

МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
имени М.В. ЛОМОНОСОВА

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)

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата экономических наук

Москва - 2018

Работа выполнена на кафедре маркетинга экономического факультета
Московского государственного университета имени М.В. Ломоносова

Научный руководитель	ШЕРЕШЕВА Марина Юрьевна доктор экономических наук, доцент
Официальные оппоненты	ЮЛДАШЕВА Оксана Урняковна доктор экономических наук, профессор, ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный экономический университет», факультет бизнеса, таможенного дела и экономической безопасности, заведующая кафедрой маркетинга РЕБЯЗИНА Вера Александровна кандидат экономических наук, доцент ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», факультет бизнеса и менеджмента, кафедра стратегического маркетинга ПИРОГОВ Михаил Васильевич доктор экономических наук, профессор, ГБОУ ВО Московской области «Технологический университет», информационно-технологический факультет, кафедра информационных технологий и управляющих систем

Защита диссертации состоится «15» ноября 2018 г. в 12 часов на заседании диссертационного совета МГУ.08.04 Московского государственного университета имени М.В. Ломоносова по адресу: 119991, Москва, Ленинские горы 1, стр. 46, Экономический факультет, ауд. 257.

Е-mail: mgu.08.04@econ.msu.ru

С диссертацией можно ознакомиться в отделе диссертаций научной библиотеки МГУ имени М.В. Ломоносова (Ломоносовский просп., д.27) и на сайте ИАС «ИСТИНА»:
<https://istina.msu.ru/dissertations/143667999/>

Автореферат разослан «15» октября 2018 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета
К.Э.Н., доцент

Попова В.Г.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

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 маркетинга 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. Викс, 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. Мультерна, Д. Хенселя, 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 ставятся и решаются 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 состоит из введения, трех глав, заключения, списка литературы и приложений. Логика, цели и задачи исследования предопределили следующую структуру диссертации:

ВВЕДЕНИЕ

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

1.1. Внешний маркетинг в здравоохранении

1.2. Внутренний маркетинг в здравоохранении

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

Выводы по главе 1

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

2.1. Современные социально-экономические условия функционирования российского здравоохранения

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

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

Выводы по главе 2

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

3.1. Характеристика программы «Московский стандарт поликлиники»

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

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

Выводы по главе 3

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

ПРИЛОЖЕНИЯ

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ДИССЕРТАЦИИ, ВЫНОСИМЫЕ НА ЗАЩИТУ

1. Разработана и теоретически обоснована *модель* спирали становления и развития маркетинга отношений в здравоохранении как симбиоза форм внешнего и внутреннего маркетинга

Предложенная модель разработана на основе проведенного автором систематизированного обзора научной литературы по направлениям исследований, выбранных для реализации цели диссертационной работы: внешний маркетинг, внутренний маркетинг, маркетинг отношений в здравоохранении.

В рамках исследования концепции внешнего маркетинга:

- Выделены этапы внедрения в медицинскую сферу маркетинговых инструментов за период 1950-2010-е гг., которые присущи как B2C рынку (взаимоотношения «врач-пациент»), так и B2B рынку (взаимоотношения «медицинская организация – страховая медицинская компания»);
- Выделены 5 подходов к пониманию клиентоориентированности организации: подход принятия решений [Kohli, Jaworski, 1990; Shapiro, 1988], подход создания ценности [Narver, Slater, 1990], процессный подход [Deshpandé, 1999], поведенческий подход [Hennig-Thurau, 2004], стратегический подход [Ламбен, 2007];
- Выделены 2 группы исследований воспринимаемой ценности в теории маркетинга услуг: группа одномерных исследований, понимающих ценность как соотношение затрат потребителя и его выгод [Bolton, Drew, 1991; Cronin, Brady, 2000; Gutman, 1982; Monroe, Krishnan, 1985; Zeithaml, 1988], и группа многомерных исследований, трактующих ценность с использованием микроэкономических и маркетинговых теорий поведения потребителя [Babin, 1994; Hartman, 1967; Holbrook, 1999; Mattsson, 1992; Parasuraman, 1997; Sheth et al., 1991; Sweeney, Soutar, 2001; Woodruff, Gardial, 1996].

В рамках исследования концепции внутреннего маркетинга:

- 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 [Ahmed, Rafiq, 2002; Ahmed, Rafiq, 2003; Ballantyne, 2009; Berry, Parasuraman, 1991; Brooks et al., 1999; Gronroos, 1994; Lings, 2005; Lings, 2009; Schultz, 2004];
- Выделены 4 этапа в развитии понятия «управленческих компетенций», которые привели к включению компетенций в качестве структурных элементов в

человеческий потенциал [Кудрявцева, 2013; Пантелеева, Латышова, 2009; Boyatzis, 1982; De Beeck, Hondeghem, 2009; Furnham, 2003].

В рамках исследования концепции маркетинга отношений обоснованы особенности потребительского выбора на рынке медицинских услуг, такие как «отрицательность» услуг здравоохранения, неоднородность качества услуг и асимметрия информации между врачом и пациентом [Arrow, 1963; Hargraves, 2000; Kao et al., 1988; Thom, Campbell, 1997]. Кроме того, обоснован фактор выбора пациента, связанный с приоритетом персонального бренда врача перед организационным брендом

Совмещение эволюционных этапов всех указанных концепций и составление хронологической матрицы позволило выстроить историческую спираль становления и развития маркетинга отношений в здравоохранении как симбиоза форм внутреннего и внешнего маркетинга (рис. 1).



Рисунок 1 - Модель спирали становления и развития маркетинга отношений в здравоохранении как симбиоза форм внешнего и внутреннего маркетинга

Источник: составлено автором

Основная логика развития спирали затрагивает 10 элементов матрицы и выглядит следующим образом:

1→2: В 1970-х гг. в общей теории маркетинга появляется направление внутреннего маркетинга, отражающее необходимость развития и обучения персонала организации, повышении уровня удовлетворенности сотрудников и т.д. В медицинской отрасли в этот период начинается внедрение программ лояльности для персонала.

2→3: В 1980-х гг. акцент в медицинской отрасли перемещается на пациентов, создающих спрос на медицинские услуги. Пациент начинает восприниматься медицинской

организацией как клиент, маркетинговые усилия направляются на привлечение максимального потока пациентов.

3→4: В связи с необходимостью выстраивания взаимоотношений с пациентами в условиях однородности медицинских услуги и идентичности их предоставления в разных медицинских организациях зарождается концепция маркетинга отношений на базе принципов клиентоориентированности.

4→5: В сферу управленческой деятельности входит понятие компетенций как специфического ресурса сотрудников, создающего конкурентные преимущества, а также понятие управленческих компетенций, необходимых для эффективного руководства организацией.

5→6: С 1990-х гг. развитие компетенций становится важнейшей целью системы высшего профессионального образования, в том числе управленческого.

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: 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.

2. Разработан авторский подход к представлению медицинской услуги как интегрированной многоуровневой модели целостного продукта в маркетинге отношений

В рамках комплексной интерпретации медицинской услуги разработана интегрированная многоуровневая модель медицинской услуги как товара-объекта в маркетинге отношений на основе концепции целостного продукта (Total Product Concept) (рис. 2).

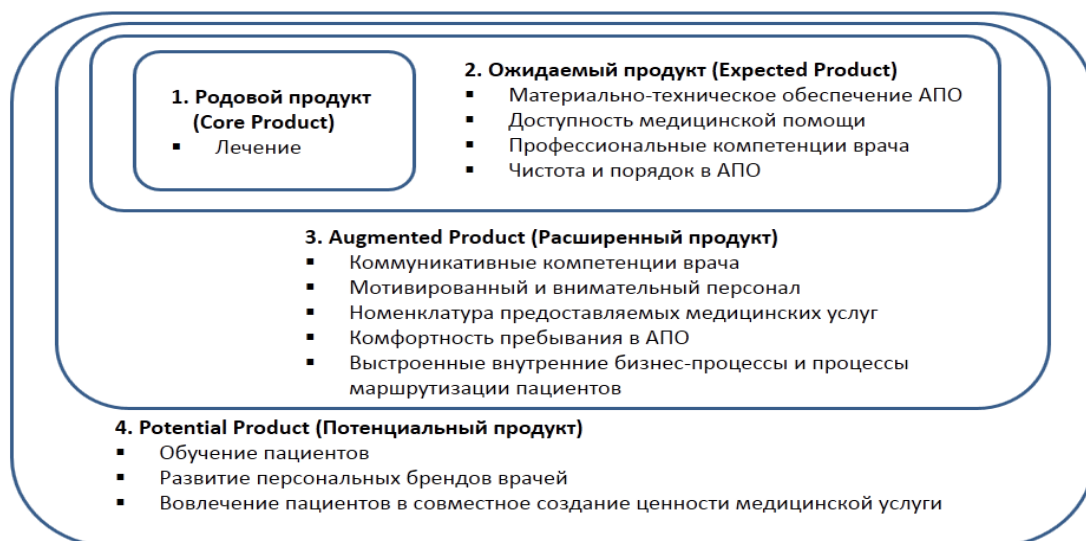


Рисунок 2 - Интегрированная многоуровневая модель медицинской услуги как товара-объекта в маркетинге отношений

Источник: составлено автором

Итак, исходя из модели целостного продукта [Levitt, 1980], комплексность медицинской услуги можно представить в виде интеграции четырех уровней, каждый из которых характеризуется определенным набором элементов:

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 лечение, оказываемое пациенту, - как законченные (полное выздоровление), так и незаконченные случаи лечения.

2) Уровень «Ожидаемый продукт»

Данный уровень характеризуется набором свойств и условий, которые потребитель ожидает получить при покупке. Для медицинской услуги к нему отнесено минимальное материально-техническое обеспечение АПО, санитарно-гигиенические условия.

Свойство доступности является еще одним элементом ожидаемого уровня продукта, так как при наличии системы обязательного медицинского страхования пациент ожидает получить доступную (доступность необходимых специалистов в минимальные сроки) медицинскую помощь. Также в ожидаемый уровень продукта включены профессиональные компетенции врача, характеризующиеся его знаниями, умениями и опытом в своей области;

3) Уровень «Расширенный продукт»

Уровень расширенного продукта включает характеристики, которые превышают ожидания клиента. Для медицинской услуги к данному уровню отнесены, в первую

очередь, коммуникативные компетенции врача, которые формируют важный элемент маркетинга отношений, определяют степень доверия между врачом и пациентом.

Базовая характеристика ожидаемого уровня медицинской услуги - чистота и порядок - на расширенном уровне дополняется характеристиками комфортности пребывания в медицинской организации. Также, большое значение имеет параметр номенклатуры оказываемых медицинских услуг - возможность оказания медицинской помощи различными узконаправленными специалистами и проведение специфичных клинико-диагностических мероприятий.

Важной характеристикой расширенного уровня продукта является внимательный и мотивированный к качественному оказанию медицинской услуги персонал (в том числе вспомогательный) медицинской организации (помимо врача, непосредственно оказывающего медицинскую услугу). Большую роль в данной характеристике играет параметр удовлетворенности персонала своей работой и разделения декларируемых ценностей организации как бренда.

Еще одной ключевой характеристикой расширенного уровня, 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 оптимальным образом вовлекать имеющиеся ресурсы организации (человеческие, временные, материально-технические и др.) для минимизации уровня потенциальных ошибок, а также возможных помех в реализации процессов.

4) *Уровень «Потенциальный продукт»*

Уровень потенциального продукта включает дополнения и трансформации существующего товара, отражающие потенциальные направления усовершенствования товара. Для медицинских услуг в качестве таковых были выделены обучение пациентов, развитие персональных брендов врачей и вовлечение пациентов в совместное создание ценности медицинской услуги.

Предложенные элементы ожидаемого и расширенного уровня продукта обоснованы, в том числе, в рамках анализа особенностей социально-экономического функционирования отрасли здравоохранения в России. Количественные характеристики элементов модели являются статистической базой проведенного в рамках диссертационной работы эмпирического исследования.

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

Центральным звеном маркетинга отношений является построение цепочки создания ценности для клиента, которая формирует воспринимаемую ценность товара или услуги (для целей данной работы – воспринимаемую пациентом ценность медицинской услуги). В рамках диссертационного исследования выдвинута, теоретически обоснована и логически раскрыта концептуальная модель цепочки создания ценности медицинской услуги, оказываемой государственными АПО (рис. 3). В качестве компонент системно-логической модели приняты следующие: пациенты (П), медицинский персонал организация здравоохранения (П), государственные АПО (О), страховые медицинские компании (С), плательщики, формирующие фонд обязательного медицинского страхования (Пл), фармацевтическая индустрия (Ф), государственные контрольно-надзорные органы в сфере здравоохранения (К).

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

Цепочка создания ценности медицинской услуги состоит как из системы формирования ценности, так и пациента как итогового объекта формирования воспринимаемой ценности.

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

- 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.

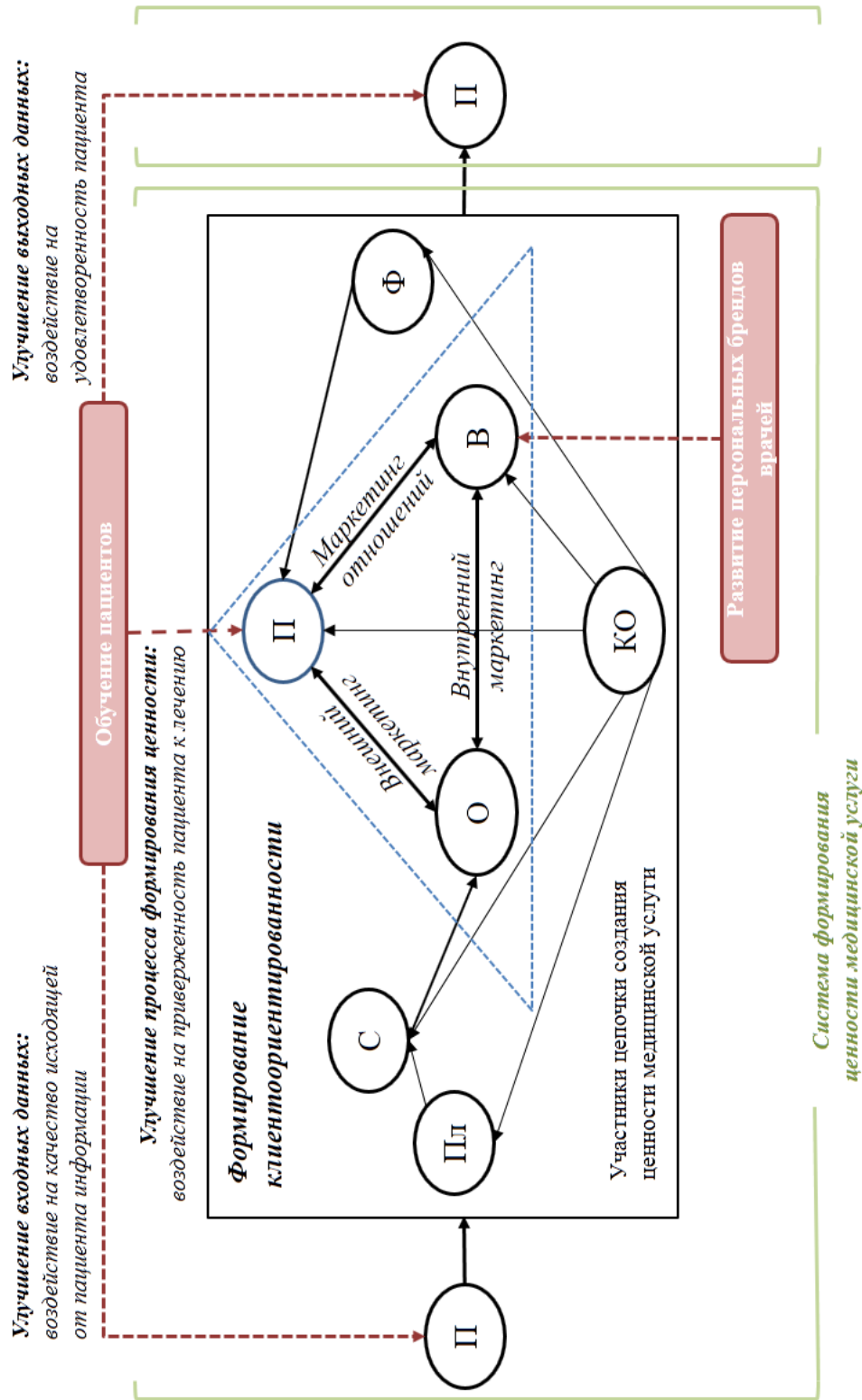


Рисунок 3 - Концептуальная системно-логическая модель цепочки создания ценности медицинской услуги, оказываемой

государственными АПО

Источник: составлено автором

Процесс создания ценности медицинской услуги сопровождается формированием клиентоориентированности, которая транслируется на всю цепочку, что отражает ключевой принцип маркетинга отношений. Другие компоненты системы формирования ценности медицинской услуги взаимодействуют друг с другом как в двустороннем, так и в одностороннем порядке. В свою очередь, деятельность всех агентов индустрии здоровья регулируется государственными контрольными органами в здравоохранении.

Конечным этапом цепочки является послелечебное состояние здоровья пациента. У пациента формируется воспринимаемая ценность услуги, которая может быть оценена посредством уровня его удовлетворенности, что положено в основу эмпирического исследования факторов, воздействующих на создание ценности государственных АПО, проведенного в рамках диссертационной работы. В случае эффективной работы цепочки воспринимаемая пациентом ценность должна совпадать с ценностью, созданной в процессе работы цепочки. Тем не менее, на нее воздействуют другие внешние факторы, снижающие ценность медицинской услуги, такие как ложные ожидания пациента и недостаточный уровень доверия к врачу.

Для повышения эффективности цепочки создания ценности медицинской услуги предложены два перспективных направления вовлечения пациентов в совместное создание ценности медицинской услуги.

1. Обучение пациентов

На каждом этапе цепочки создания ценности обучение пациентов имеет разное назначение и результат:

- *На уровне входных данных* - для повышения качества исходящей от пациента информации, так как комплексный процесс диагностирования и лечения построен на корректном описании симптомов пациентом;
- *На уровне процесса создания ценности* - для повышения приверженности пациента лечению, что обеспечит достижение результата лечения;
- *На уровне выходных данных* - для повышения удовлетворенности пациента как потребителя медицинской услуги посредством развенчивания ложных ожиданий пациента, проистекающих из ошибочного представления о методах лечения.

Обучение пациентов способствует переходу от патерналистской модели оказания медицинской услуги к оказанию медицинской услуги с разделением ответственности между врачом и пациентом и активному вовлечению пациента в совместное создание ценности медицинской услуги.

Ключевые факторы, направления и формы обучения пациентов в условиях российского здравоохранения представлены на рис. 4.

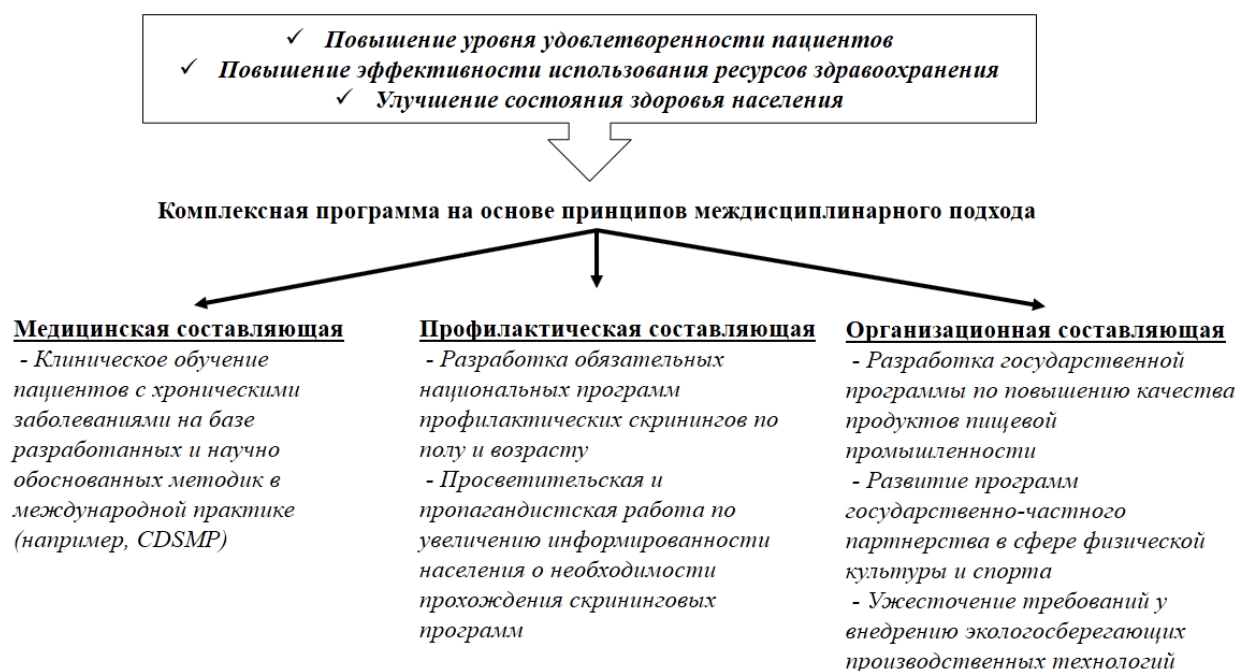


Рисунок 4 - Факторы, направления и формы обучения пациентов в условиях российского здравоохранения

Источник: составлено автором

2. Развитие персональных брендов врачей

В рыночных условиях медицинский персонал становится ключевым конкурентным преимуществом медицинской организации, способным существенно усилить организационный бренд. В связи с этим актуальным становится формирование и развитие персональных брендов врачей, в том числе в сети Интернет. Проведенный анализ профессиональных социальных сетей для медицинских специалистов¹ показал, что существующие сети охватывают около половины всех зарегистрированных в России врачей, однако врачи лишь частично используют их потенциальные возможности, такие как:

- *Образовательный фактор:* возможность получения научных статей по интересующей тематике, новостей медицины, анонсов конференций и пр.;
- *Профессиональное общение и обмен опытом:* обсуждение клинических случаев с более опытными коллегами, рост авторитета среди профессионалов своей специальности, возможность получить ответ на интересующий вопрос;
- *Интернет площадка квалифицированного рынка труда медицинских специалистов:* повышение профессионального рейтинга и авторитета способно выгодно выделить медицинского специалиста для работодателя.

¹ doktornarabote.ru, vrachirf.ru, vrachivmeste.ru, evrika.ru, stomarticle.ru

Формирование и развитие персональных брендов врачей будет способствовать повышению эффективности здравоохранения посредством снижения напряженности на рынке труда, повышения рациональности расходования средств с использованием принципов доказательной медицины, усиления конкурентных преимуществ медицинской организации.

4. На основе метода многомерного факторного анализа эмпирически обосновано влияние факторов на создание ценности государственных амбулаторно-поликлинических организаций, выявлено влияние образования управленческих кадров государственных амбулаторно-поликлинических организаций на уровень клиентоориентированности

Для выявления факторов, воздействующих на создание ценности медицинской организации, было проведено количественное маркетинговое исследование на основе метода многомерного факторного анализа MANOVA с использованием *статистических данных по 47 государственным АПО г. Москвы* за период с апреля 2016 г. по февраль 2017 г. (13 отчетных периодов). Нормативной основой исследования стала методология мониторинга эффективности программы «Московский стандарт поликлиники». Базовые законодательно установленные показатели мониторинга программы были дополнены шестью показателями, которые, на наш взгляд, могли бы оказывать влияние на уровень удовлетворенности пациентов, но отсутствовали среди показателей мониторинга. Таким образом, за анализируемые 13 отчетных периодов по каждой из 47 медицинских организаций было собрано 22 показателя, представленных в таблицах 1 и 2.

Таблица 1 - Эмпирическая база количественного маркетингового исследования государственных АПО г. Москвы

Количество показателей	Описание	Источник данных	Агрегированные группы показателей
16 показателей	Показатели удовлетворенности и объективные показатели доступности медицинской помощи	Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы №293 от 06.04.2016 г Единая медико-информационная аналитическая система Департамента здравоохранения г. Москвы (ЕМИАС)	- Группа показателей удовлетворенности (П1, П2, П3) - Группа показателей, характеризующих возможность записаться к врачу (П4, П6, П8) - Группа показателей, характеризующих время ожидания приема (П5, П7, П9, П11) - Группа показателей, характеризующих эффективность использования

			рабочего времени врачами (П10, П12-П16)
5 показателей	Финансовые показатели и квалификационные показатели управленческих кадров	Планово-финансовые отделы и отделы кадров АПО г. Москвы	- Группа финансовых показателей (П17, П18) - Группа показателей квалификации главного врача (П20-П22)
1 показатель	Показатель местоположения АПО	Официальные сайты АПО г. Москвы	Показатель административного округа поликлиники (П19)

Источник: составлено автором

Таблица 2 – Полный перечень показателей количественного маркетингового исследования государственных АПО г. Москвы

Код	Описание
I. Показатели из Приказа ДЗМ №293 от 06.04.2016 г. «Московский стандарт поликлиники»	
П1	Доля негативных отзывов пациентов на вопрос об удовлетворенности результатами приема врача
П2	Доля негативных отзывов пациентов на вопрос об удовлетворенности качеством работы и отношением других сотрудников поликлиники
П3	Доля негативных отзывов пациентов на вопрос об удовлетворенности чистотой и порядком в поликлинике
П4	Доля пациентов, которые смогли записаться на прием лишь на четвертый день от даты обращения и позднее
П5	Доля пациентов, ожидавших начало приема по предварительной записи более 20 минут
П6	Доля пациентов, которые смогли записаться на прием лишь на четвертый день от даты обращения и позднее
П7	Доля пациентов, ожидавших начало приема по предварительной записи более 20 минут
П8	Доля пациентов, которые смогли записаться на прием лишь на восьмой день от даты обращения и позднее
П9	Доля пациентов, ожидавших начало приема по предварительной записи более 20 минут
П10	Доля времени дежурных врачей, проведенного с пациентами на приеме, к общему времени работы дежурных врачей на приеме
П11	Доля пациентов, ожидавших начало приема более установленного порога ожидания
П12	Доля пациентов, ушедших с приема без направлений
П13	Доля рабочего времени врачей-терапевтов, проведенного на приеме с пациентами
П14	Доля рабочего времени специалистов 1-го уровня, проведенного на приеме с пациентами
П15	Доля рабочего времени специалистов 2-го уровня, проведенного на приеме с пациентами
П16	Соотношение фактической длины приема и шага сетки приемов в ЕМИАС
II. Показатели, предложенные для дополнения исследования	
П17	Средняя заработная плата медицинских работников в поликлинике, тыс. руб.
П18	Коэффициент финансовой обеспеченности (соотношение остатков денежных средств на счетах к среднемесячным расходам), месяцы
П19	Месторасположение амбулаторно-поликлинического центра в г. Москва, административный округ

П20	Наличие высшей квалификационной категории у главного врача амбулаторно-поликлинического центра в г. Москва
П21	Наличие ученой степени кандидата наук у главного врача амбулаторно-поликлинического центра в г. Москва
П22	Наличие дополнительного управленческого образования у главного врача амбулаторно-поликлинического центра в г. Москва

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.

В рамках исследования были сформулированы 7 исследовательских гипотез о взаимовлиянии факторов удовлетворенности и объективных показателей доступности медицинской помощи, которые были проверены методами корреляционного и многомерного факторного анализа MANOVA.

В результате были получены следующие статистически значимые результаты.

Влияние финансовых показателей АПО

Многомерный факторный анализ влияния группы финансовых показателей поликлиники на группу показателей удовлетворенности пациентов показал, что на уровне значимости 10% подтверждается влияние коэффициента финансовой обеспеченности (в периоде 1, Р-значение составляет 0,087) и средней заработной платы (в периоде 13, Р-значение составляет 0,1) на показатель ПЗ «удовлетворенность пациентов чистотой и порядком».

Также анализ однозначно показывает сильную отрицательную зависимость группы показателей, характеризующих возможность записаться к врачу, от финансовых показателей поликлиники. Р-значение достигает 0,075 в периоде 1 и 0,042 в периоде 13, модель статистически значима на 10% уровне значимости. Это объясняется тем, что у пациентов появилась возможность выбирать медицинскую организацию и конкретного врача, в связи с чем в лучшие поликлиники идет бóльшая доля пациентов, в худшие – меньшая, что снижает доступность медицинской помощи в наилучших по мнению пациентов АПО.

Группа финансовых показателей поликлиники оказывает сильное влияние на группу показателей, характеризующих эффективность использования рабочего времени врачами, при этом коэффициент финансовой обеспеченности влияет на эффективность использования рабочего времени врачами сильнее, чем средняя заработная плата (в периоде 1 Р-значение не превышает 0,0016, в периоде 13 – 0,0535).

Сводные результаты проверки гипотезы приведены в таблице 3.

Таблица 3 – Сводные результаты проверки гипотезы о влиянии финансовых показателей

Показатели	Факторы	Р-значение MANOVA	Период
Удовлетворенность пациентов чистотой и порядком)	Коэффициент финансовой обеспеченности	0,087	1
	Средняя заработная плата	0,1	13
Группа показателей, характеризующих возможность записаться к врачу	Средняя заработная плата, коэффициент финансовой обеспеченности	0,075	1
		0,042	13
Группа показателей, характеризующих эффективность использования рабочего времени врачами	Средняя заработная плата, коэффициент финансовой обеспеченности	0,0016	1
		0,0535	13

Источник: составлено автором на основе итогов эмпирического исследования

Влияние показателей квалификации главного врача АПО

Статистически обосновано, что наличие дополнительного управленческого образования у главного врача увеличивает показатели удовлетворенности пациентов, причем эта зависимость в периоде 1 сильнее, чем в периоде 13, а показатели квалификации, характеризующие медицинское образование главного врача, не способны оказать влияние на организационно-управленческие аспекты деятельности руководителя АПО. Результативность управления, направленного на создание ценности медицинской услуги, определяется наличием дополнительного образования в сфере менеджмента. Результатом внедрения программы «Московский стандарт поликлиники» 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.

Показатель П22 «дополнительное управленческое образование главного врача» также статистически значимо влияет на показатели, характеризующие возможность записаться к врачу.

Также обнаружено, что доля пациентов, ожидающих приема более установленного максимального временного порога, ниже в тех АПО, где главный врач является кандидатом медицинских наук или имеет дополнительное управленческое образование.

Сводные результаты проверки гипотезы приведены в таблице 4.

Таблица 4 - Сводные результаты проверки гипотезы о влиянии показателей квалификации главного врача

Показатели	Факторы	Р-значение MANOVA	Период
Наличие дополнительного управленческого образования у главного врача	Показатели удовлетворенности пациентов	0,0502	1
		0,1	13
Наличие дополнительного управленческого образования у главного врача	Группа показателей, характеризующих возможность записаться к врачу	0,0956	1 и 13
Наличие ученой степени у главного врача	Группа показателей, характеризующих время ожидания приема	0,0151	13
Наличие дополнительного управленческого образования у главного врача	Группа показателей, характеризующих время ожидания приема	0,0427	13

Источник: составлено автором на основе итогов эмпирического исследования

Влияние показателей доступности медицинской помощи

Для тестирования было построено и оценено 117 уравнений множественной регрессии, в которых зависимой переменной является один из показателей удовлетворенности пациентов, а независимыми - набор из нескольких показателей, характеризующих один из аспектов доступности медицинских услуг.

По результатам оценивания влияния группы показателей, характеризующих время ожидания приема, на группу показателей удовлетворенности пациентов, были выявлены ситуации обратной корреляции между указанными группами показателей.

В группе показателей, характеризующих эффективность использования рабочего времени врачами, обнаружено статистически значимое влияние на удовлетворенность пациентов, измеренную показателем П2 «удовлетворенность пациентов качеством работы и отношением других сотрудников» (в некоторые периоды сторонний фактор искажает эту зависимость).

Влияние местоположения АПО

Для проверки данной гипотезы на основе показателя П19 «местоположение АПО» был сгенерирован фактор, кодирующий административный округ АПО, и проведено сравнение средних значений различных показателей для поликлиник, расположенных в разных районах г. Москвы.

В результате обнаружены две закономерности, связанные с группой показателей, характеризующих возможность записаться к врачу, и группой показателей, характеризующих время ожидания приема (рис. 5 и рис. 6).

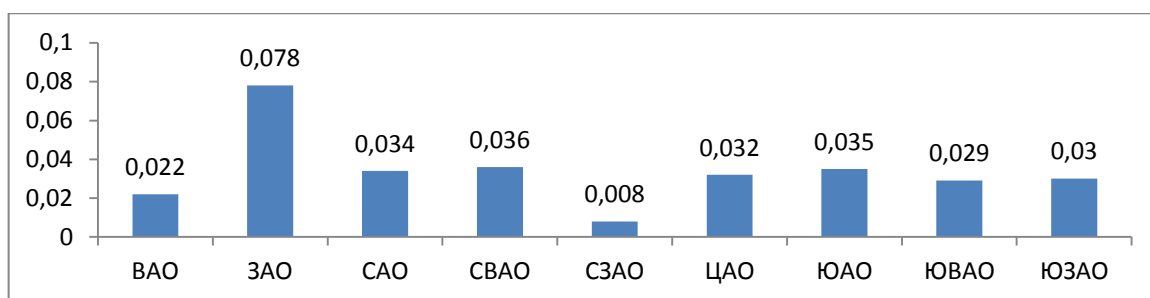


Рисунок 5 - Средние значения по группе показателей, характеризующих возможность записаться к врачу, в АПО, расположенных в разных районах г. Москвы.

Источник: составлено автором на основе итогов эмпирического исследования

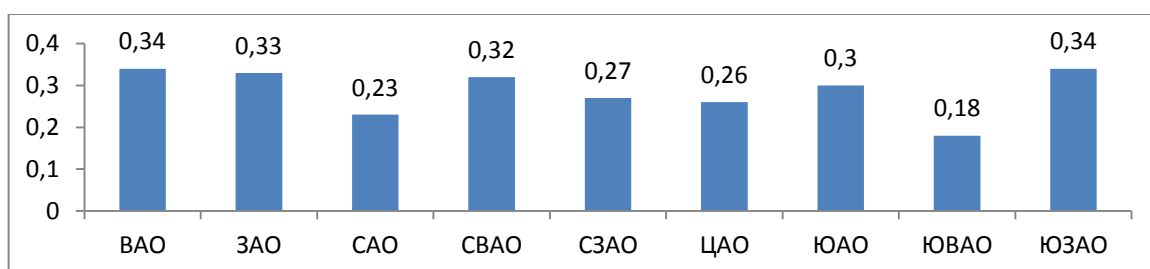


Рисунок 6 - Средние значения по группе показателей, характеризующих время ожидания приема, в АПО, расположенных в разных районах г. Москвы.

Источник: составлено автором на основе итогов эмпирического исследования

Если в случае показателей, характеризующих время ожидания приема, значимые различия образуются по группам (АПО в САО 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).

Кроме того, было выявлено, что после внедрения программы «Московский стандарт поликлиники» время ожидания приема перестало быть бесконтрольным показателем, и статистические различия между АПО по данному показателю были сглажены.

5. По результатам многомерного факторного анализа *выявлены* мотивация и возможности управленческих кадров амбулаторно-поликлинических организаций по повышению уровня клиентоориентированности

Для выявления возможностей и мотивации управленческих кадров по реализации принципов маркетинга отношений было проведено качественное маркетинговое исследование в форме глубинных интервью с действующими руководителями государственных (15 интервью) и частных (6 интервью) АПО.

По результатам рефлексивного анализа была проведена типизация выявленных тенденций и сформулированы 2 блока ключевых проблем:

1) *Организаторы здравоохранения понимают клиентоориентированность в узком смысле только для сектора платных услуг:*

- Треть респондентов под клиентоориентированностью понимает исключительно привлечение дополнительных потоков пациентов в отделения платных медицинских услуг для улучшения финансовых результатов деятельности;
- Наиболее распространенными мероприятиями по повышению уровня клиентоориентированности являются регулярные тренинги с персоналом по общению с пациентами и организация обратной связи от пациентов с использованием интерактивных каналов (форумы, блоги и т.д.);

2) *Текущая система высшего медицинского образования не готовит управленцев нового клиентоориентированного типа:*

- Главные врачи испытывают недостаток организационно-управленческих знаний и навыков;
- Система назначения на управленческие должности в АПО выстроена таким образом, что управленцами назначают сотрудников без соответствующего опыта, которые только через 5 лет получают возможность пройти переподготовку по управленческой специальности.

Для решения выявленных проблем необходимо:

- ✓ Дополнить программы высшего медицинского образования в части подготовки управленческих кадров модулями по особенностям маркетинга в медицинской отрасли, методам повышения клиентоориентированности; менеджменту медицинской организации;
- ✓ Сформировать единую информационную систему актуальных нормативных актов, регулирующих сферу здравоохранения;
- ✓ Изменить систему допуска к циклам профессиональной переподготовки для специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье», упразднив требование обязательного 5-летнего управленческого опыта.

Рекомендации

В целях совершенствования реализации принципов маркетинга отношений в государственных АПО предлагается:

- 1) Развивать расширенный уровень медицинской услуги как целостного продукта, внедряя в систему поощрения медицинского персонала оценку коммуникативных компетенций, а также выстраивать внутренние бизнес-процессы с целью оптимизации использования ресурсов АПО;

- 2) Для совершенствования ценностного предложения внедрить комплексную междисциплинарную систему обучения пациентов, совмещающую медицинскую, профилактическую и организационную составляющие;
- 3) Развивать персональные бренды врачей, в том числе в сети Интернет, для усиления конкурентных преимуществ АПО, что позволит привлекать и удерживать большее число пациентов, улучшать финансовые показатели, а также повышать лояльность пациентов к АПО;
- 4) Для формирования ценности медицинской услуги и повышения уровня удовлетворенности пациентов необходимо улучшать финансовые показатели АПО, такие как средний уровень заработной платы врачей и коэффициент финансовой обеспеченности. Управленческим кадрам необходимо получать дополнительное управленческое образование, что позволит им оптимизировать внутренние бизнес-процессы и тем самым способствовать повышению уровня удовлетворенности пациентов;
- 5) Оптимизировать систему высшего медицинского образования в вопросах подготовки управленческих кадров, дополнив программы подготовки модулями по основам управленческой деятельности, менеджменту медицинской организации и маркетингу медицинских услуг.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Работы, опубликованные 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):

- 1) Костаян А.А. Клиентоориентированность в государственном здравоохранении: воздействие на уровень удовлетворенности пациентов // Маркетинг в России и за рубежом. - 2018. - №1 (123). – С. 4-15. 0,8 п.л. (авт. – 0,8 п.л.). ИФ РИНЦ 2016 – 0,499
- 2) Шерешева М.Ю. Костаян А.А. Маркетинг отношений в деятельности государственных медицинских организаций в изменяющихся рыночных условиях // Государственное управление. Электронный вестник. 2018. №69. С. 285-305. 0,9 п.л. (авт. – 0,9 п.л.). ИФ РИНЦ 2016 – 0,382
- 3) Шерешева М.Ю., Оборин М.С., Костаян 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. 2,5 п.л. (авт. – 0,83 п.л.). ИФ РИНЦ 2016 – 0,551
- 4) Шерешева М.Ю., Оборин М.С., Костаян А.А. Особенности оценки качества жизни населения малых городов // Ars Administrandi. Искусство управления. - 2017. - Т. 9. №2. - С. 289-311. 3,13 п.л. (авт. – 1 п.л.). ИФ РИНЦ 2016 – 0,551
- 5) Шерешева М.Ю., Оборин М.С., Костаян А.А. Оценка потенциала развития малых городов и направлений его эффективного использования // Государственное управление. Электронный вестник. - 2017. - №65. – С. 162-175. 2,11 п.л. (авт. – 0,7 п.л.). ИФ РИНЦ 2016 – 0,382
- 6) Шерешева М.Ю., Костаян А.А. Клиентоориентированность персонала в государственных организациях здравоохранения России // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 8. Менеджмент. - 2015. - №4. - С. 74-114. 2,43 п.л. (авт. - 1,21 п.л.). ИФ РИНЦ 2016 – 1,143

Работы, в журналах, входящих в перечень изданий, рекомендованных ВАК при Минобрнауки РФ:

- 7) Костаян А.А. Система образования управленческих кадров в здравоохранении как фактор уровня клиентоориентированности медицинской организации // Экономика

образования. - 2017. - Том 98. №1. - С. 73-88. 1 п.л. (авт. – 1 п.л.). ИФ РИНЦ 2016 – 0,590

- 8) Шерешева М.Ю., Оборин М.С., Пахалов А.М., Костянян А.А. Разработка методики анкетирования развития малых городов России // Вестник Самарского государственного экономического университета. - 2017. - №8 (154). - С. 57-64. 1,15 п.л. (авт. – 0,3 п.л.). ИФ РИНЦ 2016 – 0,541
- 9) Костянян 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. - Том 10. №4. - С. 94-103. 1,09 п.л. (авт. – 1,09 п.л.). ИФ РИНЦ 2016 – 0,426

Иные публикации

- 10) Костянян А.А., Смбатян С.М. Рынок труда медицинских работников: Проблемы, задачи, перспективы // Современные достижения и разработки в области экономики и менеджмента. - 2016. - Т. 1. - С. 34-42. 0,7 п.л. (авт. – 0,35 п.л.)
- 11) Смбатян С.М., Николаева Е.В., Костянян А.А. Пути повышения эффективности рынка труда медицинских работников в Московской области // Sciences of Europe. - 2016. - Т.2. №6. - С. 72-75. 0,3 п.л. (авт. – 0,1 п.л.)