

ВОПРОСЫ УПРАВЛЕНИЯ

Э. В. Новаторов¹,

Национальный исследовательский университет

«Высшая школа экономики» (Санкт-Петербург, Россия)

«МЯГКИЕ» И «ЖЕСТКИЕ» ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЕ ПОДХОДЫ К ИЗУЧЕНИЮ, ИЗМЕРЕНИЮ И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

В статье обсуждаются «мягкие» и «жесткие» подходы к изучению, измерению и совершенствованию качества медицинских услуг. Представлена GAP-модель качества медицинской услуги и критериев ее качества. На основе двух эмпирических исследований объясняется технология и методика использования двух подходов к измерению качества услуг — SERVQUAL и SQI применительно к медицинским услугам. Предлагаются управленческие рекомендации.

Ключевые слова: качество медицинской услуги, критерии качества медицинской услуги, Gap-модель качества медицинской услуги, Нордик скул, метод SERVQUAL, метод SQI.

«SOFT» AND «HARD» RESEARCH APPROACHES TO THE STUDY, MEASUREMENT AND IMPROVEMENT OF MEDICAL SERVICE QUALITY

The paper discusses «soft» and «hard» approaches to the study, measurement and improvement of medical services quality, presents the GAP model of medical service quality and its criteria. Drawing on two empirical studies, the author considers the technology and technique of two approaches to measure services quality — SERVQUAL and SQI — in context of medical services and offers valuable managerial recommendations.

Key words: service quality, criteria of service quality, Gap-model of service quality, Nordic school, SERVQUAL-method, SQI-method.

Немногочисленные пионерские работы и вереница востребованных научных конференций Американской ассоциации маркетинга (American Marketing Association) в 1985–1999 гг. привели к консенсусу среди маркетологов в том, что услуга как товар неосязаема, неотделима от источника оказания, производится и потребляется в одно и то же время, «не ремонтируется», не сохраняется, не складывается и обладает про-

¹ Новаторов Эдуард Владимирович, PhD, профессор департамента менеджмента; e-mail: enovatorov@hse.ru

блемой непостоянства качества. Маркетологи согласились, что по причине этих товарных характеристик услуги инструментарий измерения и контроля качества в сфере услуг требует оригинального и уникального подхода. Именно в эти годы обозначилось внимание исследователей к проблемам концептуализации качества услуги, критериев качества услуги, измерения и контроля качества услуги [Berry et al., 1985; 1988; Parasuraman et al., 1985]. В этот период, почти одновременно, сформировались две ведущие научные школы маркетинга услуг, которые стали заниматься проблематикой качества услуг: американская школа и скандинавская школа (Nordic School), представленная работами ученых из Швеции и Финляндии [Гренроос, 2004, 2009; Лавлок, 2005].

К настоящему времени специалистами по маркетингу услуг: разработаны и эмпирически апробированы на практике оригинальные методы измерения качества услуг, лидирующим среди которых считается методика SERVQUAL и ее различные модификации; сформулированы критерии качества услуги, которые поддаются эмпирическим измерениям и управленческому контролю; разграничены понятия «качество» и «удовлетворенность»; разделены методы измерения качества услуги на «мягкие» и «жесткие» подходы (soft and hard quality measures) [Wirtz, Lovelock, 2016].

Целью данной статьи является попытка разработки комбинированного подхода к измерению качества медицинской услуги на основе «мягкого» и «жесткого» методов. Маркетологи в своих исследованиях придерживаются, как правило, одного из них. «Жесткий» метод обсуждался в отечественной литературе, но применительно к измерению качества транспортного обслуживания [Завьялова, Сагинова, Спирин, 2016]. Шушкин и Уварина [Шушкин, Уварина, 2016] попытались адаптировать «мягкий» метод SERVQUAL для измерения качества медицинской услуги. Однако они ограничили свое исследование услугами частных клиник и не учли критику SERVQUAL, присутствующую в литературе. До настоящего времени не уделено внимания совместному использованию этих методов при измерении качества медицинских услуг бюджетных организаций.

В настоящей статье последовательно обсуждаются скандинавская и американская модели качества услуги и его критерии и подкритерии, различие между двумя «мягкими» и «жесткими» подходами, а также возможности их интеграции в процессе маркетингового исследования качества медицинской услуги бюджетного учреждения.

Модели качества услуги

Скандинавская модель качества услуги

Скандинавская школа (или «Нордик скул» — «Северная школа») маркетинга услуг основана специалистами Скандинавии, Финляндии

и Северной Европы. Одним из основных вкладов данной школы в литературу по маркетингу является понятие двухфакторной модели качества услуги [Гренроос, 2004]. Основное содержание теории школы указывает на интерактивное взаимодействие поставщика услуг (организации, персонала, материальных ресурсов) и потребителя одновременно в процессах производства и потребления.

Скандинавская двухфакторная модель качества услуг основывается во многом на «парадигме подтверждения/неподтверждения» ожиданий [Hamer, 2006]. Качество в соответствии с данной моделью зависит от двух переменных: ожиданий потребителя и его фактического восприятия услуги. Потребительские ожидания подтверждаются или не подтверждаются.

Таким образом, по мнению скандинавских ученых, качество предоставляемой услуги зависит от процесса сравнения потребителем своих ожиданий с непосредственным восприятием фактического качества. При этом восприятие включает в себя два основных аспекта: технический — *что* потребитель приобретает от услуги — и функциональный аспект качества — *как* потребитель потребляет услугу.

Техническое качество услуги — технический результат, полученный вследствие процесса оказания данной услуги, т.е. то, *что* в итоге получает. От результата зависит степень удовлетворенности клиента, но одного его, как выяснили исследователи, недостаточно.

Функциональное качество услуги — это взаимодействие клиента организации и персонала во время оказания услуги, т.е. то, *как* предоставляется услуга (процесс). Потребителя интересует не только результат, т.е. то, что он получает на выходе, но также и сам процесс обслуживания. Таким образом, для полного восприятия качества нужно учитывать оба аспекта: технический и функциональный. В соответствии со скандинавской двухфакторной моделью качества услуг процесс восприятия можно представить в виде схемы (рис. 1).

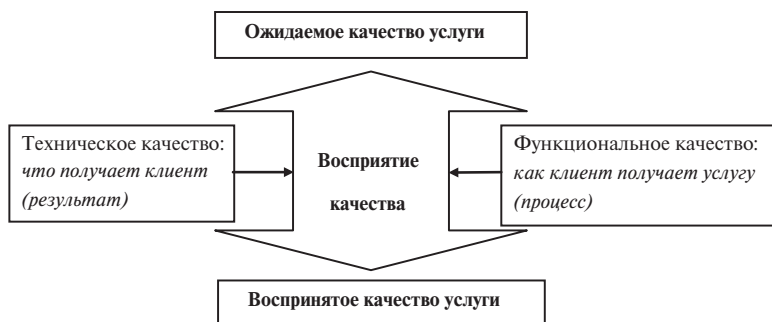


Рис. 1. Скандинавская двухфакторная модель качества услуг
Составлено по: [Гренроос, 2009, р. 182].

Американская модель качества услуги

Кроме скандинавской школы, вопросами качества услуг также серьезно занимались представители так называемой американской школы маркетинга услуг, а именно самые яркие ее представители — ученые Техасского A&M-университета: Л. Берри, В. Зейтхлм и А. Парасураман [Berry et al., 1985, 1988, 1990]. В 1980-х гг. они «разработали расширенную модель качества услуг, основанную на существовании пяти разрывов между тем, что клиенты ожидают, и тем, что они получают» [Chenet, Tynan, 2000]. Данная пятиступенчатая модель получила название Gap-модель (от англ. gap — разрыв) [Seth et al., 2005].

Подобно двухфакторной скандинавской модели, пятиступенчатая модель качества услуги также основана на двух предположениях. Первое — сравнение потребителем услуги своего ожидания до ее потребления с фактическим восприятием в период и после потребления. Второе утверждение — ожидания в отношении качества либо оправдываются, либо нет (парадигма подтверждения/неподтверждения ожиданий).

Согласно этой модели, отсутствие или наличие качества услуги является следствием наличия или отсутствия пяти Gap (рис 2).

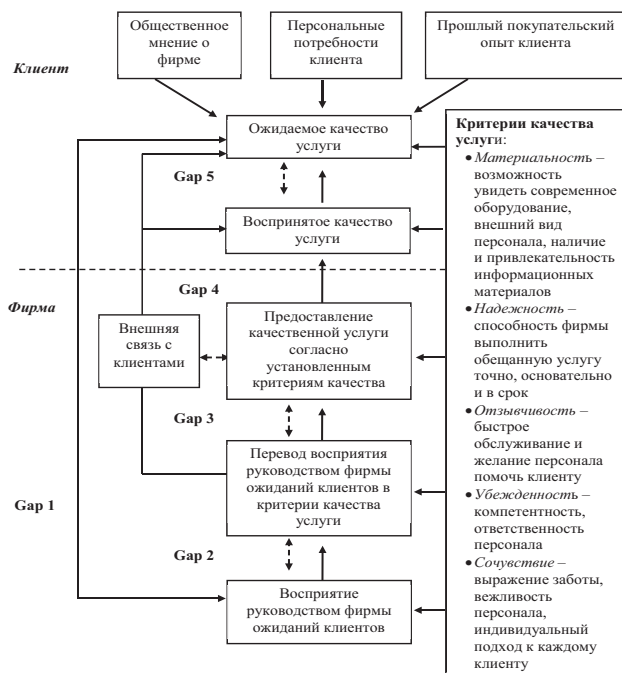


Рис. 2. Gap-модель качества услуги и критерии качества услуги
Составлено по: [Parasuraman et al., 1988].

С управленческой точки зрения:

1. Если Gap 1–5 присутствуют в организации — страдает качество услуги.
2. Если Gap 1–5 отсутствуют в организации — качество услуги присутствует.

Задача менеджера организации, стремящегося к совершенствованию качества своих услуг, — это постоянная борьба с Gap. Руководителю, озадаченному совершенствованием качества своих услуг, необходимо обнаружить Gap в своей организации на основе эмпирических исследований с целью их устранения и контроля (рис. 2).

Первый Gap — это возможный разрыв между проблемами и ожиданиями клиентов и восприятием руководством организации этих ожиданий. Другими словами, это незнание или недопонимание в силу каких-либо причин руководством того, что клиенты ожидают от услуг фирмы.

Второй Gap — это возможный разрыв между восприятием руководством организации ожиданий клиентов и трансформацией этих ожиданий в спецификации качества услуг. На этом уровне руководство организации понимает проблемы и ожидания клиентов, но в силу каких-либо технических или организационных причин не может или не точно формулирует требования качества сотрудникам, обеспечивающих эти стандарты качества.

Третий Gap — это возможный разрыв между четко требуемыми руководством необходимыми стандартами качества в организации и нежеланием или неумением персонала организации следовать этим стандартам при непосредственных контактах с клиентами.

Четвертый Gap — это возможный разрыв между качеством предоставляемых услуг и внешней информацией об этом качестве, передаваемой клиентам посредством существующих маркетинговых коммуникаций. На этой ступени происходит несоответствие между декларируемым качеством услуг и реальным уровнем обслуживания клиентов.

Пятый, самый важный, Gap — это возможный разрыв между сформированными ожиданиями клиентов относительно качества услуги и их непосредственным восприятием этого качества в процессе получения услуги.

Согласно концепции пятиступенчатой модели, разрыв на пятом Gap происходит вследствие возникающих разрывов на каком-либо из четырех предыдущих Gap. Математически такая логика выражается как сумма всех четырех уровней:

$$\text{Gap 5} = f(\text{Gap 1}, \text{Gap 2}, \text{Gap 3}, \text{Gap 4}).$$

Охарактеризованная рабочая модель служит концептуальной основой для маркетинговых исследований качества услуги. Согласно этой модели, для управления качеством услуг необходимо выполнение двух задач:

1. Управленческий анализ четырех предшествующих Gap, влияющих на восприятие качества в ситуации пятого Gap.

2. Измерение и исследование восприятия клиентами критериев качества услуги на каждом из пяти Gap.

Однако если первую задачу можно решить лишь на основе аналитического анализа внутри организации и практически без участия клиентов на основе внутренних данных отчетности («жесткий» подход), то выполнение второй задачи требует неперенного диалога с клиентами («мягкий» подход). Решение этих задач означает проведение эмпирических маркетинговых исследований, согласованных позиций относительно критериев качества услуги, и, что самое главное, наличия оригинальных методик таких исследований. О каком бы методе измерения качества услуг ни шла речь, мы неизбежно сталкиваемся с необходимостью структурирования и (или) классификации критериев оценки качественных показателей.

Критерии качества услуги

В зарубежной литературе по маркетингу встречаются до десяти различных критериев оценки качества услуг: (1) доступность (access), (2) коммуникабельность (communication), (3) компетентность (competence), (4) обходительность (courtesy), (5) доверительность (credibility), (6) надежность (reliability), (7) отзывчивость (responsiveness), (8) безопасность (security), (9) осязаемость (tangibles) и (10) понимание-знание клиента (understanding/knowing) [Джемс, 2005; Parasuraman et al., 1985, 1988].

Американские ученые установили определенную взаимосвязь между некоторыми критериями и попытались сгруппировать их. Так, критерии «понимание — знание клиента» и «доступность» были объединены в единую категорию «сочувствие» (empathy), а критерии «безопасность», «доверительность», «обходительность», «компетентность» и «коммуникабельность» — в общую категорию «убежденность» (assurance). Таким образом, заключительный список эмпирически установленных критериев качества услуги сократился до пяти с 22 подкритериями (табл. 1).

Таблица 1

Критерии и подкритерии качества услуги

1.	Материальность (tangibles): возможность увидеть современное оборудование, оргтехнику, персонал, наличие и привлекательность информационных материалов об услугах фирмы	M1	Современная оргтехника и оборудование
		M2	Интерьеры помещений
		M3	Наружность и опрятность работников
		M4	Внешний вид информационных материалов (буклетов, проспектов)

2.	Надежность (reliability): способность организации выполнить обещанную услугу в срок, точно и основательно	H5	Выполнение своих обещаний оказать услугу к назначенному времени
		H6	Искренние попытки решить проблемы клиентов
		H7	Надежная репутация учреждения
		H8	Услуги предоставляются аккуратно и в срок
		H9	Отсутствие ошибок и неточностей в своих операциях
3.	Отзывчивость (responsiveness): быстрое обслуживание и искреннее желание руководства и персонала организации помочь клиенту	O10	Персонал дисциплинирован
		O11	Персонал оказывает услуги быстро и оперативно
		O12	Персонал всегда помогает клиентам
		O13	Персонал организации быстро реагирует на просьбы клиентов
4.	Убеденность (assurance): компетентность, ответственность и уверенность обслуживающего персонала организации	У14	Атмосфера доверия и взаимопонимания между клиентами и персоналом
		У15	Безопасность клиентов
		У16	Вежливость персонала
		У17	Всяческая поддержка персоналу от руководства для эффективного обслуживания клиентов
5.	Сочувствие (empathy): выражение заботы, вежливость и индивидуальный подход к клиентам	C18	Индивидуальный подход к клиентам
		C19	Проявление персоналом личного участия в решении проблем клиентов
		C20	Персонал знает потребности своих клиентов
		C21	Персонал ориентируется на проблемы клиентов
		C22	Удобные часы работы учреждения

Составлено по: [Parasuraman et al., 1988].

«Мягкий» метод измерения качества услуги SERVQUAL

Почти тридцать лет маркетологи лет используют методику SERVQUAL (сокращенная аббревиатура от service quality — «качество услуги») для измерения качества услуг [Parasuraman et al., 1988]. Данная методика основана на американской модели качества услуг и предположении о том, что качество услуги — это результат потре-

бительского сравнения своих ожиданий и восприятия [Parasuraman et al., 1985].

Анкета содержит 22 утверждения, соответствующих пяти критериям качества, и состоит из двух частей. Сначала потребителей услуг просят высказать свое мнение по пяти-, семи-, или десятибалльной шкале Лейкерта по поводу *ожидаемого* качества услуг в определенной индустрии услуг. Затем потребителям необходимо с помощью аналогичной шкалы высказать свое фактическое *восприятие* (исполнение) каждого из 22 подкритериев, но уже по конкретному исследуемому объекту в данной индустрии услуг. Качество услуги рассчитывают по формуле:

$$Q(1-22) = P(1-22) - E(1-22), \quad (1)$$

где Q — качество (quality), P — восприятие (perceptions), E — ожидания (expectations).

Если критерий качества имеет нулевое значение, значит, ожидание качества клиентом совпадает с его воспринятым фактическим качеством. При большем значении ожидания критерий качества будет иметь отрицательное значение и, наоборот, при большем значении восприятия — положительное.

Полученные с помощью данной методики результаты интерпретируют следующим образом: нулевые и положительные значения коэффициентов качества считаются успешными для сервисной организации; значения, близко приближенные к нулю, — удовлетворительными, растущие отрицательные значения — неудовлетворительными.

Инструментарий тщательно проверялся и тестировался исследователями на надежность (reliability) по четырем группам: для банков (bank), компаний, работающих с кредитными картами (credit card company), компаний, занимающихся ремонтом и обслуживанием (repair and maintenance company), и компаний, обслуживающих телефонную связь на большом расстоянии (long-distance telephone company) (табл. 2).

Таблица 2

Надежность критериев качества методики SERVQUAL

Критерий качества	Обозначение критерия	Число вопросов по критерию в анкете SERVQUAL	Коэффициент надежности по группе*				Номера вопросов в анкете SERVQUAL
			B	CC	R&M	LDT	
Материальность	F1	4	.52	.62	.64	.64	Q1 Q2 Q3 Q4

Критерий качества	Обозначение критерия	Число вопросов по критерию в анкете SERVQUAL	Коэффициент надежности по группе*				Номера вопросов в анкете SERVQUAL
			B	CC	R&M	LDT	
Надежность	F2	5	.80	.78	.84	.74	Q5 Q6 Q7 Q8 Q9
Отзывчивость	F3	4	.72	.69	.76	.70	Q10 Q11 Q12 Q13
Убежденность	F4	4	.84	.80	.87	.84	Q14 Q15 Q16 Q17
Сочувствие	F5	5	.71	.80	.72	.76	Q18 Q19 Q20 Q21 Q22
Общий коэффициент надежности по группе			.87	.89	.90	.88	

* B — Bank, CC — Credit Card Company, R&M — Repair and Maintenance Company, LDT — Long-Distance Telephone Company.

Источник: [Parasuraman et al., 1988].

«Жесткий» метод измерения качества услуги SQI

«Жесткий» подход к измерению качества услуги в отличие от «мягкого» основан на традициях Тейлоровской системы управления, когда вычлняются рабочие операции и время для их выполнения (стандарты). Например, измеряется, сколько звонков было «брошено» в разговорах с потребителями, поставленными на ожидание ответа; сколько багажа было потерянно в авиаперелете; какова температура гамбургера; скольким пациентам пришлось полностью переделывать операцию заново; сколько минут потребитель простоял в очереди; сколько времени потрачено на выполнение определенной задачи и т.п. Например, корпорация «Макдоналдс» установила жесткие меры обслуживания

клиентов: две минуты в очереди и одна минута у кассы. «Таинственный посетитель», менеджер другого ресторана, регулярно отслеживает эти стандарты. Во многих профессиональных организациях считается нарушением, если оператор не ответил на звонок клиента «после третьего сигнала звонка телефона».

Наибольшего успеха в использовании жестких мер измерения качества добилась почтовая компания FedEx, рассылающая миллионы пакетов по всему миру каждый день. Компания разработала корпоративный метод SQI (Service quality index) и получила за его внедрение в практику маркетинга престижную национальную премию по качеству Мальколма Болдриджа, учрежденную в 1987 г. Конгрессом США (Malcolm Baldrige National Quality Award — MBNQA).

Прежде всего корпорация FedEx установила амбициозную задачу: 100%-ная потребительская удовлетворенность с каждой транзакцией. Рассматривая провалы обслуживания с точки зрения потребителей, метод SQI измеряет 12 операций, которые ведут к потребительской неудовлетворенности. Каждую неудачную транзакцию компания назвала «ужастик» (hoggor) и, систематизировав жалобы клиентов в «Иерархию ужастиков», создала список 12 событий, которые могут случиться ежедневно. Каждому «ужастик» присвоен вес важности по десятибалльной шкале, отражающий серьезность последствий для клиентов. Индекс вычисляется путем умножения числа случившихся «ужастиков» на вес присвоенной важности. Результат получается для каждого вида операций. Результаты суммируются, образуя индекс SQI. Чем меньше индекс, тем выше качество. Результат по каждой операции представляется в виде графика (рис. 2). В корпорации создаются 12 рабочих групп для анализа и исправления «ужастиков» [Wirtz, Lovelock, 2016]. Ежедневные события складываются в недельные, месячные, квартальные и годовые. Годовой график представляется высшему руководству. В табл. 3 представлена оригинальная методика SQI.

Таблица 3

Индекс качества услуги SQI компании FedEx
 $SQI = \text{фактор важности} \times \text{количество случаев}$

Типы ошибок	Фактор важности	Количество случаев	Ежедневный результат
Доставка с опозданием — правильный день	1	№	
Доставка с опозданием — неправильный день	5	№	
Повторяющиеся жалобы	1	№	

Типы Ошибок	Фактор важности	Количество случаев	Ежедневный результат
Неотвеченные жалобы	5		
Недостающие доказательства доставки	1	№	
Неправильные счета	1	№	
Опоздание с обработкой пакетов	10	№	
Потерянные пакеты	10	№	
Поврежденные пакеты	10	№	
Задержки самолета (минуты)	5	№	
Недостаточно этикеток на пакетах	5	№	
Сброшенные звонки	1	№	
Сумарный результат ошибок (SQI)			XXX.XXX

Составлено по: [Wirtz, Lovelock, 2016, p. 567].

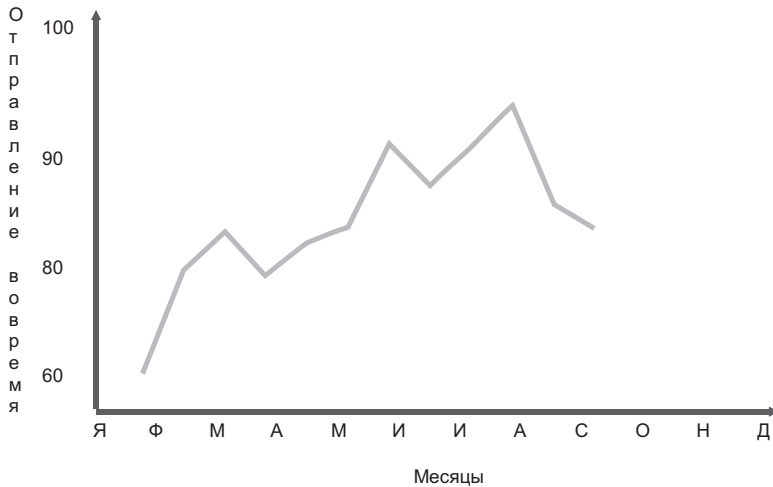


Рис 2. График, показывающий % задержки самолетов FedEx на 15 минут в течение года

Составлено по: [Wirtz, Lovelock, 2016, p. 568].

Комбинированное исследование качества услуги

В качестве выборки рассматривались потребители медицинских услуг одного из Санкт-Петербургских государственных бюджетных

учреждений здравоохранения. Специализация медицинского центра — сфера репродуктивного здоровья и все связанные с этим вопросы. В отличие от многих других медицинских учреждений Санкт-Петербурга, центр оказывает полный спектр профильных услуг: гинекологический центр, урологический центр, кабинеты узких специалистов, клинические отделения и стационар работают под одной крышей. В общем итоге центр в своих семи отделениях оказывает более 400 видов услуг.

Обращение к изучению качества платных медицинских услуг не случайно. К концу 2016 г. Минздрав разработал временные нормы приема врачей, стремясь улучшить качество обслуживания пациентов. Так, например, согласно новым правилам на одно посещение эндокринолога отводится 19 минут, кардиолога — 24 минуты, а стоматолога-терапевта — 44 минуты. Временные стандарты, разработанные в лучших традициях Фредерика Тейлора (Frederick Taylor), вызвали неоднозначную реакцию среди врачей и получили рекомендательный характер начиная с 2017 г. [Берешвили, 2016].

В последние годы в отечественной литературе проблематика оценки качества услуг получила растущее внимание. Так, ученые обсуждают: методику интегральной оценки и выбора качества услуг [Гладкова и др., 2011]; клиентоориентированность персонала в государственных организациях здравоохранения [Бурцева, Стукен, 2016; Шерешева, Костянян, 2015]; рассматриваются вопросы ценности медицинских услуг [Бурцева, 2016], проблемы качества медицинской помощи [Конев, 2012], дается обоснование инновационного подхода к оценке качества медицинских услуг [Шуматов и др., 2015].

На основе этих исследований Шушкин и Уварина (2016) попытались адаптировать методику SERVQUAL для измерения качества медицинской услуги, учитывающего приоритетность факторов и сложность их устранения по основным бизнес-процессам частных клиник. Однако они ограничили свое исследование услугами частных клиник и не учли критику SERVQUAL, присутствующую в литературе. В качестве основного недостатка использования метода SERVQUAL маркетологи полагают, что «инструмент фокусируется на процессе оказания услуги, но не учитывает самого результата. В соответствии со скандинавской двухфакторной моделью качества услуги данная методика измеряет функциональное качество услуги (процесс), но не учитывают техническое — то, что получает клиент (результат). Функциональное качество услуги формируется «вне организации», в то время как техническое качество обеспечивается «внутри организации» [Kang, 2006; Kang, James, 2004].

Учитывая критику метода SERVQUAL, полезным и рациональным может оказаться интегрированный подход к исследованию ка-

чества услуги, направленный на совместное измерение технического и функционального качества услуги с одновременным использованием «мягкого» (вне организации) и «жесткого» (внутри организации) подходов.

Результаты исследования качества услуги по методике SERVQUAL («мягкий» подход)

Исследование качества медицинских услуг проходило в несколько этапов. На первом анкета SERVQUAL была переведена на русский язык и адаптирована под специфику медицинской индустрии. Точность перевода перепроверялась обратным переводом. На втором этапе анкета прошла процедуру претестирования. После претеста анкеты некоторые вопросы дополнительно редактировались. На третьем этапе посетителей центра просили заполнить адаптированную анкету SERVQUAL. На четвертом этапе результаты были подсчитаны согласно формуле SERVQUAL $Q = P - E$. Результаты суммированы в табл. 4.

По результатам исследования с использованием методики SERVQUAL наиболее низкие коэффициенты качества были получены по критериям:

1. (M4) Материальность «Внешний вид информационных материалов (буклетов, проспектов) в медицинском учреждении привлекателен» (-1,7);
2. (C18) Сочувствие «К пациентам в медицинском учреждении проявляется индивидуальный подход» (-1,6);
3. (H6) «Если у пациентов случаются проблемы, то медицинское учреждение искренне пытается их решить» (-1,5);
4. (O13) Отзывчивость «Персонал медицинского учреждения быстро реагирует на просьбы клиентов» (-1,5);
5. (H5) Надежность «Медицинское учреждение выполняет свои обещания оказать услугу к назначенному времени» (-1,4);
6. (O12) «Персонал медицинского учреждения всегда помогает клиентам с решением их проблем» (-1,4);
7. (C19) «Персонал медицинского учреждения проявляет личное участие в решении проблем пациентов» (-1,4).

Полученные низкие коэффициенты качества выделены жирным шрифтом в табл. 4.

**Результаты исследования качества медицинских услуг по методике
SERVQUAL**

№ и тип	Критерий качества	Рейтинг исполнения	Рейтинг ожидания	Коэффициент качества Q
M1	Медицинское учреждение ___ имеет современную оргтехнику и оборудование	4,3	4,4	-0,1
M2	Интерьеры помещений в медицинском учреждении ___ в отличном состоянии	4,1	4,4	-0,3
M3	Персонал медицинского учреждения ___ приятной наружности и опрятен	3,8	4,4	-0,6
M4	Внешний вид информационных материалов (буклетов, проспектов) в медицинском учреждении ___ привлекателен	3,1	4,8	-1,7
H5	Медицинское учреждение ___ выполняет свои обещания оказать услугу к назначенному времени	3,1	4,5	-1,4
H6	Если у пациентов случаются проблемы, то медицинское учреждение ___ искренне пытается их решить	3,2	4,7	-1,5
H7	У медицинского учреждения ___ надежная репутация	4,0	4,4	-0,4
H8	Услуги медицинского учреждения ___ предоставляются пациентам аккуратно и в срок	3,7	4,5	-0,8
H9	Медицинское учреждение ___ избегает ошибок и неточностей в своих операциях	3,8	4,7	-0,9
O10	Персонал медицинского учреждения ___ дисциплинирован	3,5	4,7	-1,2
O11	Персонал медицинского учреждения ___ оказывает услуги быстро и оперативно	3,4	4,6	-1,2
O12	Персонал медицинского учреждения ___ всегда помогает клиентам с решением их проблем	3,3	4,7	-1,4
O13	Персонал медицинского учреждения ___ быстро реагирует на просьбы клиентов	3,2	4,7	-1,5

№ и тип	Критерий качества	Рейтинг исполнения	Рейтинг ожидания	Коэффициент качества Q
У14	Между клиентами и персоналом медицинского учреждения _____ существует атмосфера доверия и взаимопонимания	3,5	4,6	-1,1
У15	В отношениях с персоналом медицинского учреждения _____ пациенты чувствуют себя безопасно	3,3	4,3	-1,0
У16	Персонал медицинского учреждения _____ вежлив в отношениях с пациентами	3,3	4,6	-1,3
У17	Руководство медицинского учреждения _____ оказывает всяческую поддержку персоналу для эффективного обслуживания пациентов	3,6	4,6	-1,0
С18	К пациентам в медицинском учреждении _____ проявляется индивидуальный подход	3,0	4,6	-1,6
С19	Персонал медицинского учреждения _____ проявляет личное участие в решении проблем пациентов	3,2	4,6	-1,4
<i>С20</i>	<i>Персонал медицинского учреждения _____ знает потребности своих пациентов</i>	<i>3,8</i>	<i>4,3</i>	<i>-0,5</i>
С21	Персонал медицинского учреждения _____ ориентируется на проблемы пациентов	3,7	4,8	-1,1
С22	Часы работы медицинского учреждения _____ удобные для всех пациентов	3,1	4,4	-1,3

Остальные значения 15 коэффициентов качества относительно удовлетворительные. Наиболее высокие коэффициенты качества выделены курсивом в табл. 4. Например:

1. (M1) «Медицинское учреждение имеет современную оргтехнику и оборудование» (-0,1);
2. (M2) «Интерьеры помещений в медицинском учреждении в отличном состоянии» (-0,3);
3. (H7) «У медицинского учреждения надежная репутация» (-0,4);
4. (С20) «Персонал медицинского учреждения знает потребности своих пациентов» (-0,5);

5. (М3) «Персонал медицинского учреждения приятной наружности и опрятен» (–0,6).

Следует заметить, что в исследованиях такого рода практически не встречаются нулевые или положительные результаты, так как обычно опрашивается большое количество респондентов и используются средние значения. Оптимальным результатом считаются значения, тяготеющие к нулевому значению. Соответственно большие негативные значения указывают на большой разрыв между уровнями ожиданий и восприятием клиентов и проблемы с качеством. В данном исследовании качество медицинской услуги можно охарактеризовать как удовлетворительное при семи низких коэффициентах качества, пяти положительных и десяти относительно нейтральных.

Результаты исследования качества услуги по методике SQI («жесткий» подход)

Методика SQI была переведена и адаптирована под специфику повседневной работы контактного персонала медицинского центра. Шкала была изменена с десятибалльной до пятибалльной. С помощью мозгового штурма работников, которые находятся в непосредственном контакте с посетителями, попросили сформулировать наиболее частые и ежедневные проблематичные случаи, или, используя профессиональную терминологию FedEx, «ужастики», с которыми они сталкиваются в процессе работы. Также работников попросили проранжировать фактор важности для каждого случая по пятибалльной шкале Лайкерта «неважно — важно».

Результаты исследования представлены в табл. 5. Наиболее проблематичными оказались пункты «Ошибочная запись» в журнале, «Неотвеченные звонки», «Неотвеченные жалобы пациентов» и «Надежность оргтехники».

Таблица 5

Результаты исследования качества платных медицинских услуг по методу SQI

Типы ошибок	Фактор важности	Количество случаев	Ежедневный результат
Ошибочная запись	3	5	15
Неотвеченные звонки	1	5	5
Повторные жалобы	1	1	1
Неотвеченные жалобы	5	1	5
Грубость пациента	1	3	3

Типы ошибок	Фактор важности	Количество случаев	Ежедневный результат
Неправильные счета	4	1	4
Сброшенные звонки	1	3	3
Чистота помещения	5	1	5
Надежность оргтехники	5	5	25
Сумарный результат ошибок (SQI)			66

Примечание: Ежедневный результат = фактор важности х количество случаев.

Сравнительный анализ результатов SERVQUAL и SQI

Сравнение негативных данных исследований «мягкого» метода SERVQUAL и «жесткого» метода SQI суммированы в табл. 6. Примечательно, что они в основном совпадают с жалобами пациентов, занесенными в книгу жалоб, отзывами в социальных сетях и отзывами, размещенными на своей страничке в интернете самой организацией. Следует отметить, что руководство организации не очень активно размещает негативные отзывы из жалобной книги в интернете для всеобщего обозрения, оставляя информацию для служебного использования. Такого же подхода придерживаются корпорации FedEx и MacDonald's.

Таблица 6

Сравнительные результаты исследования SERVQUAL и SQI

SERVQUAL (негативные SQ)	SQI (негативные случаи)
Материальность М4 «Внешний вид информационных материалов (буклетов, проспектов) в медицинском учреждении привлекателен», -1,7	Ненадежность оргтехники 25 Чистота помещения 5
Надежность (Н5) «Медицинское учреждение выполняет свои обещания оказать услугу к назначенному времени», -1,4	Неответченные жалобы 5 Неправильные счета 4 Ошибочная запись 15
Надежность (Н6) «Если у пациентов случаются проблемы, то медицинское учреждение искренне пытается их решить», -1,5	Неответченные жалобы 5 Сброшенные звонки 3 Повторные жалобы 1
Отзывчивость (О13) «Персонал медицинского учреждения быстро реагирует на просьбы клиентов», -1,5	Повторные жалобы 1 Сброшенные звонки 3
Сочувствие (С18) «К пациентам в медицинском учреждении проявляется индивидуальный подход», -1,6	Неответченные звонки 5

Основные ограничения исследования

Методика SERVQUAL учитывает не только фактическое восприятие (исполнение) качества услуги, но и ожидания клиента, что соответствует концепции качества услуги. Тем не менее исследования показывают, что методика обладает рядом недостатков. Некоторые комментаторы отмечают, что шкала «ожидания» имеет тенденцию к идеальному завышению и поэтому всегда получает высокие рейтинги. Следовательно, нарушается формула качества услуги: $SQ = \text{Восприятия} - \text{Ожидания}$, — и отсюда низкие коэффициенты качества SQ. Другим недостатком маркетологи считают то, что SERVQUAL не учитывает *значимости* каждого критерия качества [Kang, 2006].

Учитывая критику, Кронин и Тейлор (Cronin, Taylor), не оспаривая сами критерии качества, предложили при измерении качества услуги отказаться от шкалы «ожидания» и ввести в инструмент шкалу «важность», представив методику SERVPERF (service performance) [Cronin, Taylor 2004].

Была создана более сложная методика — взвешенный SERVQUAL. Она состоит из трех частей, каждая из которых содержит те же 22 утверждения, основанные на неоспоренных пяти критериях качества. Согласно такому подходу респондентов сначала посредством анкеты просят высказать свои общие *ожидания* (expectations) по поводу исследуемой категории услуг с помощью пяти-, семи- или десятибалльной шкалы Лейкерта. Затем с помощью этой же шкалы потребителям необходимо высказать свое фактическое *восприятие* (исполнение) услуг в конкретной организации (perceptions), а также в третьей части анкеты — *важность* для них каждого из 22 подкритериев качества (importance). На основании данных эмпирического исследования производится расчет качества по формуле (1), и затем полученный результат ($Q\ 1-22$) соотносится с рейтингом важности ($I\ 1-22$) для дальнейшего исследования и проведения анализа полученной информации [Cronin, Taylor 2004].

Данная методика объединяет в себе взвешенный SERVPERF (наличие шкал восприятия и значимости) и SERVQUAL (оценивание не только восприятия, но и ожидания потребителя услуги). Таким образом, она является наиболее полной, учитывающей все «компоненты» понятия качества (ожидание и восприятие клиента), а также важность каждого подкритерия для потребителей.

Выводы

Совместное использование методики простой SERVQUAL и метода SQI имеет существенный потенциал для измерения технического и процессуального качества платных медицинских услуг. В исследова-

нии были использованы наиболее простые и практичные процедуры измерения качества медицинских услуг. Такое исследование под силу провести одному из сотрудников медицинского учреждения, обработать полученные данные на персональном компьютере с помощью программы Microsoft excel ® и представить результаты руководству медицинского учреждения для принятия решений по совершенствованию качества обслуживания.

Более сложное и тщательное исследование качества обслуживания включает в себя третий этап — измерение важности или значимости коэффициентов качества для потребителей. Кроме этого, существуют более сложные варианты анализа полученных результатов и более эффективные способы презентации данных, например, Importance-Performance Analysis (анализ «важность — исполнение») [Novatorov, 1997]. Однако это потребует дополнительных усилий для подготовки, анализа и интерпретации данных. Какой из этих подходов выбрать, зависит от руководства каждого медицинского учреждения и, очевидно, его степени заинтересованности в обеспечении высокого качества обслуживания своих пациентов.

Кроме этого, считается возможным более тщательное совершенствование инструмента с учетом специфики медицинской индустрии. Изучение литературы и апробация модифицированного метода SERVQUAL показали, что при заимствовании инструмента для использования качества услуг в других индустриях методика сокращается в объеме, усложняется или упрощается ее интерпретация. Эти вопросы могут быть предметами последующих исследований качества услуг в различных отраслях непроизводственной сферы.

Управленческие рекомендации

Группа ученых под руководством Л. Берри [Leonard Berry], В. Зейтхалл и А. Парасураман [Berry et al., 1990] предложили методологию непрерывного измерения и улучшения качества услуг SERVQUAL в виде рекомендаций (imperatives). Методология непрерывного измерения и улучшения качества услуг на основе модели качества услуги 5 Гар представлена на рис. 3.

В случае, если результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что показатели по восприятию услуг, предоставленных компанией, ниже показателей по ожиданиям, ученые предлагают:

1. Обратиться к внутренней среде компании и рассмотреть несоответствия с Гар 1 по Гар 4;
2. Продиагностировать наличие несоответствий с Гар 1 по Гар 4;
3. Определить причины их возникновения;
4. Предпринять корректирующие действия по устранению выявленных причин.

Л. Берри, В. Зейтхамл и А. Парасураман [Berry et al., 1990] рекомендуют проводить измерения качества услуг с использованием методики SERVQUAL с периодичностью раз в полгода или раз в год. Новые измерения, проводимые на следующей стадии процесса, могут продемонстрировать, насколько успешными с точки зрения устранения выявленных Gap оказались предпринятые управленческие корректирующие действия.

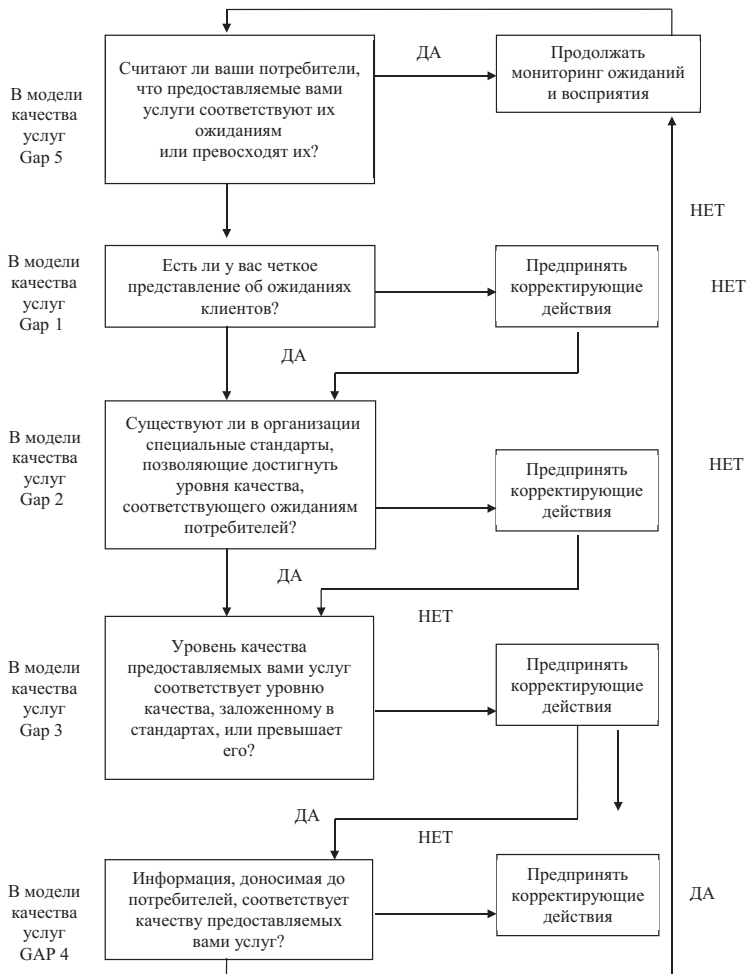


Рис. 3. Модель непрерывного измерения и улучшения качества услуг и ее взаимосвязь с моделью качества услуг
Составлено по: [Berry et al., 1990].

В случае выявления Gap на четырех уровнях на следующей стадии процесса предпринимаются ступенчатые корректирующие действия. Таким образом, процесс измерения и совершенствования качества услуг может быть организован как непрерывный. Однако главный вывод данной статьи заключается в том, что такой процесс должен сопровождаться применением «жестких» методов измерения качества, одним из которых является SQI.

Список литературы

1. *Берешвили Н.* Успеть за 19 минут: Минздрав разработал для врачей временные нормы приема пациентов, 2016. URL: <http://izvestia.ru/news/643551> (дата обращения: 22.05.2017).
2. *Бурцева О.* Оценка текущего уровня качества и доступности медицинского обслуживания в Омской области // Вестник Ом. ун-та. Сер. «Экономика». — 2016. — № 1. — С. 173–178.
3. *Бурцева О., Стукен Т.* Клиентоориентированность медицинских учреждений: ожидания населения и готовность медицинских организаций // Вестник Ом. ун-та. Сер. «Экономика». — 2016. — № 2. — С. 128–134.
4. *Гладкова М., Зенкевич Н., Сорокина А.* Методика интегральной оценки и выбора качества услуг и ее реализация на примере рынка мобильной связи Санкт-Петербурга // Вестник С.-Петерб. ун-та. Серия 8. Менеджмент. — 2011. — № 3. — С. 60–95.
5. *Гренроос К.* Маркетинг услуг: случай отсутствующего // Менеджмент дайджест. — 2004. — № 5. — С. 18–34.
6. *Гренроос К.* Связь логики оказания услуг и маркетинга // Маркетинг услуг. — 2009. — № 1 (17). — С. 2–12.
7. *Джеймс Д.* Критерии качества обслуживания: анализ модели качества обслуживания // Менеджмент дайджест. — 2005. — № 2 (8). — С. 53–70.
8. *Завьялова Н., Сагинова О., Спиринов И.* (ред.) Маркетинговый подход к управлению качеством транспортного обслуживания. — Новосибирск: Изд-во ЦРНС, 2016. — 172 с.
9. *Конец А.* Стандартизованные подходы к совершенствованию качества медицинской помощи в условиях развития конкурентной среды платных медицинских услуг // Проблемы стандартизации в здравоохранении. — 2012. — № 7–8. — С. 45–47.
10. *Лавлок К.* Маркетинг услуг: персонал, технологии, стратегии. — М.: Вильямс, 2005.
11. *Шерешева М., Костянин А.* Клиентоориентированность персонала в государственных организациях здравоохранения России // Вестник С.-Петерб. ун-та. Сер. Менеджмент. — 2015. — № 4. — С. 74–114.
12. *Шуматов В., Крукович Е., Черная И., Кузнецов В., Транковская Л.* Развитие сервисного менеджмента как условие успешной модернизации сферы здравоохранения // Pacific Medical Journal. — 2015. — Vol. 1. — № 5. — С. 5–10.

13. *Шушкин М., Уварина Ю.* Инновационные бизнес-модели медицинских центров: маркетинговый инструментальный анализа реализации бизнес-процессов // *Инновации*. — 2016. — №1.
14. *Berry L., Zeithaml V., Parasuraman A.* Quality Counts in Services // *Business Horizons*. — 1985. — May-June. — P. 44–52.
15. *Berry L., Zeithaml V., Parasuraman A.* The Service-Quality Puzzle // *Business Horizons*. — 1988. — September-October. — P. 35–43.
16. *Berry L., Zeithaml V., Parasuraman A.* Five Imperatives for Improving Service Quality // *Sloan Management Review*. — 1990. — Summer. — P. 29–38.
17. *Chenet C., Tynan A.* The service performance gap: testing the redeveloped causal model // *European Journal of Marketing*. — 2000. — Vol. 34. — No. 4. — P. 472–495.
18. *Cronin J., Taylor S.* SERVPERF versus SERVQUAL // *Journal of Marketing*. — 1994. — Vol. 58. — No. 1. — P. 125–131.
19. *Hamer L.* A confirmation perspective on perceived service quality // *Journal of Services Marketing*. — 2006. — Vol. 20. — No. 4. — P. 219–232.
20. *Kang G.* The hierarchical structure of service quality: integration of technical and functional quality // *Managing Service Quality*. — 2006. — Vol. 16. — No. 1. — P. 37–50.
21. *Kang G., James J.* Service quality dimensions: an examination of Gronroos's service quality model // *Managing Service Quality*. — 2004. — Vol. 14. — No. 4. — P. 266–277.
22. *Novatorov E. V.* An importance-performance approach to evaluating internal marketing in a recreation centre // *Managing Leisure*. — 1997. — No. 2. — P. 1–16.
23. *Parasuraman A., Zeithaml V., Berry L.* A conceptual model of service quality and its implications for future research // *Journal of Marketing*. — 1985. — Vol. 49. — P. 41–50.
24. *Parasuraman A., Zeithaml V., Berry L.* SERVQUAL — A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality // *Journal of Retailing*. — 1988. — Vol. 64. — No. 1. — P. 12–40.
25. *Seth N., Deshmukh S., Vrat, P.* Service quality models: a review // *International Journal of Quality & Reliability Management*. — 2005. — Vol. 22. — No. 9. — P. 913–949.
26. *Wirtz J., Lovelock C.* *Services marketing: People, Technology, Strategy*. 8th ed. — N.J.: World Scientific Publishing Co., 2016.

The List of References in Cyrillic Transliterated into Latin Alphabet

1. *Bereshvili N.* Uspet' za 19 minut: Minzdrav razrabotal dlja vrachej vremennye normy priema pacientov, 2016. URL: <http://izvestia.ru/news/643551> (accessed: 23.05.2017). (In Russian).
2. *Burceva O.* Ocenka tekushhego urovnja kachestva i dostupnosti medicinskogo obsluzhivaniya v Omskoj oblasti // *Vestnik Om. un-ta. Ser. «Jekonomika»*. [Economica]. — 2016. — № 1. — S. 173–178. (In Russian).

3. *Burceva O., Stuken T.* Klientoorientirovannost' medicinskih uchrezhdenij: ozhidanija naselenija i gotovnost' medicinskih organizacij // Vestn. Om. un-ta. Ser. «Jekonomika». [Economica]. — 2016. — № 2. — S. 128–134. (In Russian).
4. *Gladkova M., Zenkevich N., Sorokina A.* Metodika integral'noj ocenki i vybora kachestva uslug i ee realizacija na primere rynka mobil'noj svjazi Sankt-Peterburga // Vestnik S.-Peterb. un-ta. Serija 8. Menedzhment. [Management]. — 2011. — № 3. — S. 60–95. (In Russian).
5. *Grenroos K.* Marketing uslug: sluchaj otsutstvujushhego // Menedzhment dajdzhest. — 2004. — № 5. — S. 18–34. (In Russian).
6. *Grenroos K.* Svjaz' logiki okazanija uslug i marketinga // Marketing uslug. — 2009. — № 1 (17). — S. 2–12. (In Russian).
7. *Dzhejms D.* Kriterii kachestva obsluzhivaniya: analiz modeli kachestva obsluzhivaniya // Menedzhment dajdzhest. — 2005. — № 2 (8). — S. 53–70. (In Russian).
8. *Zavyalova N., Saginova O., Spirin I.* (red.) Marketingovyy podhod k upravleniyu kachestvom transportnogo obsluzhivaniya. — Novosibirsk: Izd-vo TsRNS, 2016. — 172 s.
9. *Konev A.* Standartizovannye podhody k sovershenstvovaniju kachestva medicinskoj pomoshhi v uslovijah razvitija konkurentnoj sredy platnyh medicinskih uslug // Problemy standartizacii v zdravoochranenii. — 2012. — № 7–8. — S. 45–47. (In Russian).
10. *Lavlok K.* Marketing uslug: personal, tehnologii, strategii. — M.: Vil'jams, 2005. — 465 s. (In Russian).
11. *Sheresheva M., Kostanjan A.* Klientoorientirovannost' personala v gosudarstvennyh organizacijah zdravoochranenija Rossii // Vestnik S.-Peterb. un-ta. Ser. Menedzhment. — 2015. — № 4. — S. 74–114. (In Russian).
12. *Shumatov V., Krukovich E., Chernaja I., Kuznecov V., Trankovskaja L.* Razvitie servisnogo menedzhmenta kak uslovie uspešnoj modernizacii sfery zdravoochranenija // Pacific Medical Journal. — 2015. — Vol. 1. — № 5. — S. 5–10. (In Russian).
13. *Shushkin M., Uvarina Ju.* (2016) Innovacionnye biznes-modeli medicinskih centrov: marketingovij instrumentarij analiza realizacii biznes-processov // Innovacii [Innovation]. — 2016. — № 1. — S. 25–39. (In Russian).