пациент является ключевым элементом на всех этапах цепочки формирования ценности медицинской услуги, для эффективной реализации принципов маркетинга отношений необходимо акцентировать внимание на элементах обучения пациентов. При этом, на каждом этапе обучение пациентов имеет дифференцированное назначение и результат [Шерешева, Костанян, 2018]:

- *На уровне входных данных:* обучение пациента необходимо для воздействия на качество исходящей от пациента информации. Так как комплексный процесс диагностирования заболевания, постановки диагноза и лечения построен на описании пациентом корректных симптомов и жалоб, а также зависит от стадии выявления заболевания (то есть от срока, в течение которого пациент обратится в медицинскую организацию), необходимо проводить обучение пациентов для своевременного прохождения скрининговых медицинских исследований, понимания собственных заболеваний и корректного описания ключевых, а не сопутствующих и второстепенных симптомов, что позволит более оперативно сформировать план лечения и подойти к его реализации;
- *На уровне процесса создания ценности:* обучение пациента необходимо для повышения приверженности пациента к лечению, что позволит в более сжатые сроки достичь итогового/промежуточного результата лечения. Также, приверженность пациента к лечению является специфичным показателем маркетинга отношений в здравоохранении, формируется в результате взаимодействия врача с пациентом и зависит от силы персонального бренда врача и степени его влияния на поведение пациента. При этом, под приверженностью к

лечению подразумевается как следование медикаментозной терапии, так и следование рекомендациям врача по принципам здорового образа жизни – физическая нагрузка, питание и пр.;

- *На уровне выходных данных:* обучение пациента необходимо для повышения удовлетворенности пациента как потребителя медицинской услуги посредством развенчивания ложных ожиданий пациента от процесса и результата оказания медицинской услуги, проистекающих из ошибочного представления о методах лечения.

Указанные три направления обучения пациентов на всех этапах цепочки формирования ценности медицинской услуги способствуют переходу от патерналистской модели оказания медицинской услуги к оказанию медицинской услуги с разделением ответственности между врачом и пациентом, активному вовлечению пациента в совместное создание ценности медицинской услуги и достижению итогового позитивного результата.

2. Развитие персональных брендов врачей

В новых рыночных условиях российского здравоохранения, приводящих к росту конкуренции в государственном секторе и изменяющих финансирование системы, медицинский персонал становится ключевым конкурентным преимуществом медицинской организации, способным существенно усилить организационный бренд. В связи с этим формирование и развитие персональных брендов врачей, которые, в определенных условиях, превалируют над организационным брендом, становится перспективным направлением развития маркетинга отношений в здравоохранении.

Осуществление предложенных мероприятий позволит не только эффективно реализовать принципы маркетинга отношений в деятельности государственных АПО, но и будет способствовать повышению эффективности здравоохранения посредством снижения напряженности на рынке труда, повышения рациональности расходования средств здравоохранения с использованием принципов доказательной медицины, усиления конкурентных преимуществ медицинской организации.

2.3.2. Обучение пациента в реформе российского здравоохранения

Для характеристики необходимости обучения пациента как потребителя медицинской услуги обратимся к общей теории обучения потребителя в маркетинге услуг и рассмотрим истоки ее возникновения, различные подходы к пониманию обучения потребителей, системы обучения потребителей, и, далее, сформулируем применение рассмотренных методик в отношении пациентов как потребителей на рынке медицинских услуг.

Непосредственная цель обучения состоит в том, чтобы потребитель мог эффективно и ответственно действовать в современной усложнившейся экономической системе. В течение долгого периода времени в теории маркетинга обучение потребителя (customer education) рассматривалось как способ создания ценности для потребителя.

Обучение дает потребителям возможность раскрыть весь возможный потенциал использования продукта, решить проблемы, которые могут возникнуть в ходе потребления продукта, а также повысить лояльность потребителя, с течением времени переводя его на потребление новых, усовершенствованных версий продукта [Honebein, 1997].

Для целей данного исследования под обучением потребителей будем понимать наделение потребителей необходимыми знаниями, навыками и умениями использования продукта с максимальной пользой, а также управление этими знаниями. Обучение потребителей является инструментом воздействия на поведение потребителей, так как оно способствует улучшению способностей потребителей по обработке информации и может помочь им в выборе товаров или услуг, которые они намереваются приобрести.

Говоря о роли обучения потребителей в системе маркетинга отношений, можно выделить три различные точки зрения на обучение потребителей [Eisingerich, Bell, 2006; Bell, Eisingerich, 2007]:

- *Обучение потребителей как защита прав потребителей*

Данный подход является одним из наиболее ранних в теории обучения потребителей и основан на базовых правах потребителя, таких как право на информацию и право на обучение. Для обеспечения этих прав законодательные структуры государства разрабатывают специализированные нормативно-правовые акты. Таким образом, в рамках данного подхода обучение потребителей является, в первую очередь, обязанностью государства.

- *Обучение потребителей как развитие рыночных отношений*

В соответствии с этим подходом обучение потребителей является составной частью государственной экономической политики по развитию и поддержанию рыночных отношений. Спрос, формируемый потребителями, в рамках развитой рыночной системы имеет определяющее значение для функционирования рынка не только в терминах количества (объем рынка, его динамика, покупательская способность и пр.), но и в терминах качества, характеризующего высокую осведомленность потребителей о том, какие товары и услуги они покупают. Таким образом, в рамках данного подхода обучение потребителей является обязанностью не только государства, но и рыночных агентов.

- *Обучение потребителей как защита интересов общества*

В рамках данного подхода сделан акцент не на индивидуального потребителя (как в первом подходе) и не на потребителя как рыночного игрока (как во втором подходе), а на внешние эффекты потребительского поведения, воздействующие на интересы общества в целом. Идея заключается в том, что принцип индивидуальной свободы выбора потребителя должен быть соблюден, но свобода выбора имеет также и свои ограничения в случае отрицательного воздействия поведения потребителя на общественные интересы – окружающую среду, общественный порядок и т.д. С этой точки зрения обучение потребителя призвано наделить его необходимыми знаниями для предотвращения подобных отрицательных внешних эффектов. Таким образом, в рамках данного подхода обучение потребителей является обязанностью государства и многочисленных общественных организаций.

К настоящему моменту сформулировано большое количество моделей обучения потребителей, каждая из которых основана на тех или иных предпосылках. В целом, все модели обучения потребителей можно разграничить в 3 ключевых блока:

- *Блок моделей обучения потребителей, нацеленных на осуществление информированного выбора*

Данный блок моделей обучения потребителей фокусируется на предоставлении потребителям такой информации, которая помогала бы им при осуществлении выбора тех или иных товаров или услуг. Предпосылками для этих моделей является то, что потребители действуют самостоятельно, являются рациональными и при осуществлении выбора максимизируют свое экономическое благосостояние (полезность). Кроме того, подразумевается, что рынок функционирует эффективно, является конкурентным и регулируется законами спроса и предложения.

В рамках данного блока под обучением потребителя подразумевается как предоставление потребителям информации, так и развитие уже имеющихся у них умений и навыков [Wells, Atherton, 1998]. В целом, навыкам и умениям в данном блоке уделяется особое внимание в силу сложности и комплексности рыночной структуры: исключительное предоставление потребителям информации не является достаточным для осуществления ими информированного выбора.

- *Блок моделей обучения потребителей, нацеленных на защиту от мошенничества*

К данному блоку относятся модели обучения потребителей, сфокусированные на защите потребителей от мошеннических действий и эксплуатационных рыночных операций [Singh, 1991]. Признается асимметрия информации в рыночных операциях и «нечестное» поведение поставщиков товаров и услуг. Также признается тот факт, что не

всегда рынки функционируют эффективно, вследствие чего многие участники рынка не могут получить информацию, необходимую для осуществления рационального выбора, и, даже если это им удастся, имеет место эксплуатация, то есть неравный обмен.

- *Блок прочих моделей обучения потребителя*

Более широкий критический взгляд на модели обучения потребителей подразумевает также социальный и политический контекст, влияющий на осуществление выбора потребителями. Данный блок моделей обучения не только признает неэффективность рынка, необходимость развития навыков, но и учитывает структурные факторы, в частности, экономическое и социальное неравенство, которое ограничивает права потребителей. В процессе развития данного блока моделей появилось понимание потребителей как рыночных агентов, которые реагируют на окружающие социальные условия, изменяют свое потребительское поведение и стиль жизни [Ozanne, Murray, 1995].

В целом, обучение потребителей является одним из важнейших направлений развития маркетинга отношений в течение последних десятилетий. Этому вопросу уделено особое внимание на государственном уровне, для чего созданы специализированные некоммерческие регулирующие органы. Примерами крупнейших и наиболее влиятельных из них являются:

- 1) *Управление по финансовому поведению, Великобритания (The Financial Conduct Authority)*

Государственный орган, занимающийся продвижением понимания финансовых услуг и повышением финансовой грамотности, под обучением понимает надделение потребителей объективной (беспристрастной) информацией, знаниями, навыками и умениями с целью сделать потребителя более информированным и вовлеченным в покупку и использование различного вида услуг (в частности, финансовых) для повышения эффективности управления собственными финансовыми ресурсами².

Управление занимается проведением большого количества исследований на различных социально-демографических группах и выработкой конкретных стратегий обучения. В частности, управление в своей деятельности использует следующие инструменты воздействия и обучения потребителей:

- Печатные материалы в виде публикаций, буклетов, факт-листов и каталогов об управлении личными финансами;
- Горячие линии для потребителей с консультациями по личным финансам;

² <https://www.fca.org.uk/>

- Веб-сайт «Consumer Help» с ресурсами, предоставляющими базовую информацию о том, куда необходимо обратиться в случае жалобы на деятельность того или иного финансового института, о том, какие финансовые услуги можно получить поблизости, о правах потребителя при использовании финансовых услуг и пр.;
- Сравнительные схемы использования и эффективности тех или иных финансовых продуктов
- Интернет-платформы с проведением онлайн-обучающих курсов по финансовой грамотности;
- Пр.;

2) *Национальный институт обучения потребителей (США)*

Информационно-координационный центр, занимающийся экономическим и финансовым обучением потребителей, видит свою роль в том, чтобы дать людям возможность стать информированными потребителями, принимающими рациональные решения и активно участвующими на финансовом рынке. Обучая потребителей, центр преследует цель не только наделить потребителя необходимыми знаниями и умениями, но и сделать его участником социальной, политической и экономической жизни, что влияет как на его собственное благосостояние, так и на благосостояние общества, то есть реализуется концепция активного гражданина.

Что касается роли обучения потребителя в медицинской сфере, то в современном здравоохранении обучение пациента является правом пациента и обязанностью провайдера медицинской услуги. Обучение пациентов состоит из двух ключевых компонент: клиническое обучение пациентов (clinical patient education) и обучение пациентов здоровому образу жизни (health education), другими словами – санитарно-просветительское обучение [Balestra, 2013].

▪ ***Клиническое обучение пациентов***

Клиническое обучение пациентов – это запланированный, систематический и последовательный процесс обучения пациентов, вовлекающий как провайдера (предоставителя) медицинской услуги, так и пациента (и/или его семью). Цель клинического обучения пациента состоит в наделении его знаниями об оценке собственного самочувствия, диагноза, необходимых предписаний и врачебных вмешательств [Bandura, 2004].

▪ ***Санитарно-просветительское обучение пациентов***

Санитарно-просветительское обучение – процесс, аналогичный клиническому обучению пациентов, но ставящий своей целью профилактику заболеваний, поддержание хорошего самочувствия и улучшение качества жизни. Санитарно-просветительское

обучение может проводиться в отношении отдельных индивидов, групп и сообществ. Ключевой фокус санитарно-просветительского обучения направлен на повышение уровня здоровья общества в целом посредством улучшения здоровья отдельных индивидов как социальных элементов общественного здоровья.

Результатом обоих видов обучения пациентов является повышение информированности и степени активности пациента в процессе принятия решений о собственном здоровье. Обучение пациентов ведет также к изменению в обучении врачей: с мышления, основанного на понимании болезни и способах ее лечения, к мышлению, основанному на оценке рисков с вовлечением пациента как активного участника и партнера в процессе оказания услуг и с разделением ответственности между врачом и пациентом. В такой ситуации снижение степени риска зависит, в первую очередь, от того, насколько пациент понимает важность своей роли и ответственности в улучшении собственного здоровья. Таким образом, врач выступает в качестве «педагога» пациента, воздействует на степень претворения в жизнь необходимых изменений в поведении и помогает оценить прогресс пациента.

Особое значение обучение пациентов приобретает при осуществлении лечения хронического заболевания пациента, протекающего в фазе ремиссии в течение длительного периода времени и не оказывающего отрицательного влияния на качество жизни пациента в случае контроля им основных клинических показателей и ведения правильного (соответствующего болезни) образа жизни. Классическими примерами таких заболеваний являются сахарный диабет и гипертоническая болезнь. Именно для этих заболеваний во всем мире разработаны специализированные обучающие программы, тренинги, школы и пр., так как поддержание нормального течения заболевания совместимо с высоким качеством жизни пациента.

Одной из наиболее широко известных обучающих программ с высокой степенью научной разработанности и доказанной клинической эффективностью является программа самоуправления хроническими заболеваниями Медицинской школы Стэнфордского университета – The Chronic Disease Self-Management Program (CDSMP) (Stanford University School of Medicine)³. Программа была адаптирована в 19 странах и показала свою эффективность в разных странах у пациентов в разных возрастных категориях, что подтверждено целым рядом исследований [Ahn et al., 2013; Lorig et al., 2001; Lorig et al., 2014; Swerissen et al., 2006].

³ <https://www.selfmanagementresource.com/programs/small-group/chronic-disease-self-management/>

Программа представляет собой структурированную систему обучающих занятий, рассчитанную на 6 недель. Занятия проводятся раз в неделю и их продолжительность составляет 2,5 часа. Ведут такие занятия не врачи, а пациенты, прошедшие специальное обучение и получившие сертификацию, с аналогичными заболеваниями и симптоматикой (или члены семей таких пациентов, которые непосредственно оказывают им помощь и следят за состоянием их здоровья). Такие «тренеры» являются ролевыми моделями для пациентов, своего рода примерами для подражания. Темы занятий касаются вопросов ежедневного рутинного контроля за течением хронического заболевания в целях поддержания состояния здоровья и повышения физической и эмоциональной активности пациента, в частности:

- Схемы и режимы приема базовых медикаментов, принципы повышения приверженности к приему препаратов;
- Физические упражнения для повышения прочности костей, гибкости и выносливости;
- Техники борьбы с такими явлениями как фрустрация, боль, изоляция и пр.;
- Эффективное и позитивное общение с семьей, друзьями и медицинскими работниками;
- Принципы здорового питания.

Современная система российского здравоохранения, переживая переходный этап модернизации, отличается односторонностью и уклоном в постоянное изменение системы обучения и подготовки врачей. Тем не менее, незатронутой остается вторая сторона процесса оказания медицинской услуги – пациенты, которые посредством своего поведения существенно влияют на результат проводимого лечения, что свидетельствует о необходимости обучения не только врачей, но и пациентов.

Необходимость обучения пациентов в современных условиях российского здравоохранения обусловлена двумя ключевыми аспектами: наделение пациента необходимыми знаниями и навыками о поддержании и повышении уровня качества жизни и развенчивание ложных ожиданий пациента о процессе оказания медицинской помощи. Первый аспект направлен на переход от патерналистской модели оказания медицинской помощи к модели разделения ответственности и участия пациента в процессе принятия решений об улучшении состояния здоровья. Второй аспект направлен на предотвращение потенциального снижения уровня удовлетворенности пациента вследствие не соответствующего ожиданиям процесса и результата оказания медицинской помощи. При этом речь идет не об ожиданиях пациента по поводу высокого уровня профессионализма врача, его знаний и навыков, не о сервисной составляющей оказания медицинской услуги,

которые, безусловно, должны быть на соответствующем уровне, а о спросе со стороны пациента на неэффективные, бездоказательные методы лечения, в том числе и оперативные вмешательства, которые, по тем или иным причинам, являются в сознании пациентов (в частности, в зрелой и старшей возрастной категории) устойчивыми моделями «лечения» заболеваний, хотя, в действительности, не приносят обоснованной пользы для состояния здоровья пациента, а также расходуют ресурсы здравоохранения неэффективным способом. В силу патерналистского характера здравоохранения, который на сегодняшний день сложился в стране ложные ожидания пациентов, способствующие формированию спроса на подобные бездоказательные способы лечения, рождает предложение таких медицинских услуг, снижая эффективность медицинской отрасли и ее совокупный социальный результат в национальных масштабах.

Таким образом, обучение пациентов должно носить, в том числе, просветительский и пропагандистский характер, прививая пациентам культуру здорового и активного образа жизни, профилактических медицинских мероприятий и перехода к мышлению по принципам доказательной медицины.

Потенциальным результирующим эффектом обучения пациентов является повышение уровня удовлетворенности пациентов как показателя маркетинга отношений, повышение эффективности использования ресурсов здравоохранения, улучшение состояния здоровья и качества жизни населения.

Обучение пациента должно представлять собой комплексную программу действий, основанную на принципах междисциплинарного подхода, поэтому не может быть ограничено исключительного зоной ответственности и обязанности медицинских специалистов. Для этих целей должны быть задействованы различные каналы коммуникации для взаимодействия с различными целевыми аудиториями, каковыми могут быть пациенты. Не менее важным является взаимодействие и работа со здоровым населением, с усилением профилактической направленности мероприятий.

Ключевые факторы, направления и формы обучения пациентов в условиях российского здравоохранения представлены на рис. 17.



Рисунок 17 - Факторы, направления и формы обучения пациентов в условиях российского здравоохранения

Источник: составлено автором

2.3.3. Использование персонального бренда врача в социальных сетях

В развитии персонального бренда врача огромную роль играет его медиа активность и действия, предпринимаемые в интернет пространстве для увеличения узнаваемости,

авторитета врача не только среди пациентов, но и, что не менее важно, в профессиональном сообществе. Отметим, что мировоззрение такой специфичной профессиональной группы как медики существенно отличается от других профессиональных сфер. Авторитет среди своих коллег, узнаваемость, признание, уважение, являющиеся важными аспектами для дифференциации среди специалистов своего профиля и построения сильного персонального бренда, играют огромную роль при взаимодействии с другими специалистами как в рамках одной медицинской организации, так и в рамках профессионального медицинского сообщества в целом [Шерешева, Костанян, 2018].

Этот вывод сделан на основе большого числа исследований, посвященных мотивационным и поведенческим аспектам врачебной деятельности. В частности, в исследовании, проведенном Национальным институтом социальной политики и НИУ ВШЭ [Чирикова, 2015], в ходе которого было проведено 57 глубинных интервью с врачами и руководителями медицинских организаций в г. Москва и в регионах, в вопросе уровня интегрированности/автономности врачей по отношению к профессиональному сообществу было выявлено, что интеграционные процессы в медицинском сообществе преобладают над процессами автономизации. Такая особенность продиктована, с одной стороны, особенностями работы врача, когда необходимо получить комплексную оценку состояния здоровья пациента без жесткого разделения на специалистов, с другой стороны - необходимостью сплочения врачей перед лицом неопределенности и постоянной модернизации в сфере здравоохранения в турбулентных условиях социально-экономической среды.

В связи с этим, необходимость профессионального общения, в том числе в онлайн пространстве, не вызывает сомнений. Российская интернет аудитория, в том числе и численность пользователей популярных социальных сетей, динамично растут от года к году и, по данным TNS [Web Index Report, 2017], в 2017 г. достигла следующих значений: 47 млн пользователей в сети ВКонтакте, 32 млн пользователей в сети Одноклассники и 22 млн пользователей в сети Facebook. Помимо общеизвестных социальных сетей большую популярность в мире набирают профильные социальные сети для специалистов из определенной области, в том числе и профессиональные социальные сети для медицинских специалистов [Шерешева, Костанян, 2018]. В России подобные медиа также существуют и активно развиваются (табл. 14).

Таблица 14 - Основные профессиональные социальные сети врачей в России

№	Название социальной сети	Описание социальной сети	Официальный сайт	Число зарегистрированных в сети пользователей (по состоянию на январь 2018 г.), чел.	Доля зарегистрированных в сети пользователей от общего числа врачей в России (по состоянию на январь 2018 г.)
1	«Доктор на работе»	Профессиональная социальная сеть для врачей разных специальностей	https://www.doktoronrabote.ru/	509 167	60%
2	«Врачи РФ»	Профессиональная социальная сеть для врачей разных специальностей	http://vrahirf.ru/	491 871	57%
3	«Врачи вместе»	Профессиональная социальная сеть для врачей разных специальностей	http://vrahivmeste.ru/	66 154	8%
4	«Эврика»	Профессиональная социальная сеть для врачей разных специальностей	https://www.evrika.ru/	54 165	6%
5	СТОМАРТИК Л	Профессиональная социальная сеть врачей стоматологов	http://www.stomarticle.ru/	22 145	28%*

Источник: составлено автором на основе указанных электронных источников

Таким образом, в России уже есть профессиональные социальные сети, охватывающие около половины всех зарегистрированных в стране врачей всех специальностей.

Кроме того, на данный момент активно идет процесс капитализации российских социальных сетей для врачей вследствие коммерческого сотрудничества с фармацевтическими компаниями, которые в абсолютном большинстве случаев выступают инициаторами и инвесторами по созданию и продвижению подобных платформ для врачей. Не секрет, что вследствие вступившего в силу ФЗ РФ от 21.11.2011 г. №323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» представителям фармацевтических компаний был полностью запрещен доступ к медицинским работникам в рабочие часы в медицинских организациях, поэтому фармацевтическому бизнесу пришлось искать новые каналы маркетинговых коммуникаций для продвижения своей продукции. Такими каналами стали проведение семинаров и конференций, а также использование медийного пространства в виде проведения вебинаров, создания образовательных порталов, продвижения профессиональных социальных сетей, использования электронных рассылок, мобильных приложений, проведения презентаций с помощью Skype и т.д. В рамках таких электронных инициатив фармацевтические компании не только рекламируют лекарственные препараты, но и проводят маркетинговые исследования на определенных панелях медицинских специалистов. Как следствие, появился особый профессиональный термин для характеристики модели маркетинговых коммуникаций фармацевтических компаний с врачами в интернет среде – e-Detailing [Alkhateeb, Doucette, 2008].

Рассмотрим, какие преимущества существуют для медицинских специалистов от участия в социальной сети и как это может повлиять на продвижение персонального бренда врача и, как следствие, на уровень клиентоориентированности медицинской организации, сотрудником которой является данный врач. На наш взгляд, можно выделить три основных фактора, оказывающих позитивное влияние на формирование и продвижение персонального бренда врача [Шерешева, Костянян, 2018]:

- *Образовательный фактор:* возможность получения лекций, новостей медицины, научных статей по интересующей тематике (в некоторых социальных сетях врачам предлагаются вознаграждения и бонусы за предоставление материалов статей и научных публикаций), переводов статей ведущих зарубежных авторов, возможность отслеживать анонсы будущих конференций, возможность удаленного участия в конференциях и семинарах, просмотра видеозаписей прошедших конференций, научных выступлений, просмотр видеозаписей сложнейших хирургических операций, повышение образовательного уровня врачей в области фармакологии и фармакотерапии. Данный фактор особенно актуален для специалистов, работающих в отдаленных регионах, в небольших населенных пунктах, где подобные крупные научно-образовательные мероприятия не проводятся;

- *Профессиональное общение и обмен опытом*: обсуждение клинических случаев с более опытными коллегами, симптомов заболеваний, вариантов лекарственной и других видов терапии, наращивание авторитета среди профессионалов своей специальности, возможность получить ответ на интересующий вопрос;
- *Интернет площадка квалифицированного рынка труда медицинских специалистов*: хорошие рейтинги и авторитет среди соратников выгодно выделяет медицинского специалиста как потенциального работника для работодателя. В подобных социальных сетях зарегистрированы многие руководители медицинских организаций, которые предпочитают вести поиск и найм персонала именно с таких профессиональных площадок.

Кроме того, социальные сети врачей имеют специфические особенности в связи с родом деятельности медицинских специалистов.

Во-первых, подобные сети всегда являются закрытыми, даже если речь идет о группах или сообществах в обычных социальных сетях, таких как ВКонтакте или Facebook, которые являются представителем той или иной профессиональной социальной сети врачей. Так, например, один из крупных порталов для врачей в начале своего развития в 2010 г. был лишь тематической группой ВКонтакте, и уже тогда разработчики группы сделали ее закрытой для общего доступа, а у всех потенциальных участников группы проверялся ВУЗ, указанный в анкете при регистрации на сайте. Сейчас данная сеть также является закрытой, и для регистрации в ней требуется сканированное изображение диплома медицинского специалиста. По словам управляющего партнера этой профессиональной социальной сети, подобные меры были благосклонно приняты врачами, так как в случае открытого доступа, скажем, в группе ВКонтакте, в ней сразу появлялись пользователи-пациенты, которые «забрасывали» врачей своими вопросами, и у врачей пропадала возможность обсуждать среди своих коллег темы на совершенно ином профессиональном уровне.

Во-вторых, в профессиональных медицинских социальных сетях регистрация пользователей происходит под реальными именами. С одной стороны, это лишь способ идентификации личности врача, с другой стороны, подобные меры повышают уровень ответственности участника социальной сети за высказывания, сделанные в письменной форме, и за действия, предпринимаемые в рамках социальной сети.

Если говорить о мировых тенденциях развития профессиональных медицинских сетей, то наблюдается консолидация и создание новых международных альянсов с ведущими зарубежными профессиональными социальными сетями для врачей, такими как

Sermo (www.sermo.com), Doc2Doc (www.doc2doc.com), Ozmosis (www.ozmosis.com), Healtheva (www.healtheva.com) и другие.

Как уже было отмечено, подобные медицинские социальные сети в силу своего закрытого характера способствуют продвижению персонального бренда врача среди своих коллег в профессиональной среде, но не среди пациентов. Для повышения узнаваемости и авторитета врача среди пула пациентов необходимо активное участие врача в открытых социальных сетях и сообществах с использованием различных вариантов проведения консультаций пациентов.

Безусловно, консультация пациента в устной форме, без проведения предварительных диагностических исследований состояния здоровья и подтверждения точного диагноза, невозможна при сложных клинических случаях, при необходимости быстрого принятия решений в сложных кризисных состояниях здоровья, при обострении вялотекущих состояний. В таких случаях пациенты обращаются в специализированные клиники к уже признанным специалистам в той или иной области и не прибегают к поиску помощи в социальных сетях. Тем не менее, есть различные хронические заболевания, для стабильного течения которых требуется соблюдение несложных рекомендаций врача по режиму питания, физической активности, сна, отдыха и т.д., а также регулярный правильный контроль ключевых клинических показателей. Такими заболеваниями являются, например, сахарный диабет, артериальная гипертензия и т.д. Кроме того, новым трендом среди молодежи является ведение здорового образа жизни, который в том числе, пропагандируется во многих сообществах в социальных сетях ВКонтакте и Facebook. Некоторые подобные тематические сообщества являются достаточно многочисленными, но контент в них никак не регламентируется рекомендациями врачей и не комментируется профессиональными медицинскими специалистами. Курирование врачами терапевтами, кардиологами или эндокринологами определенных разделов и тематик в подобных сообществах может существенно повысить узнаваемость врача и его авторитет, а знание участников сообщества того, что в данной социальной группе можно получить качественную консультацию профессионала, который работает в известной им медицинской организации (при необходимости можно прийти на прием к данной врачу непосредственно) повышает доверие как к врачу, так и к сообществу в целом.

На сегодняшний день как в ВКонтакте, так и в русскоязычном Facebook есть большое число групп и сообществ с тематикой здорового образа жизни (так называемый wellness-коучинг) и самоменеджмента хронических заболеваний, которые способствуют поддержанию и восстановлению здоровья, а также профилактике заболеваний среди населения. Коммуникативная интервенция медицинских профессионалов в самых

популярных из подобных сетевых сообществ, по мнению западных ученых, могла бы дать быстрые положительные результаты. Это подтверждается в ряде проведенных научных исследований [Griffiths et al., 2006; Metzger et al., 2010; Wang et al., 2008].

Говоря о социальной сети ВКонтакте, нужно отметить, что аудитория четырех самых крупных групп по пропаганде здорового образа жизни превышает 10 млн человек по данным на январь 2018 г. («40 кг» - 4,7 млн подписчиков, «Здоровое тело. Мы за здоровый образ жизни» - 2,6 млн подписчиков, «Худей вкусно» - 2,1 млн подписчиков, «Спортивная девушка» - 1,1 млн подписчиков). В группах с таким большим охватом аудитории (которую в большинстве своем представляют молодые люди от 20 до 35 лет), которая действительно заинтересована в поддержании здорового образа жизни, остро стоит необходимость консультации профессиональных врачей по вопросам рационального питания, физической активности, поддержанию оптимального веса, преодолению стресса и преодолению психологического напряжения, профилактике кардиологических заболеваний, регулярной диагностике онкологических заболеваний и т.д.

Таким образом, на данный момент в России уже сформировались профессиональные медицинские социальные сети, охватывающие большую долю реальных практикующих врачей всех специальностей. Данный факт способствует активному формированию и продвижению персональных брендов врачей. Кроме того, существуют также широкие возможности для повышения репутации врача и имиджа медицинской организации, сотрудником которой он является, в общедоступных социальных сетях ВКонтакте, Facebook и пр.

Выводы по главе 2

Во второй главе диссертационной работы охарактеризованы направления и формы маркетинга отношений в современных условиях российского здравоохранения. В этой связи в данной главе:

- Охарактеризована современная российская отрасль здравоохранения с точки зрения социально-экономических и медико-статистических показателей, которые свидетельствуют о низкой эффективности реализации принципов маркетинга отношений в государственных АПО;
- Охарактеризована динамика и структура российского рынка медицинских услуг, который, во-первых, несмотря на кризисную ситуацию последних лет, имеет положительную тенденцию к росту, во-вторых, характеризуется большой долей теневого рынка медицинских услуг в связи с низкой доступностью медицинских услуг;

- Обоснован авторский подход к представлению медицинской услуги, оказываемой АПО, как интегрированной многоуровневой модели целостного продукта в маркетинге отношений;
- Разработана концептуальная системно-логическая *модель* создания ценности медицинской услуги, оказываемой государственными АПО

В рамках второй главы были сформулированы следующие выводы:

- 1) В государственном секторе здравоохранения происходит движение к рыночному механизму взаимодействия между агентами индустрии здоровья, вследствие чего актуализируются проблемы реализации принципов маркетинга отношений в государственных АПО;
- 2) Медицинская услуга, оказываемая АПО, как интегрированная модель целостного продукта в маркетинге отношений, состоит из четырех уровней: *уровень базового продукта* – лечение; *уровень ожидаемого продукта* - материально-техническое обеспечение АПО, доступность медицинской помощи, профессиональные компетенции врача, чистота и порядок в АПО; *уровень расширенного продукта* - коммуникативные компетенции врача, мотивированный и внимательный персонал, номенклатура предоставляемых медицинских услуг, комфортность пребывания в АПО, выстроенные внутренние бизнес-процессы и процессы маршрутизации пациентов; *уровень потенциального продукта* - обучение пациентов, развитие персональных брендов врачей, вовлечение пациентов в совместное создание ценности медицинской услуги;
- 3) Системно-логическая модель создания ценности медицинской услуги, оказываемой государственными АПО, состоит из системы формирования ценности медицинской услуги с взаимосвязанными компонентами «пациент», «медицинский персонал», «амбулаторно-поликлиническая организация», «фармацевтическая отрасль», «страховые медицинские компании», «плательщики страховых взносов», «контролирующие государственные органы». Весь процесс создания ценности медицинской услуги сопровождается формированием клиентоориентированности, что отражает ключевой принцип маркетинга отношений. Для вовлечения пациентов в совместное создание ценности медицинской услуги предлагается ряд мероприятий для каждой из ключевых сторон маркетинга отношений: обучение пациентов как системообразующих игроков модели для воздействия на каждом из этапов функционирования цепочки создания ценности; формирование и развитие персональных брендов врачей, которые в новых экономических условиях отрасли здравоохранения становятся конкурентным преимуществом.

ГЛАВА 3. ОЦЕНКА ОПЫТА СТОЛИЧНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПО РЕАЛИЗАЦИИ ПРИНЦИПОВ МАРКЕТИНГА ОТНОШЕНИЙ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ГОСУДАРСТВЕННЫХ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

3.1. Характеристика программы «Московский стандарт поликлиники»

Опыт столичного здравоохранения в силу ряда причин можно считать вектором развития для других субъектов РФ. Относительно более высокая обеспеченность ресурсами системы здравоохранения в Москве по сравнению со средними показателями во всей стране, а также более развитый инфраструктурный потенциал города создают возможность, во-первых, в короткие сроки сформулировать и реализовать современную, экономически и технологически эффективную модель оказания медицинской помощи, и, во-вторых, разработать и протестировать различные методы повышения эффективности деятельности отдельно взятой медицинской организации, в частности в сфере клиентоориентированности медицинской организации [Костанян, 2017а].

В этой связи целесообразно рассмотреть стратегический план и перспективы развития московского здравоохранения, утвержденные и зафиксированные в постановлении Правительства Москвы от 04.10.2011 г. №461-ПП «Об утверждении Государственной программы г. Москвы «Развитие здравоохранения г. Москвы» (Столичное здравоохранение) на 2012-2020 г.». Главной целью Государственной программы является улучшение здоровья населения Москвы на основе улучшения качества и повышения доступности оказываемой медицинской помощи. Долгосрочная программа реализуется постепенно в ходе трех основных этапов:

- 1 этап: 01.01.2012 г. - 31.12.2016 г.;
- 2 этап: 01.01.2017 г.- 31.12.2018 г.;
- 3 этап: 01.01.2019 г.- 31.12.2020 г.

Совокупная программа состоит из 10 подпрограмм, для каждой из которых сформулированы цель, задачи, целевые показатели, прогнозные значения, перечень запланированных мероприятий и т.д. Кроме того, каждая подпрограмма направлена на выполнение той или иной задачи, поставленной для достижения главной цели Государственной программы. В программу включен следующий перечень подпрограмм:

- 1) «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Совершенствование первичной медико-санитарной помощи»;
- 2) «Формирование эффективной системы организации медицинской помощи. Совершенствование системы территориального планирования»;
- 3) «Совершенствование оказания специализированной медицинской помощи»;

- 4) «Охрана здоровья матери и ребенка»;
- 5) «Развитие медицинской реабилитации и санаторно-оздоровительного лечения»;
- 6) «Кадровое обеспечение государственной системы здравоохранения города Москвы»;
- 7) «Создание условий и предпосылок для привлечения внебюджетных источников финансирования государственной системы здравоохранения города Москвы. Развитие государственно-частного партнерства в сфере охраны здоровья»;
- 8) «Охрана окружающей среды и улучшение экологической ситуации в городе Москве в целях укрепления здоровья населения»;
- 9) «Профилактика зоонозных инфекций, эпизоотическое и ветеринарно-санитарное благополучие в городе Москве»;
- 10) «Информатизация государственной системы здравоохранения города Москвы».

Каждая из сформулированных подпрограмм представляет для органов власти и для общественности большой интерес и является важным направлением деятельности, на которое выделяется финансирование из бюджета г. Москвы, бюджетов государственных внебюджетных фондов, федерального бюджета, средств юридических и физических лиц в рамках государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения и т.д. Тем не менее, несмотря на то, что ежегодно целевые средства, выделяемые в рамках Программы, поддерживаются на стабильном уровне, финансирование подпрограммы «Формирование эффективной системы организации медицинской помощи. Совершенствование системы территориального планирования» из года в год составляет около 50% от всех выделяемых средств, таким образом, именно эта подпрограмма представляется наиболее масштабной, сложной для реализации, в разной мере затрагивающей все остальные подпрограммы (рис. 18).

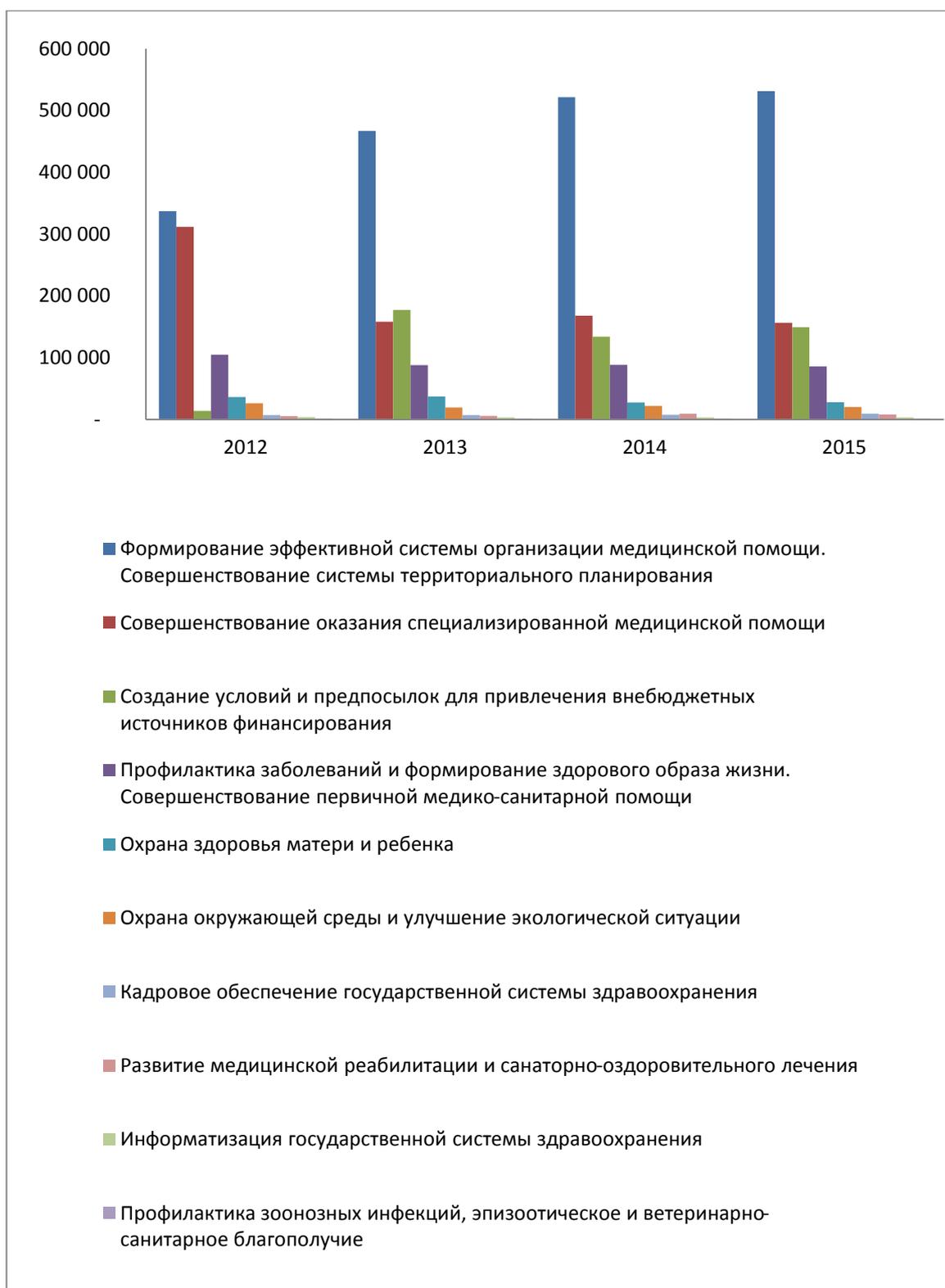


Рисунок 18 - Финансирование подпрограмм Государственной программы «Развитие здравоохранения г. Москвы» за 2012-2015 гг., тыс. руб.

Источник: составлено автором на основе Постановления Правительства Москвы «Об утверждении Государственной программы г. Москвы «Развитие здравоохранения г. Москвы» (столичное здравоохранение) на 2012-2020 г.» №461-ПП от 04.10.2011 г.

В рамках реализации подпрограммы «Формирование эффективной системы организации медицинской помощи. Совершенствование системы территориального планирования» с апреля 2015 г. в столице была запущена программа «Московский стандарт поликлиники» (на основании приказа Департамента здравоохранения г. Москвы №293 от 06.04.2016 г. «Об утверждении Методических рекомендаций по реализации мероприятий «Московский стандарт поликлиники» и критериев оценки устойчивости его внедрения»), которая впервые не в тестовом режиме, а в масштабах всего города поставила перед собой цель оценить (наряду с другими показателями) уровень клиентоориентированности АПО и повысить эффективность реализации принципов маркетинга отношений.

Важной особенностью «Московского стандарта поликлиники» стало то, что это одна из первых программ в сфере столичного здравоохранения, созданных в рамках информационной открытости медицинских организаций, при активном участии общественных организаций и экспертного сообщества, а также с учетом мнения непосредственных потребителей медицинских услуг.

Программа «Московский стандарт поликлиники» ставит перед собой ключевую цель по улучшению качества лечения и удовлетворенности пациентов АПО за счет повышения операционной эффективности АПО и существенно изменяет модель предоставления медицинской помощи в московских АПО. До предоставления краткой характеристики программы необходимо отметить, что непосредственно до ее внедрения в 2013-2015 гг. в Москве была проведена реструктуризация амбулаторного звена – каждые 4-5 некрупных поликлиник были объединены в одно юридическое лицо (амбулаторно-поликлинический центр), при этом одна из поликлиник выделена как головная организация, а остальные – преобразованы в ее структурные подразделения – филиалы. Такая реструктуризация позволила:

- Существенно снизить численность административно-управленческого персонала;
- Увеличить контингент прикрепленного к амбулаторно-поликлиническому центру населения до 250-300 тыс. человек;
- Повысить эффективность использования имеющихся ресурсов;
- Повысить доступность диагностических и консультационных услуг;
- Улучшить оперативность и эффективность обслуживания пациентов;
- Организовать трехуровневую систему оказания медицинских услуг в амбулаторном звене:
 - Первый уровень (первичный): организация и проведение мероприятий по профилактике, раннему выявлению и лечению заболеваний; наблюдение за

течением беременности; формирование здорового образа жизни, оказание неотложной медицинской помощи при острых и внезапных состояниях;

- Второй уровень (специализированный): профилактика, диагностика и лечение заболеваний, требующих применения специальных методов исследований, консультативной и диагностической помощи;
- Третий уровень (специализированный консультативно-диагностический, в том числе высокотехнологичный): консультативно-диагностическая помощь с применением ресурсоемких диагностических технологий, имеющегося клинического и научно-практического потенциала.

Далее перейдем к краткому описанию содержания и сути программы «Московский стандарт поликлиники» и ее воздействия на уровень клиентоориентированности амбулаторно-поликлинических медицинских организаций в г. Москва.

Программа включает в себя три основных направления, которые подразделяются на более узкие направления и конкретные задачи (табл. 15).

Таблица 15 – Структура программы «Московский стандарт поликлиники»

№	Направление	Разделы	Мероприятия	Ожидаемый эффект
1	Повышение эффективности работы медицинской организации	Упрощенная выписка льготных рецептов	Передача выписки льготных рецептов и справок среднему медицинскому персоналу (СМП)	ДО: <ul style="list-style-type: none"> Выпиской рецептов занимаются врачи, на что приходится около 18% времени приемов; ПОСЛЕ: <ul style="list-style-type: none"> Высвобождение 10-15% времени врача;
			Выдача льготных рецептов на более длительный срок (до трех месяцев)	
		Повышение эффективности работы по вызовам на дом	Выделение дежурных терапевтов для выездов на дом	ДО: <ul style="list-style-type: none"> Врачи работают в 2 смены (8:00-12:00 или 16:00-20:00); После приема врачи отправляются по вызовам на дом ПОСЛЕ: <ul style="list-style-type: none"> Сокращение среднего времени выезда на 40%; Сокращение на 40%-45% числа выездов на дом;
			Организация консультаций пациентов по телефону	
			Организация непрерывного приема пациентов за счет снятия с врачей нагрузки по выездам на дом	
			Подбор кадров для выездных бригад	
		Повышение эффективности работы медицинских сестер	Выведение медсестер за рамки приема	ДО: <ul style="list-style-type: none"> Медсестры находятся на приеме вместе с врачом;
			Проведение подготовительных операций (замер давления и т.п.)	

		медсестрами за рамками консультации	<ul style="list-style-type: none"> Выполняют функции, которые могут быть выполнены вне приема (выписка рецептов, справок, направлений, поиск карт и т.д.) ПОСЛЕ: <ul style="list-style-type: none"> Уменьшение временных затрат на выписку рецептов, справок и т.д. на 15-25%
	Увеличение располагаемого фонда времени персонала	Сокращение пропусков работы медицинским персоналом по больничным за счет усиления профилактики и контроля	ДО: <ul style="list-style-type: none"> Уровень заболеваемости медицинского персонала в поликлиниках Москвы значительно выше, чем в Европе; Недостаточное располагаемое время врачей, снижение доступности и качества медицинской помощи ПОСЛЕ: <ul style="list-style-type: none"> Снижение количества пропусков работы по больничным на 20-30%
	Повышение эффективности женской консультации	Организация акушерских кабинетов	ДО: <ul style="list-style-type: none"> Дефицит акушеров; Недостаточная длительность приема для постановки на учет беременных ПОСЛЕ: <ul style="list-style-type: none"> Высвобождение 15-20% времени врача
		Повышение эффективности работы регистратуры в женской консультации	

		Маршрутизация пациентов	<p>Консультации пациентов медсестрами у инфоматов в фойе поликлиники</p> <p>Контроль заведующими отделениями за направлениями пациентов на диагностику и анализы</p> <p>Консультация пациентов по телефону за день до приема</p>	<p>ДО:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Скопление большого количества пациентов у регистратуры; ▪ Один пациент записывается к большему количеству врачей, чем планирует посетить <p>ПОСЛЕ:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Сокращение числа неявившихся на прием врача пациентов за счет консультаций у инфоматов на 10-20%
2	Улучшение качества лечения	Дополнительное профессиональное обучение медицинского персонала	Дополнительное профессиональное обучение (обучение терапевтов специалистами)	<p>ДО:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Терапевты часто перенаправляют пациентов к специалистам с заболеваниями, которые должны лечить сами; ▪ Одной из причин является низкий контроль над обучением врачей <p>ПОСЛЕ:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Снижение количества пациентов, перенаправленных от участковых терапевтов к специалистам, а также

				<ul style="list-style-type: none"> высвобождение времени специалистов на лечение профильных заболеваний на 15-20%
		Система патронажа	Внедрение системы патронажа для маломобильных пациентов	<p>ДО:</p> <ul style="list-style-type: none"> Маломобильных пациентов посещают участковые терапевты 1 раз в месяц; Маломобильные пациенты часто вызывают врача на дом <p>ПОСЛЕ:</p> <ul style="list-style-type: none"> Снижение количества вызовов врачей на дом маломобильными пациентами на 10%
3	Повышение удовлетворенности пациентов	Снижение времени ожидания в очереди	Ограничение приема пациентов без талона (за исключением экстренных случаев)	<p>ДО:</p> <ul style="list-style-type: none"> До 30% случаев образования очереди происходят по вине пациентов (опоздание, проход в кабинет без предварительной записи, пр.) <p>ПОСЛЕ:</p> <ul style="list-style-type: none"> Сокращение времени ожидания в очереди на 20-30%
			Направление опоздавших пациентов на повторную запись	
		Повышение комфорта при посещении поликлиники	Улучшение работы регистратуры	ПОСЛЕ:

		<p>Формирование стандартов чистоты поликлиники и механизмов контроля ее соблюдения</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Создание выделенного картоохранилища без доступа к нему пациентов; ▪ Повышение комфортности пребывания в АПО (большое количество мест ожидания, wi-fi, ТВ с электронным расписанием и пр.);
		<p>Повышение комфорта ожидания в очереди</p>	
	Усиление обратной связи	<p>Внедрение механизмов обратной связи и информирования пациентов об их наличии</p>	<p>ДО:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ По результатам опроса в поликлиниках пациенты более всего не удовлетворены имеющимися возможностями обратной связи <p>ПОСЛЕ:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Повышение общей удовлетворенности пациентов на 5-10%; ▪ Снижение числа жалоб в Департамент здравоохранения г. Москвы на 5-10%
	Улучшение доступности	<p>Улучшение механизма записи в Единой медицинской информационно-аналитической системе г. Москвы (ЕМИАС)</p>	<p>ДО:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Соотношение слотов первичной и повторной записи различается между поликлиниками ▪ Поликлиники ограничивают доступное для записи время

				<p>ПОСЛЕ:</p> <ul style="list-style-type: none"> Увеличение доступности в поликлиниках с неоптимальным использованием квот на 5-10%
		Повышение уровня обслуживания	Повышение уровня обслуживания пациентов	<p>ДО:</p> <ul style="list-style-type: none"> Персонал поликлиник периодически некорректно общается с пациентами и не может объяснить пациентам суть изменений, происходящих в рамках программы «Московский стандарт поликлиники» <p>ПОСЛЕ:</p> <ul style="list-style-type: none"> Повышение общей удовлетворенности на 5-10 %; Меньший стресс от общения и для пациентов, и для медперсонала; Снижение числа жалоб в Департамент здравоохранения г. Москвы на 5-10%

Источник: составлено автором по материалам заседания рабочей группы внедрения программы «Московский стандарт поликлиники».

Таким образом, впервые речь идет о полномасштабной оценке и контроле клиентоориентированности медицинской организации и о реализации принципов маркетинга отношений. При этом, подобная инициатива не является локальной, а включена в общую стратегию развития отрасли, контролируется на высоких уровнях власти и призвана не просто изменить стереотипы о работе городской поликлиники, но и в действительности изменить качество жизни и здоровье населения столицы, повлиять на воспринимаемую самими пациентами ценность медицинской услуги, оказываемой государственными АПО, создать положительный имидж государственных АПО. Для коммуникационной поддержки программы «Московский стандарт поликлиники» были разработаны фирменный стиль, логотип, рекламные материалы проекта (рис. 19):

- Билборды с информацией о запуске программы в московских поликлиниках;
- Информационные материалы для населения с разъяснениями об основных изменениях в работе поликлиники;
- Плакаты, навигация, информационные стойки и другие информационные материалы для поликлиник с металлическими рекомендациями об их размещении;
- Обзорные видео ролики о программе для демонстрации в поликлиниках и на мероприятиях;
- Др.



Рисунок 19 - Примеры рекламных и информационных материалов программы «Московский стандарт поликлиники» в рамках коммуникационной поддержки программы.

Источник: официальные сайты государственных АПО г. Москвы

В целях координации мероприятий «Московского стандарта поликлиники» и систематизации деятельности всех 47 АПО г. Москвы в рамках программы была разработаны критерии оценки устойчивости внедрения и дальнейшего функционирования программы. Общий контроль за деятельностью АПО, а также непосредственный мониторинг мероприятий программы осуществляется из единого центра Департаментом здравоохранения г. Москвы на дистанционной базе с использованием технических возможностей Единой медицинской информационно-аналитической системы Департамента здравоохранения (ЕМИАС).

Для каждого из показателей предусмотрены целевые значения (табл. 16). При этом стоит отметить, что большинство применяемых показателей мониторинга являются «обратными» по отношению к оценке реализации принципов маркетинга отношений.

Таблица 16 - Критерии дистанционного мониторинга мероприятий программы «Московский стандарт поликлиники»

№	Краткое описание	Целевой уровень
<i>Удовлетворенность пациентов</i>		
П1	Доля негативных отзывов пациентов на вопрос об удовлетворенности результатами приема врача	<=5%
П2	Доля негативных отзывов пациентов на вопрос об удовлетворенности качеством работы и отношением других сотрудников поликлиники	<=5%
П3	Доля негативных отзывов пациентов на вопрос об удовлетворенности чистотой и порядком в поликлинике	<=5%
<i>Доступность медицинской помощи, оказываемой терапевтами</i>		
П4	Доля пациентов, которые смогли записаться на прием лишь на четвертый день от даты обращения и позднее	<=5%
П5	Доля пациентов, ожидавших начало приема по предварительной записи более 20 минут	<=5%
<i>Доступность медицинской помощи, оказываемой специалистами 1-го уровня⁴</i>		

⁴ В системе ЕМИАС к специалистам 1-го уровня относятся: хирурги, гинекологи, урологи, офтальмологи и отоларингологи. Пациенты имеют возможность самостоятельно напрямую записаться к данным специалистам

П6	Доля пациентов, которые смогли записаться на прием лишь на четвертый день от даты обращения и позднее	$\leq 5\%$
П7	Доля пациентов, ожидавших начало приема по предварительной записи более 20 минут	$\leq 5\%$
Доступность медицинской помощи, оказываемой специалистами 2-го уровня⁵		
П8	Доля пациентов, которые смогли записаться на прием лишь на восьмой день от даты обращения и позднее	$\leq 5\%$
П9	Доля пациентов, ожидавших начало приема по предварительной записи более 20 минут	$\leq 5\%$
Доступность медицинской помощи, оказываемой дежурным врачом⁶		
П10	Доля времени дежурных врачей, проведенного с пациентами на приеме, к общему времени работы дежурных врачей на приеме	<ul style="list-style-type: none"> ▪ $\geq 60\%$ при доступности терапевтов $< 95\%$; ▪ $\geq 40\%$ в остальных случаях
П11	Доля пациентов, ожидавших начало приема более установленного порога ожидания ⁷	$\leq 5\%$
П12	Доля пациентов, ушедших с приема без направлений	$\leq 10\%$
Эффективность использования рабочего времени		
П13	Доля рабочего времени врачей-терапевтов, проведенного на приеме с пациентами	<ul style="list-style-type: none"> ▪ $\geq 80\%$ при доступности терапевтов $< 95\%$; ▪ $\geq 40\%$ в остальных случаях
П14	Доля рабочего времени специалистов 1-го уровня, проведенного на приеме с пациентами	<ul style="list-style-type: none"> ▪ $\geq 80\%$ при доступности таких специалистов $< 95\%$; ▪ $\geq 40\%$ в остальных случаях

⁵ В системе ЕМИАС к специалистам 2-го уровня относятся все специалисты за исключением терапевтов и специалистов 1-го уровня. Запись к специалистам 2-го уровня возможно только по решению терапевтов и специалистов 1-го уровня и при наличии соответствующего направления

⁶ Дежурный врач – выделенный врач-терапевт, который ведет прием пациентов без предварительной записи (например, с острыми состояниями и пр.)

⁷ Порог ожидания приема дежурного врача устанавливается, исходя из кадрового потенциала медицинской организации, сезонности заболеваний и др.

П15	Доля рабочего времени специалистов 2-го уровня, проведенного на приеме с пациентами	<ul style="list-style-type: none"> ▪ $\geq 80\%$ при доступности таких специалистов $< 95\%$; ▪ $\geq 40\%$ в остальных случаях
П16	Соотношение фактической длины приема и шага ⁸ сетки приемов в ЕМИАС	

Источник: составлено автором на основе Приказа Департамента здравоохранения г. Москвы «Об утверждении Методических рекомендаций по реализации мероприятий «Московский стандарт поликлиники» и критериев оценки устойчивости его внедрения» №293 от 06.04.2016 г.

Периодичность проведения дистанционного контроля за указанными выше критериями оценки внедрения и развития программы составляет (в среднем) 1 раз в 3 недели.

Для целей данного исследования, основываясь на мониторинговой системе программы «Московский стандарт поликлиники», был выдвинут и апробирован ряд гипотез в отношении выявления факторов, воздействующих на создание ценности государственных АПО:

- 1) **H1:** среди АПО г. Москвы можно выделить группы АПО, отличающихся по показателям удовлетворенности пациентов и объективным показателям доступности медицинской помощи⁹, и по итогам года реализации программы «Московский стандарт поликлиники» произошел рост количества АПО, которые попали в группу с наилучшими показателями;
- 2) **H2:** по итогам года реализации программы «Московский стандарт поликлиники» в группе АПО с наилучшими показателями произошел рост показателей удовлетворенности пациентов и объективных показателей доступности медицинской помощи;
- 3) **H3:** финансовые показатели АПО оказывают влияние на уровень удовлетворенности пациентов, а также на иные объективные показатели доступности медицинской помощи АПО г. Москвы;

⁸ Шаг сетки приемов - заранее заданный в ЕМИАС временной интервал приемов

⁹ Здесь и далее под объективными показателями доступности медицинской помощи подразумеваются следующие группы показателей: *Группа показателей, характеризующих возможность записаться к врачу, Группа показателей, характеризующих время ожидания приема, Группа показателей, характеризующих эффективность использования рабочего времени врачами*, приведенные в таблице 18.

- 4) **H4**: показатели квалификации главного врача АПО оказывают влияние на уровень удовлетворенности пациентов, а также на иные объективные показатели доступности медицинской помощи АПО г. Москвы;
- 5) **H5**: объективные показатели доступности медицинской помощи АПО оказывают влияние на уровень удовлетворенности пациентов АПО г. Москвы;
- 6) **H6**: существует статистически значимое различие между доступностью медицинских услуг, оказываемых АПО, расположенными в разных районах г. Москвы;
- 7) **H7**: доступность медицинских услуг в АПО, расположенных в рамках одного района г. Москвы, зависит от квалификации главного врача (гипотеза проверяется на примере показателя П22 «наличие дополнительного управленческого образования у главного врача» с ограничивающим показателем П19 «местоположение АПО», тем самым выявляется наличие/отсутствие влияния управленческого фактора на показатели деятельности АПО и нивелируется влияние местоположения АПО).
- 8) **H8**: действующие организаторы здравоохранения АПО г. Москвы ощущают недостаток управленческих знаний и навыков в ходе своей профессиональной деятельности и связывают это с несовершенством подготовки управленцев в современной системе высшего медицинского образования;
- 9) **H9**: действующие организаторы здравоохранения АПО г. Москвы воспринимают клиентоориентированность медицинской организации как одно из ключевых конкурентных преимуществ и проводят организационно-управленческую работу для повышения уровня клиентоориентированности подконтрольной АПО.

Так как выдвинутые гипотезы носят как расчетный, так и описательный характер, то эмпирическая часть данного исследования выстроена в двух направлениях:

- **Проведение количественного исследования для проверки гипотез H1-H7**: статистический анализ изменения основных показателей удовлетворенности пациентов, а также объективных показателей доступности медицинской помощи АПО г. Москва по итогам первого года внедрения программы «Московский стандарт поликлиники» и выявление роли управленческих кадров в повышении клиентоориентированности АПО;
- **Проведение качественного исследования для проверки гипотез H8-H9**: глубинные интервью с главными врачами АПО г. Москва для выявления их понимания клиентоориентированности АПО, роли управленческих кадров в этом процессе, а

также в целях оценки со стороны главных врачей существующей системы формирования и развития управленческих кадров в здравоохранении.

3.2. Оценка показателей реализации принципов маркетинга отношений посредством оценки факторов, воздействующих на создание ценности в государственных амбулаторно-поликлинических организациях г. Москвы

3.2.1. Цель и задачи количественного исследования

Первым направлением эмпирической части данной работы является количественный анализ в виде статистического исследования для проверки гипотез H1-H7. **Цель** количественного исследования состоит в выявлении факторов, воздействующих на создание ценности государственных АПО, а также оценке динамики реализации принципов маркетинга отношений в виде показателей удовлетворенности пациентов и объективных показателей доступности медицинской помощи в АПО г. Москвы.

В рамках данного направления **основными задачами** стали:

- Выявление результатов первого года внедрения программы «Московский стандарт поликлиники» в разрезе клиентоориентированности медицинских организаций;
- Выявление роли управленческих кадров в процессе повышения клиентоориентированности медицинской организации.

3.2.2. Статистическая база количественного исследования

Статистической базой исследования служат данные мониторинга внедрения и развития программы «Московский стандарт поликлиники» в московских АПО – 16 показателей оценки удовлетворенности пациентов и доступности медицинской помощи, закрепленные в приказе Департамента здравоохранения г. Москвы №293 от 06.04.2016 г. и приведенные в таблице 16

Всего в г. Москва сформированы 47 АПО, для каждого из которых получены мониторинговые данные по 16 показателям. Данные предоставлены по запросу информационным Ситуационным центром Департамента здравоохранения г. Москвы за период с апреля 2016 г. по февраль 2017 г., то есть за первый год внедрения программы «Московский стандарт поликлиники». Так как данные аккумулируются в информационной системе ЕМИАС и выгружаются из системы в целях мониторинга примерно каждые три недели, то за весь анализируемый временной интервал была собрана информация (16 показателей мониторинга) по 13 периодам для всех 47 АПО г. Москва.

Кроме того, дополнительно для первого и последнего из анализируемых периодов (то есть по состоянию на начало апреля 2016 г. и на конец февраля 2017 г.) была собрана информация, характеризующая финансовые показатели деятельности московских поликлиник, а также показатели квалификации главных врачей поликлиник в г. Москва (табл. 17).

Таблица 17 - Дополнительные показатели для количественного исследования

№	Краткое описание	Источник
П17	Средняя заработная плата медицинских работников в поликлинике ¹⁰ , тыс. руб.	Планово-финансовые отделы амбулаторно-поликлинических центров г. Москва
П18	Коэффициент финансовой обеспеченности (соотношение остатков денежных средств на счетах к среднемесячным расходам), месяцы	Планово-финансовые отделы амбулаторно-поликлинических центров г. Москва
П19	Месторасположение АПО в г. Москва, административный округ	Сайты амбулаторно-поликлинических центров г. Москва
П20	Наличие высшей квалификационной категории у главного врача амбулаторно-поликлинического центра в г. Москва	Отдел кадров Департамента здравоохранения г. Москвы
П21	Наличие ученой степени кандидата наук у главного врача амбулаторно-поликлинического центра в г. Москва	Отдел кадров Департамента здравоохранения г. Москвы
П22	Наличие дополнительного управленческого образования у главного врача амбулаторно-поликлинического центра в г. Москва	Отдел кадров Департамента здравоохранения г. Москвы

Источник: составлено автором.

¹⁰ Рассчитывается на основе заработной платы врачей без учета заработной платы среднего медицинского персонала, административного и вспомогательного персонала

В целях структуризации количественного анализа 16 основных мониторинговых показателей программы «Московский стандарт поликлиники», а также 6 дополнительных показателей все они были разделены на 7 многомерных групп (табл. 18).

Таблица 18 - Выделение групп показателей в целях статистического анализа

№	Наименование группы показателей	Показатели, входящие в группу (см. табл. 16 и табл. 17)	Прямая/обратная направленность для оценки реализации принципов маркетинга отношений	Интерпретация группы показателей
1	<i>Группа показателей удовлетворенности (доля негативных ответов пациентов на соответствующие вопросы о степени их удовлетворенности)</i>	П1, П2, П3	Обратные показатели	Интерпретация дана для прямых показателей
2	<i>Группа показателей, характеризующих возможность записаться к врачу (доля пациентов, которые не смогли записаться на прием в течение трех (или семи) дней от даты обращения)</i>	П4, П6, П8	Обратные показатели	Интерпретация дана для прямых показателей
3	<i>Группа показателей, характеризующих время ожидания приема (доля пациентов, ожидающих начало приема по предварительной записи)</i>	П5, П7, П9, П11	Обратные показатели	Интерпретация дана для обратных показателей

	дольше установленного максимального временного порога)			
4	<i>Группа показателей, характеризующих эффективность использования рабочего времени врачами (доля «чистого» рабочего времени, исключая время, затраченное на заполнение медицинской документации, осуществление вызовов «на дом» и пр.)</i>	П10, П12, П13, П14, П15, П16	Прямые показатели	Интерпретация дана для прямых показателей
5	<i>Группа финансовых показателей</i>	П17, П18	-	-
6	<i>Показатель местоположения АПО</i>	П19	-	-
7	<i>Группа показателей квалификации главного врача АПО</i>	П20, П21, П22	-	-

Источник: составлено автором.

3.2.3. Метод исследования

В качестве основных методов, используемых в исследовании, выступают кластерный анализ (для проверки гипотез Н1-Н2) и многомерный факторный анализ MANOVA (для проверки гипотез Н3-Н7). Тестирование данных выполняется в программе Stata. Выбор программы обусловлен встроенным в Stata мощным инструментарием для работы с панельными данными.

Что касается проведения **кластерного анализа**, то принципиально важную роль играют выбранные функции, используемые в качестве меры. С учетом природы данных, шкалы измерения и цели исследования необходимо выбрать:

- 1) Функцию расстояния между объектами¹¹: в данном исследовании количественной характеристикой каждого объекта является 16-мерный вектор, следовательно, речь идет о функции, задающей расстояние между векторами в 16-мерном пространстве;
- 2) Функцию расстояния между кластерами (группами)¹²: общее число кластеров зависит от того, насколько сильно зависит расстояние между кластерами от каждого конкретного наблюдения и их взаимного расположения внутри кластеров;
- 3) Функцию, измеряющую общее качество результирующего разбиения объектов по кластерам¹³ (для сравнения различных вариантов кластеризации).

При наличии функций-мер идея кластерного анализа заключается в том, чтобы построить классификацию, демонстрирующую минимальную разницу (расстояние) между объектами одного кластера и максимальное расстояние между кластерами.

В отношении второго используемого метода, факторного анализа, необходимо отметить, что проверка гипотез (в случаях, когда это представляется возможным) *проводится двумя способами*. В качестве первого способа используется *многомерная версия метода ANOVA*, основанная на статистически значимых различиях в средних значениях показателей, относящихся к разным группам (то есть с разным значением фактора). Преимущество ANOVA в том, что усреднению подвергается критерий, но не фактор, что позволяет использовать в качестве фактора переменную, измеренную в порядковой или номинальной шкалах. Альтернативные способы – *одномерная версия метода ANOVA* (в случае номинальных данных) и *корреляционный анализ* (для количественных данных).

Меру статистической связи между выделенными группами показателей можно определить также на основании парных коэффициентов корреляции, однако, в этом случае, необходимо будет вычислить большое количество показателей корреляции и, возможно, решить проблему их согласования. По этой причине для оценки статистической связи между наборами количественных показателей был выбран метод MANOVA.

Перевод номинальных показателей в нумерацию также позволяет применять к ним многомерный факторный анализ. Альтернативный подход к анализу связи с

¹¹ Например, Евклидово расстояние, расстояние Махаланобиса, Хеммингово расстояние

¹² Например, по методу «ближнего соседа», по методу «дальнего соседа», расстояние между центрами тяжести, расстояние по принципу «средней связи»

¹³ Например, на основе суммы внутриклассовых дисперсий, на основе суммы попарных внутриклассовых расстояний

участием номинальных показателей – анализ таблиц сопряженности - в данном случае затруднителен в силу многомерного характера рассматриваемых признаков. В задаче, в которой один из показателей номинальный, а другой – многомерный, необходимо использовать несколько таблиц сопряженности либо снижать размерность методом главных компонент, что существенно усложняет как процесс анализа, так и интерпретации.

Стоит также отметить, что гипотезы H3, H5 и H7 проверяются на основе данных по первому и последнему из рассматриваемых периодов, поскольку дополнительная информация об исследуемых амбулаторно-поликлинических центрах доступна только по этим отрезкам времени.

3.2.4. Проверка сформулированных гипотез

Проверка гипотезы H1

Для проверки гипотезы H1 введем понятие верхнего кластера – группа поликлиники с наилучшими в среднем характеристиками удовлетворенности пациентов и объективными показателями доступности медицинской помощи. Следовательно, согласно гипотезе H1, количество поликлиник в верхнем кластере возрастает со временем (по итогам года реализации программы «Московский стандарт поликлиники»).

На первом этапе исследования проводятся процедуры предварительной работы с данными. Все 16 рассматриваемых показателей проверяются на нормальность распределения с целью обосновать применение расстояния Махаланобиса в качестве меры. Также все показатели проверяются на предмет выбивающихся наблюдений, которые могли возникнуть вследствие опечаток или намеренных искажений информации. Поскольку данные приведены и по объектам (поликлиникам), и по периодам времени, выборку можно рассматривать двумя способами: как набор выборок, каждая из которых привязана к определенному периоду (этот способ позволяет отследить особенности каждого периода), или как общую выборку без привязки к конкретному периоду. Второй способ в эконометрической литературе известен как pool-выборка и позволяет выявить характерные для данных наиболее общие свойства. Для pool-выборки проведена процедура сокращения размерности по методу главных компонент, поскольку сокращение числа значимых для классификации факторов позволяет упростить процедуру классификации.

Нет оснований предполагать, что функция плотности распределения рассматриваемой выборки изменяется с течением времени, поэтому гипотеза о

нормальном распределении проверяется на основе root-выборки. Проверка гипотезы о нормальном распределении основана на проведении тестов Шапиро-Франциско и Шапиро-Уилкоксона, в обоих случаях нулевая гипотеза о нормальном характере распределения отвергается на произвольно малом уровне значимости. Аналогичный результат получен при проверке на нормальность распределения логарифмов рассматриваемых показателей. Результаты тестов на нормальное распределение приведены в *Приложении 8*.

Анализ описательных статистик позволяет определить причину, по которой рассматриваемые ряды данных не могут быть признаны нормально распределенными. Проблема заключается в том, что у большинства рассматриваемых переменных наблюдается один или два так называемых «тяжелых хвоста» - повышенные вероятности формирования крайне высоких и крайне низких для нормального распределения величин. Так, например, крайнее правое значение показателя П10 «доля времени дежурного врача, проведенного на приеме с пациентами» отстоит от среднего значения на расстояние, равное 22 стандартным отклонениям, что невозможно в условиях нормального распределения. Для других показателей это значение составляет от 5 и более стандартных отклонений. При нормальном распределении вероятность попадания выборочного наблюдения в область за границей трех стандартных отклонений от среднего значений не превышает 0,3%, поэтому наличие наблюдений за границей области более 5 стандартных отклонений от среднего значения автоматически не позволяет признать распределение нормальным.

Таким образом, в дальнейшем будем исходить из того, что рассматриваемая выборка не является нормально распределенной.

Для подтверждения данной гипотезы на эмпирическом уровне достаточно доказать, что ряд $N(t)$, где N – число клиник в верхнем кластере, демонстрирует возрастающий тренд, то есть положительный и статистически значимый в соответствии с результатами t-теста коэффициент b в уравнении регрессии $N(t)=a+b*t+e$, где e – случайная ошибка.

Необходимость сравнения списочного состава кластеров в различные периоды времени требует одинакового количества кластеров в разные периоды времени, в связи с чем возникает вопрос об определении указанного числа кластеров. Простым способом определения числа кластеров, на которое необходимо разбить выборку, является формула Стерджесса, которая используется для оценки оптимального числа разбиений выборки и имеет вид:

$$n = 1 + 3,322 \log_{10} N ,$$

где N – число элементов в выборке, n – число групп в разбиении выборки

Применение формулы Стерджесса дает результат, равный 5 или 6 кластерам.

Определить число кластеров, складывающихся в соответствии с естественным расслоением множества на классы, можно на основе визуального анализа дендрограммы. Приведенная на рис. 20 дендрограмма построена по root-выборке, однако стоит отметить, что дендрограммы, построенные в разные периоды времени, визуально практически не отличаются от общей дендрограммы, что говорит об отсутствии значимых изменений в разделении выборки на классы.

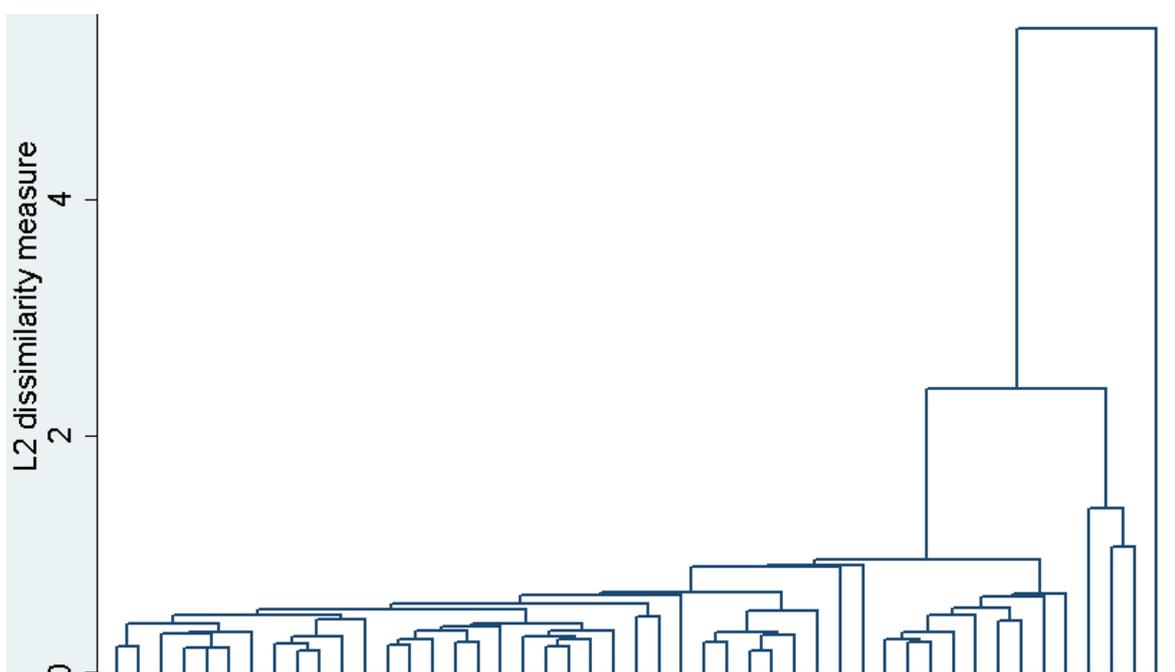


Рисунок 20 - Дендрограмма кластерного анализа

Источник: составлено автором на основе итогов эмпирического исследования

С точки зрения визуального анализа дендрограммы устойчивым является только разделение выборки на 2, 3 или 4 класса. Однако при этом образуются 1, 2 или 3 кластера, в каждый из которых входит только по одному объекту, что противоречит исходной идее о существовании верхнего кластера. С другой стороны, при разделении выборки на 6 кластеров образуется один основной класс, в который входят большинство поликлиник, один особенный кластер численностью 9 участников (20% выборки) и четверо аутсайдеров – уникальных по определенным параметрам поликлиник, не попадающих ни в массовый, ни в особенный кластер. Поскольку разбиение группы на 6 кластеров

соответствует и формуле Стерджесса, и визуальному анализу дендрограммы, остановимся на фиксированном числе кластеров, равном 6.

При известном числе кластеров непосредственно классификацию можно провести автоматически, в программе Stata методом K – средних и сравнить результаты, полученные для различных периодов времени. Разбиение выборки на 6 кластеров проводится в каждом из 13 рассматриваемых периодов, в результате чего формируется 13 классификаций, на основе которых далее необходимо проверить озвученные выше гипотезы.

Первый вопрос заключается в том, какой именно из рассматриваемых кластеров может быть признан «верхним». Для ответа на данный вопрос рассмотрим корреляцию между номером кластера (целое число в диапазоне от 1 до 6, указывающее, к какому именно кластеру относится данное наблюдение) и различными показателями. Результаты показывают, что в целом, за редкими исключениями номер кластера положительно коррелирует с факторами, рост которых означает рост доступности оказываемых медицинских услуг, и отрицательно коррелирует с факторами, обратными к показателям доступности медицинской помощи. Таким образом, в среднем при прочих равных доступность оказываемых услуг растет вместе с ростом порядкового номера кластера, а значит, верхним является кластер под номером 6. Эта информация позволяет проверить гипотезу H1.

Количество поликлиник, попавших в верхний кластер, в различные периоды колеблется в интервале от 1 до 19 (треть от всех рассматриваемых). На рис. 21 изображена динамика числа поликлиник в верхнем кластере в зависимости от выбранного периода:

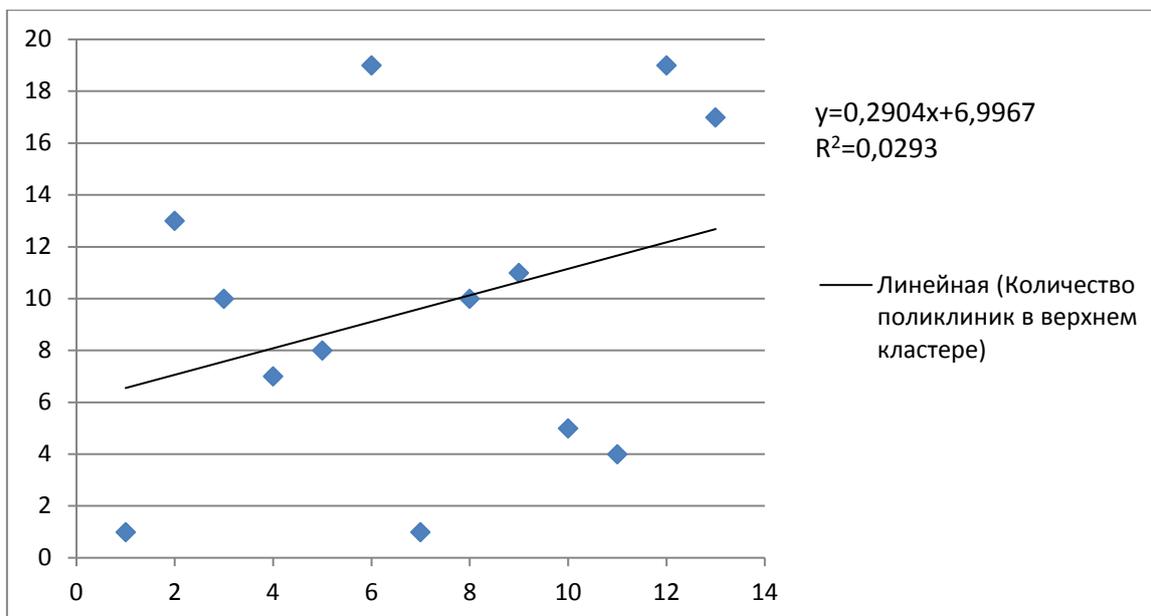


Рисунок 21 - Количество поликлиник в верхнем кластере в каждом из 13 анализируемых временных периодов

Источник: составлено автором на основе итогов эмпирического исследования

Коэффициент детерминации равен 0,0293, следовательно, значение F-статистики составляет:

$$F = \frac{R^2}{1 - R^2} \cdot \frac{n - k}{k - 1} = \frac{0.0293}{0.97} \cdot 11 = 0.33$$

Полученное значение не превышает критического уровня распределения Фишера, что не позволяет однозначно утверждать, что количество поликлиник в верхнем кластере возрастает со временем, таким образом, гипотеза H1 отвергается, то есть по итогам внедрения программы «Московский стандарт поликлиники» количество поликлиник в верхнем кластере не увеличивается.

Проверка гипотезы H2

Для проверки гипотезы H2 о том, что по итогам года реализации программы «Московский стандарт поликлиники» в группе поликлиник с наилучшими показателями произошел рост показателей удовлетворенности пациентов и объективных показателей доступности медицинской помощи, необходимо отследить динамику средних значений различных показателей по кластерам. Поскольку речь идет о средних значениях показателей, можно рассматривать обобщенные группы показателей, приведенные в таблице 18.

Свидетельством роста показателей удовлетворенности пациентов и объективных показателей доступности медицинской помощи в верхнем кластере будет рост средних значения группы показателей удовлетворенности и группы показателей, характеризующих эффективность использования рабочего времени врачами (так как показатели являются прямыми для оценки доступности медицинской помощи) и снижение средних значений группы показателей, характеризующих возможность записаться к врачу и группы показателей, характеризующих время ожидания приема (так как показатели являются обратными для оценки доступности медицинской помощи).

По всем указанным выше группам показателей для кластера под номером 6 рассчитываются средние значения по всем 13 рассматриваемым временным периодам. Результаты проведенного анализа, уравнения линий тренда и коэффициенты детерминации приведены на рисунках 22-25.

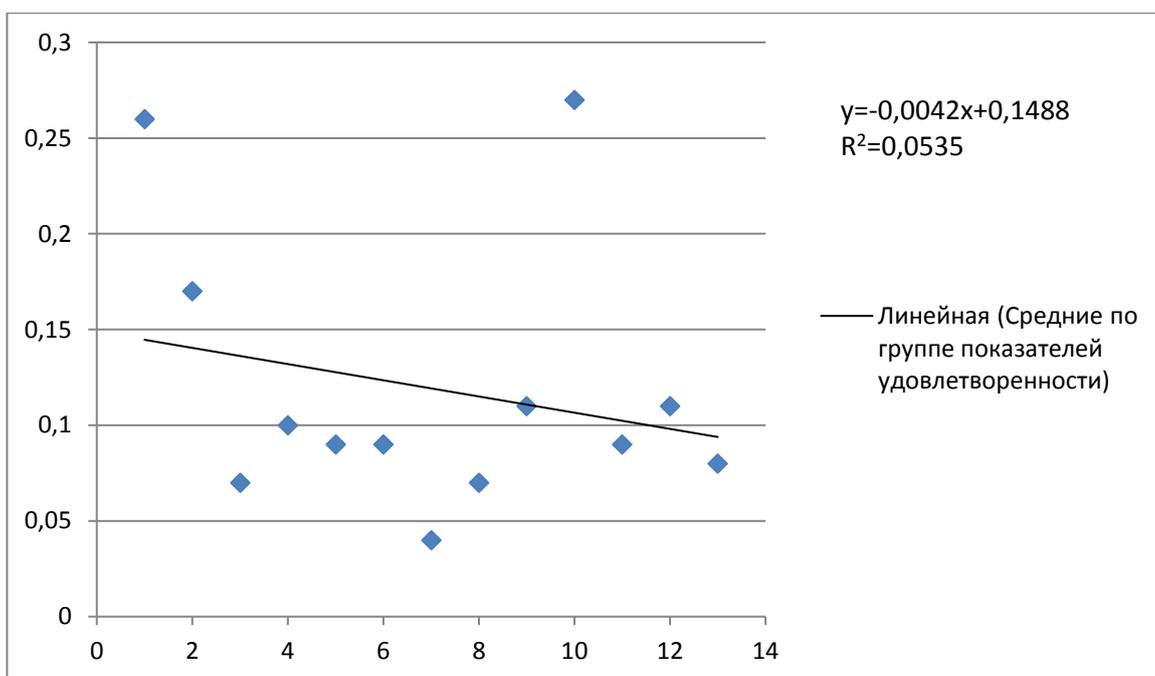


Рисунок 22 - Средние значения по группе показателей удовлетворенности в кластере 6

Источник: составлено автором на основе итогов эмпирического исследования

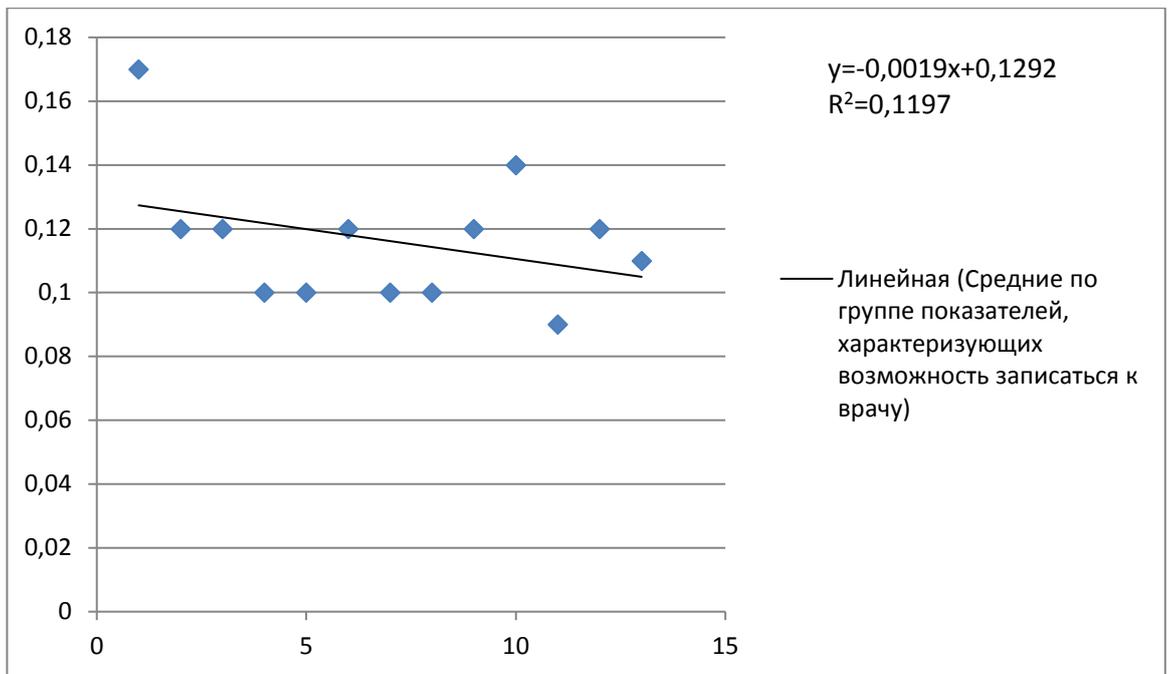


Рисунок 23 - Средние значения по группе показателей, характеризующих возможность записаться к врачу, в кластере 6

Источник: составлено автором на основе итогов эмпирического исследования

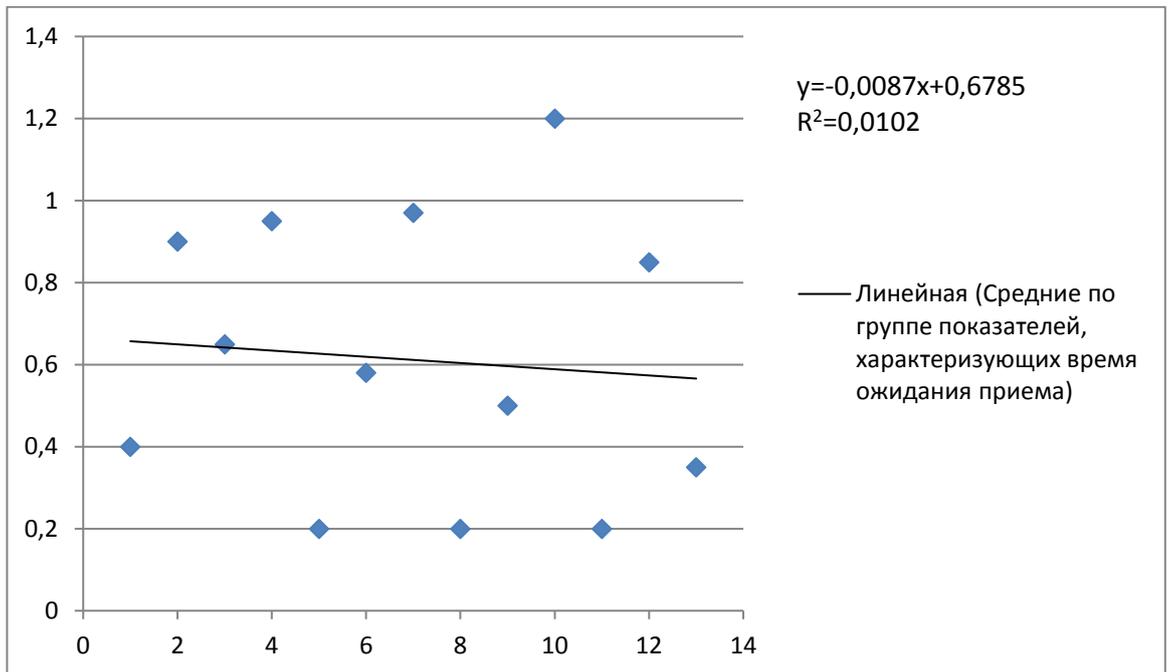


Рисунок 24 - Средние значения по группе показателей, характеризующих время ожидания приема, в кластере 6

Источник: составлено автором на основе итогов эмпирического исследования

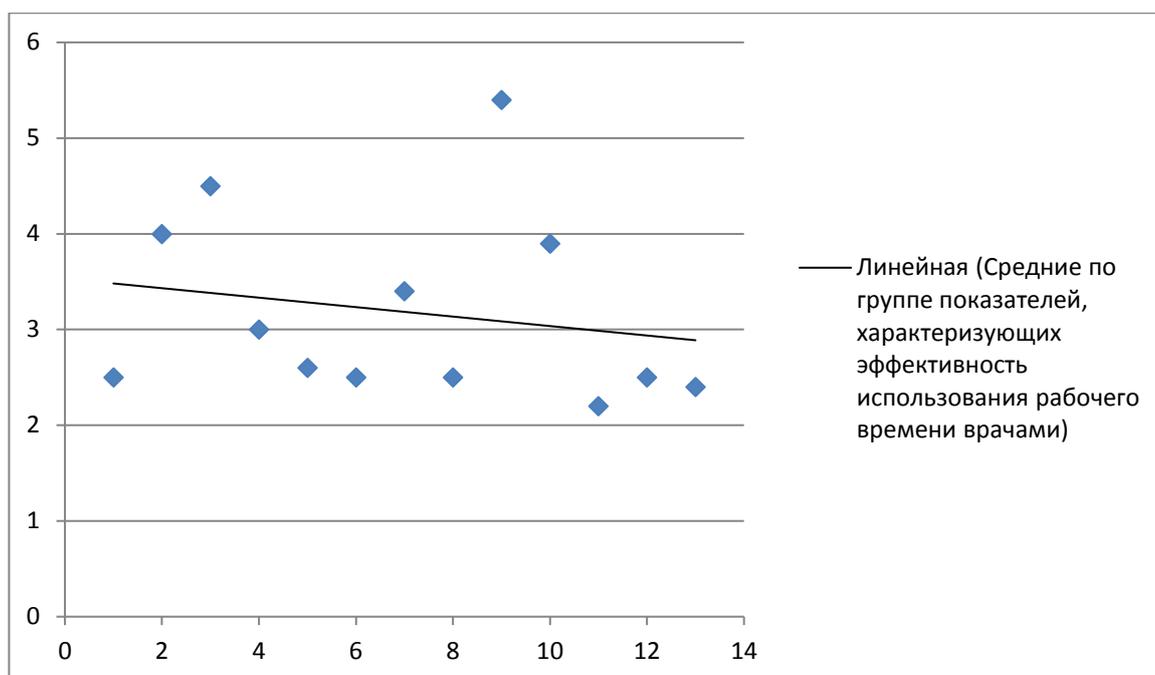


Рисунок 25 - Средние значения по группе показателей, характеризующих эффективность использования рабочего времени врачами, в кластере 6

Источник: составлено автором на основе итогов эмпирического исследования

Для всех четырех рассматриваемых групп показателей не удалось подтвердить гипотезу Н2 о наличии устойчивого возрастающего тренда, поскольку коэффициенты наклона являются статистически незначимыми.

Проверка гипотезы Н3

Для проверки гипотезы Н3 о влиянии финансовых показателей амбулаторно-поликлинического центра на удовлетворенность пациентов и на объективные показатели доступности медицинской помощи¹⁴, проведен корреляционный и факторный анализ. Обнаружены закономерности, позволяющие говорить о наличии статистически значимого влияния и о частичном подтверждении рассматриваемых положений.

Для реализации факторного анализа количественные показатели необходимо разбить на группы, номера которых станут фактором. В списке дополнительных показателей только показатели П17 и П18 являются количественными (средняя

¹⁴ Анализировалось влияние группы финансовых показателей в отдельности на группу показателей характеризующих возможность записаться к врачу, на группу показателей, характеризующих время ожидания приема, а также на группу показателей характеризующих эффективность использования рабочего времени врачами

заработная плата медицинских работников в поликлинике и коэффициент финансовой обеспеченности). Средняя заработная плата за весь анализируемый период имеет минимальное значение 64440 и максимальное 121483. Использование формулы Стерджесса для оценки разумного числа интервалов дает результат 6. Кроме того, можно определить величину каждого интервала:

$$\Delta_1 = \frac{121483 - 64440}{6} \approx 9507$$

При разбиении на группы по показателю П18 «коэффициент финансовой обеспеченности» максимальное за весь анализируемый период значение составляет 6,3, минимальное – 0,7. При разбиении на 6 интервалов величина каждого интервала составит

$$\Delta_2 = \frac{6,3 - 0,7}{6} \approx 0,93$$

На основе известной величины интервала выборка по финансовым показателям разбивается на 6 интервалов, и принадлежность к определенному интервалу используется как фактор в рамках многомерного факторного анализа.

В результате анализ коэффициентов парной корреляции (корреляция считается значимой при абсолютной величине выше 0.3, уровень значимости 5%, если не указано иное) получены следующие статистически значимые зависимости:

- 1) Показатель П17 «средняя заработная плата» отрицательно коррелирует с показателем П10, характеризующем эффективность использования рабочего времени дежурными врачами, коэффициент корреляции равен -0,46.

Это говорит о том, что при прочих равных дежурные врачи с более высокой зарплатой менее грамотно распоряжались рабочим временем и меньшую долю времени проводили непосредственно на приеме с пациентами. Результат согласуется с микроэкономической теорией: кривая индивидуального предложения труда может иметь отрицательный наклон за счет сокращения стимулов к труду при увеличении почасовой зарплаты.

Подобная зависимость обнаружена в периоде 1 и не обнаружена в периоде 13, что свидетельствует об эффективности проведенных реформ.

- 2) Показатель П17 «средняя заработная плата» отрицательно коррелирует с показателем П16 «соотношение фактической длины приема и шага сетки в ЕМИАС», коэффициент корреляции равен -0,356.

Это говорит о том, что при прочих равных при более высокой заработной плате фактическое время приема сокращалось, что может свидетельствовать как о

росте эффективности использование рабочего времени, так и о снижении качества оказываемых услуг с целью экономии времени и увеличения потока пациентов.

Подобная зависимость не обнаружена в периоде 1 и обнаружена в периоде 13, что говорит об усилении выявленной тенденции.

- 3) Обнаружена статистически значимая (коэффициент корреляции достигает 0,36) корреляция между показателем П18 «коэффициентом финансовой обеспеченности» и одним из показателей удовлетворенности ПЗ «удовлетворенность чистотой и порядком в поликлинике». Однако, данная корреляция существует только в периоде 1 и не подтверждается в периоде 13.
- 4) Обнаружена положительная статистически значимая (коэффициент корреляции равен 0,32) корреляция между показателем П18 «коэффициентом финансовой обеспеченности» и показателем П8 «доля пациентов, которые смогли записаться к специалистам 2-го уровня лишь на восьмой день от даты обращения». Это свидетельствует об отрицательной зависимости между коэффициентом финансовой обеспеченности поликлиники и долей пациентов, которые смогли записаться на прием в течение недели от даты обращения. Данная корреляция существует только в периоде 1 и не подтверждается в периоде 13.
- 5) Наконец, при анализе парных корреляций между финансовыми показателями и группой показателей, характеризующих время ожидания приема, не было обнаружено ни одного статистически значимого коэффициента корреляции.

Таким образом, для пунктов 2-5 результаты корреляционного анализа не подтверждаются в одном из периодов, имеют случайный характер и не позволяют сформулировать общий вывод о том, какую именно роль в формировании удовлетворенности пациентов и в доступности медицинских услуг играют финансовые показатели амбулаторно-поликлинического центра.

Дополнительное исследование того же вопроса проводится на основе многомерного факторного анализа. В частности, проверялось влияние группы финансовых показателей поликлиники на группы показателей удовлетворенности пациентов и на каждую группу показателей, характеризующих доступность медицинской помощи.

Многофакторный анализ влияния группы финансовых показателей поликлиники на группу показателей удовлетворенности пациентов приводит, в основном, к отрицательным результатам, то есть демонстрирует статистическую

незначимость финансовых показателей. Однако на уровне значимости 10% подтверждается положительное влияние коэффициента финансовой обеспеченности (в периоде 1, Р-значение составляет 0,087) и отрицательное влияние средней заработной платы (в периоде 13, Р-значение составляет 0,1) на показатель ПЗ «удовлетворенность пациентов чистотой и порядком». Поскольку Р-значение по определению является минимальным уровнем значимости, при котором может быть принята гипотеза, результаты можно интерпретировать следующим образом: модель является статистически значимой на 10% уровне значимости в периоде 1 и на 10% уровне значимости - в периоде 13.

Многомерный факторный анализ однозначно показывает сильную зависимость группы показателей, характеризующих возможность записаться к врачу, от финансовых показателей поликлиники, причем прослеживается зависимость как от средней заработной платы, так и от коэффициента финансовой обеспеченности. Р-значение достигает 0,075 в периоде 1 и 0,042 в периоде 13. Модель статистически значима на уровне 10% в периоде 1 и на 5% уровне значимости – в периоде 13, что позволяет признать модель в целом значимой на 10% уровне значимости. При этом в однофакторной модели, не включающей коэффициент финансовой обеспеченности, средняя заработная плата оказывается незначимым фактором в периоде 1 (в периоде 13 – уже значимым). Таким образом, подтверждено отрицательное, статистически значимое влияние финансовых показателей на группу показателей, характеризующих возможность записаться к врачу, причем сила зависимости возрастает во времени. На первый взгляд, складывается парадоксальная ситуация: чем лучше мотивированы врачи и чем лучше финансово обеспечена АПО, тем меньшая доля пациентов может записаться на прием к врачу в течение ближайших трех дней от даты обращения. Тем не менее, у ситуации есть значимый объясняющий фактор – в настоящий момент в столичном здравоохранении действует подушевая система финансирования, подразумевающая, что в рамках системы ОМС АПО получают финансирование за каждого прикрепленного к медицинской организации пациента. В связи с тем, что у пациентов появилась возможность выбирать АПО, которая будет оказывать услуги в рамках ОМС, а также выбирать конкретного врача, в лучшие АПО идет большая доля пациентов, в худшие – меньшая. Тем самым, в наилучших по мнению пациентов АПО г. Москвы из-за большого потока запись на прием к врачу в течение ближайших дней от даты обращения становится затруднительной. Подобная ситуация отражает реальное приложение в жизни возможности пациентов выбора АПО и конкретного

врача, в связи с чем возрастает важность вопроса клиентоориентированности АПО и персонального бренда отдельного врача [Костянян, 2018].

По результатам факторного анализа гипотеза о влиянии финансовых показателей на группу показателей, характеризующих время ожидания приема, не подтверждается. Результат согласуется с корреляционным анализом. Таким образом, для набора показателей, характеризующих время ожидания приема, гипотеза Н3 опровергнута.

Группа финансовых показателей АПО оказывает невероятно сильное влияние на группу показателей, характеризующих эффективность использования рабочего времени врачами. В периоде 1 многофакторная модель характеризуется Р-значением, не превышающим 0,0016, что позволяет признать модель статистически значимой на 1% уровне значимости. Аналогичная модель, построенная в периоде 13, характеризуется Р-значением, не превышающим 0,0535, что позволяет признать модель статистически значимой на 10% уровне значимости, при этом коэффициент финансовой обеспеченности влияет на эффективность использования рабочего времени врачами сильнее, чем средняя заработная плата.

Результаты корреляционного и многомерного факторного анализа и проверки гипотезы Н3 в программе Stata приведены в *Приложении 9*.

Таким образом, гипотеза Н3 получает полное подтверждение для группы показателей, характеризующих эффективность использования рабочего времени врачами, а также частично подтверждается для группы показателей удовлетворенности. Финансовые характеристики АПО действительно оказывают влияния на удовлетворенность пациентов и на доступность оказания медицинской помощи.

Сводные результаты проверки гипотезы Н3 приведены в таблице 19.

Таблица 19 - Сводные результаты проверки гипотезы Н3 о влиянии финансовых показателей АПО

Показатели	Факторы	Р-значение MANOVA	Период
ПЗ (удовлетворенность пациентов чистотой и порядком)	Коэффициент финансовой обеспеченности	0,087	1
ПЗ (удовлетворенность пациентов чистотой и порядком)	Средняя заработная плата	0,1	13

П4, П6, П8 (группа показателей, характеризующих возможность записаться к врачу)	Средняя заработная плата, коэффициент финансовой обеспеченности	0,075	1
П4, П6, П8 (группа показателей, характеризующих возможность записаться к врачу)	Средняя заработная плата, коэффициент финансовой обеспеченности	0,042	13
П10, П12, П13, П14, П15, П16 (группа показателей, характеризующих эффективность использования рабочего времени врачами)	Средняя заработная плата, коэффициент финансовой обеспеченности	0,0016	1
П10, П12, П13, П14, П15, П16 (группа показателей, характеризующих эффективность использования рабочего времени врачами)	Средняя заработная плата, коэффициент финансовой обеспеченности	0,0535	13

Источник: составлено автором на основе итогов эмпирического исследования

Проверка гипотезы Н4

Для проверки гипотезы Н4 о влиянии показателей квалификации главного врача АПО на удовлетворенность пациентов и на объективные показатели доступности медицинской помощи был проведен факторный анализ. Обнаружены закономерности, позволяющие говорить о наличии статистически значимого влияния и о частичном подтверждении рассматриваемых положений.

Для проверки гипотезы на основе факторного анализа проведены преобразования номинальных показателей в факторы:

- Показатель П20 «квалификационная категория главного врача» принимает значение 1 в случае, если квалификация «высшая», и 0 - в противном случае;
- Показатель П21 «ученая степень главного врача» принимает значение 1 в случае, если врач является кандидатом медицинских наук, и 0 - в противном случае;
- Показатель П22 «дополнительное управленческое образование главного врача» принимает значение 1 при наличии подобного образования и 0 - в противном случае.

В результате проведения многомерного факторного анализа были получены некоторые статистически значимые результаты.

В частности, наличие дополнительного управленческого образования у главного врача (показатель П22) в среднем при прочих равных увеличивает показатели удовлетворенности пациентов, причем эта зависимость в периоде 1 сильнее, чем в периоде 13 (в периоде 1 Р-значение равно 0,0502, модель признается значимой на 5% уровне значимости; в периоде 13 Р-значение равно 0,1, модель признается значимой на самой грани 10% уровня значимости). Прочие характеристики главного врача (наличие ученой степени и высшей квалификационной категории) не оказывают влияния на удовлетворенность пациентов ни в периоде 1, ни в периоде 13. Таким образом, показатели квалификации, характеризующие медицинское, клиническое образование главного врача, не способны оказать влияние на показатели, характеризующие организационно-управленческие аспекты деятельности руководителя АПО. Лишь главные врачи, получившие дополнительное управленческое образование, до внедрения программы «Московский стандарт поликлиники» считали важным организовывать работу АПО в соответствии с принципами клиентоориентированности, уделяли этому вопросу должное внимание. Тем не менее, с внедрением программы «Московский стандарт поликлиники» пациенты всех без исключения московских АПО получили возможность высказать свое мнение и свое удовлетворение/неудовлетворение работой АПО в целом и отдельного врача в частности. Главные врачи этих поликлиник стали получать обратную связь от пациентов и смогли наметить направления усовершенствования оказания медицинской помощи, кастомизацию медицинских услуг. Результатом внедрения программы стало относительное выравнивание в уровне удовлетворенности пациентов из разных АПО г. Москвы, о чем свидетельствует ослабление зависимости показателей удовлетворенности пациентов от показателей квалификации главного врача по итогам года реализации программы [Костанян, 2017].

Из группы показателей, характеризующих квалификацию главного врача, статистически значимо влияет на показатели, характеризующие возможность записаться к врачу, только показатель П22 «дополнительное управленческое образование главного врача», Р-значение составляет 0,0956. Одномерный факторный анализ показывает, что наличие дополнительного управленческого образования у главного врача при прочих равных увеличивает возможность записаться к специалистам узкого профиля (показатели П6 и П8), причем статистическая

значимость подтверждена только в периоде 13 (Р-значение равно 0,0217, 5% уровень значимости).

В ходе многофакторного анализа обнаружены статистически значимые связи с группой показателей, характеризующих время ожидания приема. В частности, доля пациентов, ожидающих начало приема более установленного максимального временного порога, при прочих равных ниже в тех АПО, где главный врач является кандидатом медицинских наук (связь обнаружена только в периоде 13, Р-значение составляет 0,0151, 5% уровень значимости), а также в АПО, где главный врач имеет дополнительное управленческое образование (связь обнаружена только в периоде 13, Р-значение составляет 0,0427, 5% уровень значимости).

Ни одна из рассматриваемых квалификационных характеристик главного врача не влияет на группу показателей эффективность использования рабочего времени врачами.

Таким образом, гипотеза Н4 подтверждается, в основном, только для показателя П22 «дополнительное управленческое образование главного врача». Данная характеристика влияет на удовлетворенность пациентов, возможность записаться на прием к узким специалистам, а также на показатели, характеризующие время ожидания приема.

Основные (значимые) результаты анализа и проверки гипотезы Н4 приведены в *Приложении 10*.

Сводные результаты проверки гипотезы Н4 приведены в таблице 20.

Таблица 20 - Сводные результаты проверки гипотезы Н4 о влиянии показателей квалификации главного врача АПО

Показатели	Факторы	Р-значение MANOVA	Период
П22 (наличие дополнительного управленческого образования у главного врача)	Показатели удовлетворенности пациентов	0,0502	1
П22 (наличие дополнительного управленческого образования у главного врача)	Показатели удовлетворенности пациентов	0,1	13

П22 (наличие дополнительного управленческого образования у главного врача)	Группа показателей, характеризующих возможность записаться к врачу	0,0956	1 и 13
П21 (наличие ученой степени у главного врача)	Группа показателей, характеризующих время ожидания приема	0,0151	13
П22 (наличие дополнительного управленческого образования у главного врача)	Группа показателей, характеризующих время ожидания приема	0,0427	13

Источник: составлено автором на основе итогов эмпирического исследования

Проверка гипотезы H5

Рассмотрим гипотезу H5 о влиянии объективных показателей доступности медицинской помощи на уровень удовлетворенности пациентов АПО г. Москвы. Все показатели доступности медицинских услуг собраны для каждого из 13 анализируемых периодов и являются количественными показателями, измеренными в шкале отношений, что позволяет для проверки гипотезы H3 применять регрессионный анализ.

Главная идея, лежащая в основе проверки гипотезы H5, заключается в том, чтобы построить все возможные модели множественной регрессии, в которых зависимой переменной будет один из показателей удовлетворенности пациентов, а в качестве независимых будет использоваться набор из нескольких показателей, характеризующих один из аспектов доступности медицинских услуг. Поскольку для анализа доступны 3 показателя, характеризующих удовлетворенность пациентов, 3 группы объективных показателей доступности медицинской помощи и 13 периодов, для полноценного анализа необходимо оценить $3*3*13=117$ уравнений множественной регрессии и принять решение о наличии/отсутствии связи на основе анализа результатов оценивания.

Для каждой регрессии рассматриваются три показателя:

- Коэффициент детерминации R^2 : как показатель качества подгонки;
- Р-значение F-теста: как показатель, позволяющий сделать вывод о статистической значимости уравнения регрессии в целом;
- Число статистически значимых переменных по результатам t-теста регрессоров.

Прежде всего, стоит сказать, что стабильное, наблюдаемое в течение длительного периода влияние групп объективных показателей, характеризующих доступность оказания медицинской помощи, на удовлетворенность пациентов обнаружено не было. Во всех рассматриваемых регрессиях коэффициент детерминации не превышает 0,29. Ни в одной регрессии не наблюдается значимость одновременно всех коэффициентов. По результатам F-теста, только 24 из 117 уравнений признаны статистически значимыми в целом, в связи с чем каждый значимый по F-тесту результат заслуживает особого внимания.

Рассмотрим влияние трех групп объективных показателей доступности медицинской помощи на группу показателей удовлетворенности пациентов.

Предположение о наличии влияния группы показателей, характеризующих возможность записаться к врачу, на удовлетворенность пациентов отвергается, поскольку ни одна из соответствующих регрессий не является статистически значимой в целом.

Что касается влияния группы показателей, характеризующих время ожидания приема, на удовлетворенность пациентов, то обнаружено статистически значимое влияние:

- На показатель П1 «удовлетворенность пациентов результатом приема врача» (в периоде 13, 5% уровень значимости, $R^2=0,25$);
- На показатель П2 «удовлетворенность пациентов качеством работы и отношением других сотрудников» (в периодах 1, 9 и 10, 10% уровень значимости, R^2 принимает значения от 0,2 до 0,27);
- На показатель П3 «удовлетворенность пациентов чистотой и порядком в поликлинике» (в периодах 7 и 12, 10% уровень значимости, $R^2=0,21$).

Таким образом, иногда складываются ситуации, при которых возникает обратная корреляция между группой показателей удовлетворенности пациентов и группой показателей, характеризующих время ожидания приема. Этот факт не позволяет однозначно отвергнуть предположение о наличии влияния, однако, вероятно, более сильное влияние на удовлетворенность пациентов оказывают другие факторы.

Далее перейдем к анализу влияния группы показателей, характеризующих эффективность использования рабочего времени врачами на удовлетворенность пациентов. Обнаружено статистически значимое влияние

- На показатель П1 «удовлетворенность пациентов результатом приема врача» (в периодах 1, 5, 7 и 12, 10% уровень значимости, R^2 принимает значения от 0,11 до 0,27);
- На показатель П2 «удовлетворенность пациентов качеством работы и отношением других сотрудников» (6 из 13 периодов, 10% уровень значимости, R^2 принимает значения от 0,1 до 0,29);
- На показатель П3 (в периодах 1 и 8, 10% уровень значимости, R^2 принимает значения от 0,19 до 0,22).

Таким образом, можно предполагать, что, существует зависимость удовлетворенности пациентов, измеренная показателем П2 «удовлетворенность пациентов качеством работы и отношением других сотрудников», от эффективности использования рабочего времени врачами, причем в некоторые периоды сторонний фактор искажает эту зависимость.

Результаты анализа и проверки гипотезы Н5 размещены в *Приложении 11*.

Аккумулируя все выводы, полученные в ходе проверки гипотез, относительно воздействия на уровень удовлетворенности пациентов, были получены следующие выводы:

- 1) Средняя заработная плата врачей АПО и коэффициент финансовой обеспеченности оказывают положительное влияние на показатель удовлетворенности П3 «удовлетворенность пациентов чистотой и порядком»;
- 2) Наличие дополнительного управленческого образования у главного врача в среднем при прочих равных увеличивает показатели удовлетворенности пациентов;
- 3) Группа показателей, характеризующих эффективность использования рабочего времени врачами, положительно влияет на показатель удовлетворенности П2 «удовлетворенность пациентов качеством работы и отношением других сотрудников»;
- 4) Прочие показатели, среди которых группа показателей квалификация главного врача, район расположения АПО, группа показателей, характеризующих возможность записи к врачу и время ожидания приема, не оказывают влияние на удовлетворенность пациентов.

Проверка гипотезы Н6

Рассмотрим гипотезу Н6 о существовании статистически значимых различий между доступностью медицинских услуг, оказываемых АПО, расположенными в разных районах г. Москвы.

Для проверки гипотезы Н6 необходимо на основе показателя П19 «местоположение АПО» сгенерировать фактор, кодирующий район (административный округ) нахождения АПО. Кодификация административных округов была выполнена нами в алфавитном порядке (табл. 21), полученный таким образом фактор используется в многомерном факторном анализе.

Таблица 21 - Кодификация показателя П19 «местоположение АПО» для проверки гипотезы Н6

Код	Административный округ г. Москвы	Аббревиатура
1	Восточный административный округ	ВАО
2	Западный административный округ	ЗАО
3	Северный административный округ	САО
4	Северо-восточный административный округ	СВАО
5	Северо-западный административный округ	СЗАО
6	Центральный административный округ	ЦАО
7	Южный административный округ	ЮАО
8	Юго-восточный административный округ	ЮВАО
9	Юго-западный административный округ	ЮЗАО

Источник: составлено автором.

Стоит отметить, что, поскольку речь идет о номинальных данных (расположение АПО в том или ином районе), сравнение средних значений различных показателей для АПО, расположенных в разных районах г. Москвы, является единственным способом оценки влияния местоположения АПО на доступность медицинских услуг. Наличие статистически значимой разницы между средними значениями свидетельствует о наличии зависимости.

В результате обнаружены две статистически значимые закономерности.

Во-первых, группа показателей, характеризующих возможность записаться к врачу, в АПО, расположенных в разных районах г. Москвы, статистически значимо различается в периоде 13 (Р-значение равно 0,0254, 5% уровень значимости).

Во-вторых, в периоде 1 наблюдается статистически значимая разница в средних значениях показателей, характеризующих время ожидания приема, в АПО, расположенных в разных районах Москвы (Р-значение равно 0,0786, 10% уровень значимости), к периоду 13 различия сглаживаются до статистически незначимых. Таким образом, если до внедрения программы «Московский стандарт поликлиники» в разных АПО пациентам приходилось ожидать заранее запланированный прием в течение разного времени, и время ожидания было бесконтрольным показателем и зависело от эффективности организации работы в АПО, то через год после внедрения программы и установления целевого значения по группе показателей, характеризующих время ожидания приема, статистические различия между АПО было сглажено.

Оба результата визуально представлены на рис. 26 и рис. 27, по ординате которых отражены средние¹⁵ по группе показателей, характеризующих возможность записаться к врачу, и по группе показателей, характеризующих время ожидания приема.

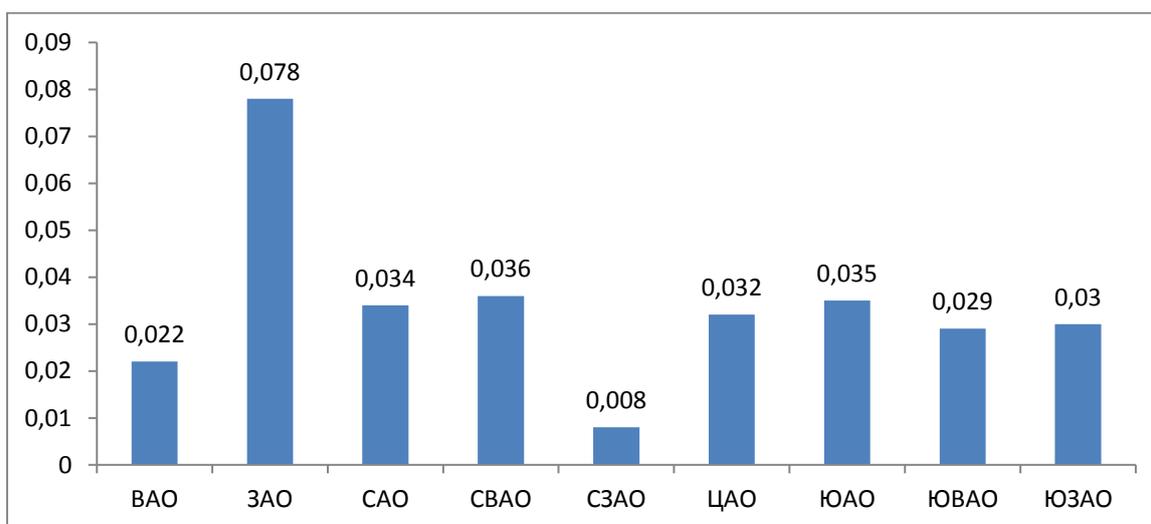


Рисунок 26 - Средние значения по группе показателей, характеризующих возможность записаться к врачу, в АПО, расположенных в разных районах г. Москвы

Источник: составлено автором на основе итогов эмпирического исследования

¹⁵ На рис. 3.2.4.7 и рис. 3.2.4.8 в качестве средних значений приведены средние геометрические.

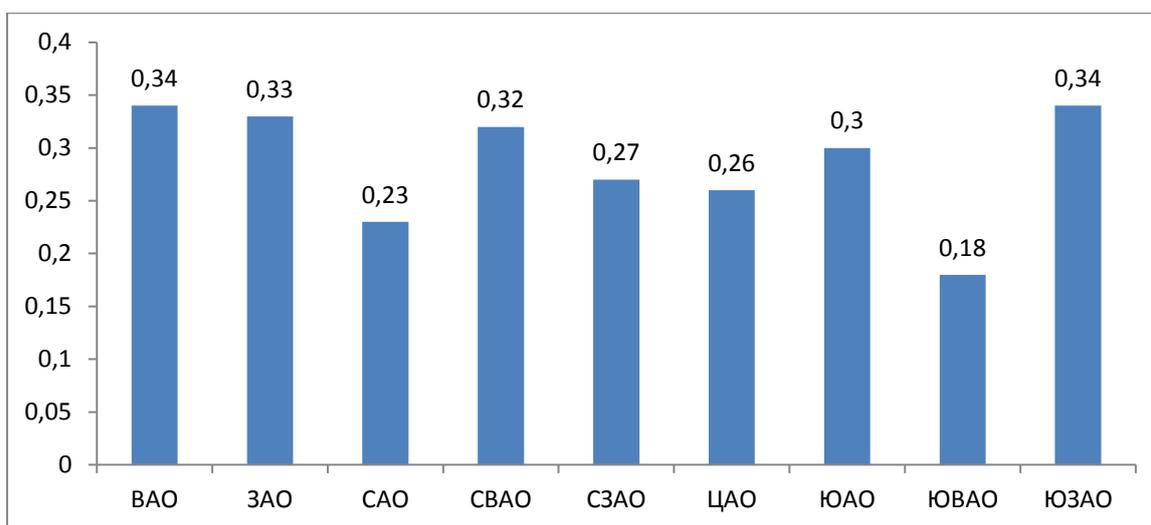


Рисунок 27 - Средние значения по группе показателей, характеризующих время ожидания приема, в АПО, расположенных в разных районах г. Москвы

Источник: составлено автором на основе итогов эмпирического исследования

Основываясь на графическом представлении можно предположить, что статически значимые различия в средних имеют разную природу. Если в случае показателей, характеризующих время ожидания приема, значимые различия образуются по группам (АПО в CAO и ЮВАО отличаются в среднем от остальных), то средний уровень показателей, характеризующих возможность записаться к врачу, демонстрирует явного аутсайдера (АПО в ЗАО) и лидера (АПО в СЗАО).

Таким образом, гипотеза о зависимости доступности медицинских услуг от района расположения АПО г. Москвы подтверждена для двух групп показателей, характеризующих возможность записаться к врачу и время ожидания приема.

Значимые результаты расчетов приведены в *Приложении 12*.

Проверка гипотезы Н7

Последняя комплексная гипотеза Н7 касается влияния квалификации главного врача на доступность медицинских услуг (аналогично гипотезе Н2), но в данной гипотезе используется ограничивающий фактор - район расположения АПО. Гипотеза проверяется на примере показателя П22 «наличие дополнительного управленческого образования у главного врача» с ограничивающим показателем П19 «местоположение АПО», тем самым выявляется наличие/отсутствие влияния управленческого фактора на показатели деятельности АПО и нивелируется влияние местоположения АПО на наличие управленческого образования главного врача в зависимости от выбранного региона.

В периоде 13 всего 7 АПО, в которых у главного врача есть дополнительное управленческое образование, и они расположены в 1, 3, 4, 6, и 9 районах города (то есть, в соответствии с принятым обозначением, в ВАО, САО, СВАО, ЦАО и ЮЗАО).

Для проверки гипотезы H5 многомерный факторный анализ проведен для всех 3 групп объективных показателей доступности медицинской помощи, в периоде 13 отдельно для каждого указанного выше региона, итого общее число реализаций факторного анализа составляет 15 вариантов. Статистическая значимость данной гипотезы была получена только в одном случае - для поликлиники ЦАО, Р-значение равно 0,0848. Если рассматривать АПО, расположенные в ЦАО, то те из них, которые находятся под руководством главного врача с дополнительным управленческим образованием, демонстрируют более высокие показатели, характеризующие возможность записаться к врачу (т.е. меньшую долю пациентов, которые не смогли записаться на прием в течение первых трех дней от даты обращения). Все остальные вариации показали статистически незначимый или вырожденный результат. Реализованная часть факторного анализа приведена в *Приложении 13*.

Таким образом, подводя итог проведенному количественному исследованию по выявлению и оценке факторов, воздействующих на создание ценности государственных АПО, можно представить результирующую систему взаимовлияния выделенных групп показателей, где группа показателей удовлетворенности пациентов поставлена во главе угла в связи с исключительно высокой ролью удовлетворенности пациентов в заключительных этапах цепочки формирования ценности (рис. 16) как итогового результата функционирования данной цепочки (рис. 28).

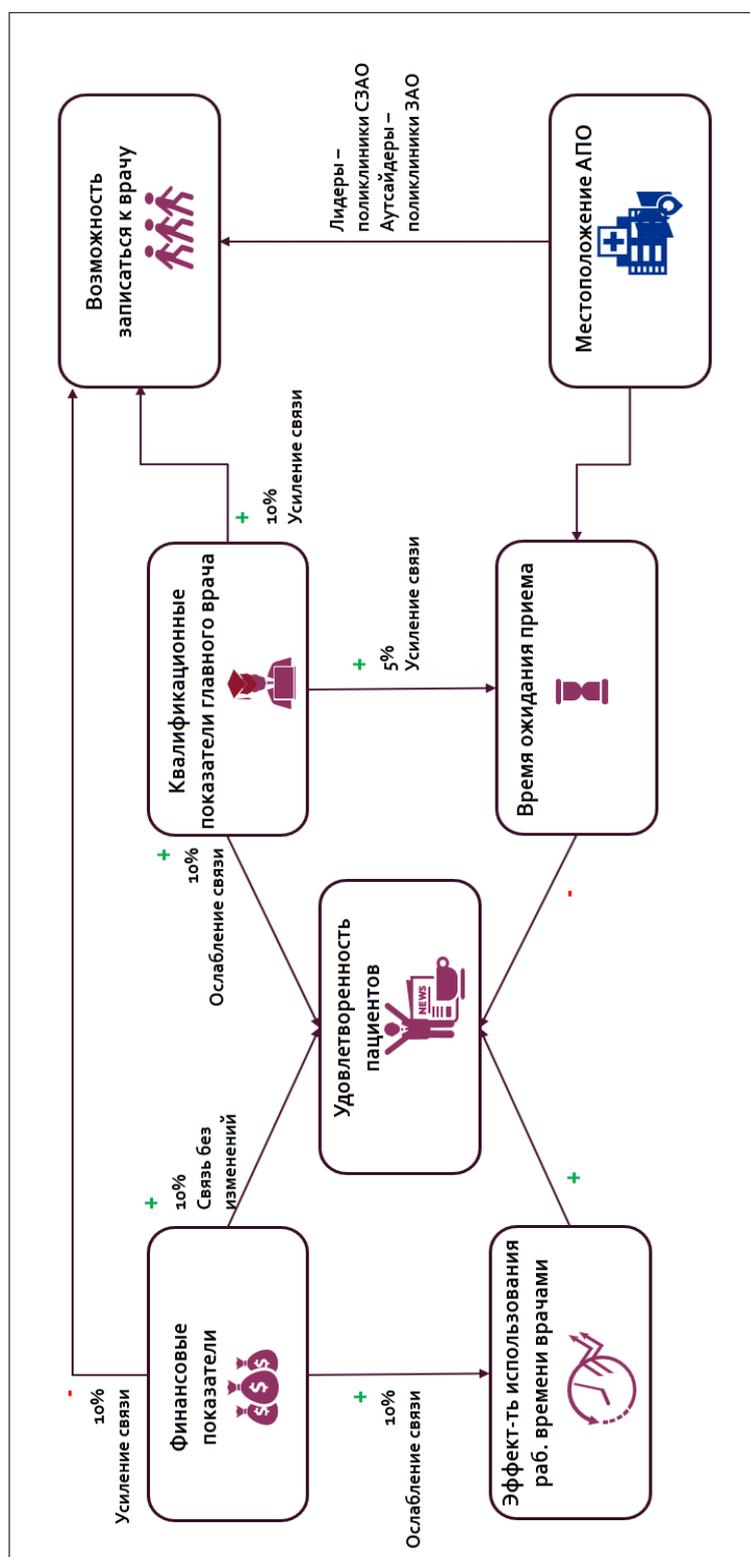


Рисунок 28 - Система взаимовлияния выделенных групп показателей, воздействующих на создание ценности государственных

АПО

Источник: составлено автором на основе итогов эмпирического исследования

Примечание: Знаками «+» и «-» указана направленность связи (положительная или отрицательная соответственно), в процентах указан уровень значимости, на котором признается связь, а также указано ослабление или усиление связи в течение анализируемого периода

3.3. Оценка управленческого воздействия в государственных амбулаторно-поликлинических организациях при реализации принципов маркетинга отношений

3.3.1. Цель и задачи качественного исследования

Вторым направлением эмпирической части данной работы является качественный анализ для проверки гипотез Н8-Н9. *Цель* качественного анализа состоит в оценке управленческого воздействия на уровень клиентоориентированности АПО со стороны действующих организаторов здравоохранения.

В рамках данного направления *основными задачами* стали:

- Выявление мнения руководителей АПО о роли клиентоориентированности на современном этапе развития;
- Получение оценки системы высшего медицинского образования в вопросе подготовки эффективных управленческих кадров со стороны непосредственных организаторов здравоохранения.

3.3.2. База респондентов качественного исследования

Так как цель качественного исследования состоит в выявлении мнения действующих организаторов здравоохранения о роли управленческого воздействия на уровень клиентоориентированности АПО, респондентами исследования выступили главные врачи АПО г. Москвы.

Из 47 государственных АПО в г. Москва в исследовании приняли участие руководители 22 организаций. Также, для более полноценного анализа в исследование были включены главные врачи 6 частных медицинских клиник амбулаторного типа в г. Москва.

Таким образом, всего в рамках исследования было проведено 28 интервью. На этапе анализа данных качественного исследования некоторые интервью были исключены из анализа, так как ответы на ключевые вопросы отсутствовали или не имели сущностного характера. На основе оставшихся интервью в целях обеспечения репрезентативности исследования были отобраны интервью тех респондентов, подконтрольные АПО которых формировали бы разнообразие по следующим показателям:

- Местоположение и размер (количество филиалов) АПО (см. показатель П19) – *то есть отобранные АПО находятся в разных административных округах г. Москвы;*

- Средняя заработная плата врачей (см. показатель П17) – *то есть в отобранных АПО средняя заработная плата врачей варьируется от наименьших до наибольших представленных значений;*
- Коэффициент финансовой обеспеченности (см. показатель П18) - *то есть в отобранных АПО коэффициент финансовой обеспеченности варьируется от наименьших до наибольших представленных значений.*

В конечном итоге итоговому анализу подлежали 21 интервью, из которых в 15 интервью респондентами выступили главные врачи государственных АПО в г. Москва и в 6 интервью – главные врачи частных АПО в г. Москва.

3.3.3. Метод исследования

Основой методологического подхода, используемого в качественной части эмпирического исследования, является рефлексивный анализ в виде проведения глубинных структурированных интервью с последующей типизацией выявленных тенденций.

Выбор метода исследования обусловлен рядом условий:

- Гипотезы Н8-Н9 проводимого исследования носят описательный характер;
- Высока вероятность разной трактовки используемых понятий, в частности, понятия клиентоориентированности АПО;
- Исследуемая тематика в научной литературе представлена довольно фрагментарно и касается, в основном, аспектов клиентоориентированности АПО без оценки управленческого воздействия.

Примерная структура проводимого интервью представлена в **Приложении 14**.

Средняя продолжительность каждого интервью составляет 40-50 минут. С согласия респондента ведется аудиозапись для дальнейшей расшифровки скрипта интервью.

Ключевым принципом в ходе проведения интервью является рассмотрение происходящего в российской медицине с точки зрения непосредственных действующих организаторов здравоохранения и осозанный отказ от рассмотрения проблем в медицинской сфере как проблем, относящихся исключительно к одной исследовательской сфере, так как в отрасли здравоохранения экономические аспекты тесно переплетены с социальными аспектами [Костанян, 2016].

3.3.4. Проверка сформулированных гипотез

Проверка гипотезы Н8

Рассмотрим гипотезу Н8 об оценке со стороны практикующих главных врачей системы высшего медицинского образования с точки зрения подготовки качественных управленческих кадров. Стоит отметить, что соотношение государственных и частных АПО, интервью руководителей которых было проанализировано на итоговой стадии качественного исследования, составляет 70:30.

В ходе анализа качественных данных был выявлен ряд факторов, позволяющих принять гипотезу Н8 и утверждать о несовершенстве подготовки управленцев в медицинской отрасли.

Во-первых, все опрошенные респонденты получили специальность «Организация здравоохранения и общественное здоровье», пройдя курс профессиональной переподготовки, и ни один организатор здравоохранения не обучался в ординатуре по управленческой специальности. Этот факт еще раз подтверждает ситуацию в российской системе образования, когда управленческая специальность выбирается лишь 1% выпускников медицинских ВУЗов, остальные ориентируются на клинические направления ординатуры и лишь впоследствии проходят краткие курсы профессиональной переподготовки и получают управленческую специальность. Продолжительность и наполнение циклов профессиональной переподготовки недостаточны для подготовки эффективных управленцев для отрасли (см. *Приложение 6,7*).

Во-вторых, было выявлено, что главные врачи напрямую не формулируют мысль о том, что современная система высшего медицинского образования готовит качественных клиницистов, но не нацелена на подготовку медицинских управленцев. Так, на ключевой вопрос «На Ваш взгляд, система высшего медицинского образования в целом способна готовить качественных медицинских управленцев, или навыки управленческой деятельности Вы приобретали непосредственно в ходе работы методом проб и ошибок?» респонденты, в основном, отвечали, что способна и давали следующие комментарии:

- «...теория без практики невозможна...»;
- «... ошибки неизбежны, без этого нет практики...»;
- «...нельзя научить управлять, это приходит только с опытом...»;
- «... неважно, как готовят, все равно в ходе работы происходит корректировка всех имеющихся знаний и получение новых...»
- «...для работы управленцем необходим период работы врачом...».

Тем не менее, ответы на косвенные вопросы показывают, что главные врачи испытывают недостаток организационно-управленческих знаний и навыков. Так, 40% всех

опрошенных ответили, что им не хватает навыков работы с правовыми документами, они не знают, где и как отслеживать изменения в медицинском законодательстве, как трактовать эти изменения и как выстраивать деятельность организации в соответствии с ними. Кроме того, самыми распространенными ответами на вопрос о том, какие аспекты в ходе работы на управленческой должности являются самыми сложными, стали:

- Делегирование полномочий;
- Организация линейного контроля за деятельностью департаментов/отдельных заместителей;
- Разрешение конфликтных ситуаций в коллективе;
- Выстраивание системы мотивации персонала.

Интересным представляется тот факт, что доля респондентов, которые, все же посчитали необходимым получение дополнительного управленческого образования, существенно отличается в государственных и в частных АПО– доля респондентов с дополнительным образованием составляет соответственно 10% и 30%. Кроме того, респонденты, имеющие дополнительное управленческое образование, указали, что новые полученные знания действительно помогли им на практике более качественно выстроить организационно-управленческую работу, в том числе, в вопросе повышения качества оказания медицинской помощи в их медицинской организации.

В-третьих, на вопрос о том «Что бы Вы изменили в прослушанном Вами цикле профессиональной переподготовки по управленческой специальности?» около половины респондентов отметили недостаток правовых аспектов и отсутствие решения реальных проблем (ситуационных задач), возникающих в ходе управленческой деятельности.

В-четвертых, для оценки содержания цикла профессиональной переподготовки было выявлено наличие тех или иных тематических модулей, которые, на наш взгляд, являются ключевыми для осуществления управленческой деятельности в организации. Результаты приведены в таблице 22.

Таблица 22 - Содержание циклов профессиональной переподготовки по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» на основании ответов респондентов

Тематический модуль	Доля респондентов, подтвердивших наличие модуля в цикле профессиональной переподготовки, %
Менеджмент организации	80%
Оценка экономической эффективности деятельности	73%
Маркетинг медицинских услуг	51%
Стратегическое управление	80%
Мотивация и управление персоналом	67%

Источник: составлено автором на основе итогов эмпирического исследования

Основываясь на данных, приведенных в таблице 22, можно утверждать, что медицинский маркетинг меньше всего освещается в программах подготовки управленческих кадров в здравоохранении. Следовательно, такие программы не соответствуют современному этапу развития отрасли, так как не отвечают ни на запросы по качеству предоставления медицинской помощи со стороны надзорных органов, ни на потребности пациентов.

Таким образом, подводя итоги по проверке гипотезы Н8, следует отметить, что в явном виде действующие главные врачи не связывают недостаток управленческих знаний с несовершенством системы высшего медицинского образования, но, тем не менее, подобный недостаток таких знаний и навыков испытывают. Подобная ситуация может иметь место по следующим причинам:

- Сложившееся устойчивое мировоззрение в российском здравоохранении о том, что любой медицинский специалист, в том числе главный врач, должен быть в первую очередь врачом, а не менеджером [Костанян, 2016];
- Представления респондентов о том, что «управлению нельзя учить и учиться» и что «управление – это не наука, это практический навык, приобретаемый в ходе работы». Возможно, подобные представления возникают у медицинских специалистов из-за специфики сферы здравоохранения, в которой конечный результат (жизнь и здоровье пациента) стоит выше, чем эффективность

использования ограниченных ресурсов, являющаяся основной экономического и управленческого мировоззрения.

Проверка гипотезы Н9

Рассмотрим гипотезу Н9 о роли клиентоориентированности в АПО и о степени управленческого воздействия на уровень клиентоориентированности.

Оценивая трактование респондентами самого понятия клиентоориентированности АПО, было выявлено, что, в основном, под клиентоориентированностью главные врачи понимают:

- *«...удовлетворенность пациента...»;*
- *«...индивидуальный подход к каждому пациенту...»;*
- *«...создание у пациентов желания обсуживаться именно в данной медицинской организации...»;*
- *«...привилегированный сервис...»;*
- *«...изучение спроса пациентов на те или иные виды медицинских услуг и внедрение этих услуг...»;*
- *«...обеспечение комфортности и доступности медицинской помощи...».*

Тем не менее, треть респондентов под клиентоориентированностью понимает привлечение дополнительных потоков пациентов в отделения платных медицинских услуг для улучшения финансовых результатов деятельности. То есть, эти респонденты понимают клиентоориентированность только в рамках платных услуг, никак не связывая ее с оказанием услуг в рамках ОМС, и первичной целью повышения клиентоориентированности видят лишь финансовый результат. Более того, один из респондентов указал, что «клиентоориентированность приводит к расслоению общества», то есть респондент абсолютно не воспринимает понятие клиентоориентированности и повышения удовлетворенности пациентов в рамках оказания бесплатных медицинских услуг и приписывает явлению негативный оттенок.

Также, были выявлены расхождения в мнениях респондентов государственных и частных медицинских организаций в ответах на вопросы «Является ли клиентоориентированность конкурентным преимуществом медицинской организации?» и «Считаете ли Вы свою медицинскую организацию клиентоориентированной?» (рис. 29).

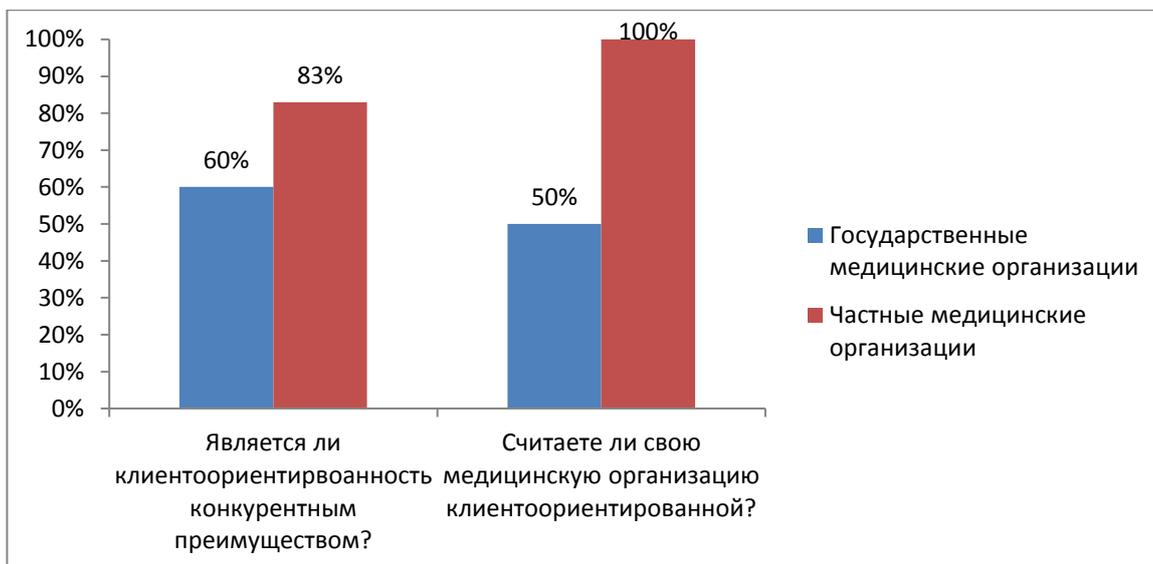


Рисунок 29 - Распределение ответов респондентов на вопросы проводимых глубинных интервью, % от общего числа респондентов из государственных и частных АПО

Источник: составлено автором на основе итогов эмпирического исследования

Несмотря на расхождения в понимании клиентоориентированности и ее роли в АПО, все респонденты предпринимают определенные действия в подконтрольных организациях для повышения их клиентоориентированности. Так, наиболее распространенными мероприятиями являются регулярные тренинги с персоналом по общению с пациентами и организация обратной связи от пациентов и использованием интерактивных каналов (форумы, блоги и т.д.). Лишь 2 респондента упомянули анкетирование пациентов о качестве оказываемых в АПО услуг и регулярный разбор сложных клинических случаев в виде интерактивной лекции с участием всех врачей соответствующего профиля. Около трети респондентов снова связали клиентоориентированность с оказанием только лишь платных медицинских услуг и в качестве мероприятий, повышающих уровень клиентоориентированности, указали «оказание новых видов платных услуг».

Отдельным блоком интервью стало обсуждение отслеживания жалоб пациентов и предпринимаемых по итогу рассмотрения жалоб действий. Так, все респонденты указали, что отслеживают жалобы, поступившие от пациентов, но при этом было выявлено, что степень тщательности анализа собранных жалоб отличается в разных медицинских организациях. Большинство респондентов отметили, что проводят служебные проверки по объективным жалобам и по итогам рассмотрения производят организационно-административные изменения, такие как ротация персонала, перевод пациента к другому врачу и т.д. Более существенные последствия в виде административных взысканий имели место в 6 рассматриваемых медицинских организациях. Только 3 респондента отметили,

что выстроили систему сбора и систематизации полученных от пациентов жалоб и их передачи в подразделения, ответственные за то или иное направление работы. По итогам рассмотрения жалоб в этих АПО пациентам дается обратная связь в письменном виде о предпринятых действиях по устранению причины некачественного оказания медицинской помощи.

Также в ходе интервью было выявлено мнение респондентов относительно причин, препятствующих повышению уровня клиентоориентированности в АПО. Почти все ответы респондентов касались количественных и качественных характеристик кадрового потенциала:

- *«...дефицит кадров, особенно терапевтических, неукомплектованность штата...»;*
- *«...недостаточный уровень подготовки и квалификации молодых специалистов...»;*
- *«...профессиональное выгорание...».*

Еще одной существенной причиной, по мнению респондентов, является низкий уровень материально-технического оснащения АПО.

Завершающим блоком интервью стала оценка степени использования респондентами социальных сетей для врачей. Так, было выявлено, что менее половины респондентов зарегистрированы в какой-либо профессиональной социальной сети: треть зарегистрирована в социальной сети «Врачи России» и 20% - в социальной сети «Доктор на работе». При этом один респондент отметил, что «совершенно нет времени на все это, это абсолютно бесполезная вещь». Кроме того, абсолютное большинство респондентов не знают, какая доля их сотрудников пользуется профессиональными социальными сетями и никаким образом не поощряют подобные действия своих сотрудников. Даже немногочисленные зарегистрированные респонденты отметили, что ограничились лишь созданием аккаунта и никак не используют профессиональные социальные сети (около 80%); двое отметили, что читают правовую информацию, и лишь 1 респондент сказал, что использует профессиональные социальные сети для найма персонала. Таким образом, возникает парадокс: главной проблемой повышения уровня клиентоориентированности АПО главные врачи считают дефицит кадров [Костянян, 2016], при этом не используют информационные каналы для быстрого поиска нужных специалистов.

Таким образом, в заключительной главе диссертационного исследования представлены результаты эмпирического исследования, проведенного для проверки и апробации выдвинутых гипотез. В рамках эмпирического исследования было проведено количественное (многомерный факторный анализ) и качественное (глубинные интервью) исследования.

Выводы по главе 3

В третьей главе диссертационной работы охарактеризован и оценен опыт столичного здравоохранения по реализации принципов маркетинга отношений и созданию ценности государственных АПО на основе методологии и показателей, закрепленных в нормативных правовых документах, касающихся регулирования и повышения эффективности организации медицинской помощи в г. Москва. В связи с этим в данной главе раскрыты следующие вопросы:

- Охарактеризована программа «Столичное здравоохранение», утвержденная в постановлении Правительства Москвы от 04.10.2011 г. №461-ПП «Об утверждении Государственной программы г. Москвы «Развитие здравоохранения г. Москвы» (Столичное здравоохранение) на 2012-2020 г.», которая представляет собой перспективы развития различных направлений в здравоохранении г. Москвы;
- Охарактеризована программа «Московский стандарт поликлиники», являющаяся составным элементом программы «Столичное здравоохранение», направленная на реализацию принципов маркетинга отношений и повышение уровня удовлетворенности пациентов и операционной эффективности АПО. Методология этой программы легла в основу эмпирического исследования в диссертационной работе;
- Сформулированы 9 исследовательских гипотез, которые были апробированы в ходе эмпирического исследования;
- Охарактеризована статистическая база для проведения эмпирического исследования.

В рамках третьей главы были сформулированы следующие выводы о влиянии факторов на создание ценности государственных АПО:

- 1) Финансовые характеристики АПО (такие как средняя заработная плата врачей и коэффициент финансовой обеспеченности) влияют на уровень удовлетворенности пациентов, в частности, на такой аспект удовлетворенности как комфортность пребывания. Кроме того, финансовые показатели оказывают влияние на эффективность использования рабочего времени врачами, то есть увеличивается «чистое» время, проведенное непосредственно на приеме с пациентами, и сокращается время «простоев» на заполнение медицинской документации, перерывы, осуществление приемов по вызову (лучшая финансовая обеспеченность позволяет АПО выделять на осуществление приемов по вызову отдельного врача). Также, финансовые показатели оказывают влияние на возможность записаться к врачу, причем это влияние отрицательное, то есть чем лучше мотивированы врачи и

чем лучше финансово обеспечена АПО, тем меньшая доля пациентов может записаться на прием к врачу в течение ближайших трех дней от даты обращения. Это объясняется тем, что в соответствии с новыми принципами системы ОМС в лучшие АПО с лучшими врачами обращается большее число пациентов, в худшие – меньшее число пациентов; таким образом, в лучших АПО снижается доступность медицинской помощи;

- 2) Наличие у главного врача АПО дополнительного управленческого образования в дополнение к основному медицинскому образованию способствует повышению уровня удовлетворенности пациентов, положительно воздействует на возможность записаться к узким специалистам в АПО, а также сокращает время ожидания планового приема врача;
- 3) На уровень удовлетворенности пациентов положительно влияет повышенная эффективность использования рабочего времени врачами;
- 4) Такие показатели, как квалификация главного врача, район расположения, группа показателей, характеризующих возможность записи к врачу и время ожидания приема, не оказывают влияние на удовлетворенность пациентов;
- 5) Местоположение АПО влияет на возможность записаться к врачу и на время ожидания планового приема. Так, самая высокая вероятность в максимально быстрые сроки записаться к врачу наблюдается в АПО в СЗАО, в самая низкая – в АПО в ЗАО;
- 6) В явном виде действующие главные врачи не связывают недостаток управленческих знаний с несовершенством системы высшего медицинского образования, но, тем не менее, подобный недостаток подобных знаний и навыков испытывают. Представления о том, что главный врач, должен быть, в первую очередь врачом, а не менеджером, связаны, возможно, со спецификой отрасли здравоохранения;
- 7) Главные врачи придают клиентоориентированности АПО большое значение, но понимают ее в узком смысле. Большинство под клиентоориентированностью понимают только оказание платных медицинских услуг, остальные в качестве мероприятий, направленных на повышение уровня клиентоориентированности АПО, указывают регулярные тренинги с персоналом по общению с пациентами и организация обратной связи от пациентов и использованием интерактивных каналов (форумы, блоги и т.д.).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В рамках диссертационного исследования проведено теоретическое и эмпирическое обоснование и оценка факторов, воздействующих на создание ценности государственными амбулаторно-поликлиническими организациями (АПО), которая характеризует реализацию принципов маркетинга отношений в деятельности этих организаций.

По итогам проведенной работы был получен ряд положений и выводов.

Охарактеризованы этапы развития маркетинга в медицинской сфере за период с 1950-х гг. до наших дней.

Систематизированы исследования воспринимаемой ценности в теории маркетинга услуг по критерию размерности: группа одномерных исследований, понимающих ценность как соотношение затрат потребителя к его выгодам, и группа многомерных исследований, трактующих ценность с использованием микроэкономических и маркетинговых теорий поведения потребителя.

Сформулированы подходы к определению внутреннего маркетинга организации: поведенческий подход, маркетинговый подход, коммуникационный подход, организационный подход и процессный подход.

Охарактеризованы этапы в формировании и развитии концепции внутреннего маркетинга.

Выявлены истоки возникновения основных принципов концепции маркетинга отношений в различных областях знаний.

Сформулированы подходы к пониманию клиентоориентированности организации, исходя из принципов работы организации по выявлению и удовлетворению потребностей клиентов: подход принятия решений, подход создания ценности, процессный подход, поведенческий подход и стратегический подход.

Выявлено, что исторические этапы эволюции принципов маркетинга в медицинской отрасли свидетельствуют о постепенном смещении акцента на клиентоориентированность медицинской организации, развитие и обучение персонала. Это обусловлено изменяющимися экономическими условиями функционирования отрасли и появлением в отрасли управленцев нового типа, получивших образование в сфере менеджмента.

Определена роль внутреннего маркетинга в реализации принципов маркетинга отношений в организации как механизма интеграции сотрудников в ценности организации как бренда.

Выявлены особенности потребительского выбора на рынке медицинских услуг, связанные с ключевой ролью персонального бренда врача.

Охарактеризована современная российская отрасль здравоохранения с точки зрения социально-экономических и медико-статистических показателей, которые свидетельствуют о низкой эффективности реализации принципов маркетинга отношений в государственных АПО.

Охарактеризована динамика и структура российского рынка медицинских услуг, который имеет положительную тенденцию к росту, несмотря на кризисную ситуацию последних лет, и при этом характеризуется большой долей теневого рынка медицинских услуг в связи с низкой доступностью медицинских услуг.

Определены ключевые изменения в современной системе российского здравоохранения, которые привели к тенденции движения к рыночному механизму взаимодействия в государственном секторе здравоохранения и актуализировали необходимость реализации принципов маркетинга отношений в государственных АПО – модернизация системы обязательного медицинского страхования и совершенствование правового положения государственных медицинских организаций.

Охарактеризована программа «Московский стандарт поликлиники», являющаяся составным элементом программы «Столичное здравоохранение», направленная на реализацию принципов маркетинга отношений и повышение уровня удовлетворенности пациентов и операционной эффективности АПО (методология этой программы легла в основу эмпирического исследования в диссертационной работе).

Кроме того, в рамках диссертационной работы разработан ряд теоретических и эмпирических моделей и подходов.

Разработана модель спирали становления и развития маркетинга отношений в здравоохранении как симбиоза форм внешнего и внутреннего маркетинга, которая свидетельствует о причинно-следственной взаимосвязи на разных исторических этапах между рассмотренными теоретическими маркетинговыми концепциями, выбранными для раскрытия темы исследования. Представлено авторское видение среднесрочного развития модели в направлении обучения пациентов, развития персональных брендов врачей и вовлечения пациентов в совместное создание ценности медицинской услуги.

Разработан авторский подход к представлению медицинской услуги как интегрированной многоуровневой модели целостного продукта в маркетинге отношений. В рамках данного подхода медицинская услуга состоит из четырех уровней: уровень базового продукта – лечение; уровень ожидаемого продукта - материально-техническое обеспечение АПО, доступность медицинской помощи, профессиональные компетенции врача, чистота и порядок в АПО; уровень расширенного продукта - коммуникативные компетенции врача, мотивированный и внимательный персонал, номенклатура

предоставляемых медицинских услуг; комфортность пребывания в АПО, выстроенные внутренние бизнес-процессы и процессы маршрутизации пациентов; уровень потенциального продукта - обучение пациентов, развитие персональных брендов врачей, вовлечение пациентов в совместное создание ценности медицинской услуги.

Разработана концептуальная системно-логическая модель создания ценности медицинской услуги, оказываемой государственными АПО, которая состоит из системы формирования ценности медицинской услуги с взаимосвязанными компонентами «пациент», «медицинский персонал», «амбулаторно-поликлиническая организация», «фармацевтическая отрасль», «страховые медицинские компании», «плательщики страховых взносов», «контролирующие государственные органы». Весь процесс создания ценности медицинской услуги сопровождается формированием клиентоориентированности, что отражает ключевой принцип маркетинга отношений. Для вовлечения пациентов в совместное создание ценности медицинской услуги предлагается ряд мероприятий для каждой из ключевых сторон маркетинга отношений: обучение пациентов как системообразующих игроков модели для воздействия на каждом из этапов функционирования цепочки создания ценности и формирование и развитие персональных брендов врачей, которые в новых экономических условиях отрасли здравоохранения становятся конкурентным преимуществом.

На основе эмпирического анализа выявлены и обоснованы факторы, способствующие реализации принципов маркетинга отношений в государственных АПО и воздействующих на уровень клиентоориентированности. Так, статистически значимыми факторами являются коэффициент финансовой обеспеченности медицинской организации (соотношение остатков денежных средств на счетах к среднемесячным расходам), средняя заработная плата врачей, наличие у главного врача дополнительного управленческого образования, снижение времени ожидания приема, повышение эффективности использования рабочего времени врачами, местоположение медицинской организации по административным округам г. Москвы. В целом, по итогам внедрения мероприятий программы «Московский стандарт поликлиники», призванных повысить уровень клиентоориентированности государственных АПО г. Москвы, за анализируемый период с апреля 2016 г. по февраль 2017 г. не произошло общего роста показателей удовлетворенности пациентов. Тем не менее, наблюдается относительное выравнивание в уровне удовлетворенности пациентов государственных АПО, находящихся в разных округах г. Москвы;

На основе эмпирического анализа выявлены мотивация и возможности управленческих кадров АПО по повышению уровня клиентоориентированности. Так,

действующие руководители государственных АПО как ключевой фактор повышения уровня удовлетворенности пациентов не имеют достаточной мотивации и возможностей для совершенствования клиентоориентированности организации. Это происходит вследствие отставания системы высшего медицинского образования в вопросах подготовки управленческих кадров от современных запросов отрасли здравоохранения в связи с изменяющимися рыночными условиями. В связи с этим, актуализируется необходимость модернизации системы подготовки и развития управленцев здравоохранения нового клиентоориентированного типа.

Полученные результаты позволили сформулировать ряд рекомендаций для совершенствования реализации принципов маркетинга отношений в государственных АПО. В частности, предлагается:

- 1) Развивать расширенный уровень медицинской услуги как целостного продукта, внедряя в систему поощрения медицинского персонала оценку коммуникативных компетенций для положительного воздействия на воспринимаемую пациентом ценности медицинской услуги, а также выстраивать внутренние бизнес-процессы и процессы маршрутизации пациентов с целью оптимизации использования имеющихся материальных, временных, человеческих и других видов ресурсов и повышения комфортности пребывания пациентов в АПО;
- 2) Для совершенствования ценностного предложения в цепочке создания ценности медицинской услуги внедрить комплексную междисциплинарную систему обучения пациентов (по аналогии с обучением клиентов), совмещающую клиническое обучение (медицинскую составляющую), а также профилактическую и организационную составляющую на стадии входных данных для цепочки создания ценности, на стадии процесса формирования ценности и на стадии выходных данных;
- 3) Развивать персональные бренды врачей, в том числе в Интернет, для усиления конкурентных преимуществ АПО, что позволит привлекать и удерживать большее число пациентов в изменяющихся рыночных условиях и улучшать финансовые показатели, а также повышать лояльность пациентов к АПО и приверженность пациентов к проводимому лечению;
- 4) Для вовлечения пациентов в совместное формирование ценности медицинской услуги и повышения уровня удовлетворенности пациентов необходимо улучшать финансовые показатели АПО, такие как средний уровень заработной платы врачей и коэффициент финансовой обеспеченности. Кроме того, управленческим кадрам государственных АПО необходимо получать дополнительное управленческое

образование, что позволит им оптимизировать внутренние бизнес-процессы. В свою очередь, внутренняя оптимизация в виде снижения времени ожидания приема и роста эффективности использования рабочего времени врачами способствует повышению уровня удовлетворенности пациентов;

- 5) Оптимизировать систему высшего медицинского образования в вопросах подготовки управленческих кадров в соответствии с современными запросами отрасли в связи с изменяющимися рыночными условиями, дополнив программы подготовки модулями по основам управленческой деятельности, менеджменту медицинской организации и маркетингу медицинских услуг.

Таким образом, в ходе исследования была достигнута основная цель диссертационной работы и решены поставленные задачи. Проведенный анализ позволил оценить факторы, воздействующие на создание ценности в государственных АПО, для совершенствования реализации принципов маркетинга отношений.

Основные положения, модели и выводы диссертационного исследования представляют интерес для руководителей разных уровней медицинских организаций государственной и частной форм собственности, для специалистов в сфере маркетинга услуг, в частности, медицинских услуг, для представителей государственных органов в сфере регулирования здравоохранения, а также вносят вклад в теорию маркетинга отношений, теорию воспринимаемой ценности и могут быть использованы для системного изучения реализации принципов маркетинга отношений в медицинской сфере.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Герасименко Н.Ф. Очерки становления современного российского законодательства в области охраны здоровья граждан. М.: ГЕОТАР-Медиа, 2001.
2. Гулакова О.В., Ребязина В.А., Смирнова М.М. Специфика клиентоориентированности компаний на российском рынке: результаты эмпирического исследования // Вестник Санкт-петербургского университета. Серия 8. Менеджмент. 2015. №4. С. 39-73.
3. Здоровоохранение в России. 2017: статистический сборник. М.: Росстат, 2017.
4. Зимняя И.А. Компетенция-компетентность: субъективная трансформация // Акмеология. 2010. № 2. С. 47—51.
5. Ищук Т.Л. Рычаги воздействия на подготовку конкретных специальностей, платных и бюджетных мест в вузах // Экономика образования. 2013. №2. С. 15-21.
6. Колосницына М. Г., Шейман И. М., Шишкин С. В. Экономика здравоохранения. М.: Издат. дом ГУ ВШЭ, 2009.
7. Костанян А.А. Клиентоориентированность в государственном здравоохранении: воздействие на уровень удовлетворенности пациентов // Маркетинг в России и за рубежом. 2018. №1 (123). С. 4-15.
8. Костанян А.А. Методика оценки управленческих компетенций современных организаторов здравоохранения как показателя уровня клиентоориентированности медицинской организации // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия Экономика и менеджмент. 2016. Т. 10. № 4. С. 94-103.
9. Костанян А.А. Система образования управленческих кадров в здравоохранении как фактор уровня клиентоориентированности медицинской организации // Экономика образования. 2017. Т. 98. № 1. С. 73-88.
10. Костанян А.А., Сибатян С.М. Рынок труда медицинских работников: Проблемы, задачи, перспективы // Современные достижения и разработки в области экономики и менеджмента. 2016. Т. 1. С. 34-42.
11. Котлер Ф. Маркетинг-менеджмент. СПб.: Питер, 2002.
12. Кудрявцева Е.И. Компетенции и менеджмент: компетенции в менеджменте, компетенции менеджеров, менеджмент компетенций. СПб.: ИПЦ СЗИУ РАНХиГС, 2012.
13. Кудрявцева Е.И. Менеджмент компетенций в системе государственной гражданской службы // Управленческое консультирование. 2013. №6(54). С. 22—31.
14. Ламбен Ж.-Ж. Менеджмент, ориентированный на рынок. СПб.: Питер, 2007.

15. Лисицын Ю.П. История медицины. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2008.
16. Маркс К. Капитал. Критика политической экономии. Т. 1. Книга 1. Процесс производства капитала. М.: Государственное издательство политической литературы, 1960.
17. Пантелеева Е. К., Латышова Л. С. Влияние внутреннего маркетинга на результативность бизнеса // Маркетинг и маркетинговые исследования. 2009. № 1. С. 18-29.
18. Решетников А.В. Экономика здравоохранения. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.
19. Рожков А.Г., Ребязина В.А., Смирнова М.С. Ориентация компании на клиента: результаты эмпирической проверки на примере российского рынка // Российский журнал менеджмента. 2014. Том 12. № 3. С.33–58.
20. Сибатян С.М., Николаева Е.В., Костанян А.А. Пути повышения эффективности рынка труда медицинских работников в Московской области // Sciences of Europe. 2016. Т. 2. № 6. С. 72-75.
21. Смит А. Исследование о природе и причинах богатства народов. М: АСТ, 2000.
22. Сорокина Т.С. История медицины в двух томах. М.: Академия, 2009.
23. Стародубов В.И., Щепин О.П. Общественное здоровье и здравоохранение. Национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.
24. Тюлин А.Е., Рожкова Е.В. Проблематика понятийного аппарата компетентностного подхода в управлении: организация как центр компетенций // Экономика и предпринимательство. 2013. № 4 (33). С. 436—438.
25. Чирикова А. Е. Этика взаимодействия врачей друг с другом: социологический анализ неформальных практик // Социологические исследования. 2015. № 4. С. 113-120.
26. Шерешева М.Ю., Костанян А.А. Клиентоориентированность персонала в государственных организациях здравоохранения России // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 8. Менеджмент. 2015. №4. С. 74-114.
27. Шерешева М.Ю., Костанян А.А. Маркетинг отношений в деятельности государственных медицинских организаций в изменяющихся рыночных условиях // Государственное управление. Электронный вестник. 2018. №69. С. 285-305
28. Шерешева М.Ю., Оборин М.С., Костанян А.А. Здравоохранение как ключевой фактор вовлечения в активную социально-экономическую деятельность населения старших возрастных категорий в малых городах и районных центрах // Ars Administrandi. Искусство управления. 2018. Т.10. № 1. С. 19-37.

29. Шерешева М.Ю., Оборин М.С., Костянян А.А. Особенности оценки качества жизни населения малых городов // *Ars Administrandi. Искусство управления*. 2017. Т.9. № 2. С. 289-311.
30. Adjei M., Griffith D., Noble S. When Do Relationships Pay Off for Small Retailers? Exploring Targets and Contexts to Understand the Value of Relationship Marketing // *Journal of Retailing*. 2009. Vol. 85. No. 4. P. 493– 501.
31. Ahmed P., Rafiq M. Internal marketing issues and challenges // *European Journal of Marketing*. 2003. Vol. 37. No. 9. P. 1177-1186.
32. Ahmed P., Rafiq M. *International Marketing - Tools and concepts for customer – focused management*. Oxford: Butterworth-Heinenmann, 2002.
33. Ahn S., Basu R., Smith M., Jiang L., Lorig K., Whitelaw N. The impact of chronic disease self-management programs: healthcare savings through a community-based intervention // *BMC Public Health*. 2013. Vol. 13. P. 11-41.
34. Ajzen I. The theory of planned behavior // *Organizational Behavior and Human Decision Processes*. 1991. Vol. 50. P. 179-211.
35. Aldrich H., Whetten D. *Organization-sets, action-sets, and networks: making the most of simplicity*. Oxford: Oxford University Press, 1981.
36. Alkhateeb F., Doucette W. Electronic Detailing (E-detailing) of Pharmaceuticals to Physicians: a Review // *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*. 2008. Vol. 2. № 3. P. 235-245.
37. Andrusia D., Haskins R. *Brand yourself: How to create an identity for a brilliant career*. New York: Ballantine Books, 2000.
38. Arrow K. Uncertainty and the welfare economics of medical care // *The American economic review*. 1963. Vol. 28. No. 5. PP. 141-149.
39. Babin B. Work and Fun: measuring hedonic and utilitarian shopping // *Journal of Consumer Redearch*. 1994. Vol. 20 (4). P. 122-129.
40. Balestra M. Clinical patient education challenges and risks // *The Nurse Practitioner*. 2013. Vol. 38. No. 12. P. 8–11.
41. Ballantyne D. *A relationship mediated theory of internal marketing*. Helsinki: Swedish school of economics and business administration, 2009.
42. Bandura A. Health promotion by social cognitive means // *Health education and behavior*. 2004. Vol. 31. P. 143-164.
43. Bartram D. The Great eight competencies: A criterion-centric approach to validation // *Journal of Applied Psychology*. 2005. Vol. 90. No. 6. P. 1185—1203.

44. Bekkers M. H., van Haastrecht R. The foundations of internal marketing. Rotterdam Institute for Business Economic Studies, Faculty of Economic Sciences, Erasmus University Rotterdam, 1993.
45. Bell S., Eisingerich A. The paradox of customer education: Customer expertise and loyalty in the financial services industry // *European Journal of Marketing*. 2007. Vol. 41. No. 5/6. P. 466-486.
46. Bennett R., Barkensjo A. Internal marketing, negative experiences, and volunteers' commitment to providing high-quality services in a UK helping and caring charitable organizations // *International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*. 2005. Vol. 16(3). P. 251 – 274.
47. Bentham J. *The Principles and Morals of Legislation*. Oxford: Clarendon, 1907.
48. Ben-Tovim D., Bassham J., Bolch D., Martin M., Dougherty M., Szwarcbord M. Lean thinking across a hospital: redesigning care at the flinders medical centre // *Australian Health Review*. 2007. Vol. 31. No. 1. P. 10-15.
49. Berkowitz E. *Essentials of Health Care Marketing*. Gaithersburg: MD:Aspen, 1996.
50. Berry L. *Discovering the soul of service: The nine drivers of sustainable business success*. New York: The Free Press, 1999.
51. Berry L. *Relationship marketing*. Chicago: American Marketing Association, 1983.
52. Berry L. *The Employee as Customer in Services Marketing*. Boston: Kent Publishing, 1984.
53. Berry L., Hensel J., Burke M. Improving retailer capability for effective consumerism response // *Journal of Retailing*. 1976. Vol. 52(3). P. 3–14.
54. Berry L., Parasuraman A. *Marketing Service: Competing Through Quality*. New York: The Free Press, 1991.
55. Bolton R., Drew J. A multistage model of consumer's assessment of service quality and value // *Journal of consumer research*. 1991. Vol. 17 (4). P. 66-71.
56. Booth, A., Babchuk N. Seeking Health Care from New Resources // *Journal of Health and Social Behavior*. 1972. Vol. 13 (1). P. 90–99.
57. Bosch-Capblanch X., Abba K., Pricor M., Garner P. Contracts between patients and healthcare practitioners for improving patients' adherence to treatment, prevention and health promotion activities // *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2007. Vol. 2. P. 48-80.
58. Boyatzis R. *The Competent Manager: A Model for Effective Performance*. NY: John Wiley & Sons Inc., 1982.

59. Boyatzis R., Saatchioglu A. A twenty-year view of trying to develop emotional, social and cognitive intelligence competencies in graduate management education // *Journal of Management Development*. 2008. Vol. 27. No. 1. P. 92—108.
60. Brooks R., Lings I., Botschen M. Internal marketing and customer driven wavefronts // *The Service Industries Journal*. 1999. Vol. 19(4). P. 49-67.
61. Bruhn M. *Orienting toward clients – the base for a successful business*. Bucharest: Economic Publishing, 2001.
62. Bunton R., Baldwin S., Flynn D. The stages of change model in health promotion: science and ideology // *Critics of Public Health*. 2000. Vol. 10(1). P. 55-70.
63. Capaldo G., Iandoli L., Zollo G. A situationalist perspective to competency management // *Human Resource Management*. 2006. Vol. 45. No 3. P. 429—448.
64. Carpenter D. Transforming health care // *Hospitals & Health Networks*. 2011. Vol. 85. No. 5. P. 46-50.
65. Christensen A. *Patient adherence to medical treatment regimens: bridging the gap between behavioral science and biomedicine*. New Haven: Yale University Press, 2004.
66. Cinite I., Duxbury L., Higgins C. Measurement of perceived organizational readiness for change in the public sector // *British Journal of Management*. 2009. Vol. 20. No. 2. P. 265-277.
67. Clardy A. Competencies: Methods for diagnosis and assessment human resource development and the resource-based model of core // *Human Resource Development Review*. 2008. No. 7. P. 387—407.
68. Conn V., Hafdahl A., Cooper P., Ruppert T., Mehr D., Russell C. Interventions to improve education adherence among older adults: Meta-analysis of adherence outcomes among randomized controlled trials // *Gerontologist*. 2009. Vol. 49(4). P. 447-462.
69. Cronin J. Jr., Brady M. Assessing the effects of quality, value and customer satisfaction on consumer behavioral intentions in service environments // *Journal of Retailing*. 2000. Vol. Vol. 76 No. 2. P. 54-63.
70. Darling J. R., Taylor R. E. A model for reducing internal resistance to change in a firm's international marketing strategy // *European Journal of Marketing*. 1989. Vol. 23 No. 7. P. 34-41.
71. De Beeck O., Hondelghem A. *Managing competencies in government: State of the art practices and issues at stake for the future*. OECD: Public Governance and Territorial Development Directorate, 2009.
72. De Souza L. Trends and approaches in lean healthcare // *Leadership in Health Services*. 2009. Vol. 22. No. 2. P. 121-139.

73. De Souza L., Pidd, M. Exploring the barriers to lean health care implementation // *Public Money & Management*. 2011. Vol. 31. No. 1. P. 59-66.
74. Deci E., Ryan R. The 'what' and 'why' of goal pursuits: Human needs and the selfdetermination of behavior // *Psychological Inquiry*. 2000. Vol. 11. P. 227– 268.
75. Deshpandé R. *Developing a Market Orientation*. London: Sage Publications, 1999.
76. Deshpandé R., Farley J., Webster Jr F. Corporate culture, customer orientation, and innovativeness in Japanese firms: A quadrad analysis // *Journal of Marketing*. 1993. Vol. 57 (1). P. 23–37.
77. Deshpandé R., Webster F. Organizational culture and marketing: Defining the research agenda // *Journal of Marketing*. 1989. Vol. 53 (1). P. 3–15.
78. DiMatteo M. Enhancing patient adherence to medical recommendations // *Journal of the American Medical Association*. 1994. Vol. 271(1). P. 79-83.
79. DiMatteo M. Social support and patient adherence to medical treatment: A metaanalysis // *Health Psychology*. 2004. Vol. 23(2). P. 207-218.
80. DiMatteo M. Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research // *Medical Care*. 2004. Vol. 42(3). P. 200-209.
81. DiMatteo M., DiNicola D. *Achieving patient compliance*. Elmsford:Pergamon, 1982.
82. DiMatteo M., Reiter R., Gambone J. Enhancing medication adherence through communication and informed collaborative choice // *Health Communication*. 1994. Vol. 6. P. 253-265.
83. Durgin T. *Implementing a Successful Competency Model*. New York: Human Capital Institute, 2006.
84. Eichinger R., Lombardo M. Learning agility as a prime indicator of potential // *Human Resource Planning*. 2004. No. 27. P. 12–15.
85. Eisingerich A., Bell S. Relationship marketing in the financial services industry: The importance of customer education, participation and problem management for customer loyalty // *Journal of Financial Services Marketing*. 2006. Vol. 10. No. 4. P. 86-97.
86. Emerson R. Exchange Theory. Part I: A Psychological Basis for Social Exchange // *Sociological Theories in Progress*. 1972. Vol. 2. P. 24-35.
87. Eyuboglu N., Buja A. Quasi-Darwinian Selection in Marketing Relationships // *Journal of Marketing*. 2007. Vol. 71. P. 48–62.
88. Fayol A. *General and Industrial Management*. NY: Pitman, 1949.
89. Folland S., Goodman A., Stano M. *The economics of Health and Healthcare*. 4 th. ed. London: Prentice-Hall, 2004.
90. Furnham A. *The Incompetent Manager*. Chichester: John Wiley and Sons, 2003.

91. Gonzalez J., Peyrot M., McCarl L., Collins E., Serpa L., Mimiag M., Safren S. Depression and diabetes treatment nonadherence: A meta-analysis // *Diabetes Care*. 2008. Vol. 31(12). P. 2398-2403.
92. Graham S. *Build your own life brand: A powerful strategy to maximize your potential and enhance your value for ultimate achievement*. Fort Detroit: Free Press, 2001.
93. Green W., Walls G., Schrest L. Internal marketing-the key to external marketing success // *The Journal of Services Marketing*. 1994. Vol. 8(4). P. 5-13.
94. Griffith D., Harvey M., Lusch R. Social Exchange in Inter-organizational Relationships: The Resulting Benefits of Procedural and Distributive Justice // *Journal of Operations Management*. 2006. Vol. 24. No. 2. P. 85–98.
95. Griffiths D., Lindenmeyer A., Powell J., Lowe P., Thorogood M. Why are Health Care Interventions Delivered over the Internet? A Systematic Review of the Published Literature // *Journal of Medical Internet Research*. 2006. Vol. 8. P. 32-40.
96. Gronroos C. Creating a relationship dialogue: communication, interaction, value // *Marketing Review*. 2000. Vol. 1. No. 1. P. 5-14.
97. Gronroos C. Defining marketing: a market oriented approach // *European Journal of Marketing*. 1991. Vol. 23(1). P. 34-39.
98. Gronroos C. From scientific management to service management. *International Journal of Service Industry Management*. 1994. Vol. 5(2). P. 5–20.
99. Gronroos C. *Internal Marketing—Theory and Practice*. American Marketing Association's Service Conference Proceedings, 1985.
100. Gronroos C. *Service management and marketing-managing the moments of truth in service competition*. London: Maxwell MacMillan International Edition, 1990.
101. Gummesson E. Internal marketing in the light of relationship and network organisations // *Internal Marketing*, Routledge. 2000. Vol. 1. P. 27-34.
102. Gutman J. A means-end chain model based on consumer categorization processes // *Journal of Marketing*. 1982. Vol. 46 (1). P. 44-60.
103. Hagger M., Wood C., Stiff C., Chatzisarantis N. The strength model of self-regulation failure and health-related behavior // *Health Psychology Review*. 2009. Vol. 3. P. 208-238.
104. Hargraves L. *Patients Concerned about Insurer Influences*. Data Bulletin: Results from HSC Research. Washington, DC: Center for Studying Health System Change, 2000.
105. Hartman R. The structure of value: foundations of scientific axiology // *Journal of consumer research*. 1967. Vol. 35 (7) P. 76-84.

106. Haskard-Zolnierek K., DiMatteo M. Physician communication and patient adherence to treatment: A meta-analysis // *Medical Care*. 2009. Vol. 47(8). P. 826-834.
107. Hatstrup K., Jackson S. Learning about individual differences by taking situations seriously. San Francisco: Jossey-Bass, 1966.
108. Hayes K., Reed N., Fitzgerald J. Who are your lean health customers?: identifying influential lean customers in health services: current practice and insights from stakeholder analysis // *Asia Pacific Journal of Health Management*. 2010. Vol. 5. No. 1. P. 53-61.
109. Hayward M., Rindova V., Pollock T. Believing one's own press: The causes and consequences of CEO celebrity // *Strategic Management Journal*. 2004. Vol. 25. P. 637–655.
110. Hearn A. Meat, mask, burden: Probing the contours of the branded self // *Journal of Consumer Culture*. 2008. Vol. 8. P. 197-203.
111. 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 (5). P. 460–478.
112. Hennig-Thurau T., Kevin P., Dwayne D. Understanding Relationship Marketing Outcomes: An Integration of Relational Benefits and Relationship Quality // *Journal of Service Research*. 2002. Vol. 4. No. 3. P. 230–247.
113. Herzberg F., Mausner B., Snyderman B. *The Motivation to Work*. N.Y: John Wiley, 1959.
114. Herzlinger, R. E. *Market-Driven Health Care*. MA: Addison-Wesley. 1997.
115. Hibbard J., Weeks E. Consumerism in Health Care: Prevalence and Predictors // *Medical Care*. 1987. Vol. 25 (11). P. 1019–1032.
116. Hicks J. *Value and Capital: An inquiry into some fundamental principles of economic theory*. Oxford: Clarendon, 1939.
117. Hoerger T., Howard L. Search Behavior and Choice of Physician in the Market for Prenatal Care // *Medical Care*. 1995. Vol. 33 (4). P. 332–349.
118. Holbrook M. *Consumer Value. A framework for analysis and research*. London: New York, 1999.
119. Holland R., Desborough J., Goodyer L., Hall S., Wright D., Loke Y. Does pharmacist-led medication review help to reduce hospital admissions and deaths in older people? A systematic review and meta-analysis // *British Journal of Clinical Pharmacology*. 2008. Vol. 65(3). P. 303-316.
120. Holweg M. The genealogy of lean production // *Journal of Operations Management*. 2007. Vol. 25. No. 2. P. 420-437.

121. Homans G. Social Behavior as Exchange // American Journal of Sociology. 1958. Vol. 63. No. 6. P. 597-606.
122. Honebein P., Honebein P. C. Strategies for effective customer education. McGraw Hill Professional, 1997.
123. Imison C., Castle-Clarke S., Watson R., Edwards N. Delivering the benefits of digital health care. KPMG research report, 2016.
124. Jackson B. Build customer relationships that last // Harvard Business Review. 1985. Vol.63. P. 120-128
125. John D., Loken B., Kim K., Basu Monga A. Brand concept maps: A methodology for identifying brand association networks // Journal of Marketing Research. 2006. Vol. 43(4). P. 549–563.
126. Joosten T., Bongers I., Janssen R. Application of lean thinking to health care: issues and observations // International Journal for Quality in Health Care. 2009. Vol. 21. No. 5. P. 341-347.
127. Kao A., Green D., Zaslavsky A., Koplan J., Cleary P. The Relationship between Method of Physician Payment and Patient Trust // Journal of the American Medical Association. 1988. Vol. 280 (19). P. 170-184.
128. Kaplan R., Atkins C. Specific efficacy expectations mediate exercise compliance in patients with COPD // Health Psychology. 1984. Vol. 3. P. 223-242.
129. Kehoe W., Katz R. Health behaviors and pharmacotherapy // Annals of Pharmacother. 1998. Vol. 32(10). P. 1076-1086.
130. Keleman M., Pappasolomou-Doukasis I. Can culture be changed? A study of internal marketing // The Service Industries Journal. 2004. Vol. 24(5). P. 121 – 135.
131. Kohli A., Jaworski B. Market orientation: The construct, research propositions, and managerial implications // Journal of Marketing. 1990. Vol. 54 (2). P. 1–18.
132. Kollberg B., Dahlgard J., Brehmer P. Measuring lean initiatives in health care services: issues and findings // International Journal of Productivity and Performance Management. 2006. Vol. 56. No. 1. P. 7-24.
133. Konrad T., Williams E., Linzer M. Measuring Physician Job Satisfaction in a Changing Workplace and a Challenging Environment // Medical Care. 1999. Vol. 37. P.11-28.
134. Kuntz L., Scholtes S. The role of medical professionals in top management teams of healthcare organisations: an economic model // Working Paper Series for Cambridge Publishing. 2008. Vol. 33 (1). P. 34-42.

135. Lair D., Sullivan K., Cheney G. Marketization and the recasting of the professional self: The rhetoric and ethics of personal branding // *Management Communication Quarterly*. 2005. Vol. 18(3). P. 307–343.
136. Lancy M., Ho K. The impact of internal marketing on organizational commitment: the mediating roles of customer orientation and internal communication // *Euro Asia Journal of Management*. 2015. Vol.25. No1/2. P. 3-13.
137. Lanouette N., Folsom D., Sciolla A., Jeste D. Psychotropic medication nonadherence among United States Latinos: A comprehensive literature review // *Psychiatric Services*. 2009. Vol. 60(2). P. 157-174.
138. Le Deist F. Compétence: conceptual approach and practice in France // *Journal of European Industrial Training*. 2009. Vol. 33. No. 8/9. P. 718—735.
139. Levitt T. Marketing Success Through Differentiation- of Anything // *Harvard Business Review*. 1980. Vol. 1. P. 83–91.
140. Lings I. Balancing Internal and External Market Orientations // *Journal of Marketing Management*. 2009. Vol. 15. P. 239-263.
141. Lings I. Managing service quality with internal marketing schematics // *Long Range Planning*. 1999. Vol. 32(4). P. 453-463.
142. Lings I., Greenley G. Measuring Internal Market Orientation // *Journal of Service Research*. 2005. Vol. 7(3). P. 290-305.
143. Lorig K., Ritter P., Pifer C., Werner P. Effectiveness of the Chronic Disease Self-Management Program for Persons with a Serious Mental Illness: A Translation Study // *Community Mental Health Journal*. 2014. Vol. 50. P. 96–103.
144. Lorig K., Sobel D., Ritter P., Laurent D., Hobbs M. Effectiveness of a self management program on patients with chronic disease // *Effective Clinical Practice*. 2001. Vol. 4. P. 256–262.
145. Lorrie A., Thomson K. The buy-in benchmark. London: Agency Ltd and Market & Opinion Research International, 1998.
146. Lupton D., Donaldson C., Lloyd P. Caveat Emptor or Blissful Ignorance? Patients and the Consumerist Ethos // *Social Science and Medicine*. 1991. Vol. 33 (5). P. 559–568.
147. Macneil I. Contracts: adjustments of long-term economic relations under classical, neoclassical and relational contract law // *Northwestern University Law Review*. 1978. Vol. 72. No. 6. P. 854-905.
148. Marschak J. Binary choice constraints and random utility indicators // *Economic Information, Decision and Prediction: Selected essays*. 1960. Vol. 1. P. 12-45.

149. Martilla J., James J. Importance-performance analysis // *Journal of Marketing*. 1977. Vol. 41(1). P. 77—79.
150. Mattsson J. A service quality model based on the ideal value standard // *International Journal of Service Industry Management*. 1992. Vol. 3 (3). P. 22-28.
151. McClelland D. Identifying Competencies with Behavioral Event Interviews // *Psychological Science*. 1998. Vol. 9. No. 5. P. 331—338.
152. McCracken G. Who is the Celebrity Endorser? Cultural Foundations of the Endorsement Process // *Journal of Consumer Research*. 1989. Vol. 16. P. 310-321.
153. McFadden D. The revealed preferences of a government bureaucracy: theory // *The Bell Journal of Economics and management science*. 1975. Vol 6. No. 2. PP. 401—416.
154. Metzger M., Flanadin A., Medders R. Social and heuristic approaches to credibility evaluation online // *Journal of Communication*. 2010. Vol. 60(3). P. 413—439.
155. Mill J. *Utilitarianism*. London: Parker, Son and Bourne, 1863.
156. Miller L., Rankin N., Neathey F. *Competency frameworks in UK organizations: key issues in employers' use of competencies*. London: CIPD, 2001.
157. Miller W., Rollnick S. *Motivational interviewing: preparing people for change*. New York: Guilford Press Editions, 2002.
158. Mintzberg H. The Manager's job: Folklore and Fact // *Harvard Business Review*. 1975. Vol. 53. No. 4. P. 49—61.
159. Monroe K., Krishnan R. The Effect of Price on Subjective Product Evaluations // *Advances in Consumer Research*. 1985. Vol. 14(1). P. 145-167.
160. Motion J. Personal public relations: The interdisciplinary pitfalls and innovative possibilities of identity work. *Journal of Communication Management*. 2000. Vol. 5(1). P. 31—40.
161. Mowday R., Steers R., Porter L. The measurement of organizational commitment // *Journal of Vocational Behavior*. 1979. Vol. 14. P. 224—227.
162. Mullins R., Ahearne M., Lam S., Hall Z., Boichuk J. Know Your Customer: How Salesperson Perceptions of Customer Relationship Quality Form and Impact Account Profitability // *Journal of Marketing*. 2014. Vol. 78. P. 38—58.
163. Munteanu C., Pagalea A., Cristea A. A holistic approach on internal marketing implementation // *Business Management Dynamics*. 2014. Vol.3. P. 9-17.
164. Narver J., Slater S. The effect of a market orientation on business profitability // *Journal of Marketing*. 1990. Vol. 54 (4). P. 20—35.

165. Narver J., Slater S., MacLachlan D. Responsive and Proactive Market Orientation and New-Product Success // *The Journal of Product Innovation Management*. 2004. Vol. 21. N 5. P. 334–347.
166. Neale L., Hughes A., Dann S. Exploring the application of personal brands and opinion leadership in political marketing. Sydney: University of Western Sydney, 2008.
167. Neumann J, Morgenstern. O. *Theory of Games and Economic Behavior*. New Jersey: Princeton University Press, 1944.
168. O’Keefe D., Jensen J. The relative persuasiveness of gain-framed and lossframed messages for encouraging disease detection behaviors: A meta-analytic review // *Journal of Communication*. 2009. Vol. 59. P. 296-316.
169. Ozanne J., Murray J. Uniting critical theory and public policy to create the reflexively defiant customer // *American Behavioural Scientist*. 1995. Vol. 38. No. 4. P. 516-525.
170. Papadopoulos T., Radnor Z., Merali Y. The role of actor associations in understanding the implementation of lean thinking in healthcare // *International Journal of Operations & Production Management*. 2011. Vol. 31. No. 2. P. 167-191.
171. Parasuraman A. Reflections of gaining competitive advantage through customer value // *Journal of the Academy of Marketing Science*. 1997. Vol. 25 (2). P. 89-117.
172. Pareto V. *Manual of Political Economic*. New York: Augustus M. Kelley, 1971.
173. Peters T. *The brand you 50: or fifty ways to transform yourself from an ‘employee’ into a brand that shouts distinction, commitment, and passion!* New York: Knopf, 1999.
174. Peters T., Waterman R. *In Search of Excellence: Lessons from America's Best Run Companies*. USA: New York, Harper & Row, 1982.
175. Pfeffer J., Salancik G. *The External Control of Organizations: A Resource Dependence Perspective*. NY: Harper & Row Publishers, 1978.
176. Piercy N. Internal marketing-the missing half of the marketing program // *Long Range Planning*. 1991. Vol. 24(2). P. 82-93.
177. Poksinska B. The current state of lean implementation in health care: literature review // *Quality Management in Healthcare*. 2010. Vol. 19. No. 4. P. 319-329.
178. Possidente C., Bucci K., McClain W. Motivational interviewing: a tool to improve medication adherence? // *American Journal of Health System Pharmacy*. 2005. Vol. 62. P. 1311-1314.
179. Prahalad C., Hamel G. The core competence of the corporation // *Harvard Business Review*. 1990. Vol. 68. No. 3. P. 79—91.

180. Provan K., Milward B. A preliminary theory of interorganizational network effectiveness: a comparative study of four community mental health systems // *Administrative Science Quarterly*. 1995. Vol. 40. P. 1-33.
181. Radnor Z. Implementing lean in health care: making the link between the approach, readiness and sustainability // *International Journal of Industrial Engineering and Management*. 2011. Vol. 2. No. 1. P. 1-12.
182. Rafiq M., Ahmed P. Advances in the internal marketing concept: Definition, synthesis and extension // *Journal of Service Marketing*. 2000. Vol. 14(6). P. 449-462.
183. Rasul T. Relationship Marketing's Importance in Modern Corporate Culture // *Journal of Developing Areas*. 2018. Vol. 52. No. 1. P. 261-268.
184. Raven J. Competence in modern society: Its identification, development and release. London: H.K. Lewis & Co., 1984.
185. Redding C., Rossi J., Rossi S. Health behavior models // *International Electronic Journal of Health Education*. 2000. Vol. 3. P. 180-193.
186. Riemsma R., Pattenden J., Bridle C. Systematic review of the effectiveness of stage-based interventions to promote smoking cessation // *BMJ*. 2003. Vol. 3. P. 17-26.
187. Rindova V., Pollack T., Hayward M. Celebrity firms: The social construct of market popularity // *Academy of Management Review*. 2006. Vol. 31. P. 50–71.
188. Robinson M., Sparrow P., Clegg C., Birdi K. Design engineering competencies: Future requirements and predicted changes in the forthcoming decade // *Design Studies*. 2005. Vol. 26. P.123-153
189. Rosenstock I. Historical origins of the health belief model // *Health Education Monographs*. 1974. Vol. 2(4). P. 328-335.
190. Roter D., Frankel R., Hall J., Sluyter D. The expression of emotion through nonverbal behavior in medical visits. Mechanisms and outcomes // *Journal of General Internal Medicine*. 2006. Vol. 21. P. 28-34.
191. Rotter J. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement // *Psychological Monographs*. 1966. Vol. 80(1). P. 1-28.
192. Scammell M. Political brands and consumer citizens: The rebranding of Tony Blair // *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*. 2007. Vol. 611(1). P. 176–192.
193. Schultz D. Building an internal marketing management calculus // *Interactive Marketing*. 2004. Vol. 6 (2). P. 111-129.
194. Schwartz S. Are there universal aspects in the content and structure of values? // *Journal of Social Issues*. 1994. Vol. 50. P. 19–45.

195. Sheth J., Newman B., Gross B. Why we buy what we buy: a theory of consumption values // *Journal of Business Research*. 1991. Vol. 22 (2). P. 33-40.
196. Silvera D., Austad B. Factors predicting the effectiveness of celebrity endorsement advertisements // *European Journal of Marketing*. 2004. Vol. 38(11). P. 12-25.
197. Singh B. About consumer education: A Resource Handbook, International Organisation of Consumer Unions, Penang, 1991.
198. Spencer L., Spencer S. Competence at work: Models for superior performance. New York: John Wiley & Sons, 1993.
199. Sugimori Y., Kusunoki K., Cho F., Uchikawa S. Toyota production system and Kanban system: materialization of just-in-time and respect-for-human system // *International Journal of Production Research*. 1977. Vol. 15. No. 6. P. 553-564.
200. Sweeney J., Soutar G. Consumer perceived value the development of a multiple item scale // *Journal of Retailing*. 2001. Vol. 77 (2). P. 47-67.
201. Swerissen H., Belfrage J., Weeks A., Jordan L., Walker C., Furler J. A randomised control trial of a self-management program for people with a chronic illness from Vietnamese, Chinese, Italian and Greek backgrounds // *Patient Education Counsel*. 2006. Vol. 64. P. 360–368.
202. Taylor F. *The Principles of Scientific Management*. London: Harper & Brothers, 1911.
203. Thom D., Campbell B. Patient–Physician Trust: An Exploratory Study // *Journal of Family Practice*. 1997. Vol. 44 (2). P. 169–176.
204. Thomson K. *Managing your internal customer-the key to getting better results*. London: Financial Times, 1996.
205. Thomson M. Human brands: Investigating antecedents to consumers’ strong attachments to celebrities // *Journal of Marketing*. 2006. Vol. 70(3). P. 104–119.
206. Thorelli H. Networks: between markets and hierarchies // *Strategic Management Journal*. 1986. Vol. 7. No. 1. P. 37-51.
207. Treadway D., Adams G., Ranft A., Ferris G. A meso-level conceptualization of CEO celebrity effectiveness // *The Leadership Quarterly*. 2009. Vol. 20 (4). P. 554-570.
208. van Haastrecht R., Bekkers M. *Marketing of change: the added value of internal marketing to change management*. RIBES, Rotterdam Institute for Business Economic Studies, 1995.
209. Wade J., Porac J., Pollock T., Graffin S. The burden of celebrity: The impact of CEO certification contests on CEO pay and performance // *Academy of Management Journal*. 2006. Vol. 49(4). P. 643–660.

210. Wang Z., Walther J., Pingree S., Hawkins R. Health information, credibility, homophily, and influence via the Internet: websites versus discussion groups // *Health Communication*. 2008. Vol. 23. P. 358–368.
211. Weber D. Toyota-style management drives Virginia Mason // *Physician Executive*. 2006. Vol. 32. No. 1. P. 12-17.
212. Weiss, L., Blustein J. Faithful Patients: The Effect of Long-term Physician–Patient Relationships on the Costs and Use of Health Care by Older Americans // *American Journal of Public Health*. 1996. Vol. 86 (12). P. 174–179.
213. Wells J., Atherton M. Consumer education; learning for life // *Consumer* 21. 1998. Vol. 8. P. 15-20.
214. White R. Motivation reconsidered: The concept of competence // *Psychological Review*. 1959. Vol. 66. No. 3. P. 297—333.
215. Williamson O. *Markets and Hierarchies: Analysis and Antitrust Implications*. New York, The Free Press, 1975.
216. Williamson O. Public and private bureaucracies: a transaction cost economics perspectives // *The Journal of Law, Economics and Organization*. 1999. Vol. 15. No. 1. P. 306-342.
217. Williamson O. Transaction-cost economics: the governance of contractual relations // *The Journal of Law and Economics*. 1979. Vol. 22. No. 2. P. 233-261.
218. Woodruff R., Gardial S. *Know your customer: new approaches to understanding customer value and satisfaction*. Cambridge: Blackwell Publishers, 1996.
219. World Health Organization. *Global Observatory for eHealth*. Based on the findings of the second global survey on eHealth. WHO Press, 2005.
220. Zeithaml V. Consumer perceptions of price, quality and value: a means-end model and synthesis of evidence // *Journal of Marketing*. 1988. Vol. 52 (3). P. 112-119.
221. ВОЗ. Европейская база данных ЗДВ. 2017. [Электронный ресурс]. URL: http://data.euro.who.int/hfadb/shell_ru.html (дата обращения 12.02.2018).
222. Ужакина Ю.В. Управленческий потенциал: как его измерить и изменить. 2015. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.trainings.ru/library/articles/?id=14909> (дата обращения: 11.09.2015).
223. Федеральная служба государственной статистики. Центральная база статистических данных. 2017. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.gks.ru/dbscripts/cbsd/dbinet.cgi?pl=2322009> (дата обращения 14.02.2018).

224. Deloitte. mHealth in a mWorld. 2014. [Электронный ресурс]. URL: <http://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/us/Documents/life-sciences-health-care/us-lhsc-mhealth-in-an-mworld-103014.pdf> (дата обращения 23.03.2018)
225. Deloitte. Тенденции и практические аспекты развития российского фармацевтического рынка. 2015. [Электронный ресурс]. URL: <https://www2.deloitte.com/ru/ru/pages/life-sciences-and-healthcare/articles/russian-pharmaceutical-industry-2015.html> (дата обращения 10.05.2017).
226. Ernst and Young. Исследование рынка коммерческой медицины в России. 2015. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.ey.com/ru/ru/industries/life-sciences/ey-russia-health-care-report-2015> (дата обращения 08.05.2017).
227. Forbes. На здоровье. Forbes составил первый рейтинг частных медицинских компаний. 2017. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.forbes.ru/biznes-photogallery/351807-na-zdorove-forbes-sostavil-pervyy-reyting-chastnyh-medicinskih-kompaniy?photo=11> (дата обращения 07.05.2018).
228. KPMG. Взгляд на перспективы развития рынка частных медицинских услуг в РФ в 2015-2017 гг. 2017. [Электронный ресурс]. URL: <http://riaami.ru/read/kpmg-vzglyad-na-perspektivy-razvitiya-rynka-chastnyh-meditsinskih-uslug-v-rf-2015-2017gg> (дата обращения 09.05.2017).
229. McKinsey. Модернизация здравоохранения в России. 2012. [Электронный ресурс]. URL: <http://vestnikmckinsey.ru/healthcare-and-pharmaceuticals/ehvolyuuciya-sistemyh-zdravookhraneniya-v-rossii> (дата обращения 11.05.2017).
230. Mulhern F., Schultz D. Internal marketing best practice study. 2010. [Электронный ресурс]. URL: www.performanceforum.org/fileadmin/pdf/ (дата обращения 16.03.2017).
231. New England Healthcare Institute. Thinking outside the pillbox: A systemwide approach to improving patient medication adherence for chronic disease. 2009. [Электронный ресурс]. URL: http://www.nehi.net/publications/44/thinking_outside_the_pillbox_a_systemwide_approach_to_improving_patient_medication_adherence_for_chronic_disease (дата обращения 02.03.2018).
232. OECD. Health expenditure and financing. [Электронный ресурс]. URL: <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA> (дата обращения 12.02.2017).
233. Research2Research. mHealth App Developer Economics. 2015. [Электронный ресурс]. URL: <http://research2guidance.com/r2g/research2guidance-mHealth-App-Developer-Economics-2015.pdf/> (дата обращения 08.02.2018)

234. World Health Organization. Patient adherence. 2009. [Электронный ресурс].
URL: http://www.who.int/topics/patient_adherence/en/index.html, дата обращения
(11.10.2017).

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1. Акт о внедрении результатов диссертационного исследования

УТВЕРЖДАЮ

Заведующий кафедрой
организации здравоохранения и
общественного здоровья ФУВ
ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф.
Владимирского, д.м.н., профессор
А. Н. Гуров
«17» 03 2018 г.



АКТ О ВНЕДРЕНИИ

1. Предложение для внедрения:

Результаты диссертационного исследования Костанян Ани Асканазовны на тему «Реализация принципов маркетинга отношений в деятельности государственных амбулаторно-поликлинических организаций»

2. Кем предложено (наименование учреждения разработчика, автор):

Разработчик - МГУ им. М. В. Ломоносова, экономический факультет, авторы: Шерешева М.Ю., Костанян А.А.

3. Где и когда начато внедрение:

ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, Факультет усовершенствования врачей, Кафедра организации здравоохранения и общественного здоровья, март 2018 г.

4. Внедряемые аспекты:

Результаты диссертационного исследования в виде отдельных образовательных модулей по маркетингу медицинских услуг, клиентоориентированности медицинских организаций, развитию персональных брендов врачей внедрены в следующие образовательные программы кафедры для слушателей по программам непрерывного медицинского образования, циклам усовершенствования и профессиональной переподготовки управленческих кадров в здравоохранении: «Организация здравоохранения и общественное здоровье», «Современные аспекты управления и экономики здравоохранения», «Инновационный менеджмент в здравоохранении»

5. Результаты внедрения:

Внедрение предоставленных материалов позволяет совершенствовать подготовку современных организаторов здравоохранения и, как следствие, способствует повышению эффективности реализации принципов маркетинга отношений в медицинской сфере.

6. Замечания, предложения:

Нет. Рекомендуются к использованию в учебном процессе.

Ответственный за внедрение

Заведующий учебной частью, профессор кафедры
организации здравоохранения
и общественного здоровья ФУВ ГБУЗ МО МОНИКИ
им. М.Ф. Владимирского, д.м.н.

Дата 17.03.2018


С.М.Смбатян

Приложение 2. Становление и развитие концепций управленческой деятельности и термина «управленческие компетенции»

Управленческая деятельность как особый вид труда является предметом изучения социально-гуманитарных исследований различной направленности. Так как именно управленческая деятельность является интегратором всех других видов деятельности в организации, то объективен и большой интерес к раскрытию сущности, структуры и особенностей управленческого труда.

История появления концепций управленческой деятельности корнями уходит глубоко в историю, начиная с эпохи античности. Тем не менее, соотношение управленческого и иных видов труда формально оформилось в рамках экономических концепций А. Смита [Смит, 2000] и К. Маркса [Маркс, 1960], так как именно в их основополагающих работах представлено объективное противопоставление управленческого труда другим видам деятельности. Так, А. Смит относил управленческий труд к непроизводительному труду, а К. Маркс считал любой вид умственной деятельности второстепенным трудом. По К. Марксу управленческий труд оплачивается из части оплаты труда производственных рабочих, так как сам не создает прибавочной стоимости.

Ф. Тейлор [Taylor, 1911] вывел управленческую деятельность в качестве особого объекта изучения. Он выделил управление как функцию по организации деятельности и управленческую деятельность как работу по управлению персоналом и результатом производственной деятельности. С точки зрения автора, основная роль управленческой деятельности заключается в повышении производительности труда других работников.

А. Файоль определил управленческую деятельность как вид производственной деятельности, направленной на управление деятельностью других людей. Г. Минцберг [Mintzberg, 1975] определил управленческую деятельность как сочетание: межличностного взаимодействия, информационного обмена и принятия решений. Фактически, Г. Минцберг определил три предметные сферы управленческой деятельности:

1. Организация, контроль и коррекция деятельности персонала;
2. Сбор, анализ и интерпретация информации об окружающей среде, организация способов передачи обработанной информации между всеми участниками;
3. Конкретная задача, требующая решения, на которую направлена управленческая деятельность.

Таким образом, управленческую деятельность можно интерпретировать как особый (т.е. выступающий как результат разделения труда), не массовый (характерный для особых категорий работников), умственный, неявный вид деятельности, оказывающий воздействие на деятельность других людей с целью достижения целей и задач организации.

Далее перейдем к рассмотрению термина «компетенции», в частности, «управленческие компетенции».

Термин «компетенции» появился в социологии и экономике в конце 1980-х гг. и с этого момента начинает активно развиваться компетентностный подход. В рамках данного исследования можно выделить четыре ключевых этапа развития компетентностного подхода.

Первая стадия развития компетентностного подхода относится к периоду 1960-1980-х гг. В этот период понятие компетенций присутствует, в основном, в психологических исследованиях проблем мотивации. Впервые термин «компетенции» появился в работе Р. Уайта [White, 1959] как механизм, объясняющий мотивацию к формированию социальных навыков. Впоследствии такой трактовки придерживался Д. МакКлелланд [McClelland, 1998], применяя компетентностный подход при объяснении различий между людьми и их поведением. Так, на первой стадии развития компетентностного подхода компетенции обозначали особые индивидуальные свойства и качества индивида или организации.

На **второй стадии** (1980 - 1990-е гг.) понятие «компетенции» перешло из психологических наук в управленческие, где стало применяться при объяснении конкурентного преимущества компаний. К. Прахалад и Г. Хэмел [Prahalad, Hamel, 1990], раскрывая вопрос конкурентных преимуществ организаций, отметили, что они заключаются в специфике ее ресурсов, для обозначения которых использовали понятие «компетенции» [Кудрявцева, 2013]. В целом, рассмотрение компетенций в качестве ключевого фактора формирования эффективности организации говорит о приверженности так называемому американскому поведенческому подходу [Spencer, Spencer, 1993]. На второй стадии развития можно выделить четыре основные трактовки понятия компетенции, представленные в таблице 2.1.

Таблица 2.1 - Разнообразие трактовок базового понятия компетенции
в период 1980-1990-х гг.

Авторы	Трактование понятия компетенций
[Hattrup, Jackson, 1996; Raven, 1984]	Ресурсы социально-экономических систем
[Capaldo et al., 2006; Clardy, 2008; Le Deist, 2009; Miller et al., 2001]	Основа системы управления персоналом

[Зимняя, 2010; Boyatzis, Saatcioglu, 2008]	Потенциал социализации и профессионализации
[Тюлин, Рожкова, 2013]	Конкурентное преимущество организации

Источник: составлено автором на основе работ указанных исследователей

Важно отметить, что именно в ходе второго этапа развития компетентностного подхода встала задача развития компетенций как ресурса посредством обучения и специализированной подготовки [Зимняя, 2010]. В это период в рамках теории компетенций в качестве самостоятельной функциональной группы были выделены управленческие компетенции.

На **третьей стадии** (после 1990 г.) компетентностный подход стал использоваться в сфере образования, которая стала выстраиваться в соответствии с нуждами производства. На **четвертой стадии** развития (с начала 2000-х гг.) сформировалась концепция человеческого потенциала.

Итак, основная часть исследования посвящена систематизированным моделям управленческих решений, призванным характеризовать личностный и квалификационный потенциал руководителей и осуществлять подготовку, отбор и другие действия с руководящими кадрами. Цель создания подобного типа моделей состоит в определении управленческого потенциала субъектов управленческого труда, причем как тех, кто уже занимает управленческие должности, так и для потенциальных управленцев. Анализ структур наиболее известных компетентностных моделей показывает, что, несмотря на отличающееся разграничение и систематизацию компетенций, в целом, большинство исследователей выделяют схожие кластеры компетенций (табл. 2.2):

Таблица 2.2 - Соотношение моделей управленческих компетенций

	Авторы моделей			
	[Eichinger, Lombardo, 2004]	[Bartram, 2005]	[Robinson et al., 2005]	[Durgin, 2006]
Кластеры	Уровень интеллекта	Анализ / Интерпретация	Познавательные способности	Общий интеллект
	Операционные возможности	Креативность / Концептуализация	Когнитивные стратегии	Эмоциональный интеллект
		Лидерство/ Принятие решений		

Мотивация	Адаптация/ Преодоление	Личные качества	«Контролируй себя»
Опыт	-	Технические способности	«Знай»
Взаимодействие	Интерактивное взаимодействие/ Презентации	Коммуникация	«Говори»
	Поддержка/ Совместная работа		«Влияй»
-	Организация/ Руководство	Управление проектами	«Иницируй»
	Предприимчивость/ Результативность		
Обучение	-	-	«Развивай»

Источник: составлено автором на основе [Кудрявцева, 2012; Кудрявцева, 2013].

Тем не менее, несмотря на большое разнообразие моделей, общего в них, все же, больше, чем различий, которые выражаются в разной степени дифференцированности и подробности описания компетенций.

Приложение 3. Приверженность пациента к лечению как специфичная характеристика маркетинга отношений в здравоохранении

Одним из важнейших аспектов взаимодействия пациента и врача, показателем качества и эффективности этого взаимодействия, подтверждением силы персонального бренда врача и его влияния является приверженность пациента к лечению. Этот показатель является спецификой рынка медицинских услуг, представляет собой побочный продукт от непосредственного оказания медицинской услуги и сигнализирует об уровне доверия, лояльности пациента к конкретному врачу, оценке пациентом воспринимаемой ценности медицинской услуги, отношении к врачу как к бренду.

Термин «приверженность пациента» (patient adherence) трактуется как сочетание понятий «соблюдение», «согласие» (compliance) и «настойчивость», «постоянство» (persistence), то есть приверженность пациента к лечению – это полное согласие пациента со схемой лечения и следование этой схеме.

Определение понятия «приверженность пациента к лечению», данное Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), подчеркивает, что это не просто отношение пациента к лечению, а двустороннее партнерство врача и пациента, результатом которого является такое поведение пациента, когда он соблюдает и выполняет все рекомендации поставщика (провайдера) медицинской услуг [WHO, 2009]. Еще более 2000 лет назад Гиппократ назвал отсутствие приверженности к лечению одной из самых сложнопреодолимых проблем для врача и пациента. Отсутствие приверженности пациента к лечению является не только индивидуальной проблемой каждого пациента, врача, лечащего этого пациента, но и влияет на совокупные расходы здравоохранения и показатели состояния здоровья на уровне государства в целом. Так, по оценкам ВОЗ, в развитых странах 50% пациентов с хроническими заболеваниями, такими как артериальная гипертензия и сахарный диабет, не привержены медикаментозной терапии, которая для них является основой поддержания стабильного состояния. Для развивающихся стран этот показатель достигает 65-75%. Более того, 50% пациентов, которые придерживались терапии в начале лечения, переставали это делать спустя год. Дополнительное экономическое бремя от отсутствия приверженности пациентов к лечению в США оценивается в 300 млрд. долл. Ежегодно [New England Healthcare Institute, 2009]. Кроме того, отсутствие у пациентов приверженности к лечению также негативно сказывается и на деятельности фармацевтических компаний.

В отношении проблемы приверженности пациента к лечению стоит отметить, что она может трактоваться двояко. С одной стороны, приверженность к лечению является гарантией улучшения состояния здоровья и качества жизни пациента. С другой стороны, в

случае, если речь идет о приверженности исключительно медикаментозной терапии без учета рекомендаций врача по здоровому образу жизни, питанию, физической активности и т.д., возникает явление формирования искусственной приверженности пациента к приему препаратов, которые, в действительности, могут быть не самыми эффективными с точки зрения фармакологического воздействия и/или соотношения цены и качества, а быть продиктованными политикой продвижения фармацевтической компании. В силу существования запрета на прямую рекламу лекарственных препаратов, фармацевтические компании ищут новые каналы маркетинговых коммуникаций – проводят работу с врачами по продвижению своей продукции посредством медицинских представителей, организуют тренинги, конференции и семинары для врачей, которые позиционируются как образовательные, но в действительности имеют своей целью ознакомление врачей с продукцией фармацевтической компании и, как следствие, организацию сбыта этой продукции посредством врачебных рекомендаций.

Эксперты выделяют разные виды приверженности (и отсутствия приверженности):

- Пациент перестает принимать препараты (отсутствие настойчивости (nonpersistence));
- Пациент принимает препараты некорректно, не в соответствии с рекомендациями врача;
- Пациент полностью игнорирует рекомендации врача по изменению образа жизни (питание, физическая активность, своевременное прохождение необходимых обследований и т.д.);
- Пациент выполняет рекомендации врача по изменению образа жизни некорректно (например, придерживается диеты, но употребляет некоторые не рекомендованные продукты).

Существуют некоторые теоретические модели, разъясняющие феномен приверженности пациента к лечению как специфического фактора маркетинга отношений на рынке медицинских услуг.

Модель «Информация-Мотивация-Способность»

Первые элементы модели «Информация-Мотивация-Способность» (Ability-Information-Motivation Model, AIM) были сформулированы еще в 1980-х гг. [DiMatteo, DiNicola, 1982], несмотря на то, что в то период было мало широкомасштабных исследований и мета-анализа по проблеме приверженности пациента к лечению. AIM модель основывается на принципах классических поведенческих моделей здоровья, таких как Health Belief Model [Rosenstock, 1974]; the Theory of Planned Behaviour [Ajzen, 1991].

Преимуществами АИМ модели является то, что, во-первых, она учитывает факторы, связанные как с поведением пациента, так и врача, и, во-вторых, помогает объяснить отсутствие у пациента приверженности к лечению у пациентов с любыми классами заболеваний, включая социально опасные, хронические и т.д. Как следует из названия, модель представляет собой совокупность трех условных составляющих приверженности – информации, мотивации и способности.

Информация

Информационная составляющая этой модели подчеркивает важность знаний пациента и эффективность коммуникации «врач-пациент». Пациенты способны выполнять только те рекомендации, которые для них полностью понятны, причины непреднамеренного невыполнения рекомендаций врача объясняются именно в этой компоненте модели.

Понимание и улучшение знаний пациента наиболее эффективно осуществляется при правильной коммуникации врача с пациентом. В анализе, проведенном более чем по 100 исследованиям в области приверженности пациента к лечению, было выявлено, что эффективная коммуникация со стороны врача прямо коррелирует с уровнем приверженности пациента к лечению, причем такая взаимосвязь является существенной [Haskard-Zolnierек, DiMatteo, 2009]. Кроме того, исследование показало, что как врачи, так и пациенты воспринимают коммуникацию как важнейшую составляющую роли врача. Зачастую, во время приема пациента врачи опускают критически важную информацию о схеме приема препаратов и рекомендациях по образу жизни из-за короткой продолжительности приема, высокой загруженности, большого объема бумажной работы и т.д. Для того, чтобы пациент получил и понял всю необходимую информацию, ему необходимо дать возможность задать свои вопросы и получить на них ответы, уточнить непонятные для него моменты в схеме лечения, изложить свои жалобы. В том же исследовании было показано, что проведение тренингов для врачей по развитию навыка коммуникации с пациентами увеличивает приверженность пациента к лечению в 1,5 раза.

Тем не менее, обеспечение пациента нужной информацией является необходимым, но не достаточным условием для обеспечения приверженности пациента к лечению. Даже если информация была донесена в доступной форме пациенту на приеме, большинство пациентов не могут точно ее вспомнить и воспроизвести, выйдя из кабинета врача. Именно поэтому врачу в ходе приема необходимо не только обеспечить пациента информацией, но и проверить, насколько он ее понял. Именно этот шаг в коммуникациях между врачом и пациентом зачастую опускается.

Когнитивные расстройства также усложняют пациенту понимание схемы лечения и придерживание этой схемы, особенно для пациентов пожилого возраста, которые составляют около 30-40% от всех пациентов врача-терапевта взрослой поликлиники. Когнитивные нарушения в совокупности с социальной изолированностью, эмоциональной уязвимостью и нестабильным экономическим положением являются главными причинами отсутствия приверженности к лечению [Conn et al., 2009; Holland et al., 2008].

Еще один фактор, который очень важен в информационной составляющей модели, - это участие пациента в процессе принятия решений о его здоровье [Roter et al., 2006]. Под таким участием понимается возможность пациента высказать свои жалобы по состоянию здоровья, задать вопросы, рассказать историю болезни, вербальная и невербальная (глазной контакт, разговор с пациентом лицом к лицу в открытой для беседы позе, активное слушание, положительные ответные эмоции и реакции, дружественная интонация в голосе) коммуникация. Это способствует установлению доверительных отношений между пациентом и врачом и, как следствие, росту уровня приверженности пациента к лечению.

Мотивация

Пациент будет придерживаться рекомендаций врача не только, если он их понимает, но и если верит в то, что они будут эффективны и окажут положительное влияние на состояние его здоровья. Именно поэтому врачу необходимо с каждым пациентом разработать его индивидуальный план лечения, который стал бы совместным решением, и в который бы пациент всецело верил [DiMatteo, 1994; DiMatteo et al., 1994]. Так, большинство пациентов хотят быть информированными об альтернативных схемах лечения и быть вовлеченными в процесс принятия решений о своем здоровье. Тем не менее, доверие, которое должно быть выстроено между врачом и пациентом, зависит не только от их усилий, но и от когнитивных, социальных и других внешних факторов.

Таким образом, вера пациента в ценность и важность проводимой в отношении него терапии (возможные риски, преимущества и эффективность терапии и т.д.) и уверенность пациента в том, что все препятствия к точному следованию предписания могут быть преодолены, играют большое значение и влияют на мотивацию пациента быть приверженным к лечению [Bosch-Capblanch, 2007]. Пациенты, которые уверены, что последствия не соблюдения схемы лечения значительным образом негативно воздействуют на состояние их здоровья, более вероятно будут привержены к лечению, чем пациенты, которые оценивают эти последствия как несущественные и незначительные (так, например, для пациентов значительно более мотивирующими являются информационные сообщения о возможных необратимых последствиях в случае непрохождения скрининговых исследований на диагностирование рака, чем сообщения, информирующие о пользе от

прохождения таких исследований [O'Keefe, Jensen, 2009]. Именно поэтому крайне необходимо, чтобы врач открыто и честно обсуждал с пациентом его восприятие, убеждения, помогал осознать и высказывать свои опасения и давал профессиональные рекомендации по этому поводу.

Культурные нормы, семейные ценности, взаимоотношения в семье также оказывают существенное влияние на решения пациента о действиях по поводу своего здоровья, особенно на их цели и намерения, и, в частности, на приверженность к лечению [Lanouette, 2009]. Вследствие этого, врачу необходимо учитывать культурные нормы, которых придерживается пациент, для предотвращения конфликта между рекомендациями врача и представлениями пациента. Немаловажным является идентификация и привлечение врачом наиболее важных членов семьи пациента и оценка их влияния на решения пациента.

Из трех основных компонент модели наиболее существенную роль в изменении поведения пациента играет именно мотивация.

Способность

Пациенты должны быть способны быть приверженными к лечению. Они должны иметь все необходимые инструменты и быть способны преодолевать препятствия к тому, чтобы быть приверженными к лечению. Именно поэтому одной из важнейших задач врача является помощь пациентам в выявлении таких препятствующих факторов и их преодолении. Такие препятствия могут иметь как объективный характер (например, индивидуальная непереносимость тех или иных компонентов выписанного препарата, стоимость препарата, территориальная удаленность поликлиники и т.д.), так и субъективный [Hagger, 2009] (например, убежденность пациента в том, что от него потребуется очень много усилий для изменения своего образа жизни в сторону более здорового). Поддержка семьи и друзей уже была упомянута в мотивационной компоненте модели, но она играет также большую роль и в компоненте «Способность». Различие заключается в том, что в мотивационной компоненте поддержка подразумевается, прежде всего, эмоциональная, здесь же речь идет о более практико-ориентированной поддержке (например, транспортировка пациента до врача в случае, если пациент не может добраться самостоятельно, присмотр за маленьким ребенком, пока пациент находится на приеме у врача, если у пациента есть маленькие дети, и т.д.). Врач должен оценивать, на какой уровень поддержки может рассчитывать пациент, так как отсутствие такой поддержки является серьезным препятствием к приверженности пациента к лечению [DiMatteo, 2004].

Психологические проблемы и психические расстройства представляют собой еще один важный барьер на пути к обеспечению приверженности пациента к лечению. Врачу необходимо оценить уровень психологической стабильности пациента, наличие

когнитивных расстройств и депрессии и т.д., так как именно у таких пациентов риск отсутствия приверженности к лечению возрастает втрое [Gonzalez, 2008].

Одной из самых распространенных причин отсутствия у пациента приверженности к лечению является сложность схемы лечения и приема препаратов, при этом даже для пациентов с высоким уровнем мотивации. Таким образом, врач должен всегда стремиться сделать схему лечения настолько простой, насколько это возможно, обсудить с пациентом возможные модификации этой схемы и подготовить его к возможным побочным эффектам.

Модель убежденности в пользе здорового образа жизни

Модель убежденности в пользе здорового образа жизни (Health Belief Model, НВМ) была разработана в 1950-х гг. и объясняла причины того, почему здоровые люди участвуют в мероприятиях по профилактике различных заболеваний, вакцинации и пр. [Christensen, 2004]. В соответствии с этой моделью, индивидуумы выбирают то или иное поведение в зависимости от того, насколько высоко оценивают цель и убеждение в том, что именно такой тип поведения позволит достичь поставленной цели. Другими словами, ключ к пониманию поведения – это определение восприятий и убеждений человека по поводу состояния своего здоровья. Мотивация индивидуума к действию зависит от воспринимаемого уровня тревоги и страха за свое здоровье и убеждение в том, что предпринятые действия и поведение позволят избежать этих негативных последствий. Человек должен быть уверен в том, что заболевание имеет серьезные последствия, рекомендации врача и прописанная схема и методы лечения способны предотвратить эти последствия, и преимущества от изменения своего поведения в соответствии с рекомендациями врача превысят издержки от его изменения и связанные с этим трудности [Redding, 2000]. Приверженность в данной модели рассматривается как действия, связанные с профилактическими мероприятиями по поддержанию уровня здоровья.

Модель НВМ показала свою эффективность в увеличении уровня приверженности к медицинской профилактике, включая скрининговые исследования на выявление рака, здоровье зубов, изменение рациона питания и пр. [DiMatteo, 2004; Kehoe, Katz, 1998]. Тем не менее, модель НВМ может быть также использована и для оценки мотивации пациента придерживаться рекомендованной медикаментозной терапии, хотя не может помочь предсказать, каков будет уровень приверженности пациента, так как не учитывает факторы, связанные с долгосрочной терапией.

В соответствии с этой моделью, у врача появляется возможность выявлять убеждения пациента и восприятие собственного состояния здоровья и, посредством этого, воздействовать на поведение пациента. Это может быть достигнуто донесением

максимально честной информации по возможным последствиям заболевания до пациента, не преуменьшая никакие возможные риски.

Теория преднамеренного поведения

Теория преднамеренного поведения (Theory of Planned Behavior, TPB) также пытается объяснить, чем руководствуется человек в своих действиях, но, в отличие от модели НВМ, сфера использования этой модели намного шире, так как она позволяет оценить любое преднамеренное поведение, а не только поведение, связанное с профилактическими мероприятиями. Еще одно отличие этой модели заключается в том, что она учитывает внешние социальные факторы, влияющие на поведение человека [Ajzen, 1991].

Согласно модели TPB, человек принимает рациональные и хорошо взвешенные решения, и наиболее важным фактором, определяющим поведение человека, являются его намерения. Если у человека есть намерение быть приверженным к лечению, то он будет точно следовать всем рекомендациям врача. Намерение в соответствии с этой моделью определяется тремя факторами: отношением к поведению, субъективная норма (социальный фактор) и воспринимаемый контроль поведения (самоконтроль, контроль собственной эффективности).

Отношение индивида к поведению – это степень положительного или негативного восприятия собственного поведения. Восприятие определяется набором поведенческих убеждений. Так, например, если пациент верит, что прием препаратов принесет больше вреда, чем пользы, то отношение к поведению «прием препаратов» будет негативным.

Субъективная (социальная) норма – это убеждения человека о том, какого мнения будут о нем люди, которые играют важную роль в его жизни (родители, друзья, коллеги и т.д.), другими словами – это социальное давление. Таким образом, намерение придерживаться того или иного поведения будет определяться убеждениями людей, которые окружают данного индивида и оказывают на него влияние. Так, например, если пациент убежден, что его супруга не одобрит его решение принимать антидепрессанты, то он демонстративно покажет намерение не принимать их и обойтись без медикаментозного лечения.

Третьим фактором является восприятие индивидуумом того, насколько он способен придерживаться того или иного поведения. Чем сильнее это восприятие, тем более существенную роль играет этот фактор в процессе изменения поведения индивидуума.

Итак, в соответствии с этой моделью, врач, прежде всего, должен выстроить доверительные взаимоотношения со своим пациентом. Врач должен передавать

информацию пациенту таким образом, чтобы изменить его убеждения о здоровье, например, подчеркивая выгоды терапии и пытаясь более мягко преподнести возможные негативные последствия. Что касается фактора самоконтроля пациента, то врач может стимулировать пациента, ставя перед ним небольшие поэтапные легкодостижимые цели (например, отказаться от употребления соли в течение недели, измерять артериальное давление один раз в день в течение месяца и т.д.), которые спровоцируют у пациента положительную реакцию и позитивно повлияют на его восприятие и убеждения о своем здоровье.

Теория локуса контроля

Теория локуса контроля (Locus of control theory) постулирует, что люди отличаются по тому, как они воспринимают контроль над событиями, которые происходят в их жизни [Rotter, 1966]. Различают внутренний и внешний локус контроля.

Люди с внутренним локусом контроля верят, что их действия определяют то, что с ними случается. Другими словами, они сами ответственны как за свои успехи, так и за свои неудачи. Им в противоположность, люди с внешним локусом контроля убеждены, что все, что с ними происходит, неподвластно им самим и зависит от внешних факторов и обстоятельств.

Применяя эту теорию в области здравоохранения, можно сказать, что действия пациентов зависят от их убеждений в том, насколько они контролируют то, что с ними происходит, и свою жизнь в целом. Пациенты с внутренним локусом контроля убеждены, что их поведение способно изменить течение заболевания и показать результат лечения, следовательно, они более привержены к лечению. Пациенты с внешним локусом контроля менее привержены к лечению, так как считают, что любые усилия и действия, предпринятые с их стороны, не окажут никакого воздействия на результаты лечения.

Эта модель так же способна помочь врачу воздействовать на поведение пациента. В первую очередь, врач может определить, какой локус контроля у пациента, задав ему открытые вопросы, например, «что Вы думаете о тех усилиях, которые Вам нужно предпринять для изменения своего поведения в связи с терапией?» и др. Очень эффективным мероприятием для работы над повышением приверженности пациента к лечению может стать индивидуальное или групповое обучение пациентов с внутренним локусом контроля в центрах здоровья, школах пациента, специализированных семинарах и тренингах и т.д. Тем не менее, приверженность к лечению при долгосрочной терапии не может быть гарантирована только фактом наличия у пациента внутреннего локуса. Врачу, самому пациенту, его семье и окружению также нужно оказывать моральную, социальную

поддержку, способствовать росту самоконтроля пациента по изменению своего поведения в соответствии со схемой лечения. Для пациентов с внешним локусом контроля врач должен меньше заострять внимание пациента на самостоятельной ответственности и больше информировать пациента о внешних источниках информации, консультациях внешних специалистов, поддержке со стороны различных внешних по отношению к медицинской организации учреждений.

Модель самоконтроля

Модель самоконтроля (Self-Efficiency Model) говорит о том, что каждый человек имеет свое собственное восприятие того, насколько он способен (или не способен) придерживаться определенного поведения, следовательно, самоконтроль – это степень уверенности человека в том, что он сможет адаптировать тот или иной тип поведения [Kaplan, Atkins, 1984].

Убеждения человека о своих возможностях зависят от его собственного прошлого опыта, от опыта людей, с которыми он общается, его предубеждений и т.д. Так, например, более вероятно, что пациент бросит курить по рекомендации врача, если людям из его круга общения удалось бросить эту вредную привычку, сам пациент уже пытался сделать это в прошлом, и пациент уверен в том, что он будет способен контролировать физиологические симптомы, связанные с отказом от курения.

В соответствии с теорией самоконтроля, врачу необходимо повысить степень восприятия пациентом собственных способностей. Пациент должен быть уверен, что он обладает всеми необходимыми знаниями и способностями, для того, чтобы в точности в течение длительного времени выполнять рекомендации врача, поэтому необходимо вместе с пациентом решать проблемы, которые возникают у него в ходе реализации схемы лечения. Сама схема лечения должна состоять из нескольких подцелей, в достижении каждой из которых пациент должен быть полностью уверен.

Модель изменения поведения

Модель изменения поведения (Transtheoretical Model of Behavior Change) имеет много характерных особенностей, самая главная из которых – выдвижение 5 стадий изменений, через которые человек должен пройти при изменении своего поведения в долгосрочной перспективе [Miller, Rollnick, 2002]. Впервые эта модель была разработана для работы с пациентами, которые боролись с алкогольной зависимостью. Впоследствии, эта модель была применена и во многих других случаях, таких как отказ от курения, борьба с лишним весом, занятия спортом и соблюдение медикаментозной терапии [Possidente et

al., 2005]. Стадии, выделяемые в данной модели, следующие: до-созерцание (precontemplation), созерцание (contemplation), подготовка (preparation), действие (action), реализация (maintenance).

На первой стадии пациент даже не подозревает о том, что ему требуются существенные изменения в поведении. В ходе второй и третьей стадии пациент взвешивает все «за» и «против» изменения поведения, амбивалентность (двойственное отношение) вполне характерна для этих стадий. Превышение преимуществ над возможными недостатками является основным мотивом перехода пациента на следующую стадию. На последних двух стадиях пациент работает над тем, чтобы воплотить разработанный план по изменению поведения.

В действительности, очень сложно проследить и объяснить, в какой именно момент пациент переходит с одной стадии на другую. Более того, движение пациента по этой модели не всегда линейно. Несмотря на то, что в теории указанные пять стадий являются последовательным следствием друг из друга, пациент может неоднократно возвращаться и проходить одни и те же стадии [Bunton et al., 2000]. Относительно стадий самой модели в научном сообществе также не достигнут консенсус [Riemsma, 2003].

Несмотря на различное трактование и постоянное изменение этой модели, она может быть очень полезна для врачей для оценки прогресса пациента в процессе изменения его поведения. Большая часть работы врача над приверженностью пациента должна проходить именно на второй и третьей стадиях, когда пациент особенно подвержен амбивалентности.

Приложение 4. Персональные бренды врачей в современном российском здравоохранении

Говоря о врачах, уже ставших персональными брендами в России, нельзя не упомянуть таких профессионалов своего дела, настоящих лидеров, не только признанных клиницистов, но и общественных деятелей, управленцев, имена которых уже давно стали своего рода брендами, визитными карточками тех медицинских организаций, где они работают, - это Лео Антонович Бокерия, Леонид Михайлович Рошаль, Сергей Владимирович Готье. Брендами в своих областях медицины являлись также Святослав Николаевич Федоров (офтальмология, глазная микрохирургия), Гавриил Абрамович Илизаров (ортопедия, травматология) и другие, именами которых названы крупнейшие специализированные медицинские клиники по всей стране.

Так, Л.А. Бокерия с 1997 г. возглавляет крупнейший центр кардиохирургии в стране «Национальный научно-практический центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева», и не просто его возглавляет, а за это время ему удалось в рамках Центра сформировать инфраструктуру и запустить в эксплуатацию крупнейший в мире кардиохирургический комплекс, который был «долгостроем», - Институт кардиохирургии им. В. И. Бураковского (Рублевское шоссе, д.135), а также Институт коронарной и сосудистой хирургии (Ленинский проспект, д. 8). Им была разработана концепция поэтапного освоения этих гигантских национальных комплексов, план переезда, перевода и размещения персонала, им же были проведены первые операции. Идя в ногу с новыми экономическими условиями функционирования медицинской отрасли в стране, Л.А. Бокерия открыл отдел защиты интеллектуальной собственности для научных разработок в рамках Центра, отдел экономического анализа в сердечно-сосудистой хирургии, разработал программу непрерывного образования и подготовки молодых специалистов для Центра. Вообще, образовательная деятельность является одним из приоритетов легендарного хирурга. Помимо многочисленных государственных наград, ученых званий и степеней, присвоенных ему не только в нашей стране, но и зарубежом, он является заведующим кафедрами сердечно-сосудистой хирургии в Первом Московском государственном медицинском университете им. И.М. Сеченова и в Российской медицинской академии последипломного образования, является инициатором и возглавляет большое количество образовательных мероприятий в нашей стране, таких как научные сессии Центра, ежегодные Всероссийские съезды сердечно-сосудистых хирургов, крупные телемедицинские проекты для проведения дистанционных консультаций и т.д.

Л.М. Рошаль, «детский врач мира», в 2003 г. основал и с тех пор возглавляет Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии в г. Москва,

который ассоциируется с именем знаменитого доктора, но свою активную организаторскую и общественную деятельность ведет не только в нашей стране, но и по всему миру. Так, Л.М. Рошаль участвовал в спасении детей, пострадавших во время войн в Ираке, Югославии, Чечне, а также во время землетрясений в Японии, Египте, Армении, Афганистане, Турции и Индии, вел переговоры с террористами во время террористического акта на Дубровке и в Беслане. Не только как врач, но и как лидер-управленец высокого уровня, Л.М. Рошаль рассматривает ситуацию со здравоохранением в стране как совокупное масштабное явление, актуализирует самые значимые проблемы, является инициатором важнейших реформ в отрасли, используя свой административный ресурс, в 2010 г. создал Национальную медицинскую палату, которая выполняет обширные общественные функции по защите прав пациентов, медицинских работников, ставит перед собой долгосрочные задачи разработки и стандартизации методических протоколов, стандартов и т.д., то есть всесторонне работает на улучшение системы здравоохранения.

С.В. Готье, главный трансплантолог России, с 2008 г. возглавляет Федеральный научный центр трансплантологии и искусственных органов им. ак. В.И. Шумакова, который делает более четверти всех операций по пересадке в стране в год (в том числе и пересадки сердца). Именно с именем С.В. Готье в нашей стране ассоциируется термин «трансплантология», на его авторитете как врача и как личности строится доверие пациентов, поступающих в Центр в надежде на удачную пересадку. Именно С.В. Готье был инициатором того, что в 2015 г. к ФЗ №323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 г. были приняты поправки, выражающиеся в том, что организация органного донорства была признана медицинской деятельностью, под которую первые были запланированы бюджетные средства. Кроме этого, С.В. Готье является председателем общероссийской общественной организации «Российское трансплантологическое общество», Международной ассоциации хирургов-гепатологов России, заведующим кафедрой трансплантологии и искусственных органов Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова.

Таким образом, несмотря на то, что каждый из названных врачей помимо основной деятельности по спасению жизни людей выбрал еще одно приоритетное направление развития (например, Бокерия – образовательно-просветительскую деятельность, Рошаль – общественно-политическую деятельность), все они являются брендами-личностями, узнаваемыми и авторитетными лидерами. Личностные бренды в медицине характеризуются не только высокой этикой врача, но и активной общественной позицией, которую они занимают в современном мире, являются эталонами врачей.

Приложение 5. Становление здравоохранения в России как отрасли экономики

Период	Основные события
X в.	Распространение нетрадиционной медицины, сосредоточенной в монастырях
XI - XII вв.	Появление первых больниц
XIV – XV вв.	Появление противоэпидемической деятельности
1620 г., 1721г., 1775 г.	Формирование и реформирование первого органа управления медицинским делом
1755 г.	Учреждение медицинского факультета в Московском университете
1775 г.	Проведение реформы гражданского управления, начало организации больничного дела
XVIII в.	Переход от государственного здравоохранения к частному и благотворительному
1803 г.	Проведение реформы государственного аппарата, создание медицинского департамента в составе Министерства полиции
1864 г.	Проведение земской реформы – оказание медицинской помощи сельскому населению
XIX – начало XX вв.	Превращение здравоохранения в научно-техническую отрасль
1921 – 1925 гг.	Повсеместный рост числа медицинских учреждений
1926 – 1940 гг.	Организация медицинской помощи промышленным рабочим и крестьянам
1930 г.	Проведение реформы медицинского образования, рост числа врачей
1941-1945 гг.	Организация медицинской помощи в военное время
1950 – 1970 гг.	Развитие амбулаторно-поликлинической медицинской помощи
1980-1990 гг.	Развитие рынка медицинских услуг
1991 г.	Начало внедрения принципов страховой медицины
1996-1997 гг.	Развитие системы частных поставок на рынок медицинских услуг
2006 г.	Начало национального проекта «Здоровье»
2010-2015 г.	Модернизация системы высшего медицинского образования, совершенствование принципов страховой медицины

Источник: составлено автором на основе [Герасименко, 2001; Лисицын, 2008; Сорокина, 2009]

Приложение 6. Ключевые особенности и проблемы формирования управленческих кадров в здравоохранении

В настоящее время в российском здравоохранении происходят процессы ломки стереотипов традиционных форм управленческой культуры, ориентированной, главным образом, на механизмы управления медицинской организацией в рамках административно-распорядительной системы и перехода к управлению с учетом закономерностей функционирования и развития современной системы здравоохранения [Стародубов, Щепин, 2013]. Конечная цель подготовки и образования управленческих кадров в современных условиях определяется необходимостью не только приобретения профессионально-управленческого опыта, но и развития современных профессиональных компетенций, соответствующих определенному уровню управления и занимаемой должности [Колосницына и др., 2009]. Требуется клиентоориентированный тип руководителя медицинской организации, способный на высоком профессиональном уровне решать задачи охраны и укрепления здоровья граждан, перспективного развития отрасли, отвечающего потребностям и растущим запросам населения.

Охарактеризуем систему высшего медицинского образования с точки зрения возможности и способности подготовки управленцев здравоохранения с двойственной специализацией – клинициста и менеджера, способных работать над клиентоориентированностью медицинских организаций в новых экономических условиях функционирования отрасли здравоохранения.

Механизм формирования и развития управленческих кадров в здравоохранении (медицинских специалистов, имеющих специальность «Организация здравоохранения и общественное здоровье») не представляется возможным оценить однозначно, так как, с одной стороны, он раскрывает перед организаторами здравоохранения огромные возможности для практической деятельности, но, с другой стороны, создает препятствия для формирования эффективных управленцев в отрасли здравоохранения [Костянян, 2017]. В связи с этим рассмотрим особенности формирования и развития управленческих медицинских кадров в рамках современной системы высшего медицинского образования на додипломном и последипломном этапах обучения.

Важной проблемой формирования управленческих медицинских кадров на додипломном этапе подготовки является то, что квалификацию организатора здравоохранения в принципе нельзя получить на данном этапе. В соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 7 октября 2015 г. № 700н в медицинских университетах и институтах ведется подготовка исключительно по врачебным специальностям, которые группируются в следующие области квалификации: «Лечебное

дело», «Педиатрия», «Медико-профилактическое дело», «Стоматология», «Фармация», «Сестринское дело», «Медицинская биохимия», «Медицинская биофизика» и «Медицинская кибернетика». Таким образом, первая проблема формирования управленческих кадров в здравоохранении состоит в том, что в системе высшего медицинского образования отсутствует возможность получения фундаментального базового образования по управлению в здравоохранении с присущими этой специальности знаниями и навыками в области экономики, юриспруденции, менеджмента, современной системы финансирования здравоохранения и др. Ключевым принципом российской системы высшего медицинского образования является то, что любой медик, в том числе и управленец, должен быть, в первую очередь врачом, способным как оказывать качественную медицинскую помощь, так и оценивать эффективность оказания этой.

Если в российской практике здравоохранения сложился принцип верховенства врача-клинициста в управлении медицинской организацией, то в западной практике все еще идут поиски наилучшего принципа управления в здравоохранении и состава управленческой структуры.

Различают две основные управленческие модели в здравоохранении [Kuntz, Scholtes, 2008]:

- 1) Первая модель подразумевает управленческое равноправие врача и менеджера, каждый из которых имеет одинаково важные, но конкурирующие цели, и, следовательно, при принятии решений конкурируют за использование ограниченных ресурсов медицинской организации. Врач руководствует профессиональными и этическими нормами и принципами и действует в интересах пациента. Менеджер же руководствуется управленческими принципами и действует в интересах организации в целом;
- 2) Во второй модели менеджер самостоятельно принимает решения, но при этом по определенным вопросам консультируется с врачом-клиницистом.

Каждую из этих моделей эксперты оценивают, как весьма эффективную, расхождение между ними заключается в организационной и управленческой структуре, которой должна придерживаться медицинская организация, выбравшая ту или иную модель, а также в способах достижения целевых показателей эффективности, которые определяют состояние медицинской организации в целом. Тем не менее, российская практика здравоохранения пока не готова видеть в качестве ключевого лица медицинской организации управленца без медицинского образования.

Основа формирования и развития управленческих кадров в здравоохранении заложена в последипломном этапе высшего медицинского образования.

Получение доступа к практической профессиональной деятельности по основной специальности

Во всей системе высшего медицинского образования возможность получить специальность «Организация здравоохранения и общественное здоровье» появляется лишь на этапе обучения в ординатуре. Здесь можно говорить о второй проблеме формирования управленческих кадров в здравоохранении:

- Двухгодичное обучение в ординатуре по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» не позволяет получить весь объем тех знаний и умений, которые необходимы для современного управленца в области здравоохранения. В программе обучения недостает элементов менеджмента, принципов управления персоналом, навыков бюджетирования и оценки экономической эффективности и пр;
- Доля выпускников медицинских ВУЗов, которые сразу после окончания университета (института) осознанно выбирают специальность «Организация здравоохранения и общественное здоровье» несущественно мала и составляет в среднем чуть менее 1% от общего числа обучающихся в интернатуре и ординатуре в каждом отдельном учебном году (рис. 6.1).

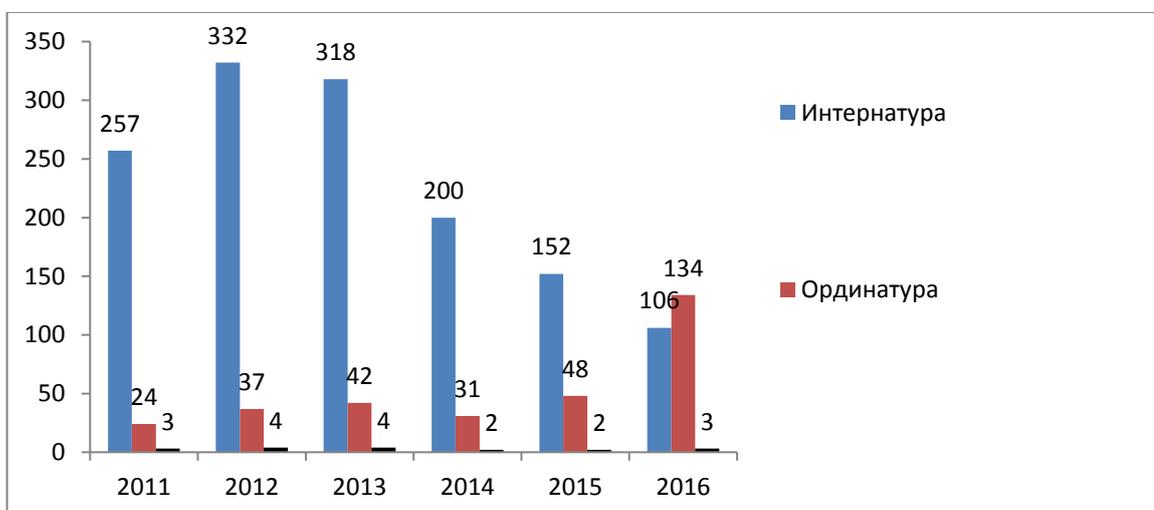


Рисунок 6.1 - Последипломная подготовка врачебных кадров в интернатуре и ординатуре в Московской области в 2011-2016 гг., чел.

Источник: составлено автором на основе статистической справки, предоставленной Медицинским информационно-аналитическим центром Московской области (дата обращения май 2017 г.)

Столь низкая доля ординаторов данной специальности объясняется тем, что выпускники ВУЗов понимают трудности занятия ими руководящих должностей в медицинской организации, таких как заведующий отделением, заместитель главного

врача, главный врач, сразу вскоре после завершения обучения в ординатуре, а должности врачей-методистов и врачей-статистов, которые также соответствуют данной специальности, непривлекательны для молодых специалистов из-за относительно низкого уровня заработной платы. Таким образом, прохождение подготовки в ординатуре и наличие сертификата по специальности организация здравоохранения и общественное здоровье не гарантируют получение руководящих должностей в медицинских организациях [Костанян, 2017].

Повышение квалификации в ходе практической профессиональной деятельности (усовершенствование)

Повышение квалификации раз в 5 лет является обязательным условием продления врачебной (или управленческой) деятельности. В системе здравоохранения предусмотрена возможность прохождения усовершенствования как за счет средств бюджета, так и на договорной основе. Отметим, что количество выделенных бюджетных мест намного отстает от общего количества врачей в нашей стране, так как планирование обучения в научно-исследовательских медицинских организациях, занимающихся усовершенствованием врачей, происходит не исходя из реальной потребности, а исходя из потенциального трудового времени профессорско-преподавательского состава образовательной организации [Ишук, 2013]. Это приводит к тому, что существенная часть врачей проходит усовершенствование за счет собственных средств. Таким образом, можно говорить о третьей проблеме в формировании управленческих кадров в здравоохранении: регулярное обязательное повышение квалификации осуществляется частью управленцев здравоохранения на платной основе за счет собственных средств ввиду несоответствия государственного планирования обучения реальному предложению труда на рынке медицинских услуг.

Профессиональная переподготовка и получение новой специальности, отличной от основной специальности

Именно профессиональная переподготовка является второй возможностью для медицинских кадров получить специальность «Организация здравоохранения и общественное здоровье» (под первой возможностью имеется ввиду обучение в ординатуре по соответствующей специальности).

Тем не менее, профессиональная переподготовка также имеет свои особенности. Так, обязательным условием прохождения курса профессиональной переподготовки является наличие сертификата по клинической специальности (например, «Терапия», «Кардиология» или др.) и стаж работы на должностях, предусмотренных управленческой специальностью «Организация здравоохранения и общественное здоровье» (например,

заведующий отделением, заместитель главного врача, врач-эксперт, врач-методист и пр.) не менее 5 лет. Другим способом смены клинической специальности на управленческую является поступление в ординатуру по соответствующей специальности (проблемы, связанные с формированием управленческих кадров на уровне интернатуры и ординатуры, были обсуждены ранее).

Таким образом, можно говорить о четвертой проблеме в формировании управленческих кадров в здравоохранении:

- Возможность получить знания, соответствующие специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» и необходимые для эффективной управленческой работы в медицинской организации, наступает лишь после минимально необходимого 5-ти летнего опыта работы на должностях, изначально требующих таких знаний. При этом, практическая повседневная деятельность строится на основе имеющихся личностных качеств и разрозненных и малоэффективных управленческих навыков, полученных опытным путем без прохождения фундаментальных основ менеджмента и принципов функционирования современной медицинской организации;
- Продолжительность курсов профессиональной переподготовки не позволяет получить весь объем тех знаний и умений, которые необходимы для современного управленца в области здравоохранения;
- Некоторые управленцы в здравоохранении на должностях главных врачей и заместителей главных врачей (по медицинской части и по клинико-экспертной работе) продолжают вести профессиональную деятельность, имея лишь сертификат по клинической специальности (повышение квалификации эти специалисты проходят также по клинической специальности) без прохождения переподготовки по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье».

Итак, проведя подробный анализ всех этапов системы высшего медицинского образования в России, основанный на современном отраслевом законодательстве, можно утверждать, что на каждом этапе существуют проблемы, которые не способствуют последовательному и фундаментальному формированию и эффективному развитию управленческих кадров в здравоохранении.

Приложение 7. Особенности программ последипломного образования управленческих кадров в здравоохранении относительно обучения медицинскому маркетингу

Главная проблема программ последипломного образования управленческих кадров в здравоохранении заключается в том, что в целом образовательная система направлена на подготовку высококвалифицированных клинических специалистов, а организационно-управленческому аспекту не уделяется должное внимание. Зачастую, подготовка управленческих кадров ограничивается лишь получением правовых и экономических знаний об основах функционирования отрасли здравоохранения. Получение навыков и умений, связанных с принятием, реализацией и контролем осуществления управленческих решений остается вне рамок подготовки управленческих кадров, вследствие чего потенциальные кандидаты на должности организаторов здравоохранения вынуждены приобретать данные навыки непосредственно в ходе работы, что существенно снижает качество и доступность медицинских услуг и эффективность функционирования отрасли в целом.

Особый интерес для целей данной работы представляет собой подготовка управленческих кадров с точки зрения получения знаний об основах медицинского маркетинга и способах построения и повышения уровня клиентоориентированности медицинской организации. В связи с этим, нами были проанализированы учебные программы по управленческой специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» с целью определить наличие в них маркетинговых дисциплин и содержание соответствующих тематических модулей.

Для анализа были выбраны ведущие медицинские университеты, которые занимаются подготовкой управленческих кадров на последипломном этапе образования, то есть имеют как программы ординатуры по управленческой специальности, так и программы профессиональной переподготовки для тех медицинских специалистов, которые уже имеют сертификат специалиста по клинической специальности. Так, были выбраны 3 крупнейших московских медицинских ВУЗа и 5 ведущих медицинских университета по всей стране:

- Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования;
- Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова;
- Национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова;
- Новосибирский государственный медицинский университет;
- Рязанский государственный медицинский университет;

- Волгоградский государственный медицинский университет;
- Красноярский государственный медицинский университет;
- Сибирский государственный медицинский университет.

Анализ учебных программ ординатуры и курса профессиональной переподготовки по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» в московских медицинских ВУЗах показал, что тематика медицинского маркетинга представлена достаточно ограниченно.

Так, в программах Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова вопросы медицинского маркетинга представлены в базовой части в рамках модуля «Финансирование, экономика и планирование здравоохранения. Менеджмент и маркетинг в здравоохранении» в виде подпункта одной из тем, который затрагивает потребности в медицинских услугах, прогнозирование и приоритет потребителя и цели и методы изучения общественного мнения, то есть в должной мере не раскрываются практические инструменты медицинского маркетинга, не изучаются вопросы управления потребительским выбором на рынке медицинских услуг.

В программах Национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова медицинский маркетинг не входит в перечень обязательных дисциплин, а является факультативным курсом объемом в 3 зачетных единицы (108 академических часов). Тематика курса посвящена основам маркетинговой теории, инструментам маркетинговой коммуникации и, в основном, касается внедрения и продвижения платных медицинских услуг. Тем не менее, не затронуты вопросы клиентоориентированности, работы с персоналом как с ключевым конкурентным преимуществом медицинской организации и т.д. Кроме того, факультативный статус дисциплины не гарантирует получения слушателями курса указанных маркетинговых знаний.

Что касается программ Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования, то тема маркетинга медицинских отсутствует в рамках учебной программы, но большой акцент сделан на управленческих аспектах – в рамках обучения рассматриваются основные теории управления, особенности принятия управленческих решений, коммуникации в организации, а также концепции лидерства.

В отношении учебных программ остальных рассмотренных медицинских университетов можно отметить, что маркетинговая тематика включена в программу лишь в 2 из 5 оставшихся рассмотренных ВУЗов, тем не менее, содержание модулей весьма ограниченное, акцент сделан на ценообразовании медицинских услуг. Зачастую, в маркетинговый блок включаются не соответствующие данному блоку темы, такие как основы общей теории спроса и предложения.

Таким образом, в рамках подготовки управленческих кадров в системе высшего медицинского образования в России большое внимание уделяется вопросам экономико-правовой подготовленности организаторов здравоохранения по особенностям функционирования отрасли, но незатронутыми остаются вопросы маркетинга медицинских услуг и повышения уровня клиентоориентированности медицинской организации. По этой причине в условиях отсутствия законодательного регулирования указанной тематики современные руководители медицинских организаций либо вовсе не задумываются над проблемой медицинского маркетинга, либо не имеют достаточной мотивации и/или ресурсов для повышения клиентоориентированности медицинской организации. Более того, вопросы формирования и развития личностного бренда врача и его использования для повышения уровня клиентоориентированности медицинской организации практически не представлены в учебных программах по рассматриваемой специальности. На современном этапе формирование личностного бренда находится в руках непосредственно каждого врача без регулирования этого процесса со стороны медицинской организации. В основном, формирование и использование врачебного персонального бренда происходит в Интернете в социальных сетях (общих и профессиональных).

Приложение 8. Результаты проверки гипотезы H1

Результаты тестов на нормальное распределение 16-ти рассматриваемых показателей

Shapiro-Wilk W test for normal data

Variable	Obs	W	V	z	Prob>z
p1	611	0.96833	12.769	6.177	0.00000
p2	611	0.98741	5.077	3.940	0.00004
p3	611	0.93595	25.821	7.885	0.00000
p4	611	0.56351	175.973	12.540	0.00000
p5	611	0.96218	15.246	6.607	0.00000
p6	611	0.79053	84.447	10.759	0.00000
p7	611	0.91602	33.857	8.542	0.00000
p8	611	0.68653	126.376	11.737	0.00000
p9	611	0.95281	19.024	7.144	0.00000
p10	611	0.19917	322.855	14.012	0.00000
p11	611	0.95530	18.021	7.013	0.00000
p12	611	0.87016	52.343	9.599	0.00000
p13	611	0.83604	66.102	10.165	0.00000
p14	611	0.81935	72.830	10.400	0.00000
p15	611	0.84585	62.145	10.015	0.00000
p16	611	0.51705	194.701	12.785	0.00000

Тест Шапиро-Франциско

Shapiro-Francia W' test for normal data

Variable	Obs	W'	V'	z	Prob>z
p16	611	0.51137	210.548	10.613	0.00001
p15	611	0.84326	67.536	8.606	0.00001
p14	611	0.81905	77.970	8.866	0.00001
p13	611	0.83595	70.689	8.689	0.00001
p12	611	0.86945	56.252	8.271	0.00001
p11	611	0.96007	17.206	6.023	0.00001
p10	611	0.19260	347.903	11.461	0.00001
p9	611	0.95662	18.692	6.185	0.00001
p8	611	0.69225	132.607	9.812	0.00001
p7	611	0.91962	34.634	7.368	0.00001
p6	611	0.81139	81.270	8.941	0.00001
p5	611	0.96447	15.311	5.794	0.00001
p4	611	0.56868	185.852	10.399	0.00001
p3	611	0.94423	24.031	6.672	0.00001
p2	611	0.98805	5.150	3.582	0.00017
p1	611	0.96640	14.479	5.684	0.00001

Приложение 9. Результаты проверки гипотезы НЗ

Влияние группы финансовых показателей поликлиники на группу показателей удовлетворенности пациентов:

- *Матрицы коэффициентов корреляции*

```
. correlate coeff1 wage1 p1_1 p2_1 p3_1  
(obs=47)
```

```
      | coeff1  wage1  p1_1  p2_1  p3_1  
-----+-----  
coeff1 | 1.0000  
wage1  | 0.2307  1.0000  
p1_1   | 0.1658  0.1562  1.0000  
p2_1   | 0.1876 -0.0309  0.5666  1.0000  
p3_1   | 0.3618 -0.0038  0.3446  0.3359  1.0000
```

```
. correlate p1 p2 p3 wage13 coeff13  
(obs=47)
```

```
      |  p1  p2  p3  wage13  coeff13  
-----+-----  
p1    | 1.0000  
p2    | 0.5179  1.0000  
p3    | 0.0991  0.2914  1.0000  
wage13 | 0.2844 -0.0137 -0.0522  1.0000  
coeff13 | -0.0121 -0.2584 -0.2693  0.1260  1.0000
```

- *Многофакторный анализ влияния группы финансовых показателей поликлиники на группу показателей удовлетворенности пациентов в периоде 1*

```
manova p1_1 p2_1 p3_1 = f1_wage f2_coeff  
Number of obs = 47  
W = Wilks' lambda L = Lawley-Hotelling trace  
P = Pillai's trace R = Roy's largest root
```

```
Source | Statistic  df  F(df1,  df2) = F  Prob>F  
-----+-----  
Model | W  0.7574   4  12.0 106.1  0.98 0.4732 a  
      | P  0.2560   12.0 126.0  0.98 0.4719 a  
      | L  0.3030   12.0 116.0  0.98 0.4756 a  
      | R  0.2343    4.0  42.0  2.46 0.0599 u  
-----+-----  
Residual |          42  
-----+-----  
f1_wage | W  0.8722   2   6.0  80.0  0.94 0.4690 e  
      | P  0.1314    6.0  82.0  0.96 0.4570 a
```

	L	0.1424	6.0	78.0	0.93	0.4814	a
	R	0.1022	3.0	41.0	1.40	0.2576	u

f2_coeff	W	0.8196	2	6.0	80.0	1.39	0.2272 e
	P	0.1841	6.0	82.0	1.39	0.2302	a
	L	0.2155	6.0	78.0	1.40	0.2249	a
	R	0.1918	3.0	41.0	2.62	0.0635	u

Residual			42				

Total			46				

e = exact, a = approximate, u = upper bound on F

```
. manova p1_1 p2_1 p3_1 = f1_wage f
f ambiguous abbreviation
r(111);
. manova p1_1 p2_1 p3_1 = f1_wage
```

Number of obs = 47

W = Wilks' lambda L = Lawley-Hotelling trace
P = Pillai's trace R = Roy's largest root

Source	Statistic	df	F(df1, df2)	F	Prob>F		

f1_wage	W	0.9240	2	6.0	84.0	0.56	0.7578 e
	P	0.0773	6.0	86.0	0.58	0.7481	a
	L	0.0807	6.0	82.0	0.55	0.7674	a
	R	0.0526	3.0	43.0	0.75	0.5263	u

Residual			44				

Total			46				

e = exact, a = approximate, u = upper bound on F

```
. manova p1_1 p2_1 p3_1 = f2_coeff
```

Number of obs = 47

W = Wilks' lambda L = Lawley-Hotelling trace
P = Pillai's trace R = Roy's largest root

Source	Statistic	df	F(df1, df2)	F	Prob>F		

f2_coeff	W	0.8683	2	6.0	84.0	1.02	0.4155 e
	P	0.1327	6.0	86.0	1.02	0.4185	a
	L	0.1504	6.0	82.0	1.03	0.4133	a
	R	0.1417	3.0	43.0	2.03	0.1238	u

Residual			44				

```
-----+-----
Total |          46
-----+-----
```

e = exact, a = approximate, u = upper bound on F

- **Многофакторный анализ влияния группы финансовых показателей поликлиники на группу показателей удовлетворенности пациентов в периоде 13**

```
. manova p1 p2 p3 = f13_wage f13_coeff
```

```
Number of obs =    47
```

```
W = Wilks' lambda    L = Lawley-Hotelling trace
```

```
P = Pillai's trace    R = Roy's largest root
```

```
Source | Statistic  df  F(df1,  df2) = F  Prob>F
-----+-----
Model | W  0.6052    6  18.0 108.0  1.17 0.3028 a
      | P  0.4568    18.0 120.0  1.20 0.2740 a
      | L  0.5546    18.0 110.0  1.13 0.3341 a
      | R  0.2832     6.0  40.0  1.89 0.1068 u
      |-----|
Residual |          40
-----+-----
f13_wage | W  0.7463    3   9.0  92.6  1.32 0.2398 a
        | P  0.2681     9.0 120.0  1.31 0.2395 a
        | L  0.3208     9.0 110.0  1.31 0.2414 a
        | R  0.2439     3.0  40.0  3.25 0.0315 u
        |-----|
f13_coeff | W  0.8148    3   9.0  92.6  0.90 0.5256 a
         | P  0.1949     9.0 120.0  0.93 0.5051 a
         | L  0.2154     9.0 110.0  0.88 0.5475 a
         | R  0.1119     3.0  40.0  1.49 0.2313 u
         |-----|
Residual |          40
-----+-----
Total |          46
-----+-----
```

e = exact, a = approximate, u = upper bound on F

Влияние группы финансовых показателей поликлиники на группу показателей, характеризующих возможность записаться к врачу:

- **Матрицы коэффициентов корреляции**

```
correlate p4_1 p6_1 p8_1 wage1 coeff1
(obs=47)
```

```
|  p4_1  p6_1  p8_1  wage1  coeff1
```

```
-----+-----
p4_1 | 1.0000
p6_1 | 0.2983 1.0000
p8_1 | 0.5004 0.0801 1.0000
wage1 | -0.2186 -0.2800 -0.0907 1.0000
coeff1 | 0.0504 -0.1162 0.3245 0.2307 1.0000
```

```
. correlate p4 p6 p8 wage13 coeff13
(obs=47)
```

```
-----+-----
| p4 p6 p8 wage13 coeff13
-----+-----
p4 | 1.0000
p6 | 0.3826 1.0000
p8 | 0.2710 0.2306 1.0000
wage13 | -0.1916 -0.2711 -0.1942 1.0000
coeff13 | -0.2025 -0.1452 -0.2722 0.1260 1.0000
```

- **Многофакторный анализ влияния группы финансовых показателей поликлиники на группу показателей, характеризующих возможность записаться к врачу в периоде 1**

```
. manova p4_1 p6_1 p8_1 = f1_wage f2_coeff
Number of obs = 47
```

W = Wilks' lambda L = Lawley-Hotelling trace
P = Pillai's trace R = Roy's largest root

```
Source | Statistic    df    F(df1, df2) = F    Prob>F
-----+-----
Model | W 0.6306    4    12.0 106.1    1.68 0.0805 a
      | P 0.4068    12.0 126.0    1.65 0.0868 a
      | L 0.5273    12.0 116.0    1.70 0.0756 a
      | R 0.3819    4.0 42.0    4.01 0.0076 u
-----+-----
Residual |            42
-----+-----
f1_wage | W 0.8615    2    6.0 80.0    1.03 0.4108 e
      | P 0.1403    6.0 82.0    1.03 0.4112 a
      | L 0.1588    6.0 78.0    1.03 0.4112 a
      | R 0.1445    3.0 41.0    1.97 0.1328 u
-----+-----
f2_coeff | W 0.7631    2    6.0 80.0    1.93 0.0859 e
      | P 0.2409    6.0 82.0    1.87 0.0956 a
      | L 0.3053    6.0 78.0    1.98 0.0779 a
      | R 0.2871    3.0 41.0    3.92 0.0150 u
-----+-----
Residual |            42
-----+-----
```

Total | 46

e = exact, a = approximate, u = upper bound on F

. manova p4_1 p6_1 p8_1 = f1_wage
Number of obs = 47

W = Wilks' lambda L = Lawley-Hotelling trace
P = Pillai's trace R = Roy's largest root

Source	Statistic	df	F(df1, df2)	F	Prob>F
f1_wage	W 0.8264	2	6.0 84.0	1.40	0.2239 e
	P 0.1810	6.0	86.0	1.43	0.2138 a
	L 0.2012	6.0	82.0	1.37	0.2346 a
	R 0.1346	3.0	43.0	1.93	0.1392 u
Residual		44			
Total		46			

e = exact, a = approximate, u = upper bound on F

. manova p4_1 p6_1 p8_1 = f2_coeff
Number of obs = 47

W = Wilks' lambda L = Lawley-Hotelling trace
P = Pillai's trace R = Roy's largest root

Source	Statistic	df	F(df1, df2)	F	Prob>F
f2_coeff	W 0.7320	2	6.0 84.0	2.36	0.0370 e
	P 0.2715	6.0	86.0	2.25	0.0457 a
	L 0.3613	6.0	82.0	2.47	0.0303 a
	R 0.3474	3.0	43.0	4.98	0.0047 u
Residual		44			
Total		46			

e = exact, a = approximate, u = upper bound on F

- **Многофакторный анализ влияния группы финансовых показателей поликлиники на группу показателей, характеризующих возможность записаться к врачу в периоде 13**

. manova p4 p6 p8 = f13_wage f13_coeff

Number of obs = 47

W = Wilks' lambda L = Lawley-Hotelling trace
P = Pillai's trace R = Roy's largest root

Source	Statistic	df	F(df1, df2)	F	Prob>F
-----+-----					
Model	W 0.4519	6	18.0 108.0	1.95	0.0192 a
	P 0.6188	18.0	120.0	1.73	0.0425 a
	L 1.0622	18.0	110.0	2.16	0.0078 a
	R 0.9084	6.0	40.0	6.06	0.0001 u
-----+-----					
Residual		40			
-----+-----					
f13_wage	W 0.7995	3	9.0 92.6	0.99	0.4530 a
	P 0.2043	9.0	120.0	0.97	0.4647 a
	L 0.2459	9.0	110.0	1.00	0.4430 a
	R 0.2247	3.0	40.0	3.00	0.0419 u
-----+-----					
f13_coeff	W 0.6557	3	9.0 92.6	1.95	0.0544 a
	P 0.3589	9.0	120.0	1.81	0.0728 a
	L 0.5027	9.0	110.0	2.05	0.0405 a
	R 0.4535	3.0	40.0	6.05	0.0017 u
-----+-----					
Residual		40			
-----+-----					
Total		46			

e = exact, a = approximate, u = upper bound on F

. manova p4 p6 p8 = f13_wage

Number of obs = 47

W = Wilks' lambda L = Lawley-Hotelling trace
P = Pillai's trace R = Roy's largest root

Source	Statistic	df	F(df1, df2)	F	Prob>F
-----+-----					
f13_wage	W 0.6891	3	9.0 99.9	1.84	0.0708 a
	P 0.3178	9.0	129.0	1.70	0.0958 a
	L 0.4414	9.0	119.0	1.95	0.0519 a
	R 0.4180	3.0	43.0	5.99	0.0017 u
-----+-----					
Residual		43			
-----+-----					
Total		46			

e = exact, a = approximate, u = upper bound

- **Одномерный дисперсионный анализ влияния группы финансовых показателей поликлиники на группу показателей, характеризующих возможность записаться к врачу в периоде 13**

. anova p4 f13_wage f13_coeff

Number of obs = 47 R-squared = 0.2843
 Root MSE = .019193 Adj R-squared = 0.1769

Source	Partial SS	df	MS	F	Prob > F
Model	.005852126	6	.000975354	2.65	0.0294
f13_wage	.000307392	3	.000102464	0.28	0.8408
f13_coeff	.004109393	3	.001369798	3.72	0.0189
Residual	.014735108	40	.000368378		
Total	.020587234	46	.000447549		

. anova p6 f13_wage f13_coeff

Number of obs = 47 R-squared = 0.4096
 Root MSE = .022921 Adj R-squared = 0.3210

Source	Partial SS	df	MS	F	Prob > F
Model	.014576507	6	.002429418	4.62	0.0012
f13_wage	.004175851	3	.00139195	2.65	0.0619
f13_coeff	.004955618	3	.001651873	3.14	0.0356
Residual	.021014982	40	.000525375		
Total	.035591489	46	.000773728		

Влияние группы финансовых показателей поликлиники на группу показателей, характеризующих эффективность использования рабочего времени врачами:

- **Матрицы коэффициентов корреляции**

(obs=47)

	p10_1	p13_1	p14_1	p15_1	p16_1	wage1	coeff1
p10_1	1.0000						
p13_1	-0.0214	1.0000					
p14_1	-0.1513	0.2590	1.0000				
p15_1	-0.2481	0.2617	0.6968	1.0000			

```

p16_1 | 0.0807 -0.4775 -0.2229 -0.0620 1.0000
wage1 | -0.4607 0.1904 0.2723 0.2861 -0.1208 1.0000
coeff1 | 0.0544 -0.1266 0.1421 0.3002 0.3032 0.2307 1.0000

```

```

. correlate p10 p13 p14 p15 p16 wage13 coeff13
(obs=47)

```

```

      |  p10   p13   p14   p15   p16  wage13  coeff13
-----+-----
p10 | 1.0000
p13 | 0.2787 1.0000
p14 | -0.0258 0.2627 1.0000
p15 | 0.2290 0.3963 0.6165 1.0000
p16 | 0.2579 0.4991 0.3389 0.5437 1.0000
wage13 | -0.2061 -0.2493 -0.0098 -0.3233 -0.3556 1.0000
coeff13 | -0.1371 0.2570 0.2039 0.1289 -0.0044 0.1260 1.0000

```

- **Многофакторный анализ влияния группы финансовых показателей поликлиники на группу показателей, характеризующих эффективность использования рабочего времени врачами в периоде 1**

```

. manova p10_1 p13_1 p14_1 p15_1 p16_1 = f1_wage f2_coeff

```

Number of obs = 47

W = Wilks' lambda L = Lawley-Hotelling trace
P = Pillai's trace R = Roy's largest root

```

Source | Statistic  df  F(df1,  df2) = F  Prob>F
-----+-----
Model | W 0.2761    4  20.0 127.0  3.01 0.0001 a
      | P 0.8960    20.0 164.0  2.37 0.0016 a
      | L 2.0275    20.0 146.0  3.70 0.0000 a
      | R 1.7068     5.0  41.0  14.00 0.0000 u
-----+-----
Residual |          42
-----+-----
f1_wage | W 0.4633    2  10.0  76.0  3.57 0.0007 e
      | P 0.6024    10.0  78.0  3.36 0.0011 a
      | L 1.0169    10.0  74.0  3.76 0.0004 a
      | R 0.8502     5.0  39.0  6.63 0.0001 u
-----+-----
f2_coeff | W 0.3417    2  10.0  76.0  5.40 0.0000 e
      | P 0.7273    10.0  78.0  4.46 0.0001 a
      | L 1.7249    10.0  74.0  6.38 0.0000 a
      | R 1.5986     5.0  39.0  12.47 0.0000 u
-----+-----
Residual |          42
-----+-----

```

Total | 46

e = exact, a = approximate, u = upper bound on F

- **Многофакторный анализ влияния группы финансовых показателей поликлиники на группу показателей, характеризующих эффективность использования рабочего времени врачами в периоде 13**

```
. manova p10 p13 p14 p15 p16 = f13_wage f13_coeff  
Number of obs = 47  
W = Wilks' lambda L = Lawley-Hotelling trace  
P = Pillai's trace R = Roy's largest root
```

```
Source | Statistic df F(df1, df2) = F Prob>F
```

```
-----+-----  
Model | W 0.3255 6 30.0 146.0 1.58 0.0408 a  
| P 0.9202 30.0 200.0 1.50 0.0535 a  
| L 1.4030 30.0 172.0 1.61 0.0319 a  
| R 0.7792 6.0 40.0 5.19 0.0005 u  
-----+-----  
Residual | 40  
-----+-----  
f13_wage | W 0.5030 3 15.0 99.8 1.88 0.0340 a  
| P 0.5588 15.0 114.0 1.74 0.0527 a  
| L 0.8679 15.0 104.0 2.01 0.0214 a  
| R 0.7073 5.0 38.0 5.38 0.0008 u  
-----+-----  
f13_coeff | W 0.5644 3 15.0 99.8 1.53 0.1083 a  
| P 0.4958 15.0 114.0 1.50 0.1149 a  
| L 0.6664 15.0 104.0 1.54 0.1045 a  
| R 0.4332 5.0 38.0 3.29 0.0144 u  
-----+-----  
Residual | 40  
-----+-----  
Total | 46  
-----
```

e = exact, a = approximate, u = upper bound on F

Приложение 10. Результаты проверки гипотезы H4

Многофакторный анализ влияния дополнительного управленческого образования на группу показателей удовлетворенности пациентов в периодах 1 и 13

. manova p1_1 p2_1 p3_1 = manag1

Number of obs = 47

W = Wilks' lambda L = Lawley-Hotelling trace

P = Pillai's trace R = Roy's largest root

Source	Statistic	df	F(df1, df2)	F	Prob>F
manag1	W 0.8357	1	3.0 43.0	2.82	0.0502 e
	P 0.1643	3.0	43.0	2.82	0.0502 e
	L 0.1967	3.0	43.0	2.82	0.0502 e
	R 0.1967	3.0	43.0	2.82	0.0502 e
Residual		45			
Total		46			

e = exact, a = approximate, u = upper bound on F

. manova p1 p2 p3 = manag13

Number of obs = 47

W = Wilks' lambda L = Lawley-Hotelling trace

P = Pillai's trace R = Roy's largest root

Source	Statistic	df	F(df1, df2)	F	Prob>F
manag13	W 0.8687	1	3.0 43.0	2.17	0.1059 e
	P 0.1313	3.0	43.0	2.17	0.1059 e
	L 0.1511	3.0	43.0	2.17	0.1059 e
	R 0.1511	3.0	43.0	2.17	0.1059 e
Residual		45			
Total		46			

e = exact, a = approximate, u = upper bound on F

Многофакторный анализ влияния группы показателей, характеризующих квалификацию главного врача, на группу показателей, характеризующих возможность записаться к врачу в периоде 13

. manova p8 manag13

Number of obs = 47 R-squared = 0.1116
 Root MSE = .057402 Adj R-squared = 0.0919

Source	Partial SS	df	MS	F	Prob > F
Model	.018634924	1	.018634924	5.66	0.0217
manag13	.018634924	1	.018634924	5.66	0.0217
Residual	.148275718	45	.003295016		
Total	.166910642	46	.003628492		

Многофакторный анализ влияния группы показателей, характеризующих квалификацию главного врача, на группу показателей, характеризующих время ожидания приема в периоде 13

. manova p5 p7 p9 p11 p12 = phd13

Number of obs = 47

W = Wilks' lambda L = Lawley-Hotelling trace

P = Pillai's trace R = Roy's largest root

Source | Statistic df F(df1, df2) = F Prob>F

phd13	W 0.7175	1	5.0	41.0	3.23	0.0151 e
	P 0.2825	5.0	41.0	3.23	0.0151 e	
	L 0.3936	5.0	41.0	3.23	0.0151 e	
	R 0.3936	5.0	41.0	3.23	0.0151 e	
Residual		45				
Total		46				

e = exact, a = approximate, u = upper bound on F

. manova p5_1 p7_1 p9_1 p11_1 p12_1 = manag1

Number of obs = 47

W = Wilks' lambda L = Lawley-Hotelling trace

P = Pillai's trace R = Roy's largest root

Source | Statistic df F(df1, df2) = F Prob>F

manag1	W 0.7630	1	5.0	41.0	2.55	0.0427 e
	P 0.2370	5.0	41.0	2.55	0.0427 e	
	L 0.3105	5.0	41.0	2.55	0.0427 e	
	R 0.3105	5.0	41.0	2.55	0.0427 e	

Residual	45
-----+	
Total	46

e = exact, a = approximate, u = upper bound on F

Приложение 11. Результаты проверки гипотезы H5

Результаты оценки моделей множественной регрессии, в которых в качестве регрессоров выступают элементы группы показателей, характеризующих возможность записаться к врачу

	Период	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
П1	R2	0,01	0,1	0,015	0,03	0,02	0,07	0,07	0,06	0,03	0,06	0,04	0,03	0,07
	Prob(F-stat)	0,92	0,19	0,88	0,68	0,86	0,36	0,37	0,46	0,68	0,46	0,75	0,36	0,82
	Число значимых регрессоров	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
П2	R2	0,08	0,05	0,03	0,04	0,04	0,06	0,05	0,05	0,03	0,04	0,06	0,04	0,07
	Prob(F-stat)	0,28	0,51	0,7	0,61	0,59	0,4	0,56	0,56	0,73	0,64	0,48	0,58	0,35
	Число значимых регрессоров	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
П3	R2	0,13	0,07	0,01	0,04	0,07	0,01	0,12	0,06	0,05	0,12	0,01	0,03	0,07
	Prob(F-stat)	0,11	0,37	0,93	0,6	0,34	0,9	0,14	0,45	0,54	0,14	0,95	0,67	0,4
	Число значимых регрессоров	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Результаты оценки моделей множественной регрессии, в которых в качестве регрессоров выступают элементы группы показателей, характеризующих время ожидания приема

П1	R2	0,08	0,08	0,19	0,15	0,04	0,01	0,07	0,07	0,23	0,27	0,04	0,15	0,25
	Prob(F-stat)	0,62	0,59	0,1	0,21	0,85	0,99	0,66	0,72	0,05	0,02	0,87	0,21	0,03
	Число значимых регрессоров	0	0	2	1	0	0	0	0	2	2	0	1	2
П2	R2	0,2	0,05	0,19	0,02	0,09	0,14	0,11	0,17	0,27	0,22	0,12	0,06	0,14

	Prob(F-stat)	0,1	0,8 2	0,1 2	0,96	0,52	0,2 7	0,4	0,1 6	0,0 1	0,0 5	0,34	0,75	0,2 7
	Число значимых регрессоров	2	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0
ПЗ	R2	0,08	0,0 3	0,1 1	0,13	0,11	0,0 6	0,2 4	0,1 2	0,1 1	0,1	0,15	0,21	0,0 4
	Prob(F-stat)	0,64	0,9 3	0,4 1	0,3	0,39	0,7 2	0,0 6	0,3 4	0,4 3	0,4 5	0,22	0,08	0,8 6
	Число значимых регрессоров	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	2	0

Результаты оценки моделей множественной регрессии, в которых в качестве регрессоров выступают элементы группы показателей, характеризующих эффективность использования рабочего времени врачами

	Период	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
П1	R2	0,2 9	0,07	0,19	0,0 9	0,2 2	0,04	0,2	0,08	0,1	0,18	0,08	0,1 1	0,0 9
	Prob(F-stat)	0,0 1	0,69	0,12	0,5 5	0,0 7	0,86	0,0 9	0,58	0,4 6	0,13	0,59	0,0 4	0,5 4
	Число значимых регрессоров	0	0	1	0	1	0	1	0	0	2	2	0	0
П2	R2	0,2 7	0,19	0,12	0,0 2	0,2 4	0,04	0,2 5	0,03	0,0 6	0,17	0,24	0,1	0,2 7
	Prob(F-stat)	0,0 2	0,1	0,39	0,9 8	0,0 4	0,88	0,0 3	0,93	0,7 7	0,15	0,04	0,4 7	0,0 2
	Число значимых регрессоров	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	3	0	1
ПЗ	R2	0,2 2	0,14	0,06	0,0 3	0,0 4	0,12	0,1 4	0,19	0,1 2	0,03	0,08	0,0 9	0,0 7
	Prob(F-stat)	0,0 6	0,29	0,77	0,9 2	0,9	0,35	0,2 6	0,1	0,3 9	0,95	0,64	0,5 6	0,6 6
	Число значимых регрессоров	2	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0

Приложение 12. Результаты проверки гипотезы Н6

Многофакторный анализ влияния местоположения поликлиники на группу показателей, характеризующих возможность записаться к врачу в периоде 13

. manova p4 p6 p8 = region13

Number of obs = 47

W = Wilks' lambda L = Lawley-Hotelling trace

P = Pillai's trace R = Roy's largest root

Source	Statistic	df	F(df1, df2)	F	Prob>F
region13	W 0.3580	8	24.0 105.0	1.86	0.0171 a
	P 0.8119	24.0	114.0	1.76	0.0254 a
	L 1.3468	24.0	104.0	1.95	0.0115 a
	R 0.9303	8.0	38.0	4.42	0.0008 u
Residual		38			
Total		46			

e = exact, a = approximate, u = upper bound on F

Многофакторный анализ влияния местоположения поликлиники на группу показателей, характеризующих время ожидания приема в периоде 1

. manova p5_1 p7_1 p9_1 p11_1 p12_1 = region1

Number of obs = 47

W = Wilks' lambda L = Lawley-Hotelling trace

P = Pillai's trace R = Roy's largest root

Source	Statistic	df	F(df1, df2)	F	Prob>F
region1	W 0.2517	8	40.0 151.0	1.41	0.0748 a
	P 1.1348	40.0	190.0	1.39	0.0735 a
	L 1.7188	40.0	162.0	1.39	0.0786 a
	R 0.8190	8.0	38.0	3.89	0.0020 u
Residual		38			
Total		46			

e = exact, a = approximate, u = upper bound on F

Приложение 13. Результаты проверки гипотезы H7

Многофакторный анализ влияния группы показателей, характеризующих квалификацию главного врача (с ограничивающим показателем «местоположение поликлиники») на группу показателей, характеризующих возможность записаться к врачу

```
manova p4 p6 p8 = manag13 if region13==1
      Number of obs =      6
      W = Wilks' lambda    L = Lawley-Hotelling trace
      P = Pillai's trace   R = Roy's largest root
```

Source	Statistic	df	F(df1, df2)	F	Prob>F
manag13	W 0.3964	1	3.0	2.0	1.02 0.5310 e
	P 0.6036	3.0	2.0	1.02 0.5310 e	
	L 1.5228	3.0	2.0	1.02 0.5310 e	
	R 1.5228	3.0	2.0	1.02 0.5310 e	
Residual		4			
Total		5			

e = exact, a = approximate, u = upper bound on F

```
manova p4 p6 p8 = manag13 if region13==6
```

```
      Number of obs =      6
      W = Wilks' lambda    L = Lawley-Hotelling trace
      P = Pillai's trace   R = Roy's largest root
```

Source	Statistic	df	F(df1, df2)	F	Prob>F
manag13	W 0.0574	1	3.0	2.0	10.96 0.0848 e
	P 0.9426	3.0	2.0	10.96 0.0848 e	
	L 16.4330	3.0	2.0	10.96 0.0848 e	
	R 16.4330	3.0	2.0	10.96 0.0848 e	
Residual		4			
Total		5			

e = exact, a = approximate, u = upper bound on F

```
. summarize p4 p6 p8 if (region13/manag13==6)
```

Приложение 14. Гайд структурированных глубинных интервью с руководителями государственных и частных амбулаторно-поликлинических организаций, проведенных в рамках качественного маркетингового исследования

Часть 1. Подготовка управленческих кадров в рамках системы высшего медицинского образования

Сколько лет Вы работаете на должности главного?

На момент Вашего назначения на должность главного врача, имели ли Вы сертификат организатора здравоохранения?

Как Вы получили специальность организатора здравоохранения (обучение в ординатуре / курс профессиональной переподготовки)?

_____ Как Вы оцениваете указанный Вами вариант обучения с точки зрения получения управленческих знаний?

_____ Других знаний (правовые / экономические / статистические / пр.)?

В каком году в последний раз Вы проходили повышение квалификации по организации здравоохранения?

_____ Как Вы

оцениваете прослушанный курс повышения квалификации? Был ли он полезен? Получили ли Вы новые знания? Какие возникли проблемы?

Назовите основные модули обучения или темы (в ходе любого вида обучения), которые Вы считаете наиболее практикоориентированными и полезными в целях управления медицинской организацией?

Было ли обучение по следующим темам? (для каждой темы отметьте «да» / «нет»):

- менеджмент организации _____

- оценка экономической эффективности деятельности _____
- маркетинг медицинских услуг _____
- стратегическое управление _____
- мотивация и управление персоналом _____

Считаете ли Вы систему повышения квалификации 1 раз в 5 лет необходимой? Видите ли Вы в этом пользу, смысл?

На Ваш взгляд, система высшего медицинского образования в целом способна готовить качественных медицинских управленцев, или навыки управленческой деятельности Вы приобретали непосредственно в ходе работы методом проб и ошибок?

Получали ли Вы дополнительное высшее образование (экономическое / юридическое / пр.)?

Есть ли у вас ученая степень?

Часть 2. Уровень клиентоориентированности медицинской организации

Что Вы понимаете под клиентоориентированностью (пациентоориентированностью) медицинской организации?

Считаете ли Вы, что современная медицинская организация должна быть клиентоориентированной?

Считаете ли Вы клиентоориентированность конкурентным преимуществом медицинской организации?

Считаете ли Вы свою медицинскую организацию клиентоориентированной? Почему?

Какие действия Вы предпринимаете для повышения клиентоориентированности вашей медицинской организации? (регулярные тренинги для персонала по общению с пациентами / повышенные сервис и качество оказания платных медицинских услуг / интерактивное взаимодействие с пациентами / пр.)

Отслеживаете ли Вы жалобы, поступившие от пациентов? (есть каналы обратной связи для пациентов / ведется рассмотрение жалоб на предмет объективности / ведется аналитика причин жалоб / пр.)

Какие действия Вы предпринимаете по итогу рассмотрения жалоб?

Какие, на Ваш взгляд, существуют препятствия к повышению уровню клиентоориентированности в государственном здравоохранении?

Зарегистрированы ли Вы в какой-либо профессиональной социальной сети для врачей? (Доктор на работе / Врачи России / пр.)

Как Вы используете подобные социальные сети в профессиональных целях?

Знаете ли Вы, какая доля Ваших сотрудников зарегистрирована в профессиональных социальных сетях для врачей?

Поощряете ли Вы подобные действия Ваших сотрудников?