Департамент здравоохранения города Москвы

НИИ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И МЕДИЦИНСКОГО МЕНЕДЖМЕНТА

ЛОЯЛЬНОСТЬ ПЕРСОНАЛА МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

МОНОГРАФИЯ

МОСКВА
2021

Государственное бюджетное учреждение города Москвы
«Научно-исследовательский институт организации
здравоохранения и медицинского менеджмента
Департамента здравоохранения города Москвы»

Богдан И. В., Дренева А. А., Праведников А. В.,
Чистякова Д. П.

ЛОЯЛЬНОСТЬ ПЕРСОНАЛА МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

МОНОГРАФИЯ

Москва
2021

УДК 614.23; 331.522; 316
ББК 51.1п; 51.1л
Л86

РЕЦЕНЗЕНТЫ

Паутова Лариса Александровна, д. соц. н., управляющий директор Фонда «Общественное мнение»
Харченко Вера Сергеевна, к. соц. н., доцент кафедры экономики труда и управления персоналом, ФГБОУ ВО «Уральский государственный экономический университет»
Камынина Наталья Николаевна, д. м. н., заместитель директора ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»

Вклад авторов:

Концепт монографии и общая редактура: Богдан И. В.
Введение и заключение: Богдан И. В.
Глава 1: Праведников А. В., Чистякова Д. П., Богдан И. В.
Глава 2: Богдан И. В., Дренева А. А.
Глава 3: Богдан И. В., Праведников А. В., Дренева А. А., Чистякова Д. П.
Вычитка материала и его обсуждение: все авторы.

Л86 **Богдан И. В., Дренева А. А., Праведников А. В., Чистякова Д. П. Лояльность персонала медицинских организаций: теория и практика** // Под общей редакцией И. В. Богдана. – М.: НИИОЗММ ДЗМ, 2021. – 187 с.

При цитировании ссылка на издание и правообладателей обязательна.

ISBN 978-5-907404-73-1

© ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2021
© Коллектив авторов, 2021

ОГЛАВЛЕНИЕ

Обозначения и сокращения 6

Введение 7

Глава I. Лояльность персонала: общая теория 10

1.1 Понятие лояльности персонала 10

1.1.1 Подходы к определению лояльности 10

1.1.2 Соотношение термина «лояльность» со сходными понятиями 17

1.1.3. Виды лояльности 26

1.1.4 Факторы и барьеры лояльности персонала 32

1.1.5 Потенциал и риски в области вовлеченности персонала 46

1.1.6 eNPS и другие методики измерения лояльности персонала 57

Глава II. Лояльность персонала: практические исследования в медицине 66

2.1 Лояльность персонала: группы, факторы, ориентиры (бенчмарки) 66

2.1.1 Отраслевая лояльность персонала системы здравоохранения 66

2.1.2 Лояльность персонала различных подсистем здравоохранения и ее факторы 70

2.2 Лояльность персонала и пандемия 88

2.3 Связь лояльности и статистических показателей: методология, важные группы и обоснование референтных значений 96

2.4 Общее представление о лояльности населения **104**

2.4.1 Лояльность населения и лояльность сотрудников 104

2.4.2 Некоторые исследования лояльности получателей медицинских услуг в здравоохранении 107

Глава III. Лояльность: прикладные рекомендации **123**

3.1 Внедрение мониторинга лояльности: общие положения **123**

3.2 Методология мониторинга лояльности персонала на уровне медицинских организаций: основные положения для стандартизации **126**

3.2.1 Ключевые предпосылки мониторинга 126

3.2.2 Инструментарий исследования 128

3.2.3 Сбор данных 131

3.2.4 Обработка и анализ данных 138

3.3 Систематизация инструментов и знаний о лояльности: интерактивный ресурс **143**

3.4 Управление лояльностью в городе **149**

3.4.1 Общая логика управления лояльностью 149

3.4.2 Общий концепт системы электронного мониторинга лояльности 151

3.5 Некоторые положения по управлению лояльностью на уровне медицинской организации **163**

Заключение **171**

Список использованных источников **173**

Сведения об авторах **187**

ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

BI (business intelligence) – в контексте данной монографии группа компьютерных инструментов и методов, отображающих процессы в удобно читаемом виде, выделяющем их суть/основные моменты и облегчающем аналитику. Частым примером BI являются интерактивные наглядные графики, отражающие исследуемые процессы, выполненные в советующих программах.

CSI (customer satisfaction index) – индекс удовлетворенности клиентов, учитывающий удовлетворенность отдельными аспектами услуг с учетом их важности для респондента.

UX (User eXperience) – область, связанная с опытом пользователя в процессе пользования продуктом, услугой. Сам «опыт» понимается широко – сюда входят ощущения, эмоции, поведение, состояние пользователя и др.

ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ» (НИИОЗММ) – Государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы».

ГКБ – городская клиническая больница.

ДГП – детская городская поликлиника.

ДЗМ – Департамент здравоохранения города Москвы.

ЗОЖ – здоровый образ жизни.

Минздрав России – Министерство здравоохранения Российской Федерации (с 2012 г.).

Минздравсоцразвития России – Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации (2004–2012 гг.).

ММП – младший медицинский персонал.

НИИ – научно-исследовательский институт.

РФ – Российская Федерация.

СМП – средний медицинский персонал.

ВВЕДЕНИЕ

Сегодня, в эпоху обилия недостоверной информации и «фейк-ньюс», усиления общественных конфликтов и нестабильности, падения солидарности и атомизации, общество как никогда нуждается в установлении социальных связей, основанных на доверии.

Система здравоохранения не является исключением. В эпоху глобальных пандемий, роста движения антивакцинаторов, ставящего под угрозу достигнутые успехи вакцинопрофилактики, важно взаимное доверие на всех уровнях между получателями медицинских услуг и представителями системы здравоохранения.

Важно и доверие сотрудников друг к другу, к своим организациям и системе здравоохранения в целом. Сложно говорить о доверии населения, когда профессиональная общность сотрудников медицинских организаций является «расколотой» по этому критерию. Сотрудники включены в общее единое дело улучшения здоровья населения, в котором крайне важна преемственность и скоординированность работ, для чего крайне важно взаимное доверие.

Также критично, чтобы сотрудники выступали трансляторами ценностей системы здравоохранения. Потенциал для транслирования данных ценностей у них есть, как показывают исследования – доверие к медикам в нашем обществе достаточно высоко[1], особенно в период пандемии[2]. Однако сотрудникам будет сложно транслировать ценности системы здравоохранения, если они сами ей не доверяют.

В период пандемии COVID-19 благодаря самоотверженной, тяжелой, ненормированной работе медицинских работников и поддерживавшего их управленческого персонала удалось в значительной мере сгладить смертность от коронавирусной инфекции. Однако что побуждало сотрудников так работать? Какие внутренние ресурсы они задействовали в период максимальной усталости, организационных проблем, так или иначе присутствующих в борьбе с новой инфекцией?

1 Например, см. ВЦИОМ. Врач – самая важная профессия! URL: https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/vrach-samaya-vazhnaya-professiya (дата обращения 20.10.2021).

2 Например, Отчет по результатам мониторинга информированности, восприятия рисков, моделей профилактического поведения и уровня доверия для поддержки мер реагирования на вспышку пандемии (пятая волна) / Е. Аксенова, И. Богдан (основной исследователь), М.Вуйнович, А.Дренева, Н.Камынина, А.Койлю, Т.Колпакова, С.Орлов, А.Праведников, К.Хаберсаат, Д. Чистякова. Москва: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2021. 82 с. [внутренний отчет, на момент написания монографии не издан].

В этом случае мало говорить лишь о доверии. Необходима большая сила, которая побуждает доверять и следовать общему делу вне зависимости от имеющихся проблем, не терять энтузиазм к работе. В этой связи авторам видится важным говорить о высшем уровне доверия, который в рамках данной монографии мы будем называть лояльностью.

Лояльные сотрудники с большей вероятностью будут выступать не просто пассивными исполнителями и ретрансляторами идей, а будут активно вовлекаться в процесс, предлагать свои идеи и проявлять конструктивную инициативу в процессах организации здравоохранения, будут неформально и ответственно подходить к работе. Кадры здравоохранения – это основная его сила, они во многом определяют качество оказываемой помощи и опыт пациента.

С учетом вышесказанного не вызывает удивления, что методологии, связанные с управлением лояльностью персонала, все активнее входят в государственное здравоохранение, они становятся предметом обсуждений на крупнейших отраслевых мероприятиях для специалистов в области медицины и общественных наук[3].

Кроме того, нельзя забывать о развитии коммерческой медицины в нашей стране, ориентированной на прибыль, а также о росте объемов платных услуг в государственных медицинских организациях. Для таких организаций лояльность обладает огромным значением. Собственно, исследования лояльности во многом являются ответом за запросы рынка и изначально были направлены на повышение доходов организации за счет повышения лояльности сотрудников и клиентов.

Но как заслужить лояльность сотрудников? Как ее повысить? Нам важно не просто обозначить ситуацию, но и обозначить направления прикладных действий.

Для ответа на эти вопросы в данной монографии мы пойдем от теоретических вопросов к практике. После того как мы рассмотрим, что такое лояльность сотрудников, какие выгоды и риски несет работа с ней и как ее измерять, мы проанализируем текущую ситуацию с лояльностью сотрудников в здравоохранении. Монография завершится общими рекомендациями по построению мониторинга лояльности и управлению ей на уровне медицинской организации и города.

3 Например, см. Секция 2 «Лояльность сотрудников и пациентов: опыт медицинских организаций» форума «Социология здоровья: здравоохранение, которому доверяют» (2020). URL: https://socforum.niioz.ru/ru/. (дата обращения 20.10.2021).

В значимой мере монография посвящена исследованиям в городе Москве, так как они являются основным предметом экспертизы авторов монографии (при этом обзор литературы свидетельствует, что выявленные в столице тенденции во многом справедливы и для других регионов). Монография обобщает многолетний опыт авторов по исследованию лояльности в рамках медико-социологических исследований, в том числе в ней приводятся данные ряда недоступных публично на момент публикации научно-аналитических работ. Авторы надеются, что монография будет интересна как прикладным, так и академическим специалистам, интересующимся тематикой лояльности работников здравоохранения.

ГЛАВА I. ЛОЯЛЬНОСТЬ ПЕРСОНАЛА: ОБЩАЯ ТЕОРИЯ

1.1 Понятие лояльности персонала

1.1.1 Подходы к определению лояльности

В научной литературе встречается множество подходов к определению лояльности, это связано в т. ч. с разницей в подходах к определению природы лояльности, многокомпонентностью феномена, а также использованием в литературе сходных, часто синонимичных понятий. Множественность подходов к лояльности ставит задачу формирования авторского подхода к определению лояльности персонала, которым мы будем пользоваться в данной монографии; для этого рассмотрим существующие в литературы подходы.

Проведенный обзор показал, что в отечественной научной литературе чаще других можно встретить классификации подходов к лояльности В. И. Доминяка и С. В. Голубкова. В целом в основе их классификации лежит обозначенная ранее разность в подходах к определению природы лояльности. Так, рассматривая взгляды западных специалистов, В. И. Доминяк отмечает, что исследователи до сих пор не пришли к единому мнению: является ли лояльность поведенческим паттерном или же социально-психологической установкой (аттитюдом)[4]: данное направление мыслей приводит в итоге к бинарной классификации подходов к лояльности. В русскоязычных материалах, по мнению автора, существует два подхода – с точки зрения служб безопасности предприятий и с точки зрения служб управления персоналом[5]. В западной научной литературе В. И. Доминяк также выделяет сопоставимые поведенческий и установочный подходы[6].

4 Доминяк В. И. Организационная лояльность: основные подходы // Менеджер по персоналу. 2006. №4. С. 37.

5 Доминяк В. И. Различные подходы к феномену лояльности и безопасности организации // Теория и практика становления и развития школы безопасности (научные, учебные, методические и организационные аспекты) / Сборник тезисов докладов всероссийской научно-практической конференции. СПб.: Изд-во РГПУ им. А. И. Герцена, 2001. С. 31

6 Доминяк В. И. Организационная лояльность: основные подходы // Менеджер по персоналу. 2006. № 4. С. 37.

Аналогично классификации В. И. Доминяка, С. В. Голубков исходит из двойственного рассмотрения природы лояльности персонала: он выделяет внешний (с точки зрения отсутствия нежелательного поведения) и внутренний (лояльность – внутренняя составляющая) подходы к лояльности[7]. Авторы более поздних публикаций[8] в своих работах также используют дихотомию поведенческого и установочного подходов и в ее рамках рассматривают концепции как отечественных, так и зарубежных авторов. При этом стоит отметить, что такое деление во многом является искусственным, это «идеальная» типологизация, в которую могут укладываться не все реальные теории, поскольку многие определения содержат в себе черты как поведенческого, так и установочного подходов. Одна из причин этого в том, что не существует общепринятых критериев разделения представленных авторами концепций. Несмотря на это, в целях анализа нам кажется продуктивным раздельное рассмотрение этих двух подходов.

1.1.1.1 Поведенческий подход

К поведенческому подходу можно отнести концепции отечественных авторов, которые иногда называются подходами с точки зрения экономической безопасности[9] или внешней лояльностью[10]. Отличительной чертой данных подходов является то, что они рассматривают лояльность с точки зрения ее «внешних» поведенческих проявлений. При этом важно отметить, что каждый из авторов обращает внимание на отдельные поведенческие аспекты лояльности, что приводит к тому, что, по мнению В. И. Доминяка, единого подхода к понятию «лояльность» в рамках данной концепции не наблюдается[11].

7 Голубков С. В. Лояльность персонала компании: ее психологическая структура, процесс формирования и методика измерения // Управление персоналом. 2004. № 10 (87). С. 62.

8 См, например, Челнокова Н. Ю. Лояльность сотрудников как способ повышения эффективности управления персоналом организации // Инновационная наука. 2015. №11-1. С. 277-281; Иванова Н.Е. Лояльность персонала как феномен // Научный вестник Южного института менеджмента. 2019. № 2(26). С. 23-28.

9 Доминяк В. И. Различные подходы к феномену лояльности и безопасности организации // Теория и практика становления и развития школы безопасности (научные, учебные, методические и организационные аспекты) / Сборник тезисов докладов всероссийской научно-практической конференции. СПб.: Изд-во РГПУ им. А. И. Герцена, 2001. С. 31.

10 Голубков С. В. Лояльность персонала компании: ее психологическая структура, процесс формирования и методика измерения // Управление персоналом. 2004. № 10 (87). С. 62.

11 Доминяк В. И. Различные подходы к феномену лояльности и безопасности организации // Теория и практика становления и развития школы безопасности (научные, учебные, методические и организационные аспекты) / Сборник тезисов докладов всероссийской научно-практической конференции. СПб.: Изд-во РГПУ им. А. И. Герцена, 2001. С.31.

Зачастую с позиции этой концепции работников рассматривают сотрудники службы безопасности, которые концентрируются на негативных аспектах: например, исходят из того, что работник по умолчанию не является лояльным. Так, говоря о «внешней лояльности», С. Голубков дает определение лояльности как отсутствия у работников нежелательного поведения, и синонимом лояльности в этом случае выступает термин «благонадежность».

По мнению А. В. Коврова, нелояльных сотрудников нужно рассматривать не иначе как «преступников», которых он определяет как лиц, «сознательно действующих в ущерб своей организации, а также профессионально непригодных сотрудников, в действиях которых нет злого умысла»[12]. Работа с такими сотрудниками включает их проверку, тестирование, а также разработку систем морального и материального стимулирования.

В контексте поведенческого подхода важно, что зарубежные авторы, его придерживающиеся, а также ряд отечественных авторов, адаптирующих западные концепции, обращают внимание, что даже разовые действия приводят к изменению поведения индивида, если эти действия являются добровольными и публичными, а изменение публичной линии поведения связано для человека с определенными трудностями. Исходя из этого, лояльность работников может быть обусловлена совершенными ранее публичными действиями, не позволяющими впоследствии изменить линию поведения[13].

Вышесказанному близко другое важное направление в рамках поведенческого подхода – рассмотрение лояльности как по сути рыночного процесса (взаимовыгодного обмена между организацией и сотрудником). Так, Г. Беккер отмечал, что «лояльность – это результат некой «ставки» (под ставкой в данном случае могут пониматься навыки работника, его время, опыт, возраст и др. вложенные им в организацию ресурсы. – Прим. авт.), которую делает человек, связывая «внешние интересы с соответствующим направлением своей деятельности»[14].

Лояльность работника возникает по мере увеличения размера «ставки» и может быть результатом того, что:

12 Ковров А. В. Лояльность персонала. М.: Бератор, 2004. С.48.

13 Доминяк В. И. Организационная лояльность: основные подходы // Менеджер по персоналу. 2006. № 4. С. 37.

14 Цит по: Демушина О. Н. Факторы, влияющие на лояльность персонала // Азимут научных исследований: психология и педагогика. 2015. № 1(10). С. 66.

1. Сумма вложенных инвестиций в организацию видится работнику соответствующей получаемым вознаграждениям.
2. Возможности занятости в другом месте оцениваются работником как более ресурсозатратные (требующие большей ставки).
3. Происходит сокращение возможностей для занятости в другом месте (страх не найти другую работу из-за возраста и др. причин)[15].

Аналогично Л. Хребениак и Д. Аллуто определяли приверженность как желание вкладываться в организацию, которое определяется восприятием вознаграждений, полученных от организации, в отношении к расходам, понесенным для получения этих наград[16].

Из работ отечественных авторов о взаимообмене говорилось у О. Дейнеки, который определил лояльность как приверженность делу фирмы, появляющуюся благодаря эффективной подготовке кадров, идентификации личных интересов с успехом компании и, наконец, человеческой связи между подчиненным и его начальником. Он отмечает, что «работники платят своей лояльностью, а руководство заботится об их благосостоянии и удовлетворении их личных потребностей»[17].

Таким образом, выделяя характерные черты теорий в рамках поведенческого подхода, можно говорить о том, что он концентрируется на внешних проявлениях лояльности (публичных действиях), зачастую рассматривает процесс установления лояльности как «торг», на который сотрудник выдает свою «ставку» в виде усилий и иных ресурсов, а также фокусируется скорее на негативных последствиях нелояльности.

1.1.1.2 Установочный подход

Данный подход рассматривает лояльность в целом как отношение сотрудника к организации: «эмоционально положительное отношение работника к организации, предполагающее готовность разделять ее цели и ценности, а также напряженно трудиться в ее интересах».[18] С позиции данного подхода нет четкого различия между

15 Доминяк В. И. Организационная лояльность: основные подходы // Менеджер по персоналу. 2006. № 4. С. 37.

16 Hrebiniak L. G., Alutto J.A. Personal and Role-Related Factors in the Development of Organizational Commitment // Administrative Science Quarterly. 1972. Vol. 17. № 4. P. 570.

17 Дейнека О. С. Экономическая психология: Учеб. пособие. СПб.: Изд. СПбГУ, 2000. С.124.

18 Доминяк В. И. Различные подходы к феномену лояльности и безопасности организации

понятиями «лояльность», «приверженность» и англоязычным термином «commitment», которые могут быть использованы как синонимичные[19].

Как видно из приведенного определения, в рамках данного подхода авторы более склонны акцентировать именно положительные стороны лояльности. Так, по мнению С. Коростелевой, лояльность – «позитивное, благожелательное, корректное, уважительное, честное отношение к компании, руководителю и сотрудникам, соблюдение существующих корпоративных правил и норм, предписаний, кодексов даже при несогласии с ними; это преданность во всех помыслах и начинаниях»[20]. Л. Портер определял лояльность как «готовность сотрудника прилагать большие усилия в интересах организации, большее желание оставаться в данной компании, принятие ее основных целей и ценностей»[21].

Или же определение В. И. Доминяка, который на основании опроса специалистов о том, что такое лояльность, дал следующее определение: «Лояльность персонала – это доброжелательное, корректное, искреннее, уважительное отношение к руководству, сотрудникам, иным лицам, их действиям, к компании в целом; осознанное выполнение сотрудником своей работы в соответствии с целями и задачами компании, а также соблюдение норм, правил и обязательств, включая неформальные, в отношении компании, руководства, сотрудников и иных субъектов взаимодействия»[22].

К. В. Харский говорит о том, что «лояльность – это явление, характеризующееся следующим: чувство гордости и преданности; способность и готовность смириться с одними требованиями и глубоко принять другие; стремление сохранить свое рабочее место; желание сделать свою работу наилучшим образом; осознанное соблюдение принятых правил»[23]. При этом стоит отметить, что есть авторы, которые придерживаются и более «нейтрального» подхода к определению лояльности. Так, например, С. В. Голубков дает более обобщенное определение, когда лояльность представляет собой специфическое состояние сотрудника, его установки по отношению к организации и своему руководству[24].

Также популярным является определение Р. Моудея, согласно которому приверженность (лояльность) – это «относительная степень идентификации индивида и его вовлеченности в конкретную организацию»[25]. Например, Т. Чистякова и Н. Моисеенко в своих работах отмечают, что лояльный сотрудник «идентифицирует себя с организацией, где он работает, связывает с деятельностью в ней свои успехи и неудачи во всех сферах жизни»[26].

По итогу мы видим, что установочный подход больше концентрируется на том, что переживает сотрудник по отношению к руководству, коллегам и организации в целом, большее внимание уделяется положительным аспектам лояльности, в отличие от авторов, придерживающихся поведенческого подхода. Важным в контексте установочного подхода является понятие идентификации.

1.1.1.3 Комбинированные подходы

Рассматривая определения лояльности, мы опять же видим, что многие определения несут в себе черты поведенческого и установочного подходов. Тот же С. В. Голубков говорит, что, несмотря на плодотворность описанных подходов, полезно рассмотреть лояльность как «качество личности сотрудников, которое не присутствует только лишь «вне» или «внутри» человека, а которое формируется в процессе взаимоперехода этих двух планов...»[27].

В этой связи не случайно существование попыток объединения нескольких подходов к изучению лояльности в один. В частности, как пример комбинирования подходов можно привести широко используемую в настоящий момент *трехкомпонентную концепцию* Дж. Мейера и Н. Аллена. Отличительной чертой этой концепции явля-

// Теория и практика становления и развития школы безопасности (научные, учебные, методические и организационные аспекты) / Сборник тезисов докладов всероссийской научно-практической конференции. СПб.:Изд-во РГПУ им. А.И.Герцена, 2001. С.31.

19 Там же.

20 Коростелева С.В. Что посеешь, то и пожнешь // Отдел кадров. 2004. №11. С.126.

21 Porter L.W., Steers R.M., Boulian P.V. Organizational Commitment, Job Satisfaction and Turnover among Psychiatric Technicians. Technical Report №16. 1973. P. 13-14.

22 Доминяк В. И. Лояльность персонала как социально-психологическая установка. // Персонал-Микс. 2002. № 5. С. 73.

23 (Харский К. В., 2003) Цит. по: Челнокова Н.Ю. Лояльность сотрудников как способ повышения эффективности управления персоналом организации // Инновационная наука. 2015. № 11-1. С. 277.

24 Голубков С. В. Лояльность персонала компании: ее психологическая структура, процесс формирования и методика измерения // Управление персоналом. 2004. №10 (87). С. 62.

25 Ребзуев Б. Г. Четырехмерная модель аффективной преданности работников организации: опыт применения на российской выборке // Психологический журнал. 2006. Т. 27. № 2. С. 44-59.

26 Чистякова Т. Н., Моисеенко Н. В. О лояльности, организационных конфликтах и развитии организации (заметки на полях исследования) // Новая перспектива. 2000. С. 114-125.

27 Голубков С. В. Лояльность персонала компании: ее психологическая структура, процесс формирования и методика измерения // Управление персоналом. 2004. № 10 (87). С.62.

ется то, что установочный компонент в данном случае по сути расщепляется на аффективные (эмоциональные) элементы и нормативные (моральные обязательства сотрудников), а поведенческий компонент представлен уже упомянутым «торгом». В рамках подхода связь между сотрудниками и организацией может быть обоснована осознанием цены ухода, эмоциональной привязанностью и ощущением обязательств[28]. В зависимости от преобладания одного из компонентов лояльности авторы выделили три типа лояльности:

- Аффективная лояльность – эмоциональная привязанность к организации, характеризующаяся идентификацией себя с организацией, вовлеченностью и удовлетворенностью от факта членства в организации[29]. Сотрудник остается частью организации, потому что *хочет* этого.
- Продолженная лояльность – осознание невозможности ухода из организации из-за больших затрат, связанных с переходом на новое место работы[30]. Сотрудник остается в организации, потому что ему это *выгодно*.
- Нормативная лояльность – осознание ответственности перед организацией[31]. Сотрудник остается в организации из-за *чувства долга*.

По итогам рассмотрения существующих подходов мы можем видеть необходимость системного подхода к изучению лояльности персонала. Более продуктивным нам видится говорить не об отдельных «видах» лояльности, а об отдельных компонентах лояльности как многоуровневого феномена, который включает в себя разнообразные как установочные, так и поведенческие компоненты.

28 Allen N.J., Meyer J.P. The measurement and antecedents of affective, continuance and commitment to the organization // Journal of Occupotional Psychology. 1990. № 63. P. 1-18.

29 Ibid. P.2.

30 Ibid. P.2-3.

31 Ibid. P.3

1.1.2 Соотношение термина «лояльность» со сходными понятиями

Предваряя выделение ключевых аспектов лояльности, необходимо обратить внимание на использование авторами концепций большого числа схожих с лояльностью терминов: «благонадежность», «приверженность», «организационная идентичность», «вовлеченность», «удовлетворенность», «доверие». Возникает вопрос, взаимозаменяемы ли данные понятия? Равнозначны ли они? Каким образом они соотносятся между собой?

1.1.2.1 Лояльность и благонадежность

Существуют авторы, разделяющие данные понятия. Так, О. Шипилова отмечает, что термин «благонадежность» неразрывно связан со следованием нормам, правилам, законам организации, а лояльность же – верность, преданность сотрудника целям и ценностям компании, осуществление деятельности, которая поддерживает и помогает реализовать эти цели. То есть благонадежность сотрудника указывает на степень нормативности его поведения по отношению к компании, а лояльность – на степень принятия компании сотрудником и терпимость к ней[32]. Однако встает вопрос, насколько полезно с точки зрения практики такое деление и интересны ли нам, например, лояльные, но не благонадежные сотрудники?

В целом такой подход скорее противоречит уже принятому нами подходу к лояльности как к многокомпонентному феномену, включающему поведенческие и установочные компоненты. Более того, уже приводилась позиция, согласно которой благонадежность выступает синонимичным лояльности понятием при «узком» подходе к рассмотрению лояльности – определении последней как отсутствия у работников нежелательного поведения. Исходя из этого, в рамках данной монографии мы рассматриваем лояльность как более широкое по отношению к благонадежности понятие.

1.1.2.2 Лояльность и приверженность

С одной стороны, мы можем наблюдать различия в толковании лояльности и приверженности. Так, например, отечественными авторами стала использоваться доработанная М. И. Магурой и М. Б. Курбатовой трехкомпонентная концепция Дж. Мейера и Н. Аллена. Они

32 Шипилова О. Лояльность персонала – необходимое условие успешности компании // Кадры предприятия. 2004. №4. URL: http://www.kapr.ru/articles/2004/4/3851.html (дата обращения: 20.10.2021).

рассматривали лояльность как составную часть приверженности – психологического синтеза, который включает в себя положительное ощущение работника от принадлежности своей организации, выраженное в его намерении действовать ей во благо, достигая поставленных целей и стремясь как можно дольше оставаться частью организации[33]. По их мнению, организационная приверженность имеет три составляющие:

- идентификацию – гордость сотрудников за организацию, принятие организационных целей и ценностей;
- вовлеченность, определяемую как готовность вносить свой вклад в достижение поставленных задач;
- лояльность, характеризуемую как эмоциональная связь работника со своей организацией[34].

Представления о приверженности как о более высоком уровне по сравнению с лояльностью разделяет и ряд других исследователей (А. Л. Потеряхин[35], В. В. Морозов[36] и др.).

При этом в научной литературе можно также найти и примеры, согласно которым представленные понятия можно рассматривать как синонимичные[37]. Так, по мнению В. И. Доминяка, «в западных источниках лояльность рассматривается аналогично преданности, приверженности. Вряд ли имеет смысл вносить терминологическую путаницу у нас»[38]. Н. Е. Иванова также приходит к выводу о том, что термины «лояльность» и «приверженность», равно как и ряд других, стоит интерпретировать как синонимичные[39].

33 Магура М. И., Курбатова М. Б. Современные персонал-технологии // Управление персоналом. 2001. № 6. С.45-50.

34 Магура М. И., Курбатова М. Б. Современные персонал-технологии // Управление персоналом. 2001. № 6. С.45-50.

35 Потеряхин А.Л. Организационная лояльность персонала: определение понятия // Лаборатория информационно-психологических технологий Александра Потеряхина. URL: https://labipt.com/%D0%9E%D1%80%D0%B3%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%B7%D0%B0%D1%86%D0%B8%D0%BE%D0%BD%D0%BD%D0%B0%D1%8F%D0%BB%D0%BE%D1%8F%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8C%D0%BF%D0%B5%D1%80%D1%81%D0%BE%D0%BD%D0%B0%D0%BB/ (дата обращения: 20.10.2021).

36 Морозов В. В. Показатели мотивации в формировании лояльности персонала: пример исследования // Вестник ЮУрГУ. 2010. №27. С.56-62.

37 Дейнека О. С. Экономическая психология: Учеб. пособие. СПб.: Изд. СПбГУ, 2000. С.124.

38 Доминяк В. И. «“Лояльность – причинение пользы» // Отдел кадров. 2004. №11. С.103.

39 См., например, Иванова Н. Е. Лояльность персонала как феномен // Научный вестник Южного института менеджмента. 2019. № 2(26). С. 23-28.

Стоит отметить, что «идентификацию», которая также является элементом приверженности в концепции М. И. Магуры и М. Б. Курбатовой, в других концепциях мы наблюдали как важнейшую часть лояльности[40].

Авторы склоняются к позиции исследователей, говорящих о синонимичности данных понятий, и в монографии будут придерживаться ее.

1.1.2.3 Лояльность и идентификация

В продолжение приведенных в предыдущем разделе данных о том, что идентификация является частью приверженности/лояльности (а также приведенных подходов Р. Моудея, Дж. Мейера и Н. Аллена), можно привести и другие исследования. Так, Я. В. Берлизева отмечает, что в основе идентификации лежит осознание организационных целей как собственных. Идентификация зависит от того, в какой мере люди: информированы о положении дел в организации, о разрешении значимых для них проблем; видят единство собственных целей и целей организации; гордятся самим фактом своей работы в данной организации; считают справедливой оценку своего труда со стороны организации. По ее мнению, идентификация выступает одним из компонентов конструкта «организационной лояльности»[41]. Близкие взгляды высказывал Л. Портер[42].

Также в качестве еще одного примера, иллюстрирующего аналогичный подход в работах отечественных исследователей, можно еще раз упомянуть определение лояльности О. Дейнеки: «лояльность – приверженность делу фирмы, появляющаяся благодаря эффективной подготовке кадров, идентификации личных интересов с успехом компании и, наконец, человеческой связи между подчиненным и его начальником»[43].

Таким образом, приведенные работы говорят в пользу того, что идентификацию и организационную идентичность (как итог процесса идентификации) можно рассматривать как часть общей лояльности.

40 См., например, Челнокова Н. Ю. Лояльность сотрудников как способ повышения эффективности управления персоналом организации // Инновационная наука. 2015. № 11. С. 278.

41 Берлизева Я.В. Интегральная модель организационной лояльности персонала // Вестник КемГУ. 2013. Т.2. №4(56). С.176.

42 Porter L.W., Steers R.M., Boulian P.V. Organizational Commitment, Job Satisfaction and Turnover among Psychiatric Technicians. Technical Report №16. 1973. P. 13-14.

43 Дейнека О.С. Экономическая психология: Учеб. пособие. СПб.: Изд. СПбГУ, 2000. С.124.

1.1.2.4 Лояльность и вовлеченность

В литературе определяется положительная связь вовлеченности в работу и организационной лояльности[44], однако соотношение между ними неоднозначно у различных авторов.

Так, с точки зрения Я. В. Берлизевой, вовлеченность может рассматриваться как часть лояльности, при этом именно она в большей мере, в сравнении с иными компонентами лояльности (организационная приверженность, идентификация), связана с результативностью и эффективностью сотрудников, а также коррелирует с прибылью компании[45]. Скорее противоположный взгляд можно найти у AON Hewitt, которые предлагают модель вовлеченности, составной частью которой является конструкт, близкий по формулировке к тем, которыми измеряется лояльность («я бы обязательно порекомендовал эту организацию своему другу, который ищет трудоустройства»). В рамках предложенной модели он относится к домену вовлеченности, связанному с вербальной поддержкой («say»)[46]. Для «ЭКОПСИ Консалтинг» лояльность – один из базовых блоков вовлеченности, однако здесь лояльности приписывается другое наполнение: «позитивное отношение к компании и ее бренду, стремление продолжать свою работу в компании»[47].

Другие авторы пытаются развести данные два понятия. Например, Чуланова О. Л., Припасаева О. И. приводят мнение, что в основе лояльности лежит одностороннее принуждение работника работодателем, и в этом смысле существенным фактором выступают условия, в которых сотрудник выполняет свои трудовые функции. Лояльный сотрудник рационально относится к компании, в которой работает, так как компания «привязывает» сотрудника оплатой труда, мотивационными программами и программами удержания. Вовлеченность же с данной точки зрения – показатель двусторонних отношений «организация–работник». При этом работник готов прилагать дополнительные усилия, в т. ч. выходящие за рамки своего функционала, а также рекомендовать свою компанию в качестве надежного работодателя[48]. Об определении вовлеченности как необходимости дополнительных вложений усилий работника, выходящих за пределы норм и регламента, говорили и другие авторы[49].

В целом в литературе мы не видим однозначного соотнесения понятий вовлеченности и лояльности, а ряд подходов к их разделению противоречит друг другу, что является следствием того, что понимание авторами самого термина «вовлеченность» различается значимым образом. Также ряд приведенных трактовок понятия «лояльность» противоречит принятому ранее в монографии подходу к лояльности.

Ввиду такой неопределенности, авторы считают возможным рассмотрение и этого конструкта, как соотносимого с лояльностью или ее факторами. Авторам видится, что истинно лояльный сотрудник будет определенно вовлечен в деятельность организации, понимается ли вовлеченность как поведенческая характеристика или установочная.

1.1.2.5 Лояльность и удовлетворенность

В научной литературе удовлетворенность и лояльность персонала рассматриваются как зависимые конструкты. По результатам ряда исследователей была показана их связь: когда сотрудники удовлетворены своей работой, они лояльны к организации[50].

В то же время о равнозначности указанных конструктов говорить не приходится. Авторы[51] все же скорее склоняются к мнению о более широком понятии лояльности по сравнению с удовлетворен-

44 Берлизева Я.В. Интегральная модель организационной лояльности персонала // Вестник КемГУ. 2013. Т.2. №4(56). С.176.

45 Берлизева Я.В. Интегральная модель организационной лояльности персонала // Вестник КемГУ. 2013. Т.2. №4(56). С.176.

46 Aon Hewitt's Model of Employee Engagement. 2015. URL: https://www.asia.aonhumancapital.com/document-files/thought-leadership/people-and-performance/model-of-employee-engagement.pdf (accessed 17.12.2021).

47 Онучин А. Изучение вовлечения // Вовлеченность. Сборник статей. М., 2014. С. 8.

48 Чуланова О.Л., Припасаева О.И. Вовлеченность персонала организации: основные подходы, базовые принципы, практика использования в работе с персоналом // Вестник евразийской науки. 2016. Т.8. №2(33). URL: https://cyberleninka.ru/article/n/vovlechennost-personala-organizatsii-osnovnye-podhody-bazovye-printsipy-praktika-ispolzovaniya-v-rabote-s-personalom (дата обращения: 20.10.2021).

49 См, например, Гвоздева С.М. Непараметрический статистический анализ вовлеченности персонала в организации // Изв. Сарат. ун-та Нов. сер. Сер. Экономика. Управление. Право. 2014. Т. 14. Вып. 4. С. 639; Игнатьева Т.А. Соотношение понятий «удовлетворенность», «вовлеченность», «лояльность», «идентификация» и «приверженность» // Российская наука: актуальные исследования и разработки: сборник научной статей VII Всероссийской научно-практической конференции. 2019. Самара: Самарский государственный экономический университет. С. 114-118.

50 Берлизева Я. В. Интегральная модель организационной лояльности персонала // Вестник КемГУ. 2013. Т.2. № 4(56). С.175.

51 См, например, Захарова М. А. К вопросу об оценке уровня удовлетворенности качеством медицинских услуг, предоставляемых «медицинскими учреждениями выбора» // Экономические и гуманитарные исследования регионов. 2015. № 4. С.55-60. С.59; Серкова Н.В. Философская категория веры, явления доверия и лояльности в информационном обществе // Трансформация научных парадигм и коммуникативные практики в информационном социуме. 2013. С. 165.

ностью: «Лояльность всегда основывалась на удовлетворенности сотрудников важными для них аспектами работы в организации и появляется тогда, когда планирование жизни сотрудника совпадает со стратегическим планированием развития организации, когда он не только разделяет ценности организации, но и верит, что состоится в ней» [52].

Исходя из такой позиции, удовлетворенность можно рассматривать отчасти как компонент или один из факторов лояльности, базис для ее построения.

1.1.2.6 Лояльность и доверие

Ряд проведенных эмпирических исследований подтвердили наличие взаимосвязи между организационной лояльностью и доверием сотрудников к организации. В частности, результаты исследований сестринского персонала показали, что организационное доверие (включает в себя доверие к учреждению в целом, доверие к руководству и доверие к коллегам) положительно влияет на приверженность организации[53].

При этом, говоря о соотношении данных понятий, ряд исследователей отмечает, что организационное доверие – это общее чувство доверия к организации, в то время как организационная приверженность – это серия действий, демонстрируемых сотрудником после установления организационного доверия. То есть доверие организации относится к мыслям, тогда как приверженность организации относится к действиям[54].

В то время как мы можем принять взаимосвязь доверия и лояльности, последний подход (отнесение приверженности/лояльности только к области действий) противоречит приятому нами подходу к исследованию лояльности. Более релевантным видится соотношение между показателями лояльности, доверия и удовлетворенности, в котором последние представляют собой более низкий уровень по отношению к первому. Такие концепции можно найти, собственно, и в исследованиях в сфере здравоохранения.

52 Серкова Н.В. Философская категория веры, явления доверия и лояльности в информационном обществе // Трансформация научных парадигм и коммуникативные практики в информационном социуме. 2013. С.165

53 Chen S.-Y. et al. Organizational justice, trust, and identification and their effects on organizational commitment in hospital nursing staff // BMC Health Serv Res. 2015. № 15. URL: https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12913-015-1016-8.pdf (accessed 20.10.2021).

54 Например, Миронова Е. Б., Вольвич Ю. К. Доверие к организации как фактор формирования лояльности сотрудников // Психология труда и управления в современной России: организация, руководство и предпринимательство. 2014. С.397.

Так, по результатам исследования медицинских сестер Ченьем и соавторами была предложена концептуальная схема формирования организационной приверженности: ощущение справедливости (распределения задач, вознаграждений и т.п.) усиливает доверие к организации и идентичность с организацией, что, в свою очередь, усиливает организационную приверженность. Упрощенное схематическое отображение [модель упрощена авторами монографии, в числе прочего из модели исключены проверяемые авторами статьи гипотезы] их подхода представлено на рис. 1[55].

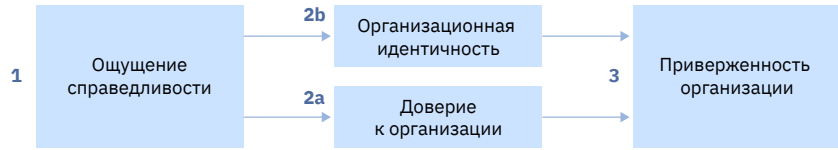

Рисунок 1. Формирование приверженности организации

«Подчиненное» положение удовлетворенности и доверия можно увидеть также в исследовании ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», посвященном вопросам лояльности в здравоохранении. В аналитическом докладе «Некоторые особенности восприятия системы здравоохранения населением» авторы пишут (см. рисунок 2): «За переменную верхнего уровня принята лояльность. Значительный вклад в ее формирование вносит удовлетворенность, основанная на приобретенном опыте при взаимодействии с системой здравоохранения. При постоянном взаимодействии на основе опыта формируется межличностное доверие (например, доверие лечащему врачу), а также институциональное доверие конкретной медицинской организации (в т. ч. оценка предоставляемого сервиса). Отдельно рассматривается системное доверие, в основе которого лежат представления о системе здравоохранения, сформированные под влиянием средств массовой информации и общественного мнения. В результате обобщения опыта и иной информации формируется общая оценка системы здравоохранения и на ее основе – лояльность, под которой понимается толерантность к частным неудовлетворительным аспектам помощи (положительный настрой вне зависимости от имеющихся недостатков)»[56] . Хотя в данном примере речь идет о лояльности населения

55 Схема составлена на основе модели, представленной в Chen S.-Y. et al. Organizational justice, trust, and identification and their effects on organizational commitment in hospital nursing staff // BMC Health Serv Res. 2015. № 15. URL: https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12913-015-1016-8.pdf (accessed 20.10.2021).

56 Богдан И. В., Чистякова Д. П., Гурылина М. В., Габов К. И. Некоторые особенности восприятия

системе здравоохранения, авторы склонны считать, что схожие тенденции можно наблюдать и в отношении медицинского персонала, когда удовлетворенность (1) и доверие (2) можно рассматривать как фундамент лояльности (3), будь то лояльность получателя услуг или сотрудника.

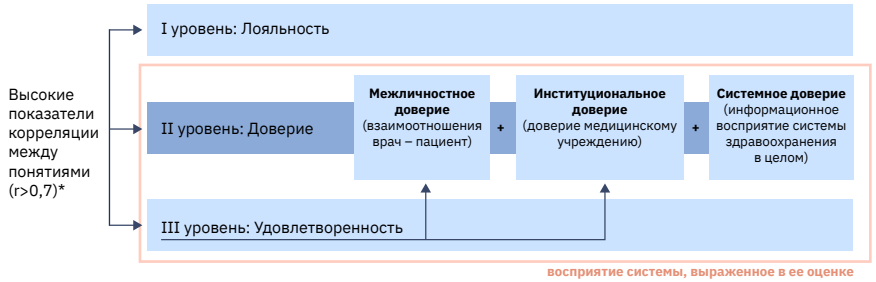

Рисунок 2. Соотношение понятий «удовлетворенность», «доверие», «лояльность». Под звездочкой приведен коэффициент корреляции между лояльностью и удовлетворенностью, по данным исследований ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»[57]

Завершая рассмотрение предыдущих разделов, можно сделать следующие выводы.

Во-первых, в научной литературе не выработано однозначного подхода к соотношению терминов «лояльность», «приверженность», «вовлеченность», «идентичность» и других близких терминов. Их употребление во многом опосредовано исходными установками исследователей, что является в целом типичным для гуманитарных исследований, зачастую достаточно «свободных» в плане определения понятий (1).

Среди других возможных причин расхождения взглядов экспертов по данному вопросу авторам монографии также видятся ориентация на зарубежные подходы, предполагающая в т. ч. неоднозначный перевод используемых терминов на русский язык (2); а также культура необходимости привнесения научной новизны (3). В последнем случае при попытке создания собственных научных конструктов зачастую теряется преемственность научного знания.

системы здравоохранения населением. Аналитический доклад. Москва: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2020. С. 4.

57 Богдан И. В., Чистякова Д. П., Гурылина М. В., Габов К. И. Некоторые особенности восприятия системы здравоохранения населением. Аналитический доклад. Москва: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2020. С. 4. Также см. отечественные исследования, например, Захарова М. А. К вопросу об оценке уровня удовлетворенности качеством медицинских услуг, предоставляемых «медицинскими учреждениями выбора» // Экономические и гуманитарные исследования регионов. 2015. № 4. С. 55-60.

В связи с этим авторы считают, что цель и задачи исследования должны определять контекст использования понятия, и критичным в первую очередь является обозначение того, что автор понимает под понятием, а не спор о том, в чем «объективный» смысл понятия. Авторский подход состоит в следующем.

Лояльность мы будем понимать как высший уровень положительного отношения, доверия и удовлетворенности по отношению к объекту лояльности (системе здравоохранения в целом, организации, руководству, коллегам), она выражается в т. ч. в соответствующих инициативных действиях, направленных на благо/в соответствии с задачами объекта лояльности и толерантности к его частным недостаткам[58]. В свою очередь, удовлетворенность можно рассматривать как основу доверия, а его, в свою очередь, как базу для лояльности.

Лояльность сама по себе является сложным многокомпонентным конструктом, включающим как установочные, так и поведенческие компоненты. Мы рассматриваем лояльность как единство соответствующего поведения и установок, в рамках данного подхода нам не интересны кейсы положительных установок, которые не реализуются в соответствующем поведении или поведенческая имитация лояльных установок (однако нельзя не признать, что такой подход порождает ряд методических требований и вызовов, например, по отделению «истинной» лояльности от формально декларируемой).

«Приверженность», «вовлеченность», «идентичность», «благонадежность» мы склонны с позиций нашего подхода считать либо контекстуальными синонимами, либо составными частями лояльности[59]. В связи с этим в дальнейшем повествовании (при рассмотрении признаков, факторов и барьеров, выгод и т. д.) мы вслед за такими авторами, как О. С. Дейнека[60], В. И. Доминяк[61], Н. Е. Иванова[62] и рядом других, будем рассматривать их как синонимы, без дополнительного указания внутренней связи между ними.

58 Т. е. готовности мириться с ними, восприятия их неважными или значительно менее важными, чем воспринимаемые плюсы.

59 При этом еще раз необходимо подчеркнуть, что мы не претендуем на абсолютность приведенного определения, согласны признать его контекстуальность и полностью признаем право других экспертов не соглашаться с таким подходом в контексте своих исследований.

60 Дейнека О. С. Экономическая психология: Учеб. пособие. СПб.: Изд. СПбГУ, 2000. С.124.

61 Доминяк В. И. «Лояльность – причинение пользы» // Отдел кадров. 2004. № 11. С. 102-105.

62 Иванова Н. Е. Лояльность персонала как феномен // Научный вестник Южного института менеджмента. 2019. №2(26). С.23-28.

1.1.3. Виды лояльности

В предыдущем разделе была задана общая рамка понимания лояльности. Однако приведенные в литературе данные позволяют конкретизировать данное понятие. Например, Т. В. Позднякова описывает 10 упоминаемых в литературе признаков лояльного поведения[63]:

- отсутствие намерения уволиться из организации, стремление сохранить рабочее место (Харский К. В.[64])
- отсутствие случаев намеренного нанесения ущерба организации (Ковров А. В.[65])
- честное и добросовестное выполнение своих обязанностей (Доминяк В. И.[66])
- предпочтение интересов компании личным, готовность идти на жертвы (Скрипунова Е. А.[67])
- отсутствие разделения обязанностей на «свои» и «чужие», неравнодушие к делам компании (Харский К. В.[68], Скрипунова Е. А.[69])
- заинтересованность в выполняемой работе, желание выполнить ее наилучшим образом (Серединова Е.[70])
- неоспоримость руководителя, готовность выполнять указания (Калабин А.[71])
- отсутствие выраженных претензий к организации и руководству (Скрипунова Е. А.[72])

63 Позднякова Т. В. Лояльность персонала организаций: анализ теоретико-методологических и методических аспектов // Перспективы науки и образования. 2013. № 2. С. 98-99.

64 Харский К. В. Благонадежность и лояльность персонала. СПб: Питер, 2003. 496 с.

65 Ковров А. В. Лояльность персонала. М.: Бератор, 2004. 168 с.

66 Доминяк В. И. Организационная лояльность: модель реализации ожиданий работника от своей организации: дисс. на соиск. уч. ст. канд. псих. н., СПб, СПбГУ. 2006. 280 с.

67 (Скрипунова Е., 2009) Цитата по: Позднякова Т.В. Лояльность персонала организаций: анализ теоретико-методологических и методических аспектов // Перспективы науки и образования. 2013. № 2. С. 98.

68 Харский К. В. Благонадежность и лояльность персонала. СПб: Питер, 2003. 496 с.

69 (Скрипунова Е., 2009) Цитата по: Позднякова Т.В. Лояльность персонала организаций: анализ теоретико-методологических и методических аспектов // Перспективы науки и образования. 2013. № 2. С. 98.

70 Серединова Е. Лояльность – это миф? // Лояльность персонала: Альманах. Под ред. Т. Асланова. М.: Имидж-Медиа, 2009. С. 6-9.

71 Калабин А. Наш человек – не наш человек // Отдел кадров. 2004. № 11. С. 129-130.

72 (Скрипунова Е., 2009) Цитата по: Позднякова Т.В. Лояльность персонала организаций: анализ

- открытость и готовность к диалогу с руководством (Калабин А.[73])
- включенность в организационную культуру, готовность к взаимодействию с коллегами (Коростелева С.[74]).

Из перечисленных характеристик можно в целом согласиться со всеми, однако именно для авторского подхода к лояльности их вес не одинаков. Например, отсутствие случаев намеренного нанесения ущерба организации является крайне «слабым» фактором для лояльности как для высшей степени доверия и удовлетворенности, в то время как «предпочтение интересов компании личным, готовность идти на жертвы» гораздо ближе к нашему пониманию лояльности.

Ценность модели Т. В. Поздняковой скорее в соотнесении данных признаков лояльности с объектами лояльности. Так, на основании указанных трактовок автор формирует модель лояльности персонала (см. Рис. 3).

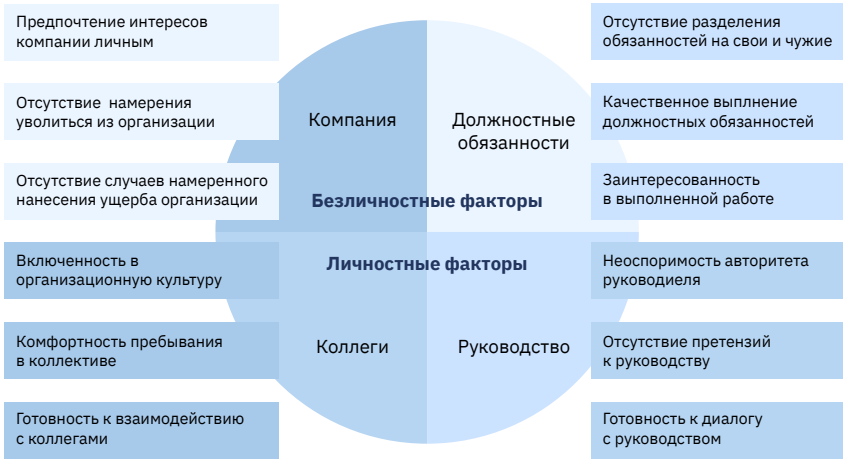

Рисунок 3. Модель лояльности персонала[75].

Группируя компоненты модели по объекту приверженности, Т. В. Позднякова выделила следующие типы лояльности персонала:

теоретико-методологических и методических аспектов // Перспективы науки и образования. 2013. №2. С.98.

73 Калабин А. Наш человек – не наш человек // Отдел кадров. 2004. № 11. С. 129-130.

74 Коростелева С. В. Что посеешь, то и пожнешь // Отдел кадров. 2004. № 11. С.126-128.

75 Позднякова Т. В. Лояльность персонала организаций: анализ теоретико-методологических и методических аспектов // Перспективы науки и образования. 2013. № 2. С.99.

• результативная, в основе которой лежит высокая значимость для сотрудника результативности подразделения или организации в целом;

• процессная, основанная на ценности для сотрудника эффективного протекания всех процессов трудовой деятельности;

• лояльность руководству, разделяемая на традиционную (исходящую из более высокой должности руководителя) и харизматическую (в основе которой лежат привлекательные личные качества руководителя);

• партисипативная, определяемая лояльностью коллективу в целом[76].

Соглашаясь с объектами, выделяемыми Т. В. Поздняковой, хотелось бы дополнить именно в отношении медицины ее классификацию более высоким уровнем – лояльностью к системе здравоохранения в целом, чувством принадлежности общему делу улучшения здоровья населения. Признавая, что в контексте отдельных прикладных исследований такой подход может восприниматься как излишне «философский», мы все же придерживаемся мнения, что в контексте медицины идея лояльности более широким общностям важна. Идея лояльности системе здравоохранения, идентификации с ней и ее ценностями, как показал период пандемии, может во многом компенсировать нелояльность подразделениям системы, когда ради высшей цели сотрудник готов мириться, например, с работой в организации, которой он не лоялен.

Другая специфическая тема, встречаемая в литературе, – лояльность врачей бренду фармацевтической компании (в контексте работы медицинских представителей)[77], однако в контексте данной монографии она нам не интересна.

Также ценно замечание Т. В. Поздняковой о важности равномерного развития всех типов лояльности. По ее мнению, «при равномерном развитии всех типов лояльности наблюдается положительный эффект, выражаемый в желании сотрудника работать на данном предприятии [...] однако при значительном доминировании отдельных видов лояльности наблюдается смещение, вызывающее дисбаланс и негативно сказывающееся на трудовой деятельности». Гипертрофированное развитие вертикальной лояльности (результативная

76 Позднякова Т. В. Лояльность персонала организаций: анализ теоретико-методологических и методических аспектов // Перспективы науки и образования. 2013. № 2. С. 100.

77 Например, Бычков А. Эффективный визит к врачу. Ridero, 156 с.

лояльность и лояльность руководству) может вызывать торможение линейной лояльности (партисипативная и процессная лояльность)[78].

Другая интересная типология лояльности – типология К. В. Харского. Ранее мы уже упоминали взгляды этого автора, анализирующего лояльность с позиций привнесения сотрудником вреда и пользы для организации. К. В. Харский представил также свою типологию уровней/видов лояльности и описание соответствующего (не)лояльного поведения:

• демонстративная нелояльность – самый низший уровень. Характеризуется потребительским отношением сотрудника к организации, приоритетом собственной выгоды, распространенностью лжи, саркастического тона, пренебрежением нормами организации и т. п. Такое демонстративное поведение может негативно влиять на коллег, разрушая их ценности и развенчивая их представления о необходимости добросовестно выполнять свою работу;

• скрытая нелояльность. На этом уровне работник выполняет все нормы и требования организации, но руководствуется при этом либо страхом перед наказанием, либо надеждой на вознаграждение. Такой сотрудник – источник слухов и сплетен, настраивающих коллег против своей организации;

• нулевая лояльность. Сотрудники на этом уровне индифферентно относятся к организации: в зависимости от ситуации такой сотрудник проявляет черты либо лояльного, либо нелояльного поведения. Соответственно, в основе поведения сотрудника лежит в основном влияние «ближайших коллег»;

• лояльность на уровне внешних атрибутов выражается через желание сотрудника носить отличительные признаки, указывающие на его принадлежность к организации. При этом, имея на себе данные атрибуты, сотрудник вряд ли будет открыто демонстрировать нелояльное поведение;

• лояльность на уровне поведения. Поведение сотрудника характеризует соблюдение установленных правил, традиций организации, участие в большинстве мероприятий. Работник стремится развивать свои профессиональные компетенции, однако не проявляет готовности к самопожертвованию;

• лояльность на уровне убеждения. На этом уровне сотрудник работает максимально эффективно, ответственно и зачастую высту-

78 Позднякова Т. В. Лояльность персонала организаций: анализ теоретико-методологических и методических аспектов // Перспективы науки и образования. 2013. № 2. С. 100.

пает инициатором инноваций, в т. ч. по причине ощущения сопричастности с организацией;

• лояльность на уровне идентичности характеризуется чувством отождествления себя с организацией. Такой сотрудник максимально мотивирован, и на него практически не оказывают влияние ни мнение коллег, ни материальные факторы[79].

Мы видим, что, в отличие от модели Т. В. Поздняковой, данная модель также предоставляет определенный континуум от нелояльного поведения к лояльному, в чем ее несомненный плюс. В связи с этим хочется привести также типологию лояльности Ф. Райхельда, которая упрощает классификацию и сводит континуум «нелояльность-лояльность» по сути к трем группам персонала. Райхельд выделяет «промоутеров», «нейтралов» и «критиков»[80] , которых можно охарактеризовать примерно следующим образом:

• «промоутеры» являются лояльными сотрудниками и рекомендуют знакомым свою организацию в качестве места работы;

• «нейтралы» – сотрудники, не имеющие четкой позиции и готовые при наличии более выгодных условий перейти в другую организацию;

• «критики» – нелояльные сотрудники, которые не будут рекомендовать свою организацию в качестве места работы и высказывают критику в ее адрес.

Наконец, другой подход к определению видов/типов лояльности, не являющийся континуумным, – подход Дж. Мейера и Н. Аллена, уже был рассмотрен ранее в разделе 1.1.1.3.

По итогам раздела мы видим подтверждение многокомпонентности и сложности понятия лояльности. Мы видим, что важно (в том числе, в контексте исследований) определиться, КОМУ лоялен субъект и В КАКОЙ МЕРЕ, а также ЧТО ЗНАЧИТ быть лояльным или нет (какое поведение сотрудника мы ожидаем получить вследствие его лояльности). Последнему в значимой мере будет посвящен раздел 1.1.5. Отдельно авторам кажется еще раз обозначить мысль, что в контексте системы здравоохранения перспективной областью, помимо «классических» объектов лояльности, видится изучение лояльности к более широким общностям, таким как система здравоохранения в целом.

79 (Харский К. В., 2003) Цитата по: Яковлева Л. Р., Придворова Е. С. Диагностика лояльности персонала в организациях // Стратегическое и проектное управление: Сборник научных статей / гл. ред. В. Г. Прудский; Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Пермский государственный университет Администрация губернатора Пермского края Пермский филиал Московского отделения Project Management Institute ООО «Парма-Телеком. Пермь: Пермский государственный университет, 2010. С. 125-126.

80 Райхельд Ф., Марки Р. Искренняя лояльность. Ключ к завоеванию клиентов на всю жизнь / Фред Райхельд, Роб Марки; пер. с англ. С. Филина [науч. ред. И. Чичмели]. М.: Манн, Иванов и Фербер, 2013. С. 288.

1.1.4 Факторы и барьеры лояльности персонала

Большое число работ, посвященных теоретическому осмыслению феномена лояльности, а также результатам практических исследований, позволили выявить существенное число факторов, которые могут оказывать влияние на лояльность персонала к организации. Вследствие широкой представленности работ, посвященных факторам лояльности сотрудников организации, мы не будем указывать ссылки на каждую работу, в которой упоминается указанный фактор. Отдельно мы будем отмечать лишь те работы, которые так или иначе поясняли влияние данного фактора на уровень лояльности персонала.

Часть факторов, по мнению исследователей, способствуют повышению приверженности, другие – скорее являются барьерами, препятствующими лояльности сотрудников. Начнем рассмотрение с факторов лояльности.

1.1.4.1 Факторы лояльности персонала к организации

Факторы лояльности включают в себя как организационные, так и персональные факторы. Для удобства восприятия при изложении факторы поделены на две эти группы, однако ввиду сложности дифференциации между ними следует сразу оговориться, что такое разделение во многом условно, так как многие факторы включают как внешний компонент (влияние организации), так и внутренний (реакцию на него сотрудника/группы персонала).

1.1.4.1.1 Организационные факторы

1.1.4.1.1.1 Социально-психологический климат в коллективе

Данный фактор определяется непосредственным отношением членов группы друг к другу, степенью удовлетворенности этими отношениями, а также условиями взаимодействия членов рабочей группы[81]. Авторы отмечают, что работа в коллективах, где члены команды «заботятся» об интересах друг друга, повышает вовлеченность персонала; работа в сложившейся команде также позволяет достичь лучших результатов[82] .

81 Карартинян З. О. Влияние неформальных отношений на факторы, определяющие лояльность сотрудников по отношению к организации // Вестник ЮРГТУ (НПИ). 2014. №2. С.82-83.

82 Seijts G. H., Crim D. What engages employees the most or, the ten C's of employee engagement // Ivey Business Journal. 2006. Т. 70. №. 4. URL: https://iveybusinessjournal.com/publication/what-engages-employees-the-most-or-the-ten-cs-of-employee-engagement/ (accessed 19.10.2021).

1.1.4.1.1.2 Отношения с руководителем

Важны не только отношения в коллективе, но и отношения с непосредственным руководителем, что в частности приводится в качестве результатов в исследованиях института Гэллапа, согласно которым вовлеченность медицинских работников зависела в т. ч. от двух указанных факторов[83].

Но что важно в контексте взаимодействия с руководителем, что детерминирует сами отношения сотрудника с ним? Ряд идей для ответа на этот вопрос можно почерпнуть из определения критериев хорошего руководителя для сотрудников. Так, в книге «Благонадежность и лояльность персонала» К. В. Харский отмечает перечень черт характера, которые ценит в своих руководителях большинство сотрудников:

- соблюдение правил самим руководителем; равная требовательность для всех сотрудников;
- последовательность в достижении цели, целеустремленность, настойчивость;
- непротиворечивость, точность при постановке задач, оценке труда;
- способность выразить благодарность (важность похвалы работнику за хороший труд отмечалось и в других исследованиях[84]);
- способность понятно излагать свои мысли;
- терпимость к ошибкам и готовность к обучению персонала[85].

Несмотря на важность приведенных выше черт, вопрос «хорошего руководителя» достаточно дискуссионный и, по-видимому, зависит от текущей ситуации, в которой находится организация.

Например, нет единой точки зрения о том, оказывают ли конкретные стили руководства влияние на лояльность/вовлеченность персонала. Часть исследователей говорит об отсутствии зависимости[86], другие рекомендуют не использовать автократический стиль управления, поскольку он может не подходить для части работников,

83 Blizzard R. Employee Engagement: Where Do Hospitals Begin? URL: https://news.gallup.com/poll/9772/employee-engagement-where-hospitals-begin.aspx (accessed 19.10.2021).

84 Например, Seijts G. H., Crim D. What engages employees the most or, the ten C's of employee engagement // Ivey Business Journal. 2006. Т. 70. №. 4. URL: https://iveybusinessjournal.com/publication/what-engages-employees-the-most-or-the-ten-cs-of-employee-engagement/ (accessed 19.10.2021).

85 Харский К. В. Благонадежность и лояльность персонала. СПб: Питер, 2003. С. 447-448.

86 Демушина О. Н. Факторы, влияющие на лояльность персонала // Азимут научных исследований: психология и педагогика. 2015. № 1(10). С.67

стремящихся принимать участие в управлении, сдерживать инновационное развитие организаций[87], или рекомендуют использовать демократический, совместный стиль управления для увеличения вовлеченности[88].

1.1.4.1.1.3 Форма собственности организации

По результатам обзора исследований можно предположить, что, несмотря на наличие серьезных различий между государственным и частным секторами экономики, глобальных различий именно в вовлеченности работников и механизмах их вовлечения скорее нет[89, 90]. Более важным фактором выступают различия между отдельными организациями внутри секторов[91].

Несмотря на это, безусловно имеются некоторые более частные особенности в подходах к построению лояльности в частном и государственном секторе. Так, по данным обзора литературы, проведенного 4-consulting и DTZ Consulting & Research для Scottish Executive Social Research, работники государственного сектора обладают более негативным и критическим настроем в сравнении с работниками частных компаний, что проявляется в том числе в[92]:

- меньшей удовлетворенности от предоставляемых возможностей для использования своих способностей,
- ощущении большего давления и стресса,
- более частом критическом настрое в отношении своих организаций,
- меньшем доверии руководителям высшего звена,

87 Bates S. ´Getting engaged´. HR Magazine. 2004. № 49(2). P. 44–51. https://www.shrm.org/hr-today/news/hr-magazine/pages/0204covstory.aspx (accessed 19.10.2021).

88 (Levinson E., 2007a) Цитата по: Robertson-Smith G. Markwick C. A Review of Current Thinking (IES Report). Institute for Employment Studies, 2009. p. 17. URL: https://www.employment-studies.co.uk/system/files/resources/files/469.pdf (accessed 19.10.2021)

89 Scottish Executive Social Research. Employee engagement in the public sector a review of literature. 2007. p. 15. URL: https://www.webarchive.org.uk/wayback/archive/3000/https://www.gov.scot/Topics/Research/About/Social-Research/ (accessed 15.06.2021).

90 Robertson-Smith G. Markwick C. A Review of Current Thinking (IES Report). Institute for Employment Studies, 2009. p. 25. URL: https://www.employment-studies.co.uk/system/files/resources/files/469.pdf (accessed 19.10.2021)

91 Scottish Executive Social Research. Employee engagement in the public sector a review of literature. 2007. p. 16. URL: https://www.webarchive.org.uk/wayback/archive/3000/https://www.gov.scot/Topics/Research/About/Social-Research/ (accessed 15.06.2021).

92 Ibid.

- более редком ощущении того, что руководители высшего звена «знают, что делают»,
- более редком ощущении того, что происходящие в организации изменения хорошо контролируются руководством.

С другой стороны, приводятся данные, что в каких-то аспектах, напротив, работники государственного сектора чувствуют большую удовлетворенность: например, это касается продолжительности работы, гарантий занятости, возможностей для обучения, отношений с непосредственным руководством[93]. Приводится вывод о том, что «в целом работники государственного сектора в большей степени удовлетворены условиями своей работы»[94].

Возможно, свою роль во встречаемых противоречивых данных, помимо «универсальных» различий между частным и государственным сектором, сыграла специфика стран, в которых проводились исследования, а также конкретных предприятий, попавших в выборку.

1.1.4.1.1.4 Внимание и забота со стороны организации

Забота организации о своих работниках может восприниматься в качестве «платы за лояльность»: «сюда относятся не денежные выплаты, а скорее уступки руководства на просьбы персонала, поддержка организации в трудных жизненных ситуациях, обеспечение сотрудников всем необходимым в работе и др.»[95]. Ориентируясь на влияние данного фактора, по мнению О. Демушиной, необходимо учитывать существующую организационную культуру. Например, в том случае, если в компании сложилась патерналистская модель взаимодействия, данный фактор не оказывает влияния на лояльность: забота воспринимается как должное. С другой стороны, изменение привычного отношения к работнику может стать причиной снижения лояльности[96].

1.1.4.1.1.5 Вознаграждение за труд

Мы видим ряд исследований, указывающих на тесную связь лояльности, вовлеченности и оплаты труда. Так, исследования медицинских сестер и врачей в Швейцарском госпитале показали, что фактор

93 Ibid. P. 54.

94 Ibid. P. 18.

95 Демушина О. Н. Факторы, влияющие на лояльность персонала // Азимут научных исследований: психология и педагогика. 2015. № 1(10). С. 66

96 Там же.

вознаграждения в высокой степени предопределяет вовлеченность сотрудников[97].

Несмотря на это, линейной зависимости между оплатой труда и лояльностью не наблюдается: удовлетворенные заработной платой встречаются среди как лояльных, так и нелояльных сотрудников[98]. Это логично в контексте существующих представлений о точке «насыщения», после которой рост производительности не так сильно зависит от размеров заработной платы[99] .

Оценка работником этого аспекта скорее может происходить согласно теории справедливости Стейси Адамса (размер зарплаты сотрудниками должен восприниматься как справедливый, а отношение вклада работника к оплате его труда должно быть равным отношению вклада других сотрудников к их оплате труда)[100]. Другой важный аспект с позиции материального вознаграждения – «привязка» заработной платы к конкретным результатам работы[101].

Наконец, по данным института Гэллапа, уровень заработной платы оказывается значимым фактором скорее для новых сотрудников медицинских организаций[102]. Таким образом, мы видим, что для поддержания постоянной лояльности коллектива только материальных стимулов может быть недостаточно.

1.1.4.1.1.6 Возможности карьерного роста и профессионального развития

Вслед за другими авторами, О. Н. Демушина отмечает, что возможности карьерного продвижения и развития в организации повышают лояльность персонала, и приводит данные о том, что чем моложе сотрудник, тем существеннее для него данный фактор[103] . По ее же

97 Setti I., Argentero P. Organizational features of workplace and job engagement among Swiss healthcare workers // Nurs Health Sci. 2011. № 13(4) P. 425-432.

98 Демушина О. Н. Факторы, влияющие на лояльность персонала // Азимут научных исследований: психология и педагогика. 2015. № 1(10). С. 68.

99 Масалова Е. 6 шагов к построению системы мотивации. Консалтинговое агентство «Цифровое управление». URL: https://dc-24.ru/blog/sistema.html (дата обращения 20.10.2021).

100 Young J. Heroes of Employee Engagement: No.6 John Stacy Adams. URL: https://peakon.com/blog/employee-success/john-stacy-adams-equity-theory/ (accessed 19.10.2021).

101 Демидова Н. Как воспитать благодарных сотрудников // Справочник по управлению персоналом. 2009. №7. С.64-67.

102 Blizzard R. Employee Engagement: Where Do Hospitals Begin? URL: https://news.gallup.com/poll/9772/employee-engagement-where-hospitals-begin.aspx (accessed 19.10.2021).

103 Демушина О. Н. Факторы, влияющие на лояльность персонала // Азимут научных

мнению, «можно предположить, что высокая лояльность старших сотрудников зависит не от возраста, а скорее от других факторов, которые оказывают большее влияние на сотрудников старшего возраста, чем на молодой персонал: стаж работы, возможности альтернативной занятости (у возрастных сотрудников меньше шансов найти другую работу) и др.»[104]. Понимание различий факторов, детерминирующих лояльность для разных групп работников, может использоваться для более эффективного управления лояльностью в коллективе, целевого применения управленческих воздействий исходя из понимания различий потребностей отдельных групп работников.

1.1.4.1.1.7 Престиж организации и представления о качестве продукции или услуг

Известность, авторитетность и успешность организации оказывает существенное влияние на уровень лояльности персонала. При этом О. Н. Демушина уточняет, что «при этом не столь важно, насколько организация реально является престижной, для возникновения лояльности главное, чтобы такой ее считали сотрудники, тогда их лояльность будет повышаться»[105]. Это справедливое замечание показывает возможности для небольших и не очень известных компаний в целях повышения лояльности персонала найти собственное «престижное» позиционирование для своих сотрудников. Такое позиционирование может быть найдено в целях организации, в ее, возможно, небольшом, но важном вкладе в жизнь общества.

Собственно, О. Н. Демушина прямо говорит о том, что представления об организации как приносящей пользу обществу, поставляющей качественную продукцию или услуги, повышает лояльность ее сотрудников[106]. О том же говорят Дж. Гавин и Р. Менсон: возможность выполнять значимую работу способствует повышению самооценки работника, усилению чувства благополучия и персональному росту, благодаря чему происходит полное погружение человека в работу[107].

исследований: психология и педагогика. 2015. № 1(10). С. 68.

104 Там же.

105 Там же.

106 Там же.

107 Gavin J.H., Mason R.O. The Virtuous Organization: The Value of Happiness in the Workplace // Organizational dynamics. 2004. № 33(4). P. 379-392.

1.1.4.1.1.8 Соответствие личных и организационных ценностей

Вышесказанное показывает также важность «совпадения» ценностей сотрудника и организации. Понимание того, что работа в организации позволяет реализовать важнейшие для себя ценности, обладает значимым положительным эффектом для лояльности. В качестве примера можно привести исследование медицинских работников в Швейцарском госпитале[108], согласно которому данный фактор является одним из ключевых, способствующих вовлеченности.

О том, что смыслы работы важны, говорит также то, что понимание работниками своего вклада в работу или успех организации оказывает влияние на повышение лояльности персонала[109].

1.1.4.1.1.9 Автономия сотрудников

По мнению ряда исследователей, «субъективное ощущение сотрудником уровня собственной свободы связано с лояльностью»[110, 111, 112]. Данные исследований на выборках врачей и медицинских сестер также показывают, что автономия, степень самостоятельного контроля за выполнением рабочих задач способствуют вовлеченности медицинских работников[113], снижению рисков выгорания[114]. Однако авторам видится, что автономия должна предоставляться тем, кто к ней готов и для кого она является ценностью. Ряд сотрудников по своему складу характера или по опыту работы склонны к рутинному исполнению обязанностей, и «непрошенная автономия» будет для них негативным фактором.

108 Setti I., Argentero P. Organizational features of workplace and job engagement among Swiss healthcare workers // Nurs Health Sci. 2011. № 13(4) P. 430.

109 Seijts G. H., Crim D. What engages employees the most or, the ten C's of employee engagement // Ivey Business Journal. 2006. T. 70. №. 4. URL: https://iveybusinessjournal.com/publication/what-engages-employees-the-most-or-the-ten-cs-of-employee-engagement/ (accessed 19.10.2021).

110 Доминяк В. И. Организационная лояльность: модель реализации ожиданий работника от своей организации: дисс. на соиск. уч. ст. канд. псих. н., СПб, СПбГУ. 2006. С. 74.

111 Steers R.M. Antecedents and outcomes of organizational commitment // Administrative Science Quarterly. 1977. Vol. 22. P. 46-56.

112 Jans N. A. Organizational commitment, career factors and career/life stage // Journal of Organizational Behavior. 1989. Vol. 10. P. 247-266.

113 Setti I., Argentero P. Organizational features of workplace and job engagement among Swiss healthcare workers // Nurs Health Sci. 2011. № 13(4) P.425-432.

114 Leiter M.P. Burnout as a crisis in professional role structures: measurement and conceptual issues // Anxiety Stress Coping. 1992. № 5. P. 79–93.

1.1.4.1.1.10 Культурно-специфические факторы

Е. Крюкова отмечает подход основателя компании Sony А. Морита, который «считает, что японская система долгосрочного планирования, а также система внесения предложений руководством младшего звена гарантируют сохранение очень тесных отношений между высшим и младшим руководством, которое через несколько лет сможет выработать специальную программу действий, отражающую дух компании. Люди чувствуют свою защищенность, интерес руководства к мнению и возможность влиять на работу организации, поэтому сохраняют ей верность»[115]. Однако в контексте национальности А. Морита можно предполагать, что фактор долгосрочного планирования видится достаточно культурно-специфическим, отражающим в значимой степени особенности трудового менталитета Японии.

Видится, что и другие страны могут иметь свои культурно-обусловленные факторы лояльности. Например, исследователи говорят о существовании «западно-восточной оси лояльности», когда уровень лояльности сотрудников понижается от западных стран к восточным. Данный факт эксперты «ЭКОПСИ Консалтинг» по результатам качественных исследований связывают не с реальным ростом лояльности, а с тем, что многие восточные сотрудники из-за специфики «патриархальной» культуры «не умеют давать конструктивную обратную связь в опросе»[116] .

1.1.4.1.1.11 Возможность получения обратной связи от руководителя

По данным Д. Крима и Г. Сейтса, если сотрудники знают, чего от них ожидают, и получают обратную связь на свои действия, их лояльность растет. Для руководства цели работы очевидны, но они не всегда таковы для рядовых сотрудников[117].

1.1.4.1.1.12 Условия труда

О. Н. Демушина указывает, что ввиду различий в требованиях к условиям труда у отдельных сотрудников данный компонент необходимо оценивать с точки зрения субъективного восприятия, а не аттестации

115 Крюкова Е. Стало ли больше послушных и преданных? // Служба кадров и персонал. 2009. №8. С. 47-50.

116 Онучин А. Изучение вовлечения // Вовлеченность. Сборник статей. М., 2014. С. 10-11.

117 Seijts G. H., Crim D. What engages employees the most or, the ten C's of employee engagement // Ivey Business Journal. 2006. T. 70. №. 4. URL: https://iveybusinessjournal.com/publication/what-engages-employees-the-most-or-the-ten-cs-of-employee-engagement/ (accessed 19.10.2021).

рабочего места[118]. Авторы согласны, что можно рассматривать частные условия труда как персональный фактор, однако хотят подчеркнуть, что, как мы можем наблюдать в медико-социологических исследованиях, существуют и достаточно объективные специфические характеристики условий труда – например, специфика работы в психиатрии или инфекционных больницах, которые также упоминаются среди факторов, имеющих отношение к лояльности (см. Главу 2).

1.1.4.1.1.13 Должность

Позиция в организационной иерархии, заданная в т. ч. и должностью сотрудника, вносит свой вклад в лояльность, так как должность, в свою очередь, связана с другими факторами лояльности – материальным вознаграждением, признанием, определенными отношениями с руководством и т. д. Мы видим это и в проводимых исследованиях.

С одной стороны, О. Н. Демушина пишет, что «с повышением должности сотрудника увеличивается удовлетворенность оплатой труда, ощущение значимости для организации и проч., вследствие чего повышается лояльность сотрудника»[119]. С другой стороны, возможно и существование обратной зависимости: на определенный должностной уровень HR-службы отбирают самых лояльных сотрудников[120].

Вопрос должности, особенно в медицине, представляет собой сложный социальный комплекс, так как должности могут значимо отличаться по престижу и по перспективам роста. Так, вопросы соотношения статуса медицинской сестры и врача являются сегодня достаточно острыми[121].

Вопросам лояльности различных групп медицинского персонала будет уделено особое внимание в практической части монографии.

118 Демушина О. Н. Факторы, влияющие на лояльность персонала // Азимут научных исследований: психология и педагогика. 2015. №1(10). С.68.

119 Там же.

120 Там же.

121 Богдан И. В., Гурылина М. В., Чистякова Д. П. Влияние художественных и реальных образов врачей на доверие населения // Труды 6-й Международной научно-практической конференции молодых ученых, аспирантов и студентов «Здоровье населения и развитие» (24 апреля 2020 г.; Москва) / Под ред. В. А. Козлова, Е. А. Тарасенко, О. Б. Хоревой. Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», 2020. С. 57-63.

1.1.4.1.2 Персональные факторы

1.1.4.1.2.1 Пол

В. И. Доминяк, основываясь на исследованиях западных ученых, утверждает, что более лояльными сотрудниками являются женщины[122]. Однако авторы считают, что к этому факту, как и к другой сегментации по широким социальным признакам, необходимо относиться с осторожностью и учитывать в каждом случае конкретный контекст.

1.1.4.1.2.2 Стаж работы в организации

Многолетний опыт работы в конкретной организации положительно влияет на организационную приверженность даже в том случае, если сотрудник систематически испытывает высокое напряжение и стресс[123]. О. Н. Демушина приводит данные о том, что наиболее лояльными являются сотрудники со стажем работы в организации более 10 лет[124]. В значимой степени это можно объяснить в том числе и приводившимися концепциями «торга», когда вложенные, в т. ч. временные, усилия в дело организации повышают ее ценность в глазах человека.

1.1.4.1.2.3 Образование

Влияние данного фактора оценивается неоднозначно: с одной стороны, уровень образования коррелирует с востребованностью специалиста и, тем самым, снижает его лояльность конкретной организации. С другой стороны, образование положительно коррелирует с уровнем оплаты труда, повышая лояльность сотрудника[125].

В целом можно предполагать, что опять же влияние образования на лояльность ситуативно. Фактор образования по сути может являться ковариатой для других факторов, например, факт наличия высшего и среднего образования является скорее вторичным по отношению к специализации «Лечебное дело» (врач) и «Сестринское

122 Доминяк В. И. Организационная лояльность: модель реализации ожиданий работника от своей организации: дисс. на соиск. уч. ст. канд. псих. н., СПб, СПбГУ. 2006. С. 66.

123 Hrebiniak L.G., Alutto J.A. Personal and Role-Related Factors in the Development of Organizational Commitment // Administrative Science Quarterly. 1972. Vol. 17. №4. P.570

124 Демушина О. Н. Факторы, влияющие на лояльность персонала // Азимут научных исследований: психология и педагогика. 2015. № 1(10). С.68

125 Там же.

дело» (медицинская сестра/брат). Также в ряде случаев более высокий уровень образования, например наличие ученой степени, может не приводить к лучшим условиям работы, когда специалист не может «продать» свою академическую компетентность.

1.1.4.1.2.4 Влияние референтной группы

Указанный фактор тесно связан с социально-психологическим климатом в коллективе, однако является более «внутренним» по сравнению с ним. Суть этого фактора состоит в том, что лояльность сотрудников существенно зависит от отношения к организации других сотрудников (конечно, как следует из названия, этот фактор имеет место, если коллеги являются для респондента референтной группой)[126].

В целом набор субъективных факторов лояльности (как и объективных), по сути, является неисчерпаемым. Практически любую из социальных или психологических детерминант можно рассматривать как фактор лояльности вследствие того, что границы в социально-психологической области являются во многом условными, а социальное восприятие имеет своим субъектом целостную личность. Неудивительно, что авторы, исследующие процесс социального восприятия системы здравоохранения, говорят о его многокомпонентности, включенности в него элементов, связанных с образами социальных и политических институтов, образом медицины/ее представителей, социального контекста, информационного потока в СМИ и социальных медиа, а также иных, не перечисленных здесь психологических факторов[127]. И хотя в данном примере (по ссылке) рассматривается исследование лояльности населения, авторам видится, что они в той же степени относимы и к персоналу.

Ввиду этого приведенные в подразделе факторы являются скорее наброском, первым ориентиром, чем четким перечнем. Рассмотрев факторы лояльности, рассмотрим также в первом приближении барьеры для нее.

1.1.4.2 Барьеры, препятствующие лояльности персонала

Опять же, любой фактор лояльности со знаком «минус» можно рассматривать как барьер лояльности (например, недостаточная

126 Там же.

127 Богдан И. В., Чистякова Д. П., Гурылина М. В., Габов К. И. Некоторые особенности восприятия системы здравоохранения населением. Аналитический доклад. Москва: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2020. 16 с.

оплата труда в противоположность хорошему материальному стимулированию). Чтобы избежать дублирования факторов в этом подразделе, мы сконцентрируемся по большей части на нерассмотренных явлениях, несущих в первую очередь негативное влияние на лояльность.

1.1.4.2.1 Бюрократия, формализованность организации

О. Н. Демушина отмечает зависимость между существованием жестких требований и правил и лояльностью персонала: «чем менее формализована организация, чем меньше в ней жестких правил и требований к сотрудникам, тем более лояльны сотрудники»[128]. Н. Локвуд также отмечала, что бюрократизация процессов оказывает негативное влияние на лояльность персонала[129]. Опять же, как и в случае автономии, нам кажется, что здесь желателен учет контекста: так, различные области требуют различной степени бюрократизации (например, работа в сфере регулирования оборота наркотических средств, очевидно, предполагает высокую степень бюрократизации, в отличие, например, от маркетинговой работы). Кроме того, есть ряд сотрудников, которым бюрократический стиль работы будет более близким и в котором они будут более лояльны и продуктивны.

1.1.4.2.2 Содержание и характер работы

Такие содержательные характеристики работы, как отсутствие разнообразия[130], высокая напряженность[131], а также продолжительная работа без перерывов[132], могут приводить к снижению лояльности сотрудников. К такому выводу, например, пришли авторы уже упомянутого ранее исследования в Швейцарском госпитале[133]. Похожие результаты были получены и в других исследованиях, где причи-

128 Демушина О. Н. Факторы, влияющие на лояльность персонала // Азимут научных исследований: психология и педагогика. 2015. №1(10). С.67.

129 Lockwood N.R. Leveraging employee engagement for competitive advantage: HR's strategic role // Society for Human Resource Management Quarterly. 2007. № 1. P.5.

130 Демушина О. Н. Факторы, влияющие на лояльность персонала // Азимут научных исследований: психология и педагогика. 2015. № 1(10). С. 68.

131 Там же.

132 Robertson-Smith G. Markwick C. A Review of Current Thinking (IES Report). Institute for Employment Studies, 2009. p. 39. URL: https://www.employment-studies.co.uk/system/files/resources/files/469.pdf (accessed 19.10.2021)

133 Setti I., Argentero P. Organizational features of workplace and job engagement among Swiss healthcare workers // Nurs Health Sci. 2011. № 13(4) P.430.

ной разницы в вовлеченности врачей и медсестер называют, в числе прочего, нехватку кадров и высокий уровень стресса у последних[134].

1.1.4.2.3 Плохое физическое и эмоциональное состояние

В исследованиях вовлеченности персонала нередко говорится о ее связи с уровнем здоровья работника, что актуально и в отношении медицинских работников[135]. Вероятно, наиболее правильным будет рассматривать этот фактор именно в качестве барьера: плохое физическое или психическое состояние не позволяет человеку энергично и эффективно действовать, затрудняет вовлеченность в работу[136].

Отдельно в контексте психического здоровья следует отметить, что медицинские работники относятся к той категории специальностей, для которых характерны большие риски стрессов[137] и выгорания[138, 139, 140]. В частности, исследования, проведенные в США и Европе, показали, что около половины докторов (46 и 42 % соответственно) испытывают хотя бы один из признаков выгорания[141, 142].

1.1.4.2.4 Организационная несправедливость

В контексте заработной платы рассматривалась важность справедливого ее распределения. В рамках барьера можно говорить о данном факторе в более широком контексте – как о наличии или отсутствии справедливого отношения к работнику в целом (по его мнению).

134 Blizzard R. Employee Engagement: Where Do Hospitals Begin? URL: https://news.gallup.com/poll/9772/employee-engagement-where-hospitals-begin.aspx (accessed 19.10.2021).

135 Setti I., Argentero P. Organizational features of workplace and job engagement among Swiss healthcare workers // Nurs Health Sci. 2011. № 13(4) P.425-432.

136 Fiabane E. et al. Work engagement and occupational stress in nurses and other healthcare workers: the role of organisational and personal factors // Journal of clinical nursing. 2013. Т. 22. №. 17-18. P. 2620.

137 Setti I., Argentero P. Organizational features of workplace and job engagement among Swiss healthcare workers // Nurs Health Sci. 2011. № 13(4) P.425-432.

138 Kumar Sh. Burnout and Doctors: Prevalence, Prevention and Intervention // Healthcare (Basel). 2016. № 4(3). P. 37.

139 Myers M. Physician impairment: Is it relevant to academic psychiatry? // Acad. Psychiatry 2008. № 32. P. 39–43.

140 Myers M. Treatment of the mentally ill physician // Can. J. Psychiatry. 1997. № 42. P. 12–17.

141 Shanafelt T.D., Hasan O., Dyrbye L.N., Sinsky C., Satele D., Sloan J., West C.P. Changes in Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance in Physicians and the General US Working Population Between 2011 and 2014 // Mayo Clin. Proc. 2015. № 90. P. 1600–1613.

142 Soler J.K., Yaman H., Esteva M., Dobbs F., Asenova R.S., Katic M., Ozvacic Z., Desgranges J.P., Moreau A., Lionis C. et al. Burnout in European family doctors: The EGPRN study // Fam. Pract. 2008. № 25. P. 245–265.

О. Н. Демушина говорит о том, что несправедливое отношение к сотруднику со стороны руководства зачастую приводит к увольнению с мест работы. Однако, согласно Демушиной, открытым остается вопрос: повышает ли справедливое отношение к сотруднику его лояльность?[143]

1.1.4.2.5 Ролевой конфликт

Также О. Н. Демушина отмечает, что снизить уровень лояльности работников могут ролевые конфликты. В наши дни наиболее встречающийся ролевой конфликт – конфликт между рабочими и внерабочими интересами[144].

Рассмотрев основные факторы, способствующие формированию лояльности персонала, а также барьеры, препятствующие его вовлеченности, в следующем параграфе мы обратим внимание на конкретные преимущества, которые обретает организация, обеспечившая лояльность своих сотрудников, и потенциальные потери от нелояльности сотрудников соответственно.

Перед этим стоит еще раз остановиться на основных моментах, затронутых в предыдущих разделах. Проведенный анализ свидетельствует об отсутствии единого подхода к определению лояльности в литературе, причем как в отечественной, так и в зарубежной, что обусловлено в т. ч. многокомпонентной природой лояльности. Ввиду этого авторы обозначили свой подход к пониманию лояльности, выявили на основании обзора литературы важные области для изучения в вопросах лояльности персонала, а также приняли синонимичность или подчиненность лояльности основных используемых в литературе смежных понятий.

Многокомпонентная природа лояльности отчасти объясняет большое число факторов, рассматриваемых исследователями в качестве способных оказывать влияние на уровень лояльности работников. Ввиду этого также естественным выглядит и значительное количество методик и шкал, используемых для изучения лояльности и выявления ее уровня в конкретных организациях. Более подробно инструменты для измерения лояльности будут рассмотрены в параграфе 1.1.6. Большое число факторов в еще большей степени актуализирует необходимость получения компактной и интегральной оценки лояльности. В том числе в связи с этим авторы обратили внимание

143 Демушина О. Н. Факторы, влияющие на лояльность персонала // Азимут научных исследований: психология и педагогика. 2015. № 1(10). С. 66-67.

144 Демушина О. Н. Факторы, влияющие на лояльность персонала // Азимут научных исследований: психология и педагогика. 2015. № 1(10). С. 69.

на методику измерения лояльности Ф. Райхельда, объединяющую в себе различные подходы и позволяющую получить не только обобщенную оценку, но и выявить основные мотивы (факторы), побудившие опрошенного дать именно ее (см. также параграф 1.1.6).

1.1.5 Потенциал и риски в области вовлеченности персонала

Важность вовлеченности (лояльности) персонала, а следовательно, ее измерения, была отмечена многими исследователями и бизнес-практиками[145, 146, 147]. Объясняя, кто такой вовлеченный работник, Т. Рутледж говорит, что вовлеченных сотрудников привлекает и вдохновляет их работа, отличает преданность своему делу[148]. Вовлеченные работники готовы делать больше, чем обязаны (чем требуют их должностные инструкции)[149], прикладывать дополнительные усилия для того, чтобы добиться успеха в организации и чтобы увидеть, как организация добивается успеха. Эти работники двигают организацию вперед[150].

При этом, как показывают данные исследований, лояльность – это достаточно «редкий товар». Так, результаты одного из годовых исследований в США выявили, что только 29 % работников активно вовлечены в свою работу. При этом 54 % работников – не вовлечены, для них характерно рутинное исполнение рабочих обязанностей. Оставшиеся 17 % работников – выключены из работы. Они активно жалуются на свою работу, «подрывают» то, что делают их коллеги[151].

145 Roberts Ch., Alpert F., Roberts C. Strategic drivers of customer and employee engagement: practical applications // Customer Engagement / R.J. Brodie, L.D. Hollebeek, J. Conduit (eds.) Routledge, 2015. P. 171-192.

146 Райхельд Ф., Марки Р. Искренняя лояльность. Ключ к завоеванию клиентов на всю жизнь / Фред Райхельд, Роб Марки; пер. с англ. С. Филина [науч. ред. И. Чичмели]. М.: Манн, Иванов и Фербер, 2013. С. 209.

147 Fiabane E. et al. Work engagement and occupational stress in nurses and other healthcare workers: the role of organisational and personal factors // Journal of clinical nursing. 2013. Т. 22. №. 17-18. P.2622.

148 Rutledge T., 2005). Цитата по Seijts G. H., Crim D. What engages employees the most or, the ten C's of employee engagement // Ivey Business Journal. 2006. Т. 70. №. 4. URL: https://iveybusinessjournal.com/publication/what-engages-employees-the-most-or-the-ten-cs-of-employee-engagement/ (accessed 19.10.2021).

149 Shuck B., Reio T.G. Jr, Rocco T.S. Employee engagement: an examination of antecedent and outcome variables // Human Resource Development International. 2010. № 14(4). P. 427-445.

150 Seijts G. H., Crim D. What engages employees the most or, the ten C's of employee engagement // Ivey Business Journal. 2006. Т. 70. №. 4. URL: https://iveybusinessjournal.com/publication/what-engages-employees-the-most-or-the-ten-cs-of-employee-engagement/ (accessed 19.10.2021).

151 Ibid.

С учетом описанных далее плюсов лояльности очевидно, что в обеспечении ею как можно большего числа работников скрыт потенциал для роста. Так, вовлеченные работники считают, что могут улучшить результаты работы своей организации – 84 % (так же считает лишь 31 % «выключенных» работников), 72 % – могут улучшить качество обслуживания клиентов (27 % «выключенных»), 68 % – могут положительно повлиять на снижение стоимости их работы (19 % «выключенных»)[152]. Очевидно, что возможности вовлеченных работников могут быть использованы организациями для достижения поставленных целей. Более того, С. Кулар и соавторы отмечают, что, по данным исследований The International Survey Research (ISR), организация в полной мере способна раскрыть свой потенциал лишь через максимальную лояльность покупателей и работников[153] .

Стоит отметить, что исследования в здравоохранении показывают еще более негативную статистику по вовлеченности. Институт Гэллапа опубликовал данные по итогам исследования более 6000 врачей в США: оказалось, что лишь 10 % из них полностью вовлечены в свою работу (для них характерна сильная эмоциональная связь со своим учреждением, лояльное отношение к ней), в то время как 42 % «выключены» из работы (для них характерна эмоциональная отстраненность, враждебный настрой к организации)[154]. С одной стороны, это говорит о здравоохранении как о «проблемной области» с этой точки зрения, с другой – о большем потенциале роста, «внезапное» проявление которого, по мнению авторов, и можно отчасти было видеть в пандемию (см. раздел 2.2).

Начнем более подробное рассмотрение с областей, которые демонстрируют выгоду от лояльности персонала.

1.1.5.1 Выгоды от лояльности персонала

1.1.5.1.1 Лояльность клиентов, продуктивность, повышение прибыли

Э. Левинсон предполагает, что сотрудники, довольные своей работой, с большей вероятностью формируют лояльных клиентов, и за-

152 Ibid.

153 ISR (2004). Цитата по: Kular S., Gatenby M., Rees C., Soane E. & Truss K. Employee Engagement: A Literature Review. Kingston Business School, Kingston University Working PaperSeries No 19, 2008 URL: https://core.ac.uk/reader/90447 (accessed 19.10.2021).

154 Paller D.A. Practice Leader, Healthcare, for Gallup // Business journal. 2005. URL: https://news.gallup.com/businessjournal/18361/What-Doctor-Ordered.aspx (accessed 19.10.2021).

ключает, что «когда «высоко вовлеченные» сотрудники продают товар/ услугу заинтересованным клиентам, лояльность клиентов, как и вероятность повторных покупок и рекомендаций друзьям, удваивается, в сравнении с компаниями со средними показателями вовлеченности работников»[155].

Институт Гэллапа также обнаружил взаимосвязь между вовлеченностью работников, лояльностью клиентов, ростом бизнеса и его прибыльностью. Они провели сравнение среди 25% лучших и 25% худших отобранных для исследования магазинов по показателям лояльности клиентов и вовлеченности работников. Худшие по данным показателям компании имели значимо меньшие показатели продаж, а также больше жалоб клиентов и увольнений работников[156]. Проведенное ими же исследование показало, что медицинские организации, расположившиеся в верхнем квартиле по показателю лояльности врачей, в среднем получали на 320$ прибыли больше за один прием врача, чем организации из последнего квартиля по показателю лояльности[157].

Аналогично исследование 20 крупных компаний, проведенное Дж. Хескеттом и соавторами, выявило значимую зависимость между лояльностью и производительностью персонала, лояльностью персонала и лояльностью клиентов[158]. А. Клеланд и соавторы также отмечали, что вовлеченные сотрудники способны поднимать показатели прибыльности в своих организациях, что может выражаться в повышении продуктивности работы, лояльности клиентов, увеличении продаж, намерении сотрудников продолжать работу в данной организации[159]. Д. Хартер и его коллеги на основании метаанализа (в анализ были включены почти 8000 подразделений 36 компаний) пришли к выводу, что повышение вовлеченности ведет не только к повышению эффективности работы на уровне отдельных работников, но и увеличивает шансы на бизнес-успех всей организации[160].

155 Цитата по: Robertson-Smith G. Markwick C. A Review of Current Thinking (IES Report). Institute for Employment Studies, 2009. p. 17. URL: https://www.employment-studies.co.uk/system/files/resources/files/469.pdf (accessed 19.10.2021)

156 Hatter J. Employee Engagement on the Rise in the U.S. URL: https://news.gallup.com/poll/241649/employee-engagement-rise.aspx (accessed 19.10.2021).

157 Paller D.A. Practice Leader, Healthcare, for Gallup // Business journal. 2005. URL: https://news.gallup.com/businessjournal/18361/What-Doctor-Ordered.aspx (accessed 19.10.2021).

158 Heskett J.L., Sasser W.E., Schlesinger L.A. The Service Profit Chain: How Leading Companies Link Profit and Growth to Loyalty, Satisfaction, and Value. USA: Free Press, 1997. 320 p.

159 Cleland A., Mitchinson W., Townend A. Engagement, Assertiveness and Business Performance – A New Perspective. 2008. Ixia Consultancy Ltd. P.3.

160 Harter J.K., Schmidt F.L. and Hayes T.L. Business-unit level relationship between employee satisfaction, employee engagement, and business outcomes: a meta-analysis // Journal of Applied Psychology. 2002. Vol 87. P. 272.

Приводятся данные об аналогичной обнаруженной связи вовлеченности и положительного финансового вклада работников и для отечественных компаний[161].

Однако некоторые авторы указывают на то, что не всегда возможно однозначно определить направленность связи между эффективностью, продуктивностью работников и их вовлеченностью[162] (сотрудники лояльны потому, что хорошо налажена работа, или наоборот, вовлеченность сотрудников приводит к высокой эффективности). Так, например, по мнению авторов одного из исследований, именно рост лояльности клиентов первичного звена на 11% привел к росту продуктивности работы врачей на 24% за счет выстроенной системы отзывов пациентов о работе врачей, мотивирующей последних делать свою работу еще лучше. Стоит отдельно отметить, что данная связь была выявлена в организации, собирающей отзывы пациентов о работе конкретных врачей, а не учреждения в целом. Таким образом, врачи получали обратную связь по поводу именно своей работы[163].

Представленные данные являются одним из примеров того, что причинно-следственные связи в данном вопросе не всегда могут быть однонаправленными, о чем говорят и другие исследователи[164]. Также нельзя исключать и того, что связь является двунаправленной и факторы взаимоусиливают друг друга.

161 Амельченко Д. М., Помыткина И. А. Исследование вовлеченности персонала компании // Международный научно-исследовательский журнал. № 12 (66). Часть 3. С. 6-8.

162 Robertson-Smith G. Markwick C. A Review of Current Thinking (IES Report). Institute for Employment Studies, 2009. P. 20. URL: https://www.employment-studies.co.uk/system/files/resources/files/469.pdf (accessed 19.10.2021)

163 Coffman J., Yale Ph. Would you recommend this hospital to a friend? 2007. URL: https://www.bain.com/insights/would-you-recommend-this-hospital-to-friend/ (accessed 19.10.2021).

164 Balain S., Sparrow P. (2009). Цитата по: Robertson-Smith G. Markwick C. A Review of Current Thinking (IES Report). Institute for Employment Studies, 2009. P. 18. URL: https://www.employment-studies.co.uk/system/files/resources/files/469.pdf (accessed 19.10.2021)

1.1.5.1.2 Намерение сотрудников продолжать работать в организации (меньшая текучесть кадров)

Как утверждают Э. Левинсон[165], Е. Демерути и коллеги[166] , «вовлеченные» работники с большей вероятностью останутся работать в организации. К такому же выводу приходят и другие авторы, считающие, что вовлеченные работники менее склонны менять место работы[167]. Таким образом, вовлеченность работников влияет и на снижение потенциальных затрат, связанных с необходимостью адаптации новых работников, их обучения и переобучения.

Рассматривая вопрос с этой позиции, М. Джонсон пишет, что вовлеченность может быть измерена не только за счет потенциальных выгод организации, но и за счет снижения затрат от выбытия персонала и поиска ему замены[168]. Вероятно, это является особенно важным именно в отношении медицинских работников, чье обучение является длительным, а особую остроту вопросу придает текущий дефицит кадров, в особенности среднего медицинского персонала, характерный как для России, так и для других стран мира[169].

Схожий вывод позволяет сделать и рассмотрение проблематики вовлеченности работников с позиции концепции профессионального выгорания, которое, в числе прочего, способно приводить к оттоку кадров из организаций. Согласно данному подходу, принято считать, что вовлеченность в работу является прямой противоположностью выгоранию, которое приводит в числе прочего к снижению вовлеченности в работу, снижению эффективности[170, 171]. Учет рисков профессионального выгорания является особенно важным именно в отношении медицинских работников, которые склонны к нему больше других[172, 173, 174].

165 (Levinson E., 2007a). Цитата по: Robertson-Smith G. Markwick C. A Review of Current Thinking (IES Report). Institute for Employment Studies, 2009. P. 17. URL: https://www.employment-studies.co.uk/system/files/resources/files/469.pdf (accessed 19.10.2021)

166 Demerouti E., Bakker A.B., Nachreiner F., Schaufeli W.B. The job demands-resources model of burnout // J Appl Psychol. 2001. № 86(3). P. 499-512.

167 Shuck B., Reio T.G. Jr, Rocco T.S. Employee engagement: an examination of antecedent and outcome variables // Human Resource Development International. 2010. № 14(4). P. 427-445.

168 (Johnson M., 2004). Цитата по: Robertson-Smith G. Markwick C. A Review of Current Thinking (IES Report). Institute for Employment Studies, 2009. P. 16. URL: https://www.employment-studies.co.uk/system/files/resources/files/469.pdf (accessed 19.10.2021)

169 Всемирная организация здравоохранения. Актуальные глобальные вызовы в области здравоохранения на следующее десятилетие. URL: https://www.who.int/ru/news-room/photo-story/photo-story-detail/urgent-health-challenges-for-the-next-decade (дата обращения 20.10.2021).

170 Maslach C., Schaufelli W.B., Leiter M.P. Job burnout // Annual Review of Psychology. 2001. Vol 52. P. 416.

171 Kular S., Gatenby M., Rees C., Soane E. & Truss K. Employee Engagement: A Literature Review. Kingston Business School, Kingston University Working PaperSeries No 19, 2008. URL: https://core.ac.uk/reader/90447 (accessed 19.10.2021).

1.1.5.1.3 Эффективность работы

В начале раздела уже отмечалась большая производительность лояльных сотрудников: целый ряд исследований демонстрирует, что вовлеченные работники значимо чаще являются более производительными[175, 176]. «Вовлеченные работники трудятся усерднее, более лояльны и чаще готовы «поработать еще часик» в интересах организации»[177]. Для них характерно не ограничиваться сугубо рамками решаемой задачи, а стремиться к достижению наилучшего результата[178]. Однако исследователями отмечается, что представление зависимости между вовлеченностью и производительностью в качестве линейной является чрезвычайным упрощением и нельзя исключать наличия и иных факторов[179].

1.1.5.1.4 Благоприятное влияние на имидж организации

Лояльные работники вносят свой вклад не только в показатели работы организации, но и в формирование ее благоприятного имиджа. Так, вовлеченные работники чаще публично встают на защиту своей организации как места работы и активно продвигают свою организацию[180].

172 Kumar Sh. Burnout and Doctors: Prevalence, Prevention and Intervention // Healthcare (Basel). 2016. № 4(3). P. 37.

173 Myers M. Physician impairment: Is it relevant to academic psychiatry? // Acad. Psychiatry 2008. № 32. P. 39–43.

174 Myers M. Treatment of the mentally ill physician // Can. J. Psychiatry. 1997. № 42. P. 12–17.

175 (Wyatt W., 2007). Цитата по: Robertson-Smith G. Markwick C. A Review of Current Thinking (IES Report). Institute for Employment Studies, 2009. P. 17. URL: https://www.employment-studies.co.uk/system/files/resources/files/469.pdf (accessed 19.10.2021)

176 (Wellins R., Concelman J., 2005). Цитата по: Shahid A. The employee engagement framework: high impact drivers and outcomes //Journal of Management Research. 2019. Т. 11. №. 2. P. 45-54.

177 Lockwood N.R. Leveraging employee engagement for competitive advantage: HR's strategic role // Society for Human Resource Management Quarterly. 2007. № 1. P.3.

178 Лячин М.А., Подвербных О. Е. Лояльность персонала как основа мотивации сотрудников на инновационную активность в организации // Управление человеческими ресурсами – основа развития инновационной экономики. 2017. №7. С.194.

179 Balain S., Sparrow P. (2009). Цитата по: Robertson-Smith G. Markwick C. A Review of Current Thinking (IES Report). Institute for Employment Studies, 2009. p. 18. URL: https://www.employment-studies.co.uk/system/files/resources/files/469.pdf (accessed 19.10.2021).

180 Scottish Executive Social Research. Employee engagement in the public sector a review of literature.

1.1.5.1.5 Повышение эффективности управления

Ф. Лутас и С. Петерсон отмечают, что вовлеченные работники чаще устанавливают положительные отношения с непосредственным начальством, демонстрируют большую производительность и чаще успешно выполняют задачи, что приводит к повышению уверенности руководства в собственных силах, повышению уверенности в возможности создать благоприятную, «вовлеченную атмосферу». «Вовлеченный» менеджер, в свою очередь, повышает вовлеченность работников, что создает своеобразный круговорот[181] . Такую же закономерность можно предполагать и для влияния лояльных сотрудников на рядовых коллег.

1.1.5.1.6 Успешность организационных изменений

Исследователи полагают, что вовлеченность сотрудников может играть ключевую роль во внедрении организационных изменений, новых идей и реализации управленческих решений[182] и может являться одним из факторов, увеличивающих «гибкость» организации, ее возможности приспосабливаться к изменяющимся условиям рынка[183]. Сюда же можно отнести и то, что работники, лояльные компании, лучше адаптируются к изменениям, соблюдают дисциплину и установленные правила, чаще выполняют в срок поставленные задачи[184]. М. А. Лячин и О. Е. Подвербных также отмечают готовность лояльных сотрудников принимать нововведения и изменения без паники и сопротивления[185].

2007. p. 40-43. URL: https://www.webarchive.org.uk/wayback/archive/3000/https://www.gov.scot/Topics/Research/About/Social-Research/ (accessed 15.06.2021).

181 Luthans F., Peterson S.J. Employee engagement and manager self-efficacy: implications for managerial effectiveness and development // Journal of Management Development. 2002. № 21(5). P. 376–387.

182 Graen G.B. Enriched engagement through assistance to systems' change: a proposal // Industrial and Organisational Psychology. 2008. № 1. P. 74–75.

183 Robertson-Smith G. Markwick C. A Review of Current Thinking (IES Report). Institute for Employment Studies, 2009. P. 20. URL: https://www.employment-studies.co.uk/system/files/resources/files/469.pdf (accessed 19.10.2021).

184 Лычагина А. С. Лояльность персонала как фактор повышения конкурентоспособности компании в период организационных изменений // Гуманитарный акцент. № 3. 2018. С. 63.

185 Лячин М. А., Подвербных О. Е. Лояльность персонала как основа мотивации сотрудников на инновационную активность в организации // Управление человеческими ресурсами – основа развития инновационной экономики. 2017. №7. С.194.

1.1.5.1.7 Сохранение конфиденциальной информации/ информационная безопасность организации

А. С. Лычагина в своей статье пишет, что «лояльные сотрудники умеют сохранять коммерческие тайны. Лояльный персонал не передает важную информацию третьим лицам: для лояльного сотрудника предательство интересов фирмы невозможно»[186]. В конечном итоге это также делает свой вклад в успешность организации.

1.1.5.2 Риски нелояльности

По сути, риски нелояльности дублируют выгоды лояльности. Однако ввиду значимо меньшего обсуждения выгод и рисков (не)лояльности, чем, например, факторов лояльности, видится рациональным отдельно обсудить найденные в литературе данные.

1.1.5.2.1 Снижение лояльности клиентов и экономические издержки

Невовлеченный персонал несет значительные риски для организации, повышает издержки. Так, по оценкам Института Гэллапа, потери бизнеса США от невысокой вовлеченности и сниженной продуктивности работников ежегодно составляют от 450 до 550 миллиардов долларов в год[187].

Нелояльные сотрудники могут оказывать негативное влияние на лояльность клиентов. Так, Х. Тимпери указывает, что показатель лояльности сотрудников (eNPS) негативно коррелирует с уровнем оттока клиентов. В частности, она приходит к выводу, что доля работников-«критиков» коррелирует с лояльностью клиентов (NPS)[188].

Лычагина А.С. говорит о том, что нелояльные работники зачастую менее продуктивны в т. ч. и из-за нередко свойственного этой группе непонимания целей организации, а «любое действие, которое кажется бесцельным, хочется прекратить»[189].

186 Лычагина А.С. Лояльность персонала как фактор повышения конкурентоспособности компании в период организационных изменений // Гуманитарный акцент. №3. 2018. С.63.

187 Sorenson S., Garman K. How to Tackle U.S. Employees' Stagnating Engagement. URL: https://news.gallup.com/businessjournal/162953/tackle-employees-stagnating-engagement.aspx (accessed 19.10.2021).

188 Timperi H. The interconnections between customer loyalty, employee engagement and business performance. Lappeenranta, 2015. URL: https://lutpub.lut.fi/bitstream/handle/10024/111883/Pro%20Gradu.pdf?sequence=2&isAllowed=y (accessed 19.10.2021).

189 Лычагина А. С. Лояльность персонала как фактор повышения конкурентоспособности компании в период организационных изменений // Гуманитарный акцент. № 3. 2018. С. 63.

1.1.5.2.2 Негативное влияние на возможности привлечения новых работников

Дж. Робертсон-Смит в своем обзоре отмечает, что, с точки зрения некоторых авторов, нелояльные сотрудники, по сути, могут быть определены в качестве «корпоративных террористов» (со схожих позиций рассматривает нелояльных сотрудников и А. В. Ковров[190]), которые всячески отговаривают других людей от работы в организации[191].

1.1.5.2.3. Более высокие риски увольнения, намерения сменить организацию

В противоположность лояльности нелояльность увеличивает текучесть кадров. Нелояльные и «невключенные» работники с большей вероятностью готовы покинуть организацию, что ведет к дополнительным расходам на подбор, обучение, адаптацию нового персонала[192]. Так, по данным компании Glassdor, средние затраты в США на найм нового работника – 4000 долларов и 24 рабочих дня[193].

1.1.5.2.4 Негативное влияние на социально-психологический климат в организации

Исследователями отмечается, что активно обособляющиеся работники («детракторы») могут «подрывать» то, что делают их «вовлеченные» коллеги, активно «отыгрывая» и распространяя вокруг свое несчастье[194]. Таким образом, нелояльные сотрудники могут разрушать психологический климат в коллективе.

190 Ковров А.В. Лояльность персонала. М.: Бератор, 2004. С.48.

191 (Penna, 2006). Цитата по Robertson-Smith G. Markwick C. A Review of Current Thinking (IES Report). Institute for Employment Studies, 2009. p. 18. URL: https://www.employment-studies.co.uk/system/files/resources/files/469.pdf (accessed 19.10.2021).

192 Лычагина А.С. Лояльность персонала как фактор повышения конкурентоспособности компании в период организационных изменений // Гуманитарный акцент. №3. 2018. С.63.

193 Glassdoor Team. How To Calculate Cost-Per-Hire. URL: https://www.glassdoor.com/employers/blog/calculate-cost-per-hire/ (accessed 19.10.2021).

194 Seijts G. H., Crim D. What engages employees the most or, the ten C's of employee engagement // Ivey Business Journal. 2006. Т. 70. №. 4. URL: https://iveybusinessjournal.com/publication/what-engages-employees-the-most-or-the-ten-cs-of-employee-engagement/ (accessed 19.10.2021).

1.1.5.2.5 Негативное влияние на информационную безопасность

Отдельно стоит отметить повышенные риски распространения конфиденциальной информации, связанные с отсутствием лояльности персонала[195].

1.1.5.2.6 «Риски», связанные с высокой лояльностью

Важно заметить, что сама высокая лояльность имеет то, что можно назвать «рисками». Она становится эффективным инструментом только в руках «готового» к ней руководителя. Исследователями отмечается, у вовлеченности может быть «обратная сторона» и что активно вовлеченные работники могут в большей степени сталкиваться с разочарованием от невозможности достижения результата[196]. По сути, в случае невозможности достижения целей они более подвержены риску выгорания, которое приведет, в свою очередь, к снижению их продуктивности. Также к «рискам», но теперь уже обеспечения высокой лояльности, можно отнести то, что создание условий для вовлеченности персонала требует финансовых вложений.

Несмотря на указанные потенциальные «риски», исследователями признается, что вложения организаций в вовлеченность персонала окупаются, потенциальные выгоды оцениваются более высоко, в сравнении с издержками[197]. Видится, что в данном случае это скорее вопрос необходимости создания «правильной» корпоративной культуры (что будет рассмотрено далее), а не причина «бояться» лояльности.

Подводя краткий итог, ещё раз отметим, что обеспечение лояльности и вовлеченности персонала способно принести массу плюсов для организаций. С учетом того, что многие исследования фокусируют внимание на коммерческих организациях и их работниках, большинство из обозначенных в литературе плюсов связано с улучшением коммерческих показателей и снижением издержек в т.ч. за счет обеспечения лояльности клиентов, уменьшения текучести персонала, повышения производительности работников. Несмотря на то, что большинство учреждений здравоохранения в нашей стране по своей

195 Лычагина А.С. Лояльность персонала как фактор повышения конкурентоспособности компании в период организационных изменений // Гуманитарный акцент. №3. 2018. С.63.

196 Britt T. W. Black hawk down at work // Harvard Business Review. 2003. № 81 P. 16–17. URL: https://hbr.org/2003/01/black-hawk-down-at-work (accessed 19.10.2021).

197 Robertson-Smith G. Markwick C. A Review of Current Thinking (IES Report). Institute for Employment Studies, 2009. p. 22. URL: https://www.employment-studies.co.uk/system/files/resources/files/469.pdf (accessed 19.10.2021).

форме являются государственными бюджетными организациями, в условиях внедрения пациент/клиентоориентированных подходов и роста коммерциализации их деятельности перечисленные потенциальные выгоды, получаемые за счет обеспечения лояльности персонала, являются в полной мере актуальными и для них. Также о некоторых ярких нефинансовых выигрышах от лояльности сотрудников будет сказано в практической Главе 2.

В следующем, заключительном для главы параграфе будут рассмотрены некоторые важные методики измерения уровня лояльности персонала по отношению к организации.

1.1.6 eNPS и другие методики измерения лояльности персонала

Можно утверждать, что на сегодняшний день разработаны и применяются различные методики для оценки лояльности и вовлеченности персонала (контекстуальную синонимичность последней и ряда других смежных конструктов с лояльностью мы определили ранее). При этом нет единого мнения об исключительной полезности той или иной методики: каждая из них имеет свои преимущества и свои ограничения; все они так или иначе представляют собой инструменты для получения обратной связи от работников, а также выступают в качестве «индикаторов того, насколько хорошо обстоят дела у организации»[198] .

При этом С. Балэйн и П. Спэрроу справедливо предполагают, что из-за большого разнообразия определений, используемых в случаях, когда речь идет о вовлеченности работников, а также различных для каждой организации целей при проведении подобных исследований организациям стоит:

- во-первых, самостоятельно выбирать, какой инструмент для измерения использовать,
- во-вторых, с аккуратностью сравнивать между собой полученные в разных организациях и по разным методикам показатели вовлеченности[199].

Ввиду этого в данном параграфе мы ограничимся лишь кратким обзором некоторых релевантных методик измерения лояльности персонала, а затем более подробно опишем выбранную нами.

1.1.6.1 Некоторые релевантные опросники

The Gallup Q12 Index.

Это интегральный индекс, разработанный Институтом Гэллапа на основе исследований, включавших в себя в общей сложности 17 миллионов работников. По итогам были предложены 12 «ядерных» элементов, которые, по утверждению авторов, значительно связаны с ключевыми бизнес-показателями и «наилучшим образом

198 Robertson-Smith G. Markwick C. A Review of Current Thinking (IES Report). Institute for Employment Studies, 2009. p. 44-47. URL: https://www.employment-studies.co.uk/system/files/resources/files/469.pdf (accessed 19.10.2021).

199 Balain S., Sparrow P. (2009). Цитата по: Robertson-Smith G. Markwick C. A Review of Current Thinking (IES Report). Institute for Employment Studies, 2009. p. 44-47. URL: https://www.employment-studies.co.uk/system/files/resources/files/469.pdf (accessed 19.10.2021).

предсказывают производительность работников и рабочих коллективов»[200].

Исходя из их ответов, работники могут разделяться на:

1. Высококовлеченных, лояльных компании сотрудников.
2. Работников, хорошо выполняющих свою работу, но не испытывающих энтузиазма (не вовлеченных).
3. Активно невовлеченных в работу сотрудников компании.

Респонденты оценивают согласие с каждым вопросом по пятибалльной шкале. При анализе ответов внимание обращается на следующие показатели: средний балл (GrandMean), процентильный ранг данного среднего (исходя из данных по отрасли), проценты групп сотрудников по уровню вовлеченности[201].

Utrecht Work Engagement Scale (UWES).

Представляет с собой набор из 17 валидизированных переменных, измеряющих три аспекта вовлеченности – энергичность, преданность делу и поглощенность работой. Респондент соглашается или не соглашается с предложенными суждениями. Для оценки используется классическая шкала Ликерта (порядковая шкала для оценки согласия с суждением – от «полностью не согласен» до «полностью согласен»). Полученные значения суммируются, и более высокие значения соответствуют более высокой степени вовлеченности[202].

Employee Satisfaction Index (ESI).

В середине 1990-х широкое распространение получил индекс CSI (Customer Satisfaction Index)[203]. Как и в случае с NPS, позднее нашедшим применение для измерения лояльности работников (eNPS), начал применяться и индекс удовлетворенности работников – ESI (Employee Satisfaction Index). Нередко отмечается сходство между

200 Gallup. Q12 employee engagement. URL: https://www.gallup.com/access/239210/gallup-q12-employee-engagement-survey.aspx (accessed 15.06.2021).

201 См. например, Gallup. Lewis & Clark College Employee Engagement Q12. URL: https://www.lclark.edu/live/files/25928-q12-employee-engagement-report-detail (accessed 17.12.2021).

202 Schaufeli W., Bakker A.. Utrecht work engagement scale. Preliminary Manual [Version 1.1, December 2004] URL: https://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/Test%20Manuals/Test_manual_UWES_English.pdf (accessed 19.10.2021).

203 Yang X., Tian P., Zhang Z. A comparative study on several national customer satisfaction indices (CSI) // Aetna School of Management, Shanghai Jiao Tong University, Shanghai, PR China. 2019. URL: https://www.van-haaften.nl/images/documents/pdf/A%20Comparative%20Study%20on%20Several%20National%20Customer%20Satisfaction.pdf (accessed 20.10.2021).

данными методиками, ведь основная задача обеих – получить интегральный показатель, однако некоторыми авторами отмечается, что ESI строится на трех вопросах [по крайней мере, такой подход был обозначен в найденных источниках. – Прим. авт.], и в отличие от eNPS чаще используется в более масштабных исследованиях, включающих в себя и другие вопросы[204]. Вне зависимости от различных формул расчета индекса, предлагаемых различными авторами[205, 206], итоговый индекс принимает значения в диапазоне от 0 до 100, где более высокие значения свидетельствуют о большей удовлетворенности работников.

Maslach Burnout Inventory (Тест выгорания К. Маслак[207]).

Данная методика в текущем списке стоит отдельно, так как изначально не позиционировалась как методика для оценки лояльности и была разработана, как следует из названия, для оценки профессионального выгорания работников.

Опросник состоит из 22 утверждений, согласие с которыми респонденту необходимо оценить. Переменные образуют три интегральных индекса – эмоционального истощения, редукции профессиональных достижений и деперсонализации. Стоит отдельно отметить существование отдельной версии опросника для врачей. Методика MBI известна в нашей стране в первую очередь в адаптации Водопьяновой (2003)[208].

В дополнение к тому, что было сказано ранее о связи лояльности и выгорания, следует отметить, что при исследованиях вовлеченности персонала при использовании данной методики низкие значения по шкалам деперсонализации и эмоционального истощения и высокие значения по шкале профессиональных достижений (инвертированная шкала, в рамках которой высокие значения свидетельствуют об отсутствии выгорания) свидетельствуют о высоком

204 Netigate. How the Employee Satisfaction Index (ESI) works and how to use it URL: https://www.netigate.net/articles/human-resources/how-the-employee-satisfaction-index-esi-works-and-how-to-use-it/ (accessed 21.06.2021).

205 Critizr. Measuring employee satisfaction URL:https://business.critizr.com/en/blog/measuring-employee-satisfaction (accessed 19.10.2021).

206 Netigate. How the Employee Satisfaction Index (ESI) works and how to use it URL: https://www.netigate.net/articles/human-resources/how-the-employee-satisfaction-index-esi-works-and-how-to-use-it/ (accessed 21.06.2021).

207 Чаще в работах, хотя и менее корректно, фамилию автора транскрибируют как «Маслач».

208 Водопьянова Н. Е., Старченкова Е. С., Наследов А. Д. Стандартизированный опросник «Профессиональное выгорание» для специалистов социономических профессий // Вестник Санкт-Петербургского университета. Социология. 2013. №4. С. 21-22.

уровне вовлеченности[209]. Таким образом, исследования выгорания позволяют косвенно оценить лояльность; также лояльность и выгорание могут измеряться в рамках одного исследования ввиду важности эмоционального состояния для уровня лояльности персонала (что будет показано в практической части).

Стоит отметить, что методика Маслак – не единственная методика измерения данного конструкта. Например, достаточно популярным опросником выгорания также является опросник В. В. Бойко[210].

Как уже было отмечено, этот мини-обзор служит цели дать первичное понимание методических подходов к измерению лояльности, вариативность которых гармонирует с разностью подходов к ее пониманию. Безусловно, есть множество опросников и по другим смежным конструктам, таким как удовлетворенность персонала, его доверие и т. д., которые не вошли в данный обзор (например, IES Engagement Survey[211] , Towers Perrin Rapid Engagement Diagnostic Survey, Roffey Park Institutes Engagement Diagnostic Service и др.[212]). Но в цели монографии не входило подробное описание всех возможных опросников лояльности и смежных понятий, поскольку, как уже было отмечено, во многом выбор опросника является контекстуальным для специфики и задач организации.

При этом даже на основании такого небольшого обзора мы можем видеть, что опросники, как правило, представляют собой шкалы, которые по итогу объединяются в один или несколько индексов. Как мы видим, шкалы могут достаточно сильно разниться от опросника к опроснику, что вновь поднимает проблему более унифицированного подхода и к измерению лояльности.

В завершение раздела хотелось бы отдельно остановиться на одном из опросников, построенном на несколько другом подходе, нивелирующем ряд недостатков рассмотренных ранее методик, – опроснике лояльности Райхельда. Именно этот опросник больше соответствовал подходу авторов к пониманию лояльности и по итогу был выбран для исследований в московском здравоохранении.

209 Maslach C., Schaufelli W.B., Leiter M.P. Job burnout // Annual Review of Psychology. 2001. Vol 52. P. 416.

210 Бойко В.В. Психоэнергетика. СПб.: Питер, 2008. 416 с.

211 Robertson-Smith G. Markwick C. A Review of Current Thinking (IES Report). Institute for Employment Studies, 2009. URL: https://www.employment-studies.co.uk/system/files/resources/files/469.pdf (accessed 19.10.2021).

212 Там же.

1.1.6.2 employee Net Promoter Score (eNPS)

Сама по себе методика измерения лояльности была разработана Ф. Райхельдом в качестве инструмента, направленного на выявление удовлетворенности клиентов. В ходе разработки методики им было проведено исследование нескольких тысяч клиентов компаний, оказывающих финансовые услуги, услуги автострахования, телефонии, интернет-провайдеров и др. Потребителям было задано порядка 20 вопросов, призванных выявить их отношение к получаемым от данных компаний услугам.

По итогу собранная информация более чем от 4000 клиентов позволила разделить выборку на 14 подвыборочных кейсов для соотнесения полученной ранее информации с реальной потребительской активностью и привлечением новых клиентов.

В конечном итоге было установлено, какие из заданных на первом этапе вопросов в наибольшей степени коррелировали с покупательской активностью и клиентскими рекомендациями. Ф. Райхельд пришел к выводу, что оптимальным является вопрос «оцените по шкале от 0 до 10, насколько вероятно, что вы порекомендуете нас (или наш продукт, или услугу, или бренд) другу или коллеге?». Вероятность предлагалось оценить по 11-балльной шкале (от «0» до «10»). Для более глубокого понимания методика предполагает и второй вопрос, который может быть сформулирован примерно так: «Назовите основную причину своей оценки?»[213].

При этом Ф. Райхельд допускает, что методика может быть дополнена и другими вопросами, однако предупреждает, что «добавление большого количества вопросов общего характера, как правило, серьезно снижает эффективность опроса: ответы на них содержат очень мало полезной информации, зато отнимают много времени»[214].

Исходя из ответа на основной вопрос, опрошенные делятся на 3 группы:

1. «Промоутеры» (9–10 баллов) являются лояльными потребителями и рекомендуют знакомым организацию, в которой получили услуги.
2. «Нейтралы» (пассивные) (7–8 баллов) – потребители, не имеющие четкой позиции и готовые, при наличии более выгодных условий, обратиться в другую организацию.

213 Райхельд Ф., Марки Р. Искренняя лояльность. Ключ к завоеванию клиентов на всю жизнь / Фред Райхельд, Роб Марки; пер. с англ. С. Филина [науч. ред. И. Чичмели]. М.: Манн, Иванов и Фербер, 2013. С. 22.

214 Там же. С. 131.

3. «Критики» (детракторы) (0–6 баллов) – нелояльные потребители, которые не будут рекомендовать услугу/организацию и высказывают критику в ее адрес.

По результатам исследований Ф. Райхельда, эти категории клиентов демонстрируют различающиеся модели поведения с соответствующим влиянием на доходность организации.

Индекс потребительской лояльности рассчитывается путем вычитания доли клиентов, являющихся «критиками», из доли «промоутеров». Собственно, поэтому он носит название Net Promoter Score – «чистый индекс «промоутеров», хотя более широко он известен как «индекс потребительской лояльности». Значения индекса могут варьироваться от –100 (каждый респондент является «критиком») до +100 (каждый респондент является «промоутером»).

То, о чем мы говорили, – методика оценки лояльности клиентов. Однако на определенном этапе изучения индекса потребительской лояльности Ф. Райхельд пришел к выводу, что «невозможно достичь лояльности клиентов, не обеспечив прежде лояльность персонала»[215]. Результатом стало внедрение индекса лояльности работников – eNPS (employee Net Promoter Score, «чистый индекс «промоутеров» среди сотрудников»). Ф. Райхельд и Р. Марки пишут о пионерском опыте его применения следующее: «розничное направление Apple стало также пионером и в деле применения структуры Net Promoter в отношении персонала. Каждые четыре месяца магазины проводят опрос среди сотрудников и оценивают, насколько вероятно, что люди будут рекомендовать свой магазин знакомым как отличного работодателя»[216].

В целом большинство компаний, внедривших eNPS, использовали один основной вопрос: «Какова вероятность того, что вы порекомендуете нашу компанию в качестве работодателя?»[217]. В качестве измерителя была использована та же шкала значений от 0 до 10 баллов и те же критерии для разделения на «промоутеров», «нейтралов» и «критиков».

С одной стороны, нельзя не упомянуть наличие критики данной методики. В литературе отмечается, что методика NPS имеет ряд ограничений: в частности, ставятся под сомнение предиктивные

215 Райхельд Ф., Марки Р. Искренняя лояльность. Ключ к завоеванию клиентов на всю жизнь / Фред Райхельд, Роб Марки; пер. с англ. С. Филина [науч. ред. И. Чичмели]. М.: Манн, Иванов и Фербер, 2013. С. 209.

216 Там же. С. 79.

217 Там же. С. 210.

возможности данной методики, достаточность одного показателя для предсказания успешности компании[218, 219]. Исследователи задаются вопросом об эффективности применения 11-балльной шкалы и последующем делении респондентов на 3 группы, также ставятся вопросы ее эффективности с учетом культурных различий[220, 221].

С другой стороны, авторы склонны и сейчас придерживаться ранее обозначенной позиции, что «представленные критические замечания являются достаточно весомыми, однако они не свидетельствуют в пользу отказа от использования индекса лояльности (как потребителей, так и сотрудников), а лишь подчеркивают необходимость с большей строгостью подходить к методологическим аспектам исследования»[222].

Популярность методики также говорит в ее пользу: ее используют множество успешных компаний (Apple, HP, Amazon, Costco и др.), что косвенно свидетельствует о ее практической полезности. Возможно, часть критики и непонимания вызвана тем, что, как отмечено в одной из научных статей, посвященной анализу методики и применимости шкалы NPS: «ученые и бизнес-менеджеры говорят на разных языках»[223].

Со своей стороны, мы можем выделить следующие привлекательные для нас преимущества методики:

1. Наличие практико-ориентированного обоснования и множественных удачных кейсов внедрения.
2. Нарастающая популярность методики в медицине в связи с приходом бизнес-подходов в государственное здравоохранение.
3. Простота использования методики и анализа. Мы получаем общую оценку и не «проваливаемся» во множество потенци-

218 Keiningham T.L., Cooil B., Andreassen T.W., Aksoy L. A Longitudinal Examination of Net Promoter and Firm Revenue Growth // Journal of Marketing, 2007. № 71 (3). P. 39–51.

219 Keiningham T.L., Aksoy L., Cooil B., Andreassen T.W., Williams L. A Holistic Examination of Net Promoter. Journal of Database Marketing & Customer Strategy Management. 2008. № 15(2). P. 88.

220 Keiningham T.L., Cooil B., Andreassen T.W., Aksoy L. A Longitudinal Examination of Net Promoter and Firm Revenue Growth // Journal of Marketing, 2007. № 71 (3). P.48.

221 Keiningham T.L., Aksoy L., Cooil B., Andreassen T.W., Williams L. A Holistic Examination of Net Promoter. Journal of Database Marketing & Customer Strategy Management. 2008. № 15(2). P. 98-99.

222 Богдан И.В., Гурылина М.В., Чистякова Д.П. Лояльность сотрудников и пациентов в управлении здравоохранением. Москва: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2019. С. 21.

223 Bendle N.T., Bagga Ch.K., Nastasoiu A. Forging a Stronger Academic-Practitioner Partnership–The Case of Net Promoter Score (NPS) // Journal of Marketing Theory and Practice. 2019. №7(2). P. 210-226.

альных аспектов лояльности, не решаем задачу их предварительного выделения. Только в случае второго вопроса мы анализируем важнейшие причины лояльности в терминах и в логике респондентов.

4. Как следствие простоты, возможность более оперативного получения информации.
5. Достаточно широкая шкала, потенциально чувствительная к нюансам динамики.
6. Краткость опросника, которая важна как с точки зрения экономии времени покупателей и работников, так и с методических позиций: краткость опросника позитивно влияет на ошибку выборки и достижимость респондентов. Так, по данным CustomerGauge, каждый дополнительный вопрос снижает долю ответов на величину между 5 и 15 %[224].
7. Возможность использования системы бенчмарков для ориентации на лучших представителей отраслей.

Также данный подход к измерению лояльности можно признать в целом *гармонирующим с нашим походом к определению лояльности*. Сотрудник не просто «удовлетворен» (как показывает опыт, у ряда респондентов оценка «удовлетворительно» может ассоциироваться с оценкой «3» или «4»), не просто «доверяет», он удовлетворен и доверяет настолько, что готов поручиться за организацию фактом своей рекомендации. Данное положение соотносится с тем, что лояльность лучше дифференцирует именно «высшую степень удовлетворенности», по сравнению с некоторыми смежными методиками[225]. Все это логично в контексте того, что Райхельд искал вопрос, связанный именно с реальным поведением, который соответствует ему с точки зрения установок.

Перечисленные выше плюсы, в особенности практическая польза, получение интегральной оценки и простота использования и тиражирования методики в учреждениях здравоохранения, дают достаточно оснований для использования методики (e)NPS при проведении исследований лояльности работников здравоохранения. Однако необходимо еще раз заметить, что получить значимый полезный результат можно только в случае корректного подхода к подготовке инструментария исследования и организации его проведения, соблюдения методических требований (см. подробнее раздел 3.2).

224 Frazier S. “How to Increase Your Net Promoter Survey Response Rate to 60 %!” CustomerGauge (blog). February 13, 2013. URL: https://customergauge.com/blog/how-to-increase-your-net-promoter-survey-response/ (accessed 19.10.2021).

225 Богдан И. В., Гурылина М. В., Чистякова Д. П. Лояльность сотрудников и пациентов в управлении здравоохранением. Москва: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2019. С. 21.

Стоит также сказать, что повышение эффективности использования методики Райхельда в отечественном здравоохранении требует дальнейших исследований, в частности, была бы полезной дополнительная «валидизация методики Райхельда для России, которая на настоящий момент не была адекватно проведена, включая правильность выделения различных групп («промоутеров», «критиков», «нейтралов») на основании оценок, а также адаптации методологии к системе здравоохранения»[226].

Авторы признают, что не считают методику Райхельда «лучшей» или не имеющей изъянов. Однако по итогам исследований авторы считают, что она адекватно справляется с общей оценкой лояльности сотрудников к организации уже в текущем виде. Это будет в т. ч. продемонстрировано в следующем разделе, который будет посвящен собственно практическому опыту использования данной методики в московском здравоохранении.

226 Богдан И. В., Праведников А. В., Чистякова Д. П. Мониторинг лояльности потребителей услуг и персонала медицинских организаций (Методология (e)NPS): методические рекомендации. Москва: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2021. С. 10.

ГЛАВА II. ЛОЯЛЬНОСТЬ ПЕРСОНАЛА: ПРАКТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В МЕДИЦИНЕ

2.1 Лояльность персонала: группы, факторы, ориентиры (бенчмарки)

2.1.1 Отраслевая лояльность персонала системы здравоохранения

Как мы уже видели в теоретической части, лояльность является многокомпонентным конструктом, к детерминантам которого можно отнести широкий круг социальных явлений. Не является исключением и отраслевая принадлежность организации, которая в значимой мере определяет сложившиеся трудовые практики. В этой связи важным является вопрос того, как лояльность в здравоохранении «выглядит» на фоне других отраслей, что может помочь нам на отличиях понять специфику работы в здравоохранении. Стоит подчеркнуть, что, определив подходящей для нас методику eNPS, мы будем рассматривать исследования исключительно в ее рамках, без анализа смежных метрик, чтобы не смешивать потенциально несопоставимые данные, полученные в ряде разных подходов. Такое смешение в итоге может привести к неверным выводам ввиду методических различий.

Для ответа на вопрос о специфике здравоохранения, а также на другие вопросы раздела нам видится важным разговор о бенчмарках. Как указано в методических рекомендациях, подготовленных авторами, «бенчмарк (анг. benchmark – «ориентир», «эталон») – значения индикатора, которые могут служить для ориентира, для определения того, какие значения индикатора являются «хорошими», а какие «плохими». Примером бенчмарка могут выступать средние значения индикатора по отрасли»[227]. Без таких ориентиров сложно проводить анализ, так как при анализе показатели должны быть с чем-то соотнесены для оценки. Например, eNPS=50 – это «плохо», «хорошо» или «лучшая практика»?

С одной стороны, предельным ориентиром может выступать идеальное значение. Так, мы понимаем, что чем ближе индекс к значению «100», тем лучше. Также мы можем оценить значение в динамике и понять, растет оно, стагнирует или падает, это другой подход к ориентирам. Наконец, есть экспертный подход и подход кейсов, к которым нам часто приходится обращаться, если нет более объективных данных – мы можем полагаться на мнение эксперта о нормативных значениях индикатора или на значения показателя, которые хорошо показали себя в кейсе определенной организации.

Однако более объективным будет подход, в рамках которого происходят централизованные замеры показателя по единой методике. Поскольку на практике централизованное исследование кадров отрасли является сложным с организационной стороны и дорогостоящим, мы можем видеть модификацию этого подхода в виде сайтов-агрегаторов или собственных баз данных, которые собирают компании, работающие в области.

Что касается сайтов, к сожалению, как правило, сайты агрегируют значения, которые присылают сами компании или же о которых публично говорят представители компаний. Как следствие, в данном случае повышены риски получения завышенных средних значений по отрасли. Даже если исключить сознательное введение в заблуждение, предприятия с низким eNPS скорее не будут склонны демонстрировать его публично, чтобы поддерживать образ компании как хорошего работодателя. Это говорит о необходимости повышенной осторожности при работе с данным типом источников.

В целом, ввиду сложностей сбора такого массива данных, общие бенчмарки по eNPS представлены единичными кейсами. Первый кейс – на сайте компании Questionpro (2019)[228] приведены агрегированные значения на собственной базе данных из более чем 700 000 показателей от 60 тысяч работников за 4 года. Разброс значений по организациям составил от –62 до +83, со средним значением eNPS=14.

Второй кейс говорит в пользу валидности приведенных данных, общий бенчмарк, который приводится в блоге компании Perceptyx, примерно такой же, eNPS=12[229]. Что ценно, в своем блоге компания приводит бенчмарки для отдельных областей, среди которых самое низкое значение у сферы здравоохранения, eNPS=-6,5. Таким

227 Богдан И. В., Праведников А. В., Чистякова Д. П. Мониторинг лояльности потребителей услуг и персонала медицинских организаций (Методология (e)NPS): методические рекомендации. Москва: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2021. С. 4.

228 Judy Ch. Questionpro. 700,000 Culture Benchmarks: What's Driving eNPS in Workplaces Today. URL: https://www.questionpro.com/blog/culture-benchmarks-for-enps/amp/ (accessed 19.10.2021).

229 Wilson M. Employee Net Promoter Score: What You Need To Know.URL: https://blog.perceptyx.com/employee-net-promoter-score?hs_amp=true (accessed 19.10.2021).

образом, можно было бы предполагать большую неудовлетворенность сотрудников медицинской отрасли по сравнению со средним по рынку.

При этом найденные данные по отечественным бенчмаркам дают значимо более низкие значения. Так, исследование НАФИ в 2016 году показало для российских сотрудников значение eNPS=-47[230]. Стоит заметить, что после 2016 года эксперты наблюдали значимую положительную динамику, и в 2020 году (после небольшого снижения за год на 5 пунктов) значения индекса составили уже eNPS=-32[231]. Однако стоит предполагать, что как минимум часть разницы с зарубежными исследованиями обусловлена методически. Исследование НАФИ является более репрезентативным, с выборкой не отдельных компаний, попадание которых в базу данных может коррелировать с типом управления (большая заинтересованность в работе с лояльностью сотрудников), а работающего населения в целом.

В любом случае ценны причины лояльности и нелояльности, выделенные исследователями (Таблица 1), которые можно сравнить с таковыми для системы здравоохранения (будут приведены в следующих разделах).

Таблица 1. Причины (не)лояльности персонала, ответы на вопрос «Скажите, почему Вы поставили именно такую оценку? С чем это связано?», в % от всех работающих россиян, открытый вопрос, респонденты отвечали на вопрос в свободной форме, не выбирая из предложенных вариантов ответа[232]

		% от работающих россиян
Причины, по которым НЕ рекомендуют работодателя (ответы критиков)	Низкая заработная плата	28
	Специфическая работа, не каждый справится	11
	Нет стабильности	5
	Не буду советовать: не хочу конкуренции/не хочу работать со знакомыми	4
	Не нравится коллектив, руководство	4
	Высокая загрузка	4
	Не нравится работа, компания /Не устраивает	4
	Нет вакансий	3
	Не устраивают условия труда	3
Причины, по которым рекомендуют работодателя (ответы промоутеров)	Высокая/стабильная зарплата	24
	Все устраивает/нравится	21
	Стабильная компания	18
	Хороший коллектив, руководство	15
	Хорошие условия труда	3
	Хороший график работы	3
	Карьерный рост/возможность обучения	1
	Есть свободные вакансии	1

Таким образом, по итогам рассмотрения раздела, мы видим, что данных отраслевых бенчмарков индекса лояльности сотрудников мало, поэтому мы можем ограничиться только гипотезами, в частности о том, что сотрудники медицинских организаций являются менее лояльными, чем сотрудники других отраслей (в исследовании НАФИ обращает на себя внимание, что специфика работы – № 2 в списке причин нелояльности), и в целом значения лояльности сотрудников будут достаточно низкими.

В целом, мы видим, что выявление позиционирования лояльности персонала здравоохранения относительно других областей (в т.ч. в нашей стране) является важной задачей дальнейших исследований.

230 НАФИ. Не лояльны? Работаем дальше. URL: https://nafi.ru/analytics/ne-loyalny-rabotaem-dalshe/ (дата обращения: 20.10.2021).

231 НАФИ. «Карьерная инертность»: россияне недовольны своей работой, но не готовы искать новую. URL: https://nafi.ru/analytics/karernaya-inertnost-rossiyane-nedovolny-svoey-rabotoy-no-ne-gotovy-iskat-novuyu-/ (дата обращения: 20.10.2021).

232 НАФИ. «Карьерная инертность»: россияне недовольны своей работой, но не готовы искать новую. Пресс –релиз. URL: https://nafi.ru/upload/pressrelease/Survey%20results_eNPS.docx (дата обращения: 20.10.2021).

2.1.2 Лояльность персонала различных подсистем здравоохранения и ее факторы

Следующий вопрос касается положения дел в сфере здравоохранения. В данном случае мы опять же можем говорить об отдельных кейсах, а не о систематических полных данных. Это логично в контексте того, что область исследований индекса лояльности в здравоохранении во многом можно охарактеризовать как находящуюся в процессе становления, а также недостаточно осмысленную академически. Так, обзор литературы показывает ничтожно малую долю таких исследований среди научных публикаций, посвященных лояльности (которых, в свою очередь, также относительно немного)[233], и в основном существующие данные относятся именно к пациентам, а не к сотрудникам.

Однако у нас в распоряжении все же есть ряд кейсов, на основании которых мы можем дать первичную характеристику лояльности персонала в различных подсистемах здравоохранения и основных ее факторов. В рамках настоящего анализа было рассмотрено 14 отчетов об исследованиях, из которых четыре (с учетом приведенных данных Perceptyx) являются зарубежными и 10 – российскими. Медиана по всем рассмотренным значениям составила eNPS=17.

Начнем наш анализ собственно с рассмотрения немногочисленных доступных зарубежных исследований. И здесь мы видим значимую проблему в том, что все найденные в открытом доступе замеры eNPS в здравоохранении, кроме одного, являются даже не данными исследований, а скорее данными сайтов-«отзовиков».

Например, обращаясь к агрегатору Comparably.com, мы видим, что в случае компании Envision Healthcare (США) приведенный индекс лояльности является самым низким из рассмотренных, eNPS=-33[234]. Однако даже для сайта-«отзовика» значение показателя сложно назвать надежным с учетом числа респондентов (6 ответивших). Следует также учитывать, что Envision Healthcare не только непосредственно оказывает медицинские услуги, такие, например, как хирургические операции и неотложная помощь, но и занимается поставками медицинской техники, что выступает еще одним ограничением для анализа.

233 Богдан И. В., Гурылина М. В., Чистякова Д. П. Лояльность сотрудников и пациентов в управлении здравоохранением. Москва: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2019. С.6-7.

234 Comparably. eNPS at Envision Healthcare. URL: https://www.comparably.com/companies/envision-healthcare/enps (accessed 15.06.2021).

Другая организация на том же сайте, наоборот, с крайне высоким (самым высоким из рассмотренных) уровнем eNPS=77, Northside Hospital (США). В опросе приняли участие уже 416 опрошенных[235]. Однако это также не отдельная организация, а сеть госпиталей, что накладывает ограничение на сравнение таких данных с отдельными медицинскими организациями.

В целом авторам видится нерациональным серьезно рассматривать данные значения ввиду подхода к их получению, который, кроме возможностей «накрутки», вызывает настороженность тем, что реальная принадлежность сотрудника к компании не всегда может быть валидизирована, а мотивированные к посещению сайтов-«отзовиков» люди скорее всего будут значимым образом отличаться от «среднего» работника компании, в т. ч. своими оценками. Более того, как мы увидим, данные значения показателя являются «экстремальными» относительно других рассмотренных данных.

Недостаточно информации и о другом исследовании, хотя оно представляется и несколько более заслуживающим доверия. Это исследование Primary Health Networks (Австралия, 2017 год), ранее опубликованное на сайте BPA Analytics services[236] и недоступное там сейчас. По опубликованной ранее информации, eNPS для Primary Health Networks (инициатива правительства Австралии, созданная для повышения эффективности и качества медицинских услуг) равнялся 24, а в качестве основных факторов лояльности назывались коллектив, сильная командная работа, гибкость и корпоративная культура.

Таким образом, найденные данные о зарубежном опыте исследований eNPS в здравоохранении вызывают мало доверия и не могут быть использованы для полноценного сравнения с отечественными данными, а значит, на данный момент, без обращения к закрытым базам данных, не могут выступать надежными «внешними» бенчмарками для нашей страны.

Стоит отметить, что за исключением проведенных ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ» исследований, в нашей стране исследования лояльности медицинского персонала в рамках методики eNPS в открытом доступе также являются единичными. Среди найденных исследований, приведенных в публикации, было найдено всего два: опрос

235 Comparably. eNPS at Northside Hospital. URL: https://www.comparably.com/companies/northside-hospital/enps (accessed 15.06.2021).

236 2017 PHN Benchmarking Results. URL: https://bpanz.com/blog/2017phn-snapshot (accessed 16.06.2019).

60 сотрудников стоматологической поликлиники Красноярского государственного медицинского университета (eNPS = –11,4)[237] и 65 сотрудников трех частных клиник в Набережных Челнах[238]. Причем в последнем исследовании самого значения eNPS не приводится и факторы лояльности были измерены с использованием иного инструментария – не открытыми, а закрытыми вопросами. Указанные исследования не формируют общей картины, демонстрируют специфические кейсы, поэтому далее они рассмотрены не будут.

Говоря же об исследованиях, которые были проведены ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», необходимо отметить, что поскольку областью экспертизы авторов и института является московское здравоохранение, лояльность и ее факторы далее рассмотрены исключительно в контексте Москвы. Исследования далее приведены не в хронологическом порядке, а в логике раскрытия темы – от общей картины к частным кейсам.

Первым рассмотрим исследование, которые было направлено на оценку eNPS для городских медицинских организаций Москвы. Исследование было проведено в 2019 году на основании квотной выборки. Итоговую выборку исследования составил 551 медицинский сотрудник из 6 московских медорганизаций, выборка репрезентировала медицинские организации Москвы по форме оказания помощи (больницы и полклиники), а также по службам (детская/взрослая)[239], с учетом численности в них врачей и сестринского персонала.

По итогам исследования, среднее значение составило eNPS=9. Между подгруппами медицинских работников были обнаружены различия в оценках: более лояльными оказались врачи – их средняя оценка eNPS=17, в то время как оценка среднего медперсонала была существенно ниже, eNPS=1.

Если говорить о факторах лояльности и связи их со значением общего индекса, по результатам корреляционного анализа, положительные оценки индикатора связаны в основном с хорошим психологическим климатом на рабочем месте (r = 0,68), в то время как отрицательные – с высокими нагрузками (r=-0,52), плохим психологическим климатом (r = –0,38), также с неудовлетворительным материальным стимулированием (r = –0,35).

Исследование показало, что вне зависимости от типа организации и должности сотрудников среди положительных стимулов, оказывающих влияние на лояльность, самым упоминаемым выступили «отношения в коллективе», на втором месте почти во всех организациях была хорошая или стабильная зарплата. Что касается самых упоминаемых негативных для лояльности факторов, это в первую очередь «большой объем работы/нагрузка».

Среди компонентов психоэмоциональных условий труда сотрудники чаще всего упоминали такой фактор, как отношения в коллективе (32 %). Другие компоненты отмечались в 4 и более раз реже (работа как самореализация, отношения с руководством, пациентами, восприятие работы как интересной, коллег как профессиональных, общий эмоциональный фон). Среди негативных проявлений психоэмоциональных условий труда в 4 и более раз чаще упоминались характеристики общего эмоционального фона (9 %), такие, как эмоциональная усталость, которая в т. ч. вызывается работой со «сложными» пациентами. В целом фактор психоэмоциональных условий труда в ответах респондентов намного чаще фигурирует со знаком «плюс», чем как фактор нелояльности. Сестринский персонал значимо чаще, чем врачебный, упоминал психоэмоциональные условия труда, что можно связать в том числе с большей их приверженностью «командной работе» в коллективе.

Рассмотрев самый важный из позитивных факторов, рассмотрим основной негативный фактор, упомянутый в исследовании, – нагрузка. Мы видим влияние данного фактора при сравнении лояльности персонала, различным образом оценивающего свою нагрузку. Так, оценка лояльности у тех, кто говорил о сверхнагрузке[240], составила eNPS=-35, о повышенной[241] – eNPS=+17, а о нормальной[242] – eNPS=+59. В целом 70 % опрошенных оценивали нагрузку на основной работе как повышенную или сверхнагрузку. О видении работниками содержания понятия «повышенной нагрузки» можно получить представление из рисунка 3, в первую очередь это нагрузка «бумажная» (66 %).

237 Маругина Т. Л., Яркин А. К., Федотов В. В., Загородних Е. С. Взаимосвязь уровня лояльности с показателями работы персонала стоматологической поликлиники КрасГМУ // Современные исследования социальных проблем (электронный научный журнал). 2013. No 9 (29). URL: https://cyberleninka.ru/article/v/vzaimosvyaz-urovnya-loyalnosti-s-pokazatelyami-raboty-personala-stomatologich-eskoy-polikliniki-krasgmu (дата обращения 20.10.2021).

238 Файзханова А. Л. Развитие конкурентных преимуществ лечебно-профилактических учреждений на основе программы лояльности // Актуальные проблемы экономики и права. 2013. № 4. С. 191–197.

239 Богдан И. В., Гурылина М. В., Чистякова Д. П. Факторы приверженности медицинских сотрудников к работе в организации. Москва: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2019. 12 с.

240 Вариант ответа «Очень загружены, работаете на пределе сил».

241 Вариант ответа «Довольно загружены, очень устаете».

242 Вариант ответа «Нормально загружены, работаете в меру своих сил».

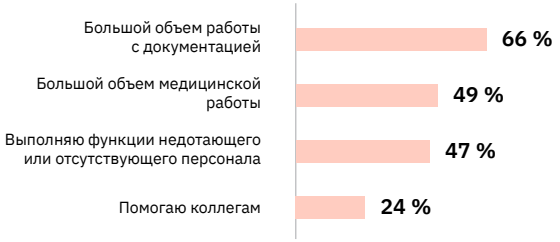

Рисунок 3. Распределение ответов на вопрос «С чем связана ваша загруженность на работе?», в % от ответивших на вопрос. Сумма ответов превышает 100%, так как вопрос допускал множественный выбор. Из графика исключен вариант ответа «Другое», указанный менее чем 5% респондентов[243].

Наконец, важный фактор, который упоминался и как фактор лояльности, и как нелояльности – фактор материального стимулирования. Одна из причин неоднозначности данного фактора в том, что о его положительном или отрицательном влиянии говорят несколько разные группы. Например, была найдена значимая разница в оценках фактора материального стимулирования между врачами и медицинскими сестрами (Рисунок 4).

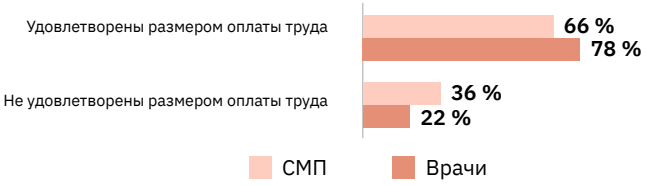

Рисунок 4. Ответы на вопрос «Удовлетворяет ли вас размер оплаты труда?», в % от числа ответивших в указанных группах[244]

Среди претензий к материальному стимулированию при ответах на открытый вопрос сотрудники говорили о в целом низком уровне оплаты труда, неадекватности заработной платы нагрузке, непрозрачности системы ее формирования. При этом, как видно из рисунка 4, в целом опрошенные сотрудники заработной платой были удовлетворены.

В дальнейшем, как мы увидим, ряд из выделенных закономерностей воспроизводится для всех исследованных организаций Москвы,

243 Богдан И.В., Гурылина М.В., Чистякова Д.П. Факторы приверженности медицинских сотрудников к работе в организации. Москва: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2019. С. 8.

244 Богдан И.В., Гурылина М.В., Чистякова Д.П. Факторы приверженности медицинских сотрудников к работе в организации. Москва: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2019. С. 9.

что позволяет говорить не о факторе отдельных организаций, а о системности процессов.

Рассмотрев ситуацию в общем в первом приближении, хотелось бы более подробно остановиться на различных кейсах, например тех, которые позволяют сравнить различные формы помощи. Ввиду значимой разницы в организации рабочих процессов в поликлиниках и стационарах можно предполагать и различия в уровне лояльности и ее факторах.

Начнем с лояльности сотрудников стационаров. Первое из исследований eNPS было проведено ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ» в 2017 году в одном из московских многопрофильных стационаров (общий размер выборки – 1241 сотрудник)[245]. Среднее значение eNPS составило 17,7. Для врачей значение показателя составило eNPS=34, для среднего медицинского персонала – eNPS=16 и для младшего медицинского персонала – eNPS=10.

В данном исследовании анализ связи факторов лояльности и уровня лояльности также проводился с помощью корреляционного анализа. В отличие от предыдущего исследования, здесь мы смогли получить даже более точные корреляции, т. к. в распоряжении авторов была подробная информация о каждом из подразделений, участвовавших в исследовании. Имея такие данные, мы могли скоррелировать данные о доле сотрудников, называвших определенный фактор, как фактор (не)лояльности, и показатель лояльности в конкретном отделении.

Для определения факторов лояльности из ответов на открытые вопросы были выделены 23 темы отзывов, объединенные в 5 крупных факторов лояльности (психоэмоциональные условия труда, материальное стимулирование, снабжение, нагрузка, бытовые условия труда), которые могут быть как со знаком «+», так и со знаком «-» (см. подробнее раздел 2.3). В итоге результаты корреляционного анализа показали, что ключевым фактором, положительно связанным с лояльностью, также оказалась хорошая психоэмоциональная обстановка на работе.

Важным результатом исследования было то, что факторы, связанные с лояльностью, во многом соотносились с реальным положением

245 См. описания ряда результатов исследования: Богдан И. В., Гурылина М. В., Чистякова Д. П. Лояльность сотрудников и пациентов в управлении здравоохранением. Москва: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2019. С. 19-20; Богдан И. В., Гурылина М. В. Лояльность сотрудников медицинских организаций как фактор качества медицинской помощи // Здоровье и здравоохранение в России. Сборник статей научной конференции с международным участием, Москва, 15 октября 2018 года. М., 2018. С. 6-11.

дел (например, жалобы на нехватку помещений в ряде случаев позволяли обнаруживать нарушения нормативов в этой области), что говорит о недопустимости игнорирования обратной связи как исключительно «субъективной».

Другой кейс исследования в многопрофильном стационаре – совместное исследование НИИОЗММ ДЗМ и ГКБ № 52 (2020)[246] на выборке из 595 сотрудников больницы.

В целом по выборке значение индекса составило eNPS=24 (пандемический замер[247]). Дальнейший анализ по должностям выявил, что наибольшую приверженность медицинской организации высказывали врачи (eNPS=37), а наименьшую – младший медицинский персонал (eNPS=12). По среднему медицинскому персоналу значения индекса eNPS=19, а по административно-управленческим кадрам – eNPS=31. Таким образом, мы видим аналогичную предыдущему исследованию картину по распределению лояльности.

Что касается факторов лояльности, также можно наблюдать схожую картину (Рисунок 5), несмотря на то, что классификация причин лояльности в данном случае более дробная, чем в ранее приведенных исследованиях.

246 Богдан И. В., Маленкова Н. Л., Малышева Е. С., Праведников А. В., Сирина Е. А., Чистякова Д. П. Сотрудники многопрофильных стационаров в условиях пандемии COVID-19: условия работы, лояльность и эмоциональное состояние // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. Т. 29. S. 2. 2021. С. 1264-1270.

247 Здесь и далее – означает исследование лояльности во время пандемии COVID-19, термин используется, чтобы подчеркнуть специфику результатов исследования лояльности в пандемических условиях по сравнению с допандемическими.

Рисунок 5. Причины (не)лояльности сотрудников ГКБ № 52[248], в % от указанных на графике групп. Из графиков исключены несодержательные ответы, а также ответы, которые не удалось однозначно определить в качестве положительных или отрицательных факторов. Сумма ответов более 100 %, так как был возможен выбор нескольких вариантов ответа.

Основными причинами лояльности также являлись факторы, связанные с психоэмоциональным климатом на работе, основное место среди которых занимают характеристики психологического климата именно внутри коллектива (49 %). На первое место среди факторов нелояльности также вышли основные причины, которые указывались в предыдущих двух исследованиях, – недостаточное материальное стимулирование (32 %) и высокая нагрузка (27 %). Также исследование позволило выявить связь лояльности с материальными и нематериальными аспектами труда в пандемию, что будет подробнее освещено в следующем разделе.

Таким образом, для многопрофильных стационаров мы видим общую тенденцию к менее лояльному медицинскому персоналу, занимающему более низкие должности, ведущую роль эмоционально-психологических факторов для положительной лояльности, а также значимую роль жалоб на материальное стимулирование.

Рассмотренные многопрофильные стационары включают в себя множество отделений, это организации без одной единой специализации. При этом важным видится дополнительный анализ в плоскости специализированной помощи (сравнение специализированной и неспециализированной помощи), которая будет представлена двумя кейсами: кейс психиатрической и инфекционной больниц.

248 Впервые данные графики приведены в Богдан И. В., Маленкова Н. Л., Малышева Е. С., Праведников А. В., Сирина Е. А., Чистякова Д. П. Сотрудники многопрофильных стационаров в условиях пандемии COVID-19: условия работы, лояльность и эмоциональное состояние // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. Т. 29. S. 2. 2021. С. 1267.

Что касается инфекционной службы, были проведены исследования в больницах, представляющих инфекционную службу Москвы, причем в одной из них было проведено три волны исследований, затрагивающих допандемическое и пандемическое время. Общий, пандемический замер в службе был произведен осенью 2020 г. (сентябрь 2020). Его результаты приведены на Рисунке 6. Ввиду того, что подавляющее большинство показателей значимым образом между больницами не отличались, данные приведены по службе в целом.

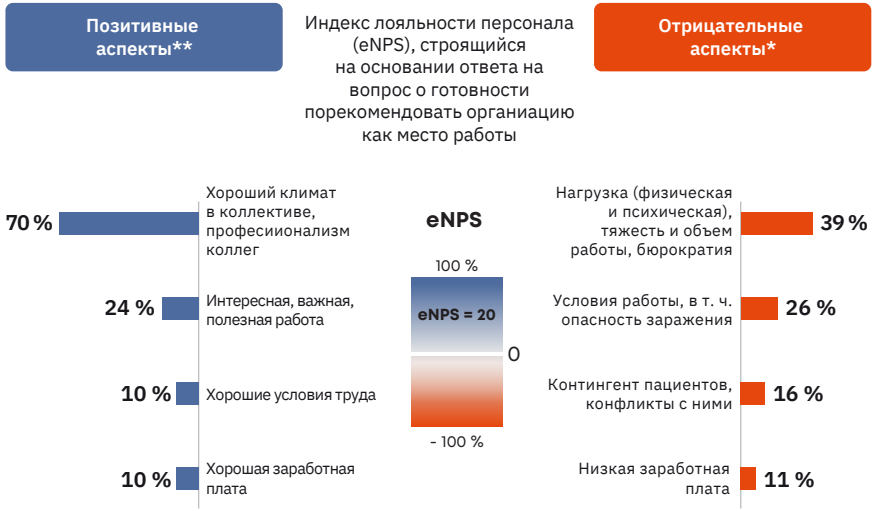

Рисунок 6. Лояльность и ее факторы для инфекционной службы в пандемию[249], в % от положительных/отрицательных отзывов соответственно. Приведены категории, упоминаемые более 10 % респондентов. Сумма ответов могла быть больше 100 %, так как вопрос допускал множественный выбор.

Как уже было отмечено, по одной из инфекционных больниц лояльность была измерена в допандемическое время, две волны были проведены в конце 2019 года[250]. Результаты последнего допандемического замера приведены на рисунке 7.

249 Богдан И. В., Дренева А. А., Праведников А. В., Чистякова Д. П. и др. Инфекционная служба Москвы в пандемию: текущее состояние и перспективы. М., 2021. С. 7 [внутренний документ, на данный момент брошюра официально не издана]

250 Богдан И. В., Гурылина М. В., Чистякова Д. П., Краснова С. В. Опыт проведения курсов пациентоориентированности в медицинских организациях: кейс инфекционной больницы. Москва: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2019. 13 с.

Рисунок 7. Лояльность и ее факторы для инфекционной больницы перед пандемией[251], в % от положительных/отрицательных отзывов соответственно. Приведены категории, упоминаемые более 10 % респондентов. Сумма ответов больше 100 %, так как вопрос допускал множественный выбор.

Более подробно сравнение допандемических и пандемических данных будет приведено в следующем разделе, посвященном пандемической лояльности. Сейчас же для нас ценно отметить, что:

1. Анализ динамики показателя лояльности сотрудников той инфекционной больницы, в которой проводились допандемические и пандемические замеры, показал существенный рост: с 1,8 (осень 2019) до 20,9 (осень 2020). Полученные данные говорят о важности учета контекста исследования лояльности (контекстные переменные как фактор лояльности) – допандемические и пандемические оценки лояльности могут оказаться несопоставимыми.
2. Негативными факторами как в пандемию, так и до нее выступают фактор условий работы (который мы потом увидим и для детской психиатрии), а также особенности контингента пациентов (например, асоциальные пациенты). Последнее также можно отнести к специфике работы.
3. При этом, что в пандемию, что вне ее, ведущее место среди положительных факторов лояльности с большим отрывом вновь занимают психоэмоциональные условия труда,

251 Там же. С. 6.

а ведущий негативный фактор – высокая нагрузка. При этом нельзя не отметить, что низкая оплата труда в данном кейсе не так актуальна, как для организаций других форм помощи.

В контексте динамических исследований в инфекционной больнице 2019 году стоит отметить, что одной из задач, помимо оценки лояльности, была оценка влияния проходившего в больнице тренинга пациентоориентированности на персонал, в т. ч. на его лояльность. Исследование показало, что, несмотря на в целом положительное восприятие тренинга (оценка тренинга на «6,9» из «10»), значимого изменения лояльности по результатам тренинга не произошло, показатель eNPS с августа по октябрь 2019 г. (до и после курса) хотя и продемонстрировал рост, но, однако, он не оказался статистически значимым (с eNPS=0 до eNPs=1,8), как и проценты «промоутеров» и «критиков». Таким образом, как минимум данный тренинг не привел к росту лояльности персонала, несмотря на то, что такой рост позиционировался как его побочная цель. Это подчеркивает важность использования для повышения лояльности техник с доказанным эффектом.

В конечном итоге, несмотря на показанную дополнительную специфику инфекционной больницы, в частности, упоминание специфических, опасных условий труда, в целом мы можем заключить, что и здесь основные выявленные тенденции остались неизменными.

Следующий кейс специализированной помощи – психиатрическая служба. Дополнительную специфику данному кейсу придает то, что исследование проводилось, в отличие от рассмотренных взрослых стационаров, именно в детской службе – в стационаром и амбулаторном звене[252] .

Были опрошены сотрудники (657 человек) детской психиатрической службы Москвы (2019). Среднее значение показателя лояльности оказалось сопоставимым с ранее указанным средним значением eNPS в организациях столицы – eNPS=6.

При этом внутри выборки наблюдались различия в зависимости от места работы и от должности. Что касается первого, мы могли наблюдать разницу между амбулаторным звеном в лице районных психиатров (eNPS=17) и стационарным звеном в лице специалистов НПЦ ПЗДП имени Г. Е. Сухаревой ДЗМ (eNPS=2).

252 Бебчук М. А., Ляпина Е. С., Гимранова Е. А., Богдан И. В., Гурылина М. В., Чистякова Д. П. Реорганизация службы психического здоровья детей и подростков: предпосылки и ожидания // Психиатрия. 2021. № 19(2). С. 77-86.

По должностям опять же самыми лояльными оказались заведующие отделениями (eNPS=44), далее – врачи-психиатры (eNPS=26) и медсестры (eNPS=-14). Также в исследовании замерялась лояльность некоторых групп немедицинского персонала, например, дефектологов (eNPS=64), психологов (eNPS=47), логопедов (eNPS=29), педагогов (eNPS=-15) службы.

Факторы лояльности в целом по службе приведены на Рисунке 8.

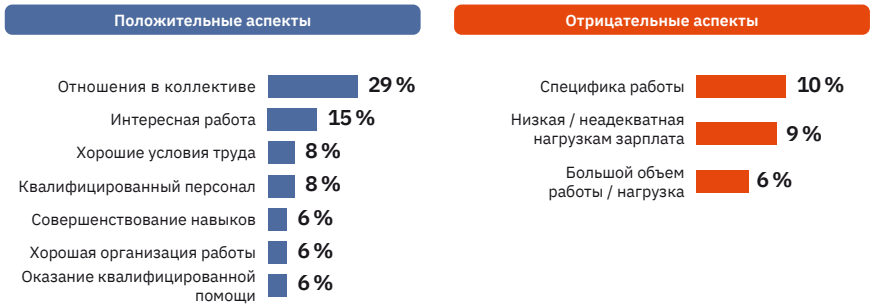

Рисунок 8. Причины (не)лояльности сотрудников детской психиатрической службы[253], в % от общего числа отзывов.

Опять же из положительных факторов мы видим психоэмоциональные условия труда, среди которых по значимости лидируют отношения в коллективе 29 % от общего числа отзывов), данный параметр является значимым для сотрудников вне зависимости от специальности и занимаемой должности. Среди негативных отзывов, помимо специфики работы 10 %, сотрудники упоминали трудности работы в области психиатрии и именно в детской психиатрии, сложности взаимодействия с семьей и т.д.), что перекликается с ответами сотрудников инфекционной службы, мы опять же видим вопросы к заработной плате (9 %) и жалобы на нагрузку (6 %). В целом можно наблюдать более низкие значения eNPS в специализированных стационарах (допандемические данные), что можно связать именно со спецификой работы с в той или иной степени сложными пациентами.

Наконец, последний кейс медицинской организации, который мы приведем, посвящен детской (неспециализированной) поликлинике. На выборке из 331 сотрудника поликлиники был проведен сплошной опрос, который показал уровень лояльности работников к организации eNPS=18 (2020)[254].

253 Бебчук М.А., Богдан И.В., Гурылина М.В., Чистякова Д.П., Басова А.Я., Гимранова Е.А. Перспективы развития детской психиатрической службы глазами специалистов. Полный отчет об исследовании. Москва: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2021. С. 22.

254 Богдан И. В. и др. Лояльность сотрудников детской поликлиники. Москва: ГБУ «НИИОЗММ

Рассматривая лояльность по подразделениям организации (головное здание и филиалы), мы видели, что в каждом подразделении среди самых лояльных групп были врачи-специалисты, а среди самых нелояльных – медицинские сестры. В целом по организации самые лояльные – заведующие отделениями и филиалами (eNPS=50), а самые нелояльные – сестринский персонал (eNPS=0), при этом врачи опять же лояльнее медсестер (Таблица 2).

Таблица 2. Уровень лояльности различных групп персонала детской поликлиники.

	Группа персонала	eNPS
1	Заведующий отделением/ филиалом	50
2	Врач-специалист	45
3	Немедицинский персонал	35
4	Параклинический персонал	33
5	Администратор	32
7	Врач-педиатр (участковый врач)	25
8	Медицинская сестра/брат	0

Факторы лояльности и нелояльности в целом по организации приведены на Рисунке 9.

Рисунок 9. Причины (не)лояльности сотрудников детской городской поликлиники[255], в % от всех ответивших на вопрос.

ДЗМ», 2020. 54 с.

255 Богдан И.В. и др. Лояльность сотрудников детской поликлиники. Москва: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2020. С. 8.

Опять же основные факторы лояльности связны с психологическим климатом в коллективе (53 %), а нелояльности – с неудовлетворенностью заработной платой (22 %) и нагрузкой (14 %). При этом стоит отметить 10 % тех, кто говорил, наоборот, о хорошей и стабильной заработной плате. На уровне отдельных подразделений можно было наблюдать, что чаще о хорошей зарплате говорили врачи, а были недовольны ей медсестры, причем иногда в рамках одного и того же отделения. Такая же поляризация реже, но наблюдалась в вопросах нагрузки и организации работы в целом.

Наконец, отдельный кейс – кейс исследования в Научно-исследовательском институте организации здравоохранения и медицинского менеджмента (ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ») в 2018 году. С одной стороны, данный институт погружен в систему здравоохранения Москвы и является ее частью, с другой – он обладает значимой спецификой по сравнению с рассмотренными ранее организациями, так как работа сотрудников в институте не связана с лечением пациентов.

Исследование в ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ» было проведено с соблюдением строгих требований. Авторы лично выступили независимыми исследователями для сотрудников, так как находились в прямом подчинении директора, а не других структурных руководителей НИИ. В т. ч. данный факт позволил минимизировать конфликт интересов. Всем присутствовавшим на рабочем месте во время исследования (в течение месяца) сотрудникам лично предлагалось заполнить анкету (при необходимости об этом напоминалось неоднократно, раз в несколько дней, до тех пор, пока исследователи не получали четкий ответ о нежелании участвовать в опросе) и опустить ее в общий, анонимный ящик для голосования. При исследовании контролировался именно сам факт заполнения анкеты со стороны сотрудника; содержание ответов отдельного респондента никому известно не было. Дизайн исследования позволил выявить процент неответов для каждого отдела.

В целом исследование показало высокий уровень лояльности персонала, eNPS=35, только один из отделов института имел отрицательный показатель лояльности (eNPS<0). Обнаруженные факторы лояльности приведены на Рисунке 10.

Рисунок 10. Лояльность сотрудников медицинского НИИ[256], в % от всех ответивших на вопрос.

Как мы видим, основная причина лояльности сотрудников НИИ – это, опять же, коллектив (38 %). Ведущие негативные факторы лояльности позволяют говорить, что кейс НИИ скорее ближе к кейсу специализированной помощи, выделяющейся в контексте лояльности фактором специфики работы (общие условия труда, его специфика и т. д.). Однако в отличие от более низких оценок лояльности для инфекционной и психиатрической служб, по-видимому, факт отсутствия нагрузок, связанных с пациентами, здесь является положительным фактором.

В целом по результатам исследований лояльности сотрудников организаций системы здравоохранения можно заключить, что наиболее важными факторами, определяющими высокие оценки, являются благоприятная психоэмоциональная обстановка, в первую очередь отношения в коллективе, которая оценивается выше, чем материальное стимулирование, и отмечается во всех рассмотренных исследованиях. Это может свидетельствовать о том, что начиная с определенного уровня заработной платы психологические и социальные факторы оказывают гораздо большее влияние на лояльность и удержание сотрудника, чем конкретные материальные преимущества. Это противоречит встреченному нами в среде медицинских управленцев мнению, что основным фактором лояльности является финансовая мотивация, а пределы ее ограничены, так как «невозможно бесконечно повышать зарплату».

Вместе с тем нельзя говорить, что материальное стимулирование не важно. В большинстве исследований в качестве ведущих негативных детерминант, обусловливающих низкий уровень лояльности к своей организации, выступают большой объем работы и нагрузка, не соответствующие получаемой заработной плате, причем чаще такая жалоба закономерно высказывается средним медицинским персоналом по сравнению с врачами.

Важно отметить еще раз, что анализ специализированных организаций (допандемическое время) показал, что негативным фактором может быть тяжелая специфика работы в конкретной медицинской отрасли (например, в психиатрии или области инфекционных заболеваний), что также может отрицательно влиять на лояльность сотрудников. Это, как тенденция, приводит к более низкой оценке лояльности в специализированных медицинских организациях (гипотеза, которую надо дополнительно проверить). При этом лояльность в специализированных организациях, не взаимодействующих по лечебным вопросам с пациентами, таких как некоторые научные НИИ, может быть выше, собственно, также из-за специфики работы.

Другой системной закономерностью была зависимость оценки лояльности от должности медработника: как правило, чем выше должность и статус сотрудника в структуре организации, тем выше оценка лояльности. Мы видели, что руководители – как правило, одни из самых лояльных сотрудников, тогда как медицинские сестры, как правило, – одни из самых нелояльных (наряду с младшим медицинским персоналом в тех организациях, где он был). В рассмотренных исследованиях явно видна разница между лояльностью врачей и медицинских сестер (eNPS = 30 и 2 соответственно, Рисунок 11). По результатам анализа мы можем говорить о данной разнице как о системной, существующей вне зависимости от конкретной организации, хотя величина разрыва может от организации к организации варьироваться. Факторами этой «системной» разницы могут быть различный размер оплаты труда, разные ощущения нагрузки и рутины (более характерные и чаще упоминаемые средним медицинским персоналом) и т. д. Такая тенденция указывает на то, что при расчете оценок лояльности необходимо учитывать должность сотрудников и анализировать данные отдельно по разным группам сотрудников.

256 Богдан И.В., Гурылина М.В. Социологический опрос сотрудников ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ» (брошюра). Москва: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2021. С.9

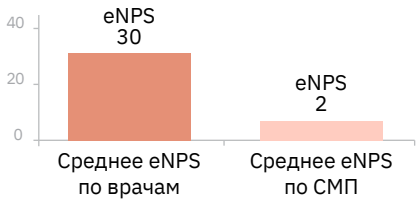

Рисунок 11. Различия в средних оценках лояльности (eNPS) между группами врачей и среднего медицинского персонала в рассмотренных исследованиях[257].

Что касается поднятого вопроса общих бенчмарков, усредненный eNPS по всем проведенным исследованиям составил 17, что соответствует в целом экспертным мнениям о том, что хорошие оценки eNPS находятся в диапазоне 0–30[258], а также приведенным ранее средними eNPS по всем отраслям.

В целом авторы считают, что как минимум для Москвы интерпретировать значения eNPS около 20 и выше стоит как «хорошие, лучше среднего», а реальный медианный уровень лояльности при корректном измерении находится на уровне примерно eNPS=10 (по крайней мере, до пандемии). Авторы согласны, что «минимальным» референтным значением может выступать ноль[259, 260], выше которого количество «промоутеров» хотя бы превышает количество «критиков». Более того, на кейсе многопрофильного стационара в разделе 2.3 будет показано обоснование именно такого значения как «минимального».

Указанные нами бенчмарки намного выше среднего eNPS по России (по приведенным ранее данным НАФИ), таким образом, на первый взгляд, наша гипотеза о том, что eNPS в здравоохранении намного ниже среднего по всем отраслям, не подтверждается. С другой стороны, не совсем корректным видится сравнение всех отраслей России и выборки больниц из Москвы, так как тут мы наблюдаем разный подход к выборке и различную основу выборки (например, Москва обладает более высоким уровнем жизни, большими ресурсами, по сравнению со средним по России). Таким образом, на основании имеющихся данных мы не можем говорить о том, как здравоохранение выглядит на фоне других областей, хотя и не можем отрицать его специфику.

Другой, в ряде случаев более целесообразный подход к бенчмаркам может состоять в том, что предыдущие значения лояльности персонала в анализируемой организации будут выступать для аналитика отправной точкой анализа – мы анализируем не «хорош» или «плох» показатель вообще, а рассматриваем его относительно предыдущего замера. Наконец, целесообразно, при наличии данных, не просто сравнение с неким средним eNPS по здравоохранению, а со средним по близким организациям. Так, авторами работы было предложено интерактивное решение, которое позволяет это сделать, в том числе и для eNPS, на основе имеющейся у ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ» базы данных. Данное решение более подробно описано в разделе 3.3. В целом создание открытой верифицированной базы исследований eNPS в медицинских организациях видится авторами важнейшей и актуальнейшей задачей.

В заключение авторы хотят подчеркнуть, что приведенные данные относятся преимущественно к допандемической реальности и пандемия COVID-19 внесла серьезные коррективы в эту область. Более подробно процессы, происходившие в пандемию, мы проанализируем в следующем разделе.

257 Богдан И. В., Дренева А. А., Праведников А. В., Чистякова Д. П. Целевые значения показателя лояльности в здравоохранении: аналитическое исследование. Москва: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2021. 12 с.

258 Например, Heartpace. eNPS Score Benchmarks: What is a Good eNPS? URL: https://heartpace.com/blog/post/enps-score-benchmarks-what-is-a-good-enps (accessed 19.10.2021).

259 Богдан И. В., Праведников А. В., Чистякова Д. П. Мониторинг лояльности потребителей услуг и персонала медицинских организаций (Методология (e)NPS): методические рекомендации. Москва: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2021. С. 25-26.

260 Heartpace. eNPS Score Benchmarks: What is a Good eNPS? URL: https://heartpace.com/blog/post/enps-score-benchmarks-what-is-a-good-enps (accessed 19.10.2021).

2.2 Лояльность персонала и пандемия

Как было отмечено ранее, пандемия внесла серьезные корректировки в процессы в области лояльности медицинского персонала в Москве. У нас есть три кейса, которые показывают специфику лояльности в пандемию, – кейс амбулаторно-поликлинической помощи в целом и детской поликлиники в частности, многопрофильного стационара (ГКБ № 52) и специализированных стационаров (инфекционной службы).

Кейс амбулаторного звена

Уже упомянутый кейс детской поликлиники относится к самому началу пандемии в Москве (опрос проведен 25 марта – 12 апреля 2020 года). В целом мы не видим влияния пандемии в ответах сотрудников о причинах (не)лояльности, что можно связать с тем, что детская служба на данном этапе не испытала на себе такого резкого роста нагрузки, как взрослая. Более актуальными для сотрудников были неудобства, связанные с текущими процессами, например, на момент исследования ряд подразделений поликлиники находился в ситуации переезда.

Связанные с пандемией жалобы появились ретроспективно, когда мы проводили интервью с сотрудниками больницы в октябре того же года. Например, упоминались сверхнагрузки, связанные с забором анализов (мазков) на коронавирусную инфекцию, которые назначали, по мнению информантов, без показаний и/или по желанию родителей, отсутствие дополнительного стимулирования за работу с анализами (с потенциальными носителями вируса). Однако в данном случае вклад этих факторов в общую лояльность не понятен, так как количественного исследования на данную тему в организации не проводилось.

Более информативными в этом плане стали фокус-группы, проведенные ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ» при содействии Всемирной организации здравоохранения с сотрудниками взрослых поликлиник Москвы (6 фокус-групп[261]). Целью работы не было исследование лояльности, но определенные тенденции, выделенные в дискуссии, видятся релевантными нашему обсуждению:

261 Группы были составлены с учетом гомогенности по должности (группы руководящего (заведующие отделениями, старшие медсестры), врачебного и сестринского персонала), опыту работы (до 3 лет и более опытные). В составе групп не было сотрудников из одной организации. См. Обоснование политики привлечения медицинских работников для успешной вакцинации против COVID-19 / Е. Аксенова, И. Богдан (основной исследователь), М. Вуйнович, А. Дренева, Н. Камынина, А. Койлю, Т. Колпакова, Б. Крейг, С. Орлов, А. Праведников, К. Хаберсаат, Д. Чистякова. Москва: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2021. 38 с. [внутренний отчет, на момент написания монографии не издан].

1. Все участники, которые имели опыт работы в пандемию в субъектах или федеральных организациях, отмечали существенно лучшие условия труда в пандемию в московских городских организациях, что подтверждает и в контексте пандемии тезис о специфичности московского здравоохранения по сравнению со средним по России.
2. В плане поддержки сотрудников информантами особо выделялся такой аспект, как решение бытовых вопросов (транспорт, питание, отдых и т. д.). Материальное стимулирование упоминалось реже, но при ответе на прямой вопрос признавалась его важность. При этом из аспектов труда стоит отметить, что это был единственный фактор, который у участников не вызывал нарекания.
3. По-видимому, возросло влияние фактора нагрузки: информанты говорили о нехватке персонала на первых этапах пандемии, что усугублялось не всегда доступным транспортом (необходимым для оперативного посещения вызовов). Также отмечалась определенная растерянность на первых этапах пандемии в связи с нехваткой информации и недостатки снабжения.
4. Важнейшая роль в дискуссии отводилась эмоциональному состоянию в пандемию. Участники отмечали обострение чувства долга, призвания, присущих медицинской профессии (руководители отмечали наличие сотрудников, которые исходя только из этих мотивов, безо всякого стимулирования вызывались «тянуть» повышенную нагрузку), говорили о чувстве «сплочения» коллектива, крайней важности доверительных отношений с руководством в пандемию. Последнее выражалось либо обидой от недостатка признания вложенных усилий и наличия административного принуждения, либо горячей поддержкой, когда руководство было открыто для честного диалога и показывало, что все «в одной лодке».
5. И в пандемию мы могли наблюдать асимметрию между врачами и сестринским персоналом, когда первые обладали большей информированностью, часто большим авторитетом у пациентов, «последним словом» в вопросе решения о допуске на вакцинацию и т.д.

Таким образом, мы можем видеть, что пандемия не столько породила проблемы (хотя безусловно такие вопросы, как, например, инфекционная безопасность, были порождены ей), сколько акцентировала старые противоречия, связанные с нагрузкой, статусом медицинских специалистов.

Мы также увидели, что именно в эмоциональном отклике, который, как мы видим, связан с лояльностью, существует большой ресурс «включения» кадров. Такое «включение» достигалось в пандемию за счет правильного выстраивания взаимоотношений с руководством и внутри коллектива, а также, по сути, совпадения смыслов деятельности организации/системы здравоохранения и самого человека (высокая цель бороться с пандемией, реализация внутренних ценностей и т. д.).

Кейс многопрофильного стационара

Говоря о психологических детерминантах, нельзя не выделить отдельно кейс ГКБ № 52, в рамках которого существенная часть анкеты была посвящена психологическим аспектам работы сотрудников в пандемию. Исследование было проведено после 1-й волны пандемии, в октябре 2020 года, однако включало в себя, помимо прочего, и ряд ретроспективных вопросов про первую волну (см. ранее об исследовании).

В связи с разговором о пандемии следует отметить специфику самой больницы – перепрофилирование на работу с коронавирусными пациентами привело к значимым перемещениям между отделениями и изменению функционала сотрудников, которое затронуло более трети опрошенных. Так, 64 % из опрошенного медицинского персонала работали преимущественно в «красной» зоне и еще 12 % и в «красной», и в «зеленой». Смена графика затронула каждого второго медицинского работника и каждого четвертого немедицинского.

Мы также видим подтверждение роста нагрузки: 71 % работников говорили об увеличении нагрузки в период работы в режиме инфекционного стационара, говорилось о существенном росте в т. ч. бумажной/отчетной нагрузки. По субъективным ощущениям большей части тех, чья нагрузка увеличилась, увеличение составило от 50 % и более.

Несмотря на все это, мы видим достаточно высокую лояльность персонала (eNPS=24) – за исключением упомянутого кейса НИИ, это одно из самых высоких значений лояльности в нашей базе данных. Более того, мы видим свидетельства в пользу того, что данная высокая лояльность положительно «окрашивала» восприятие различных условий труда – несмотря на рост нагрузки, почти по всем аспектам в среднем по больнице было больше тех, в чьем восприятии условия труда стали лучше, чем до пандемии. Верно и обратное: факт того, что человек являлся «критиком», способствовал тому, что он более негативно оценивал все произошедшие в стационаре изменения.

Также в исследовании мы рассматривали связь оценки определенных условий труда в пандемию с лояльностью персонала (условия труда были представлены в форме «закрытых» вопросов, предлагалось оценить предложенные в анкете условия труда). Самым важным из материальных стимулов для сотрудников стала повышенная оплата труда за работу в «красной зоне», также опять же было важно решение бытовых вопросов, таких, как обеспечение горячего питания. Топ-3 нематериальных факторов лояльности из предложенных были: «учет мнения сотрудников при принятии решения в подразделении» (средняя оценка из 5 балов – 3,86, корреляция Спирмена со значением показателя лояльности r = 0,487), «забота руководителя о сотрудниках и эмоциональном климате в подразделении» (4,04, r = 0,438), «общая атмосфера в подразделении, комфортность работы» (3,95,r = 0,426).

В случае нематериальных факторов мы видим подтверждение данных, полученных в других исследованиях. Так, учет мнения сотрудников – запрос, который мы видели и на фокус-группах, проведенных совместно с ВОЗ. Более того, данные позволяют предположить, что большая «нехватка» в данной области именно у медицинских сестер. Мы пришли к данному выводу на основании упомянутого исследования в детской поликлинике[262], и мы видим подтверждение этому на данных исследования в ГКБ 52 («3,67» – оценка средним медицинским персоналом учета их мнения, «4,09» – врачебным). В связи с этим авторы считают, что большая возможность «голоса» для сестринского персонала (тех его представителей, которые чувствуют в этом потребность) могла бы способствовать как лучшему эмоциональному состоянию и более высокой лояльности сотрудников, так и повышению эффективности работы подразделений организации в целом (медицинские сестры обычно больше вовлечены в прямое взаимодействие с пациентом и в рутинные, «бытовые» процессы медицинской организации), как в пандемию, так и вне ее.

Также мы видим среди ведущих нематериальных факторов отмеченную ранее важность выстраивания доверительных взаимоотношений между работниками и руководителями. Мы видим данные в пользу того, что именно такие выстроенные хорошие отношения во многом позволили сгладить негативные последствия пандемии.

Наконец, на третьем месте среди нематериальных факторов – по сути интегральный показатель «общей атмосферы», который просто подчеркивает важность психоэмоциональных условий труда.

262 Богдан И. В. и др. Лояльность сотрудников детской поликлиники. Москва: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2020. 54 с.

Что касается эмоциональных переживаний, интересно, что работники «красной» зоны ярче переживали как положительные, так и отрицательные эмоции, в отличие от «зеленой зоны». В частности, работники «зеленой зоны» реже ощущали «единение» и ощущение себя частью команды. На основании исследования эмоций мы сделали два предположения:

1. Позитивные эмоции, ощущения, включая «единение» и ощущение сплочения, имели компенсаторный эффект, пересиливающий негатив для работников, что в первую очередь относилось к «красной зоне».
2. Как ни парадоксально, работников «зеленый» зоны можно рассматривать по этому критерию как уязвимых сотрудников, которые в меньшей степени имеют возможности компенсировать тяготы пандемии яркими переживаниями.

В целом, кейс ГКБ № 52 показывает, что пандемия, по-видимому, не оказала значимого влияния на общую иерархию факторов лояльности, и ведущие как положительные (психологический климат), так и отрицательные аспекты (нагрузка и оплата труда) остались теми же. Также диспропорция в оценке лояльности у врачей и медицинских сестер сохранилась, несмотря на пандемическую специфику.

Кейс инфекционной службы

В конце раздела рассмотрим последний пандемический кейс, кейс специализированной помощи, кейс инфекционной службы Москвы. Как уже было отмечено, пандемическое исследование в службе было проведено в сентябре 2020 г. В предыдущем разделе уже были приведены данные об уровне лояльности и ее факторам по службе в целом во время пандемии в сравнении с лояльностью в одной из больниц службы накануне пандемии (Рисунки 6 и 7).

Как было отмечено, мы видим существенный рост лояльности в больнице, по которой имеются динамические данные (октябрь 2019 – сентябрь 2020). Такой мощный рост на основании результатов исследования мы можем связать опять же со сплочением коллектива в период пандемии, мерами поддержки со стороны государства и руководства, общественным признанием вклада медицинских работников в борьбу с пандемией. Например, последнее было вторым по частоте упоминаемости положительным аспектом работы в инфекционной службе в пандемию для сотрудников.

Одним из факторов, предрасполагающих к сплочению сотрудников, можно назвать коллективистские установки. Мы видим, что большая часть опрошенных явно демонстрирует ценности, смещенные к полюсу «коллективизма» (Рисунок 11). С одной стороны, такого рода установки, по-видимому, будут способствовать сплочению, а через него – лояльности (через улучшение климата в коллективе). С другой стороны, они несут риски того, что в излишне «коллективистских» коллективах будет сложно найти инициативных, ориентированных на задачи лидеров.

Высказывание А	-3	-2	-1	1	2	3	Высказывание В
Работа подразделения — это общая работа. Успехи коллектива — заслуга каждого члена, поэтому вознаграждение (надбавки и другие поощрения сверх заработной платы) должно распределяться более-менее равномерно среди сотрудников	Полностью согласен с высказыванием А.	Скорее согласен с высказыванием А.	Не уверен, но склоняюсь к высказыванию А.	Не уверен, но склоняюсь к высказыванию В.	Скорее согласен с высказыванием В.	Полностью согласен с высказыванием В.	Мы выполняем общую работу, **но вклад каждого сотрудника в общее дело должен отдельно оцениваться.** Если человек проявляет инициативу, берет на себя больше нагрузки, его вознаграждение должно быть значительно выше, чем у других
	49 %	29 %	10 %	0,40%	5 %	6 %	

Высказывание А	-3	-2	-1	1	2	3	Высказывание В
Главное — сохранить **хорошие, добрые отношения в коллективе,** даже если это влияет на эффективность, результат работы.	Полностью согласен с высказыванием А.	Скорее согласен с высказыванием А.	Не уверен, но склоняюсь к высказыванию А.	Не уверен, но склоняюсь к высказыванию В.	Скорее согласен с высказыванием В.	Полностью согласен с высказыванием В.	Отношениями с коллегами часто можно пренебречь, ведь **главное — эффективность и результат работы.**
	42 %	21 %	24 %	8 %	4 %	2 %	

Рисунок 11. Ценности работников инфекционной службы в пандемию[263], в % от опрошенных респондентов.

Другой негативный аспект – то, что, несмотря на положительные тенденции, пандемия и в случае инфекционной службы не нивелировала существенный должностной «раскол» по критерию лояльности: средний eNPS врачей в обеих больницах составил 47,7, среднего медперсонала – 6,3.

В целом, рассматривая данный кейс, можно выделить следующие важные тенденции, имеющие отношение к факторам лояльности:

1. Появление материального стимулирования среди ведущих положительных факторов лояльности (Рисунок 6) – важнейшее достижение, которое можно связать с предпринимаемыми мерами поддержки, нацеленными именно на основные «болевые

263 Богдан И. В., Дренева А. А., Праведников А. В., Чистякова Д. П. и др. Инфекционная служба Москвы в пандемию: текущее состояние и перспективы. М., 2021. С. 11 [внутренний документ, на данный момент брошюра официально не издана].

точки» работы службы в пандемию, с которыми сталкивались сотрудники. Полученные данные подтверждает и то, что при оценке функционирования инфекционной службы основным положительным моментом службы сотрудники назвали материальное стимулирование 21 %).

2. Что касается негатива, мы наблюдаем исчезновение из перечня ведущих негативных факторов лояльности плохих отношений с коллегами (что говорит опять же о высоком уровне сплочения) и снижение актуальности конфликтов с пациентами. В контексте пандемии конфликты с пациентами почти исчезли: «достаточно часто» проблемы в общении с пациентами возникали лишь у 3 % опрошенных, «редко» или «никогда» – у 75 %, что значимо выше допандемических замеров. Обнаруженный факт можно связать с тем, что пандемия как внештатная, экстремальная ситуация предполагает более патерналистский контекст, когда врач опять становится «главным», получает обратно часть авторитета, «забранного» у него партнерской системой отношений. Все это снижает вероятность конфликта за счет ограничения возможностей для пациентов выступать с позиций своих желаний.

3. Интересно, что хотя нагрузка осталась основным негативным фактором, частота ее упоминаний не увеличилась, что говорит скорее не об отсутствии ее роста, а о том, что она коснулась тех же сотрудников, кого она касалась и до пандемии.

4. Наконец, несмотря на высокий психологический настрой, его ресурс скорее всего не исчерпан полностью. Например, работники ставили наиболее низкую оценку из предложенных аспектов «нематериальному поощрению, признанию ваших заслуг» (оценка «3,3» из «5», тогда как другим аспектам давалась оценка «3,9» и выше), что говорит о потенциале роста в данной области. Дополнительную ценность этому аспекту придает то, что такого рода стимулирование, как правило, не требует значительной затраты ограниченных материальных ресурсов.

Подводя итоги данного раздела, можно заключить, что, с одной стороны, пандемия продемонстрировала, что ее недостаточно, чтобы переломить системные процессы в области лояльности, такие как системная разница между врачами и медицинским сестрами, психологический климат как основной положительный фактор лояльности, и нагрузка в совокупности с вопросами материального стимулирования как основные негативные факторы.

С другой стороны, нельзя отрицать и ее влияние – например, рост нагрузки и одновременное денежное стимулирование работников, вовлеченных в борьбу с коронавирусной инфекцией. В целом пандемия скорее не кардинально поменяла ситуацию, а сделала более «выпуклыми» существовавшие процессы.

Самое ценное, что видится авторам, – кейс лояльности сотрудников в пандемию как высшей степени приверженности своей работе, ценностям медицинской профессии. Несмотря на тяжелые условия, очень распространены в ответах работников мотивы единства, сплочения, особого переживания положительных эмоций, вероятно, это связано с реализацией чувства долга, совпадения собственных ценностей и ценностей коллектива и организации в целом[264] . При этом, конечно, нельзя отрицать и материальных мотивов, с учетом размеров надбавок медицинскому персоналу; однако зависимость между лояльностью и материальным стимулированием в данном контексте не выглядит новаторской.

Чему нас учит пандемия с этой точки зрения? Возможно, одна из таких идей для размышления – поиск общих с сотрудниками смыслов и после пандемии, попытки поддержать эти наработки, связанные со сплочением коллектива и осмысленностью работы. Немалая роль здесь видится у тех руководителей, которые, ощутив выгоды открытого диалога с сотрудниками и их вовлечения, продолжат развитие этой культуры в постпандемическом здравоохранении.

264 Не исключено, что здесь определенную роль также сыграли «исход» нелояльных, «неколлективных» сотрудников в пандемию, а также период ослабления нагрузки между первой и второй волной (когда проводилось большинство приведенных исследований).

2.3 Связь лояльности и статистических показателей: методология, важные группы и обоснование референтных значений[265]

В рамках данного раздела хотелось бы рассмотреть уникальный кейс, который относится к упомянутому исследованию в многопрофильном стационаре (2017), в котором мы рассматривали наличие связи между лояльностью персонала и статистическими показателями медицинской организации, связанными с качеством работы. Задача соотнесения «объективной» статистики и «субъективной» социологии на протяжении многих лет вызывает интерес как у социологов (соотнесение высказываемых мнений с реальностью), так и у прикладных управленцев (возможности управления статистикой, которая в первую очередь выступает предметом отчетности перед вышестоящими руководителями, на основании «субъективных» факторов). Данный материал – наш вклад в указанную дискуссию.

Для лучшего понимания исследования важно привести информацию о его методологии. Как уже было сказано, был проведен сплошной опрос персонала крупного многопрофильного стационара Москвы. Дизайн исследования позволил нам получить информацию, из какого отделения каждая из анкет, а на основании статистики по кадрам организации мы в итоге смогли понять, каков процент ответов (response rate) среди сотрудников. В среднем он составил 70 %, что, по нашему опыту, очень высокое значение для такого рода опросов. На основании полученных анкет мы смогли высчитать не только eNPS в целом по организации, но и на уровне подразделения (в т. ч. в разрезе различных групп персонала), что было крайне важно с точки зрения достижения цели.

Также на уровне каждого из подразделений мы получили информацию о доле сотрудников в подразделении, давших определенный ответ на открытый опрос о причинах лояльности (мы могли также анализировать данные ответы в разрезе по должностям). На основании открытого ответа на вопрос о причинах (не)лояльности было выделено 23 темы, которые были объединены в 5 крупных факторов (не)лояльности: «психоэмоциональные условия труда», «материальное стимулирование», «бытовые условия труда», «снабжение отделений и оснащенность», «нагрузка». Группировка тем в факторы приведена в Таблице 3.

265 Ряд данных рассматриваемого исследования впервые был приведен в работе: Богдан И. В., Гурылина М. В. Лояльность сотрудников медицинских организаций как фактор качества медицинской помощи // Здоровье и здравоохранение в России. Сборник статей научной конференции с международным участием, Москва, 15 октября 2018 года. М., 2018. С. 6-11.

Таблица 3. Группировка причин (не)лояльности персонала многопрофильного стационара

№	Аспект работы / причины (не)лояльности	Фактор (не)лояльности
1	Отношения с руководством отделения	психоэмоциональные условия труда, климат в коллективе
2	Отношения с руководством больницы	
3	Коллектив, атмосфера в коллективе	
4	Отношение к пациентам	
5	Психоэмоциональные условия труда	
6	Самореализация, интересная работа	
7	Профессионализм коллег (положительное восприятие коллег)	
8	Зарплата	(материальное) стимулирование
9	Стимулирование материальное (надбавки) и нематериальное (доп. отпуск и т.п.)	
10	Ремонт в отделении	бытовые условия труда
11	Бытовые условия для персонала	
12	Бытовые условия для пациентов	
13	Оборудование	снабжение отделений и оснащенность
14	Расходные материалы	
15	Информационные технологии	
16	Кадры	нагрузка
17	Физические нагрузки	
18	Медицинская нагрузка	
19	Бумажная нагрузка	
20	Условия труда в целом	другое
21	Формальные ответы	
22	Частные организационные вопросы	
23	Организационные вопросы высокого уровня (региональные, федеральные)	

Помимо темы, также кодировалась тональность выказывания (позитивная или негативная), в итоге мы получили пять факторов, способствующих лояльности, и идентичные пять – препятствующих ей.

Как мы видели в разделе 2.1, в случае некоторых иных медицинских организаций есть необходимость выделять и другие факторы (например, фактор специфики труда для специализированной помощи), однако в случае данного многопрофильного стационара указанные категории покрывали все ответы сотрудников.

Также были проанализированы доступные статистические данные в разрезе подразделений (групп подразделений) больницы. Поскольку необходимые статистические показатели по московским стационарам агрегировались в доступной статистике по профилям коек, при дальнейшем анализе было решено агрегировать данные по лояльности и ее факторам именно так (это позволило на основании статистики по больницам Москвы и опроса в одной больнице получить референтные значения, см. далее).

На основании Приказа Минздравсоцразвития РФ от 17.05.2012 № 555н «Об утверждении номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи» мы отнесли отделения, в которых работали сотрудники, через имеющиеся в отделении койки к определенным профилям медицинской помощи. Одно отделение мы относили только к одному профилю (во избежание дубляжа данных), к профилю отделение относилось, если коек по данному профилю было 50 % и более, а по остальным профилям – менее 50 %. Все сотрудники отделения, отнесенного к профилю, объединялись в одну общую группу, что, в том числе, позволило выйти на более обобщенный уровень, без диспропорций, вызванных спецификой конкретных отделений. Таким образом, в наш анализ были включены только клинические отделения, имеющие соответствующие койки (стоит отметить, что для параклинических отделений мы наблюдали в целом схожие процессы в области лояльности).

Для каждого профиля по больнице высчитывался eNPS, а также доля сотрудников, упомянувших определенный положительный или отрицательный аспект в качестве фактора лояльности. Расчеты проводились как для персонала, работающего по профилю в целом, так и для отдельных групп – для врачей, среднего и младшего медицинского персонала.

Что касается статистики, авторами были отобраны данные по всем медицинским организациям ДЗМ из формы 30, таблицы 3100, в т. ч. в разрезе следующих показателей результативности/эффективности по соответствующему профилю:

- средняя длительность пребывания,
- больничная летальность,
- оборот койки,
- среднее число дней занятости койки в году (функция койки).

Затем мы считали по этим показателям среднее для Москвы по каждому из профилей. В выборку, из которой считается среднее по Москве, попадали все многопрофильные стационары, имеющие в составе хотя бы одну койку круглосуточного стационара профиля, аналогичного таковым в изучаемой медицинской организации.

По сути, в отсутствие динамики показателя лояльности по данной больнице и соответствующих значений лояльности по другим больницам, мы решили взять за референтные значения доступные нам значения среднего по Москве (статистика), условно рассматривая их как показатели среднего по отрасли.

Возвращаясь к больнице, статистические показатели отделений агрегировались в статистические показатели по профилям помощи. Затем для каждого из показателей рассчитывалось отношение значения показателя по профилю к среднему по Москве по тому же профилю. Итоговый коэффициент (отношение профиля организации к среднему по данному профилю по Москве) строился в той логике, что чем выше значение (или ниже – в случае таких «обратных» показателей, как летальность), тем «лучше» данный профиль организации относительно среднего по профилю для Москвы.

Таким образом, на момент окончания данного этапа расчетов для каждого профиля стационара мы имели показатель лояльности, доли выбравших каждый из крупных факторов (не)лояльности от ответивших сотрудников и 4 статистических коэффициента (профиль в организации к среднему по Москве по профилю).

На следующем этапе анализа мы смотрели, есть ли связь между лояльностью по профилям и статистическими показателями, выраженными указанным коэффициентом. Результаты корреляционного анализа приведены в Таблице 4.

Таблица 4. Связь лояльность–статистика в многопрофильном стационаре. Приведены только корреляции от 0,45 по модулю и выше.

Категория медицинского персонала	Отклонение статистических показателей медицинской организации от среднего по многопрофильным больницам Москвы			
	Среднее число дней занятости койки в году (функция койки)	Средняя длительность пребывания	Оборот койки	Больничная летальность
	Связь лояльность–статистика			
Все категории		-0,49	0,45	-0,67
Врачи	– 0,50	-0,45		
СМП		-0,48	0,54	-0,72
ММП				-0,51

В итоге – важнейший результат, что именно для среднего медицинского персонала была найдена наибольшая связь со статистическими показателями по всем профилям помощи и особенно высока связь с больничной летальностью (что в целом выглядит логичным в связи с тем, что связь снижения летальности и факта сестринского ухода была показана еще основателем сестринской профессии Ф. Найтингейл[266]). Ввиду выявленной высокой связи статистики и лояльности именно для данной группы персонала, в дальнейшем анализ был сосредоточен на ней (особенно актуальна данная группа персонала в связи с рассмотренной ранее более низкой ее лояльностью относительно врачей).

Подтвердив наличие связи между лояльностью и статистикой, можно перейти к определению связи между лояльностью и ее факторами. Она еще выше – корреляционный анализ выявил основные факторы лояльности среднего медицинского персонала: хорошую психоэмоциональную обстановку (r=0,821) как основной положительный фактор, и жалобы на неудовлетворительное материальное стимулирование (r=-0,658) как основной отрицательный фактор.

Наконец, следующий шаг – для определения связи факторов лояльности через лояльность со статистическими показателями (возможность управлять через факторы лояльностью, а через нее – статистическими показателями), мы решили определить, есть ли такие «пороги» для лояльности и ее факторов, в случае которых статистический показатель в 100 % наблюдений принимает значения ниже референтных (в данном случае, среднего по Москве среди аналогичных учреждений), и значения, при котором статистический показатель в 100 % наблюдений принимает значения выше референтных.

Первый этап – графическое решение этой задачи для лояльности среднего медицинского персонала и больничной летальности (как показателя, продемонстрировавшего наибольшую связь с лояльностью сестринского персонала) – приведен на Рисунке 12. Стоит дополнительно подчеркнуть, что брался относительный показатель смертности и только по сопоставимым профилям, мы не сравнивали смертность, например, в реанимациях и в терапевтических отделениях.

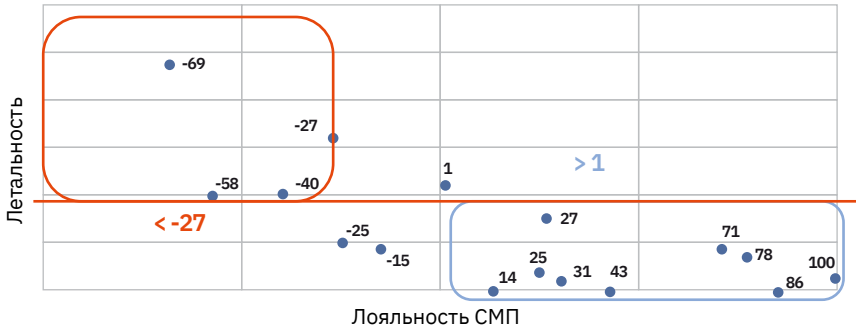

Рисунок 12. Лояльность СМП и больничная летальность.

По данному графику мы видим, что для исследуемого стационара:

- При лояльности сестринского персонала по профилю ниже eNPS=-27 эти профили больницы всегда обладали летальностью выше среднего по Москве по сопоставимым подразделениям.
- При лояльности по профилю выше eNPS=1 летальность по профилям медицинской помощи была всегда ниже среднего по Москве (по сути, *это соответствует eNPS=0 как минимальному референтному значению*).
- При промежуточных значениях мы можем наблюдать «зону неопределенности» (от –27 до 1).

Финальный шаг – перейти от лояльности к ее факторам, посмотреть, какие значения факторов лояльности соответствуют поро-

266 Перфильева Г. По страницам истории: памяти Флоренс Найтингейл / Медицинская сестра. 2002. № 2. С. 7.

говым значениям показателя лояльности. Для оплаты труда такого «решения» найти не удалось, зато для психоэмоционального климата было выявлено, что:

— если менее трети сестринского персонала по профилю (0-28,5 %) высказывались о хорошем психоэмоциональном климате как о причине лояльности, это всегда соответствовало лояльности eNPS<-27.

— если высказывающихся о данном факторе было более половины (55–100 %), лояльность повышалась до «критического» уровня eNPS>1.

Стоит отдельно обратить внимание, что Таблица 4 демонстрирует близость корреляций для среднего персонала и для всех групп персонала в целом. Это не удивительно с учетом того, что средний медицинский персонал составляет большинство работников здравоохранения; вес лояльности среднего персонала будет очень значим, если считать лояльность в среднем по подразделениям, просто ввиду, как правило, большего процента таких сотрудников в отделении. Таким образом, эффективно воздействуя на факторы лояльности среднего медицинского персонала, мы в большинстве случаев будем значимо повышать среднюю лояльность по отделению.

Поводя итог разделу, хотелось бы еще раз подчеркнуть ценность указанного кейса:

1. Кейс – аргумент в пользу eNPS>0(1) как «минимального» референтного значения для лояльности медицинского персонала.
2. Кейс – аргумент в пользу связи лояльности персонала и реальной результативности и эффективности деятельности медицинской организации.
3. Кейс предоставляет оценку референтных значений для положительного фактора психоэмоционального климата в коллективе (для СМП), которые можно потенциально использовать для управления уровнем лояльности, а через нее – статистическими показателями.

Конечно, данный кейс является единичным, так как исследование такого рода крайне сложно с организационной точки зрения – например, требуется доступ к развернутой медицинской статистике по региону. Далее, такой сплошной опрос требует прямого согласования главного врача и его высокого интереса к исследованию, что повысит шансы того, что до сотрудников будет донесена важность опроса, а проводящим его специалистам будут предоставлены ресурсы для повышения качества сбора данных.

Также данный кейс не является универсальным – методология очень чувствительна к форме медицинской организации, она разработана под многопрофильный стационар с соответствующей статистикой, и ее надо будет значимым образом адаптировать к амбулаторному звену или специализированной помощи. Наконец, несмотря на предоставленные возможности, не все из запланированного было реализовано. Например, запланированный эксперимент в динамике (для подтверждения причинно-следственной связи между лояльностью и статистикой) проведен не был.

Несмотря на все указанные «но», авторы видят важнейший потенциал такого рода исследований в многопрофильных стационарах и в организациях других форм помощи, как в Москве, так и в других регионах. Системные исследования в этой области смогут дать четкие ориентиры для управленцев о том, что является основными факторами лояльности и как именно через них можно управлять основными статистическими показателями организации. Социологи же получат больше понимания в вопросе о том, как в данной области соотносятся высказываемые мнения сотрудников и эффективность работы организации.

2.4 Общее представление о лояльности населения

2.4.1 Лояльность населения и лояльность сотрудников

Как правило, исследователей изначально интересует лояльность клиентов, а не сотрудников, так как именно они дают обратную связь организации в виде своих отзывов или соответствующего экономического поведения. В связи с этим в данной монографии мы не можем обойти вниманием тему лояльности получателей услуг, хотя бы в справочном формате. Чтобы логично перейти от лояльности персонала к лояльности получателей услуг, мы задаемся вопросом, как эти два типа лояльности связаны. Авторам монографии видится, что можно подойти к этой теме как со стороны влияния лояльности пациентов на лояльность сотрудников, так и наоборот, с точки зрения влияния лояльности персонала на лояльность получателей услуг.

Что касается первого подхода, в исследовании ГКБ № 52 мы видели, что факторы «отношение со стороны общества» и «отношение со стороны пациентов и родственников» из предложенных были менее всего связаны с лояльностью персонала в пандемию («слабая» корреляция – 0,29 и 0,28 соответственно). Также отношение населения и пациентов крайне редко упоминалось в качестве факторов лояльности, несмотря на то, что тема для сотрудников является важной и эмоционально «заряженной» (что следовало, например, из материалов фокус-групп с медицинскими работниками). Возможное объяснение такого положения дел (важность темы, но отсутствие связи с лояльностью) в том, что сотрудники могут отдавать себе отчет в том, что тема отношения пациентов к медикам – не уровень конкретной организации, этот запрос не адресуется конкретной медицинской организации, а значит, не так влияет на лояльность к ней.

При этом организация все же может оказать влияние в данной области, например, она может вставать на сторону работника в конфликтных ситуациях с пациентом. Последнее происходит не всегда – так, исследование в инфекционной службе показывает, что 23 % сотрудников считали, что в случае конфликтных ситуаций с пациентом руководство скорее не встанет на их сторону – по причинам того, что «пациент всегда прав», равнодушия руководства к судьбе персонала и других причин[267]. Также сам контингент пациентов и конфликты с ними, как было показано в этом же исследовании, может являться фактором нелояльности сотрудников. Однако все эти данные, к сожалению, однозначно не отвечают на вопрос, насколько лояльными были конфликтующие пациенты и есть ли связь между их лояльностью и лояльностью сотрудников. Это поднимает вопрос того, насколько обоснованной и корректной является сама постановка вопроса о влиянии лояльности пациентов на лояльность персонала.

Заход с другой стороны – как влияют лояльные сотрудники на лояльность пациентов – более логичен в контексте пациентоориентированной парадигмы. Логика показывает, что поскольку сотрудник для пациента – представитель организации (пациент почти не взаимодействует с «организацией», он взаимодействует с ее конкретными сотрудниками), то от взаимодействия с ним будет в существенной мере зависеть лояльность пациента. Логично также и то, что если сам сотрудник нелоялен – больше шансов на то, что он будет «заражать» своей нелояльностью пациента, начиная от более плохого эмоционального состояния (например, недовольный и выгоревший сотрудник будет, вероятно, меньше «держаться» за работу и меньше мотивирован быть доброжелательным к клиенту), заканчивая жалобами пациентам на тему того, как плохо дела обстоят в системе здравоохранения/организации. Более того, негатив медицинских работников может выражаться и в более широком информационном поле (например, в социальных медиа), подрывая имидж организации. Исследования показывают, что в вопросах здоровья и здравоохранения медицинские работники – одни из самых авторитетных фигур[268], их мнению доверяют, таким образом, их негативные высказывания могут иметь разрушительное влияние на лояльность получателей услуг нынешних и потенциальных.

Более того, видятся важными для формирования лояльности пациента также многочисленные факторы социального восприятия медицинского работника, например, образ медицинского специалиста – он может предрасполагать видеть скорее хорошее или скорее плохое при взаимодействии с ним пациента.

Стоит отметить, что приведенные данные – это скорее гипотезы-размышления для дальнейших исследований, и в наших проектах данная тема на момент написания монографии специально не изуча-

267 Богдан И. В., Дренева А. А., Праведников А. В., Чистякова Д. П. и др. Инфекционная служба Москвы в пандемию: текущее состояние и перспективы. М., 2021. С. 15 [внутренний документ, на данный момент брошюра официально не издана]

268 Отчет по результатам мониторинга информированности, восприятия рисков, моделей профилактического поведения и уровня доверия для поддержки мер реагирования на вспышку пандемии (пятая волна) / Е. Аксенова, И. Богдан (основной исследователь), М. Вуйнович, А. Дренева, Н. Камынина, А. Койлю, Т. Колпакова, С. Орлов, А. Праведников, К. Хаберсаат, Д. Чистякова. Москва: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2021. 82 с. [внутренний отчет, на момент написания монографии не издан].

лась. При этом такие гипотезы не противоречат имеющимся данным, например, мнение (в том числе подкрепленное данными) о том, что удовлетворенность/лояльность сотрудников приводит к росту удовлетворенности/лояльности получателей услуг, достаточно распространено среди исследователей, как это было показано ранее в обзоре раздела 1.1.5, а также в других работах[269] .

Что точно можно сказать на основании имеющихся данных, это то, как относятся «средние» NPS и eNPS (Рисунок 13).

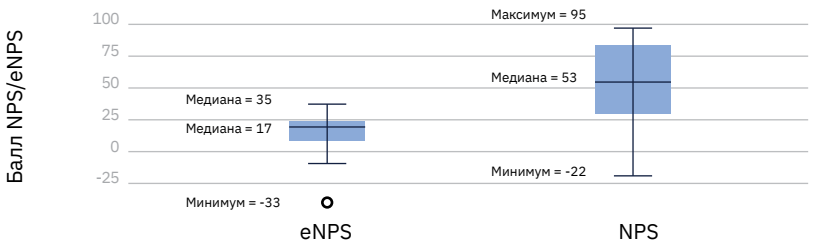

Рисунок 13. Диаграмма размаха по показателям NPS и eNPS по всем проанализированным исследованиям.

Всего в нашей базе на момент написания материала был 41 кейс: 27 по NPS и 14 ранее упомянутых – по eNPS. Среднее значение (медиана) по NPS равнялось 53, eNPS – 17. Таким образом, мы видим данные в пользу того, что средняя лояльность получателей услуг значимо выше, чем лояльность персонала. Полученные данные говорят в пользу того, что референтные значения для данных двух показателей должны устанавливаться отдельно друг от друга.

Дать предположения о том, в чем причины такой разницы, а также иные инсайты для лучшего понимания лояльности сотрудников нам может справочный обзор исследований на тему NPS в здравоохранении.

269 См. например, обзор Панова А. А., Лустина Т. Н. Влияние лояльности персонала на формирование лояльности потребителей // Сервис в России и за рубежом. Т. 10. № 1(62). С. 165-173; Грюнхольд Л., Мартенсен А. Лояльность работника – лояльность клиента – прибыльность компании // Персонал Микс. 2001. № 6. URL: https://www.cfin.ru/press/pmix/2001-6/11.shtml (дата обращения: 20.10.2021).

2.4.2 Некоторые исследования лояльности получателей медицинских услуг в здравоохранении

2.4.2.1 Некоторые общие закономерности

Показатель NPS как характеристика лояльности пациентов был рассмотрен в 10 зарубежных и 17 российских кейсах. Среднее значение показателя (медиана) по зарубежным исследованиям составило NPS=64, по российским NPS=35 (Рисунок 14). В связи с достаточно выраженными различиями при определении референтных значений, для конкретной российской медорганизации рекомендуется ориентироваться в первую очередь на результаты отечественных исследований.

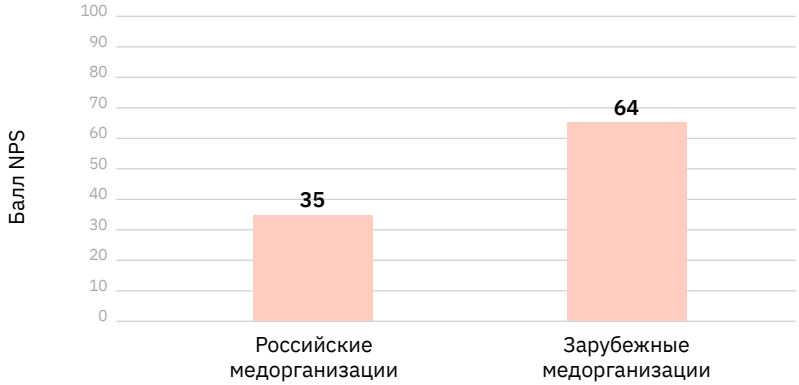

Рисунок 14. Сравнение медиан NPS по российским и зарубежным исследованиям.

Выявленные различия могут быть обусловлены спецификой отношения к медицинским организациям и их сотрудникам в России, завышенными оценками в зарубежных работах по причине размещения их в открытом доступе и использования в целях саморекламы, а также преобладанием в нашей базе по зарубежным работам частных медицинских организаций. Из указанных гипотез имеющиеся данные позволяют проверить в первом приближении лишь последнюю.

Так, NPS даже по российским медорганизациям различается в зависимости от типа учреждения: частные организации получают гораздо более высокие оценки лояльности, чем государственные. Медиана по частным организациям NPS=62, по государственным – NPS=29. Такие различия являются довольно логичными, поскольку у частных организаций есть больше возможностей быть более удобными и комфортными для пациентов, для предоставления более ка-

чественного сервиса, который, в отличие от объективного качества лечения, пациентам оценить легче. Об этом говорит и то, что, например, в исследовании в Москве «длительность ожидания приема и отсутствие очередей» выступили основной «зоной роста» городских организаций амбулаторно-поликлинического звена по сравнению с организациями другой формы помощи, в первую очередь, с частными (исследование описано далее).

Если объединить российские и зарубежные исследования по критерию типа медорганизации (государственная/частная), то различия станут еще более выраженными. Медиана по частным учреждениям в среднем по миру, включая Россию, составила NPS=83, по государственным – NPS=35 (Рисунок 15). Таким образом, данные свидетельствуют в пользу того, что и форма собственности является важной детерминантой лояльности (возможно, не только пациентов, но и медицинских сотрудников).

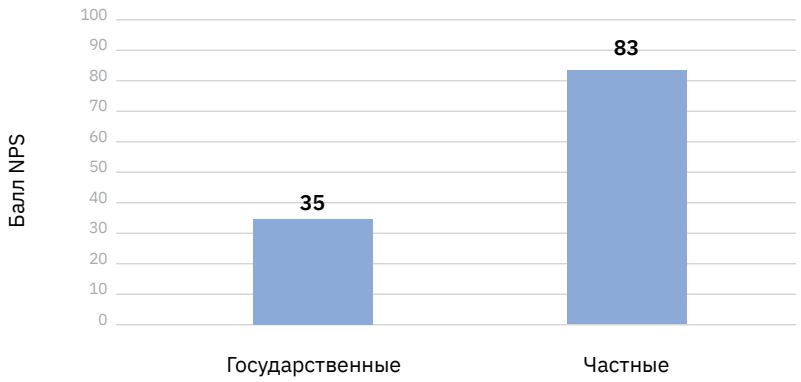

Рисунок 15. Сравнение медиан NPS по частным и государственным медицинским учреждениям.

В целом, из-за достаточно небольшого числа исследований в нашей базе о выявленных различиях мы можем говорить как о тенденциях, и в целом, видится корректным говорить обо всем анализе как об оценочном или пилотном.

В следующих разделах более подробно рассмотрим имеющиеся в наличии отечественные и зарубежные исследования NPS.

2.4.2.2 NPS в медицине (зарубежные исследования)

Выборка зарубежных исследований NPS представлена достаточно разнородными исследованиями, различающимися по критериям отбора участников (пациенты конкретных клиник, пациенты с конкретным диагнозом или прошедшие конкретную процедуру, репрезентативная выборка взрослого населения), объекта оценки (клиника, услуга, врач), размера выборки и т. д.

Например, в одном из исследований[270] были проанализированы оценки врачей-дерматологов, собранные на репрезентативной выборке взрослого населения Италии. Общая оценка лояльности составила NPS=27, причем оценка среди тех, кто недавно посещал дерматолога (в течение года), была выше (NPS=37), по сравнению с теми, кто был на приеме более года назад (NPS=22). Такая разница говорит о влиянии фактора давности обращения: в случае более свежего опыта более «свежими» будут эмоции. Однако такая тенденция может действовать лишь в случае нейтрального или положительного отношения к предмету оценки. Если же, напротив, впечатление оказалось скорее отрицательным, то в ситуации недавнего обращения оценка может быть ниже, по сравнению с более давним.

Еще одним фактором, выделенным в этом исследовании, выступили характеристики самого врача и отношение к нему: пациенты дерматологов с более высоким уровнем доверия поставили достаточно высокую относительно средней оценку NPS=51 (в среднем NPS=27, см. выше).

Дополнительно в работе проведено сравнение подвыборки тех, кто с дерматологическими проблемами обратился напрямую к дерматологу, и тех, кто сначала посетил врача общей практики. Выяснилось, что при прямом обращении уровень лояльности был значимо выше: NPS=41 и NPS=21 соответственно ($p<0,05$), при том, что общая оценка лояльности к врачам общей практики не отличалась от таковой по дерматологам (NPS=25 и NPS=27 соответственно). В связи с этим можно предположить, что возможность обратиться напрямую к профильному специалисту может обеспечить более высокие показатели лояльности пациентов (это удобно и быстрее), однако в таком случае необходимо рассматривать удобство в связке с экономической целесообразностью (то, что более удобно пациенту, может быть крайне нецелесообразно экономически (в том числе по соотношению «цена»/«результат»), особенно в случае государственного здравоохранения).

270 Gisondi P. et al. Public perception of dermatology and dermatologists in Italy: results from a population-based national survey // Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology. 2017. Т. 31. №. 12. P. 2119-2123.

Еще в одном исследовании[271] был проанализирован такой предиктор лояльности пациентов, как личные качества врача, а именно – колоректального хирурга. Выявлено, что наиболее частотными чертами «типичного хирурга» являются «благонадежность, самодисциплина» 72 %), «спокойствие, эмоциональная стабильность» (68,6 %) и «сочувствие, теплота» (42,2 %). На вопрос о личностных чертах их собственного хирурга пациенты назвали те же характеристики (73,3, 75 и 60,5 % соответственно). Можно предполагать, что в том числе восприятие личностных черт предопределило уровень лояльности по отношению к врачам-хирургам в этом исследовании (NPS=52,7). При этом нельзя не отметить, что классическая методика в этой работе была модифицирована, что могло привести к искажению итоговой оценки[272]; также сама связь «восприятие качеств» –NPS в исследовании не проверялась.

Важным параметром при оценке лояльности может выступать сам способ сбора данных. Его влияние на оценку было проверено в одной из работ, в которой предлагалось оценить амбулаторную клинику аллергического и пульмонологического профиля[273]. В то время как большой разницы в показателях NPS не было выявлено – в обоих случаях NPS>95 (что может быть связно просто с крайне высокой удовлетворенностью среди всех пациентов), разница в частоте ответа (response rate) была значимой. Опрос на планшете непосредственно после посещения клиники поднимает частоту ответа (response rate) с 27 % (при сборе данных с помощью стандартного телефонного опроса спустя 2–4 недели после визита) до 100 %.

Иногда проверяются специфические детерминанты NPS. Так, в работе Данлопа и соавторов[274] исследовалось влияние на лояльность более частного фактора – присутствия или отсутствия ассистента-секретаря врача при приеме пациента. Значимых различий между NPS в условии присутствия такого специалиста (NPS=77) и при его отсутствии (NPS=73) обнаружено не было. Сами авторы интерпретируют это как отсутствие у пациентов дискомфорта от присутствия такого специалиста.

Сами же достаточно высокие оценки лояльности, полученные в этом исследовании, могут объясняться профилем объекта оценки (отделение неотложной помощи), поскольку, как правило, стационар и неотложная помощь предполагают довольно критическое состояние пациента, после получения лечения он может чувствовать большую степень расположенности к медицинскому персоналу и учреждению («мне спасли жизнь»/«избавили от сильной боли») в отличие, например, от поликлиник, где лечение часто долгое и во многом зависит от усилий самого пациента. Сходные тенденции были обнаружены и в отечественной работе[275].

В еще одном исследовании пациентов ортопедического центра[276] были обнаружены значимые различия между группой участников, прошедших операцию по замене коленного сустава, и группой, прошедшей операцию по замене тазобедренного сустава: значения NPS[277] составили 49 и 71 соответственно. Анализируя это различие, авторы заключают, что при соотнесении NPS по разным клиникам необходимо учитывать не только общие критерии (например, тип учреждения), но также конкретную услугу, за которой обратился пациент.

В той же работе при помощи метода логистической регрессии был проведен анализ возможных предикторов принадлежности пациентов к группе «промоутеров» либо «критиков» спустя год после проведения операции. Было выявлено, что значимое влияние оказывают четыре фактора: соответствие предоперационным ожиданиям, облегчение болевых ощущений после операции, удовлетворенность пребыванием в стационаре, а также вид операции (замена коленного либо тазобедренного сустава). Эти четыре фактора объяснили 95 % дисперсии.

271 Bisset C. N. et al. Exploring shared surgical decision-making from the patient's perspective: is the personality of the surgeon important? // Colorectal Disease. 2020. Т. 22. №. 12. P. 2214-2221.

272 В этом исследовании (Bisset C.N. et al., 2020) NPS вычислялся не по классической для этой методики 11-балльной шкале, а по 5-балльной (от «очень не удовлетворен» до «очень удовлетворен») с вычитанием из доли тех, кто поставил наивысшую оценку, доли тех, кто поставил самую низкую.

273 Alismail A. et al. The Use of the Net Promoter Score (NPS) in an Outpatient Allergy and Pulmonary Clinic: An Innovative Look Into Using Tablet-Based Tool vs Traditional Survey Method // Patient related outcome measures. 2020. № 11. P. 137.

274 Dunlop W. et al. Medical scribes have no impact on the patient experience of an emergency department // Emergency Medicine Australasia. 2018. Т. 30. №. 1. P. 61-66.

275 Богдан И. В., Гурылина М. В., Чистякова Д. П. Лояльность сотрудников и пациентов в управлении здравоохранением. Москва: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2019. С. 18.

276 Hamilton D. F. et al. Assessing treatment outcomes using a single question: the net promoter score // The bone & joint journal. 2014. Т. 96. №. 5. P. 622-628.

277 В этой работе (Hamilton et al., 2014) NPS считался не по классической для этой методики 11-балльной шкале, а по 5-балльной («точно порекомендую» – 1, «скорее порекомендую» – 2, «не уверен(а)» – 3, «скорее не порекомендую» – 4, «точно не порекомендую» – 5) с вычитанием из доли тех, кто поставил выбрал оценку 1, доли тех, кто выбрал оценки 3-5.

Интересно также, что авторы провели анализ взаимосвязи между ответами на вопрос об «общей удовлетворенности» и на вопрос о «рекомендации друзьям и близким» (методика Ф. Райхельда). Результаты корреляционного анализа показали умеренную взаимосвязь (rho=,64) и общую долю дисперсии, равную 41 %. С одной стороны, такая взаимосвязь свидетельствует о смысловой близости двух этих вопросов (к такому выводу пришли авторы на материалах исследования в Москве[278]), однако факт, что в данном исследовании они имеют менее половины общей дисперсии, указывает на явную зависимость итогового показателя от формулировки вопроса. Необходимо отметить, что методические аспекты этих расчетов вызывают определенные вопросы. Во-первых, сам показатель NPS вычислялся не по 11-балльной шкале, а по 5-балльной, несмотря на то, что сами авторы называют этот параметр именно Net Promoter Score и приводят ссылку на оригинальную работу Райхельда[279]. Соответственно, значение показателя при использовании такой модифицированной методики могло быть искажено. Во-вторых, результаты анализа корреляций между ответами на вопрос об удовлетворенности и собственно NPS могли быть искажены по причине использования шкалы с другим числом балльности («полностью удовлетворен», «удовлетворен», «не уверен» и «не удовлетворен»).

Видится интересным также случай Ascension Health – крупнейшей католической сети медицинских организаций (healthcare system) в США, описанный в книге Ф. Райхельда и Р. Марки[280]. В эту сеть на 2010 год входило 78 больниц, 30 тысяч врачей, в целом – более 100 тысяч работников.

Внедрение концепции мониторинга лояльности с помощью NPS позволило определить наиболее значимые для пациентов факторы лояльности: отзывчивость персонала, коммуникация, поддержка, уважительное и сострадательное отношение. На основе полученной информации руководство организации разработало план практических действий, включавший четыре базовых положения. Во-первых, это расширение полномочий сотрудников и обеспечение их всем необходимым для решения возникающих

278 Богдан И. В., Гурылина М. В., Чистякова Д. П. Лояльность сотрудников и пациентов в управлении здравоохранением. Москва: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2019. С. 21.

279 Reichheld F. F. The one number you need to grow // Harvard business review. 2003. Т. 81. №. 12. P. 46-54.

280 Райхельд Ф., Марки Р. Искренняя лояльность. Ключ к завоеванию клиентов на всю жизнь / Фред Райхельд, Роб Марки; пер. с англ. С. Филина [науч. ред. И. Чичмели]. М.: Манн, Иванов и Фербер, 2013. С.169.

проблем. Во-вторых, это личностно-ориентированная эмоциональная, социальная и духовная поддержка пациентов, поскольку результаты внутреннего исследования обнаружили, что поддержка пациентов по этим трем направлениям стала одной из главных причин наиболее благоприятного впечатления об обслуживании. С учетом этой информации руководство Ascension Health впоследствии стало спонсировать семинары и курсы переподготовки соответствующей направленности. В-третьих, это замыкание контура обратной связи в режиме реального времени, что позволило среднему медицинскому персоналу максимально оперативно реагировать на критику и пожелания пациентов. По этому направлению руководством организации было предложено два подхода: первый – это «почасовой обход», при котором сотрудники каждый час или два интересуются у пациентов, нет ли у них каких-либо просьб или пожеланий, и второй – звонок пациенту после выписки и просьба поделиться своими впечатлениями о пребывании в стационаре. Наконец, в-четвертых, это методы работы с персоналом: более качественный отбор сотрудников, повышение эффективности управления персоналом, обучение сотрудников релевантным навыкам для формирования у пациентов желаемого отношения к учреждению. Для достижения этой цели были также разработаны специальные программы поощрения наиболее мотивированных и вовлеченных сотрудников на основе отзывов от пациентов и коллег, что позволило повысить уровень личной ответственности работников. Последнее положение особенно нам интересно. Стоит отдельно подчеркнуть в связи с тематикой монографии, что рекомендации по повышению лояльности пациентов включали в первую очередь именно работу с сотрудниками.

Еще одной важной находкой, отмеченной в той же работе, является роль моментов поступления и выписки пациентов, которые называются критически значимыми этапами их пребывания в клинике, оказывающими потом существенное влияние на итоговую оценку лояльности. Для снижения количества возможных проблем, возникающих на этих этапах, использовались различные меры. Например, в некоторых больницах были разработаны специальные проверочные листы по выписке со строгим регламентом, в других сняли приветственные видеоролики при поступлении в конкретное отделение, были скоординированы графики лечения так, чтобы не возникало временных задержек при переходе пациентов из одного отделения в другое. Интересным наблюдением является то, что наибольший интерес к инициативе с внедрением NPS проявили больницы с самыми низкими и самыми высокими по-

казателями, в то время как у «средних» такого энтузиазма не возникло. Заинтересованность ведущих медицинских организаций в работе с лояльностью подтверждается и опытом авторов.

Принятые руководством Ascension Health меры позволили увеличить среднее значение NPS по 76 клиникам – с 58 до 68, а также сократить «разброс» между медучреждениями сети по лояльности: если исходно минимальное значение было NPS=21, а максимальное – NPS=83, то спустя несколько лет минимальное значение составило NPS=40, а максимальное – NPS=93.

Как уже было отмечено, лояльность измеряется не только к организациям, есть и достаточно специфические кейсы. Один из них – лояльность к клиническим испытаниям. В работе ДасМахапатры и соавторов[281] были проанализированы оценки NPS пациентов с хроническими заболеваниями (общее число участников – 1621 человек), зарегистрированных на платформе PatientsLikeMe. Выборка включала людей с достаточно тяжелыми диагнозами: рассеянный склероз (21 %), болезнь Паркинсона (20 %), фибромиалгия (15 %), боковой амиотрофический склероз (10 %), диабет II типа (10 %), ревматоидный артрит (8 %), эпилепсия (8 %), системная красная волчанка (3 %) и ряд других. В этом исследовании пациенты оценивали не клинику, а свое отношение к участию в клинических испытаниях; опрос проводился онлайн.

Из тех пациентов, которые когда-либо участвовали в клинических испытаниях (N=346), большинство были «совершенно удовлетворены» («extremely satisfied») или «очень удовлетворены» («very satisfied») своим участием. Общая оценка NPS=12 при том, что оценки по подвыборкам с разными диагнозами существенно различалась. Так, отрицательные значения NPS были получены на подвыборках пациентов с системной красной волчанкой (NPS=–20), эпилепсией (NPS=–16), ревматоидным артритом (NPS=–10) и фибромиалгией (NPS=–4). Положительные значения NPS отмечены среди пациентов с боковым амиотрофическим склерозом (NPS=11), рассеянным склерозом (NPS=18), клинической депрессией (NPS=20) и болезнью Паркинсона (NPS=22). Настолько выраженные различия говорят о важности фактора состояния и диагноза пациента для оценки его лояльности. Значения показателя NPS были также различны по подгруппам тех, кто на каком-то этапе отказался от участия в клинических испытаниях, по сравнению с теми, кто завершил или участвовал в них на момент опроса (NPS=-28 и NPS=18 соответственно).

281 DasMahapatra P. et al. Clinical trials from the patient perspective: survey in an online patient community // BMC health services research. 2017. Т. 17. №. 1. P. 1-10.

В целом краткий обзор зарубежных исследований NPS показал важность учета множества факторов при оценке лояльности. Важным моментом выступает выявленная необходимость повышенного внимания к методике исследований, результаты которых будут использоваться как референтные. В нашей небольшой выборке мы встретили два кейса серьезного искажения методики, без необходимой рефлексии на тему того, насколько такое изменение повлияет на итоговую оценку (например, изменение «балльности» шкалы). Также ценно, что ряд исследований NPS дает рекомендации именно по работе с персоналом медицинских организаций, а также приводит универсальные методические (например, лучший отклик при опросах «на месте») и содержательные (например, зависимость оценки от давности столкновения с предметом оценки) нюансы.

2.4.2.3 NPS в медицине (отечественные исследования)

Рассмотрим отечественные исследования лояльности получателей медицинских услуг. В одной из самых ранних из обнаруженных отечественных работ на данную тему был проанализирован показатель лояльности по отношению к трем частным клиникам Набережных Челнов на выборке из 292 человек (исследование уже упоминалось ранее – исследовалась лояльность и пациентов, и сотрудников)[282]. В зависимости от клиники, значение показателя NPS варьировало от 22 до 42. В качестве причин, детерминирующих поставленные оценки клинике, набравшей наивысший балл из трех, авторы называют широкий спектр услуг, оснащенность современным диагностическим оборудованием и дневной стационар, актуальный для иногородних пациентов. Кроме того, в качестве детерминант лояльности отмечается особая эмоциональная атмосфера, наличие которой упоминалось как пациентами, так и сотрудниками, что соотносится с ранее приведенными нами данными о факторах лояльности медицинских работников.

Как и в рассмотренном ранее случае Ascension Health, одна из частных клиник Набережных Челнов внедрила «Программу повышения лояльности потребителей», которая состояла из этапов определения «целевой установки программы лояльности», определения факторов лояльности, формирования лояльности внешних потребителей (пациентов) и формирования лояльности внутренних потребителей (сотрудников). Согласно позиции автора (А. Л. Файз-

282 Файзханова А. Л. Развитие конкурентных преимуществ лечебно-профилактических учреждений на основе программы лояльности // Актуальные проблемы экономики и права. 2013. № 4. С. 191–197.

ханова), целевая установка задается учредителем медицинского учреждения и заключается в том, чтобы пациент стал абсолютно лояльным, то есть обращался только в определенное медицинское учреждение, был готов распространять о нем только позитивную информацию, рекомендовать его знакомым, реагировал бы на акции учреждения, понимал его интересы и вносил свои предложения по улучшению его деятельности.

В качестве основных факторов, определяющих лояльность пациента, авторы выделяют клиентоориентированность, доверие потребителей, «новую философию обслуживания», качество услуг, стимулирование пациента, общение с пациентом и климат в коллективе. Для формирования лояльности внешних потребителей (пациентов) предлагается определить актуальный уровень их лояльности, исследовать потребности и степень удовлетворенности потребителей, создать информационную базу для повышения доверия. Для формирования лояльности внутренних потребителей (сотрудников), согласно программе, рекомендуется создать особый социально-психологический климат в коллективе, обеспечить возможности повышения профессионального уровня работников и сформировать внутри организации новую философию, в которой интересы клиентов находятся на первом месте. Опять же мы видим, что улучшение лояльности пациентов здесь рассматривается сквозь призму лояльности сотрудников.

Автор приводит данные, что по результатам применения этой программы процент группы «промоутеры» вырос с 47 до 59 %, а доли «нейтралов» и «критиков» сократились с 36 до 32 % и с 17 до 9 % соответственно.

В другом отечественном исследовании[283] NPS вычислялся по выборке 685 врачей в период их обучения на циклах повышения квалификации. В выборке были выделены подгруппа руководителей, куда вошли главврачи, директора, заместители и заведующие поликлиник (N=410), и подгруппа врачей, куда вошли заведующие отделениями и врачи-специалисты (N=275). Несмотря на то, что выборка состояла из медицинских специалистов, респондентам предлагалось выступить в качестве потребителей медицинских услуг, ответив на вопрос «Готовы ли Вы рекомендовать своим знакомым лечиться в той медицинской организации, с которой контактировали (лечились, проходили диагностику и т. д.) в последний раз?».

283 Сенченко А. Ю. Возможность использования «Индекса потребительской лояльности» при оценке качества медицинской помощи // Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2017. № 1. С. 244–247.

Тем, кто получал услуги в той организации, в которой работал, предлагалось оценить именно ее, то есть в этом случае могло произойти определенное смешение лояльности респондента как клиента и его лояльности как сотрудника. В связи с этим учитывать результаты этого исследования следует с осторожностью. Средний индекс потребительской лояльности, полученный в данной работе, составил NPS=22,1, при этом среди руководителей он был гораздо выше, чем среди врачей: NPS=34,4 и NPS=2 соответственно. Такой результат опять же подтверждает важность учета категории персонала при построении выборки.

В качестве факторов, повлиявших на уровень лояльности, «критики» отметили несоблюдение медицинскими работниками этики и деонтологии, низкий уровень их профессионализма, недостаточную оснащенность организаций и отсутствие пациентоориентированности. Среди «промоутеров» и «нейтралов» чаще упоминались такие факторы, как хорошая оснащенность организаций и высокая квалификация специалистов. Однако некоторые респонденты из группы «нейтралов» отметили, что «если бы они сами не были медицинскими работниками и не знали, к кому и по какому поводу обратиться, то вряд ли бы поставили такие высокие оценки»[284]. Последнее свидетельствует о значимости таких факторов, как релевантный опыт и наличие предварительных знаний о медицинской организации и работающих в ней сотрудниках, возможностей для прямого обращения к нужному специалисту (снижение в т. ч. временных затрат). И в целом мы можем предполагать, что «сотрудники как пациенты» значимо отличаются от рядовых пациентов, в т. ч. ввиду своей большей экспертности, широты связей.

В другом российском исследовании в Казани[285] проводился анализ лояльности пациентов межрегионального клинико-диагностического центра за 2016-2017 годы. В исследовании приняли участие 1968 респондентов, из которых на второй вопрос о причинах оценки ответили 933 человека – около половины выборки. Усредненное значение NPS составило 91, что, безусловно, является очень высокой оценкой.

Авторы разделили выборку на различные подгруппы и выявили практически полное отсутствие различий по рассмотренным фак-

284 Сенченко А. Ю. Возможность использования «Индекса потребительской лояльности» при оценке качества медицинской помощи // Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2017. № 1. С. 246.

285 Куприянов Р. В., Жаркова Е. В., Хайруллин Р. Н. Использование методики NPS для оценки лояльности пациентов (опыт МКДЦ) // Менеджер здравоохранения. 2018. № 8. С. 38–45.

торам. Среди статистически значимых различий было обнаружено, что средняя оценка пациентов, обратившихся по программе платных услуг, была NPS=89,7, тогда как оценка пациентов, обратившихся по обязательному медицинскому страхованию, была несколько выше – NPS=93,1 (p<0,025). По другим параметрам различия были не значимы – среди обратившихся первично и повторно (NPS=92,3 и NPS=90 соответственно), среди пациентов хирургического и терапевтического блоков (NPS=91,9 и NPS=86,9 соответственно). В целом по этому исследованию обращают на себя внимание очень высокие оценки лояльности, нехарактерные для российских медицинских организаций, а также для государственных учреждений, что в совокупности с отсутствием описания методики отбора выборки порождает определенные сомнения в данных.

На основе содержательного анализа ответов на открытый вопрос о причинах поставленной оценки авторы выделили три группы факторов. В первую из них вошли ответы, связанные с удовлетворенностью качеством медицинской помощи, высокой квалификацией медицинского персонала, использованием современных методов диагностики, – эта группа получила название «Лечебно-диагностический процесс». Во вторую группу были включены упоминания позитивных поведенческих и личностных характеристик медицинского персонала: этичность, доброжелательность, вежливость, внимательность и коммуникативные навыки – эта группа была определена как «Этика и деонтология медицинского персонала». Наконец, в третью группу – «Сервис в медучреждении» – вошли такие характеристики, как ценовая политика учреждения, условия пребывания в стационаре, качество и питания и обслуживания в целом, престиж и репутация медицинского учреждения, а также скорость обслуживания. Дальнейший анализ распределения ответов из этих трех групп по подвыборкам «промоутеров», «нейтралов» и «критиков» выявил, что ответы из третьей группы, связанной с аспектами сервиса, преобладали среди всех трех подвыборок (что подтверждает наш тезис о причинах различия лояльности в частном и государственном здравоохранении), однако наибольшее значение качество сервиса имело для «критиков». В то же время необходимо отметить, что общее число «нейтралов» и «критиков» невелико (N=48 и N=15 человек соответственно), что затрудняет обобщение полученных результатов.

В другом рассмотренном источнике был приведен сравнительный анализ оценок лояльности по крупнейшим частным клиникам Москвы,[286] который показал достаточно выраженный разброс значений NPS, которые варьируют от NPS=-40,7 в «Пента-клиник» до NPS=71,2 в «Ниармедик». Медианное значение NPS по выборке из 28 московских частных клиник в этом исследовании NPS=31.

При анализе факторов, определяющих выбор клиники, авторы сравнили отмеченные респондентами причины ее выбора при первом и при повторном посещении. Выяснилось, что при первом визите определяющими факторами выступили рекомендации знакомых (34 %), наличие специалистов с ученой степенью (23 %), цена (20 %), расположение (15 %) и широкая специализация (8 %). При повторном посещении выбор обусловили цена (31 %), оснащение клиник (26 %), вежливость персонала (25 %), рекомендации знакомых (13 %) и расположение (5 %). Такой результат демонстрирует, что если исходно большую роль играет фактор личной рекомендации знакомого (готовность к которой в т. ч. и измеряет NPS), то далее лояльность клиентов необходимо все больше удерживать с помощью сервисной составляющей и хорошей ценовой политики (в т. ч. чтобы рекомендовать организацию были готовы уже они).

Продолжая тему частных медорганизаций, сеть клиник «МЕДСИ» приводит показатель NPS=40 за 2018 год[287] (в рассмотренном ранее исследовании[288] показатель «МЕДСИ» за 2015 год составил NPS=48). В качестве основных детерминант лояльности выделены доверие врачам, быстрое решение проблем пациентов, эффективность лечения, соотношение цены и качества, доступность и понятность консультаций. В материале также отмечается, что в 2018 году «МЕДСИ» с целью повышения удовлетворенности клиентов качеством медицинской помощи создала центр поддержки пациентов, что перекликается с, например, уже рассмотренным кейсом сети клиник Ascension Health[289].

Наконец, говоря об авторских исследованиях, в нашей базе присутствует несколько исследований в московском здравоохранении, проведенных с участием ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ». Поскольку лояль-

286 Лояльность пациентов платных клиник. 2015. URL: https://alhorum.ru/loyal- nost-klientov-platnyh-klinik/ (дата обращения 13.06.2019).

287 Группа компаний «МЕДСИ» увеличила выручку на 52 % по итогам 2018 год. URL: https://medsi.ru/about/press-centr/news/gruppa-kompaniy-medsi-uvelichila-vyruchku-na-52-po-itogam- 2018-goda/ (дата обращения 13.06.2019).

288 Лояльность пациентов платных клиник. 2015. URL: https://alhorum.ru/loyal- nost-klientov-platnyh-klinik/ (дата обращения 13.06.2019).

289 Райхельд Ф., Марки Р. Искренняя лояльность. Ключ к завоеванию клиентов на всю жизнь / Фред Райхельд, Роб Марки; пер. с англ. С. Филина [науч. ред. И. Чичмели]. М.: Манн, Иванов и Фербер, 2013. 352 с.

ность пациентов не является предметом монографии, а ряд приводимых данных еще не был предварительно опубликован в научных журналах, будет дано лишь краткое, обзорное описание полученных данных.

В 2018 году с участием авторов был проведен уличный опрос 500 москвичей по квотной выборке со случайным отбором точек опроса[290]. Среди прочих задавался опрос о готовности порекомендовать последнюю посещенную медицинскую организацию. Лояльность к медицинским организациям анализировалась в т. ч. по двум критериям: 1) форма собственности (анализировались две группы: городские (подчинения Департамента здравоохранения Москвы) и иные медицинские организации – федеральные/ведомственные/частные, в первую очередь, частные) и 2) форма оказания помощи (стационар с круглосуточным пребыванием или амбулаторные условия). По итогам было выявлено влияние обоих факторов: с одной стороны, федеральные/ведомственные/частные учреждения получили гораздо более высокие оценки лояльности, по сравнению с городскими (NPS=56,8 против NPS=6,9 для стационаров и NPS=36,6 против NPS-21,5 для амбулаторной помощи), и, с другой стороны, как можно увидеть из приведенных данных, круглосуточные стационары оцениваются выше, чем амбулаторные условия.

Вопрос об областях, нуждающихся в улучшении, позволил выявить потенциальные зоны роста для городских круглосуточных стационаров, по сравнению со стационарами других форм собственности: это условия пребывания и состояние помещений (разрыв[291] составил Δ=17 %), навыки коммуникации с пациентом (Δ=7 %), техническая оснащенность (Δ=7 %). Для городской амбулаторно-поликлинической помощи, по сравнению с учреждениями других форм собственности, такими зонами роста выступили устранение очередей и трудностей с попаданием на прием к врачу (разрыв составил Δ=24 %), наличие персонала (Δ=15 %) и уровень компетентности персонала (Δ=12 %).

Совсем кратко приведем также данные трех наиболее актуальных исследований лояльности в Москве, проведенных с участием авторов (2021 г.). Первое из них – исследование в детской городской больнице, которое не ставило целью репрезентативную оценку лояльности и использовало ее как независимую переменную. Полученное значение было высоким – NPS=81, что, помимо объективно высокой лояльности к организации, могло быть вызвано смещениями при отборе отделений и опросе законных представителей пациентов, контролировать которые у ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ» в данном случае не было возможности[292] .

Другое исследование ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ» также использовало лояльность как независимую переменную, однако подход к выборке был более взвешенным – исследование проводилось методом опроса по квотной выборке у московских государственных поликлиник, с гео- и аудиоконтролем интервью. Итоговая выборка составила 1800 человек, респонденты были пропорционально проинтервьюированы на 18 точках опроса у 6 городских поликлиник (с филиалами) в разных административных округах города Москвы. Среднее значение лояльности по поликлиникам, вошедшим в исследование, составило NPS=23,3.

Наконец, наиболее методически выверенное из рассмотренных исследование лояльности в Москве было проведено под руководством авторов методом телефонного опроса по случайной двухосновной выборке телефонов. Число опрошенных составило 1200 человек, вопрос на лояльность также был посвящен последнему посещению медицинской организации.

Общегородской показатель лояльности составил NPS=-4. По государственным поликлиникам лояльность составила NPS=-22, по частным NPS=26; по государственным больницам – NPS=45,5, по частным – NPS=34,5 (N=11); по скорой помощи NPS=19[293]. Как мы видим, полученные данные еще раз подтверждают сильную зависимость лояльности пациентов от формы помощи. Возможная причина данного факта была приведена в тексте ранее.

Завершая рассмотрение раздела, мы не будем делать выводы о лояльности потребителей услуг, а скорее попробуем понять, какие выводы могут быть интересны нам с точки зрения лояльности сотрудников.

Во-первых, при рассмотрении раздела обращает на себя внимание значимая разница в средней лояльности получателей услуги и медицинских работников (NPS=53 и eNPS=17 соответственно). Данные позволяют предполагать, что часть данной разницы может быть вы-

290 Богдан И. В., Гурылина М. В., Чистякова Д. П. Лояльность сотрудников и пациентов в управлении здравоохранением. Москва: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2019. 28 с.

291 Разница между упоминанием указанного аспекта как требующего улучшения для городских организаций и организаций других форм собственности.

292 Богдан И. В., Борзакова С. Н., Винокуров А. В., Дренева А. А., Праведников А. В., Чистякова Д. П. Продвижение страниц ДГКБ имени З. А. Башляевой в социальных сетях. Москва: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2021. 16 с.

293 Богдан И. В., Чистякова Д. П., Кормушина Ю. К. Лояльность (NPS) москвичей медицинским организациям города. Москва: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2021. 12 с.

звана большей экспертностью сотрудников, большей осведомленностью их о реальных проблемах. В то время как для населения зачастую важнее сервисные характеристики, а в тонкостях организации медицинской помощи пациенты не разбираются, сотрудники склонны более пристально смотреть на результаты деятельности и условия труда.

Далее, это важность методических моментов. Например, обзор исследований, посвященных лояльности пациентов, показал, что мы можем рассчитывать на больший процент откликов на интервью при опросе «на месте». Однако непонятно, нужно ли такое увеличение отклика на самом деле (с учетом затрат ресурсов), так как в указанном исследовании, по сути, изменение метода опроса не меняло кардинальным образом показатель NPS.

Также при выборе исследований как референтных важно обращать внимание на использованные подходы к получению данных, так как обзор показал наличие исследований NPS с искаженной методикой (например, вопросы на лояльность в пятибалльной шкале и соответствующие «вольности» при расчете итогового показателя). В целом множество методических сомнений, которые возникали при обзоре источников, подтверждают высказанные ранее мысли о необходимости большей академической проработки темы лояльности в здравоохранении.

Обращает на себя внимание широкий набор факторов лояльности пациентов – например, диагноз и вид услуг (что может соотноситься с фактором специфики работы для сотрудников), форма помощи, страна, форма собственности. Что касается последних трех факторов, мы видим для пациентов тенденции, которые не наблюдаем по данным для сотрудников, – большая лояльность пациентов стационарного звена, зарубежных и частных медицинских организаций. Либо тенденции по лояльности по этим аспектам для сотрудников и получателей услуг значимым образом различаются, либо имеющейся выборки кейсов недостаточно для такого анализа. Это можно считать одним из перспективных направлений дальнейших исследований.

Наконец, исследования лояльности пациентов могут быть полезны в контексте исследования лояльности сотрудников тем, что зачастую по их итогам предлагаются программы развития лояльности пациентов, в значимой степени включающие в себя работу с сотрудниками и, как следствие, дающие инсайты для кадровой политики. Данная тема будет подробнее рассмотрена в следующем разделе.

ГЛАВА III. ЛОЯЛЬНОСТЬ: ПРИКЛАДНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

3.1 Внедрение мониторинга лояльности: общие положения

Рассмотрев теоретическую модель исследования, наше понимание лояльности, подходы к ее измерению, а также релевантные практические исследования, мы подошли к финальному вопросу нашей монографии – как работать с лояльностью медицинского персонала, как внедрить существующие наработки? Стоит подчеркнуть, что поскольку база данных исследований лояльности находится в процессе составления и аналитика носит во многом предварительный характер, сложно давать окончательные «рецепты» и рекомендации. Несмотря на это, ряд наработок все же есть, и данный опыт может быть принят во внимание теми, кому интересна тема управления лояльностью.

В целом внедрение методологии лояльности нам видится необходимым рассматривать не как самоцель (внедрение ради внедрения), а как средство для достижения ключевых целей управления здравоохранением, среди которых – повышение удовлетворенности потребителей услуг и качества медицинской помощи.

Такая постановка задачи видится, с одной стороны, значимо более сложной, чем формальное внедрение методики, которое мы могли встречать в ряде организаций[294]; с другой стороны, только обоснованный подход к управлению лояльностью способен принести ту реальную пользу, ради которой методика и разрабатывалась, например, в виде создания канала получения ценнейшей информации (обратная связь) и вовлечения «мудрости толпы» в виде сотрудников в управленческий процесс, что помогает эффективнее выявлять и устранять «болевые» для организаций точки.

Опять же, поскольку областью экспертизы авторов является московское здравоохранение, разговор в главе будет идти об уровне организаций и городском уровне. Однако данные идеи, как видится авторам, могут быть масштабированы и на более высокие уровни, например, на уровень страны.

294 Например, формально и без системы опросить «много» респондентов, отчитаться публично о факте проведения опроса по «модной» методологии и не предпринять никаких существенных мер по итогу.

Среди ключевых предлагаемых нами основ системы мониторинга мы видим необходимость обеспечения его централизации и независимости (минимизации конфликта интересов). Грамотная централизация (или, как минимум, стандартизация процессов) позволит повысить качество данных путем минимизации ошибок измерения, а независимость, помимо повышения качества данных путем «равного» подхода к организациям, позволит предлагать решения, в большей степени учитывающие интересы всех вовлеченных в процесс участников.

Исходя из такой основы, во внедрении системы управления лояльностью мы видим три ключевых шага:

1. Создание единого признанного, высококвалифицированного центра компетенций в данной области, обладающего определенной степенью независимости.
2. Методическая проработка вопросов организации мониторинга лояльности на уровне города (региона/страны) и отдельных организаций и утверждение единых стандартов в этой области.
3. Собственно, внедрение системы мониторинга, его «калибровка». Принятие соответствующих решений на основании мониторинга (управление лояльностью).

Первый шаг не является предметом данной монографии и скорее лежит в политической плоскости, когда лица, принимающие соответствующие решения на уровне региона, должны осознать для себя необходимость решения данной задачи и решить, кому она будет делегирована. Третий же шаг будет в основном зависеть от решений, принятых на шаге 1 и 2.

Этап, на котором мы хотели бы сосредоточиться в данном разделе, – этап разработки стандартов и основ для всего мониторинга (минимально затрагивая другие этапы). Как итог исследований последних нескольких лет, помимо приведенных ранее данных, авторы могут предложить следующие продукты методического осмысления тематики лояльности персонала:

1. Методические рекомендации по работе с лояльностью на уровне организаций, позволяющие сделать шаг к унификации процессов управления лояльностью в городе.
2. Информационная платформа, агрегирующая исследования по лояльности в здравоохранении, в России и за рубежом, которая может выступить основой для единой «базы знаний» по данному вопросу и отчасти на первых этапах заменять центр компетенций.

3. Концепт программного обеспечения, помогающего управлять лояльностью медицинских организаций на уровне города (в рамках выработки принципов управления лояльностью).

Данным продуктам и будут посвящены следующие разделы. Авторы не считают, что предложенный ими подход к построению мониторинга лояльности является единственно верным, но надеются, что предложенные идеи могут иметь ценность (как практическое руководство или вдохновение) при разработке аналогичных систем мониторинга как в Москве, так и в других регионах России и даже в других странах мира.

3.2 Методология мониторинга лояльности персонала на уровне медицинских организаций: основные положения для стандартизации[295]

3.2.1 Ключевые предпосылки мониторинга

Авторам видится, что инициативный мониторинг лояльности персонала медицинской организации не имеет смысла без соответствующей сформированной культуры у ее руководства. Такая культура как минимум должна проявляться в двух следующих положениях:

1. Руководитель должен понимать высочайшую ценность качественной обратной связи, в том числе негативной, и, как следствие, должен быть открыт к ней – готов воспринять ее не лично, а как часть работы. На самом деле, как правило, самая ценная обратная связь – негативная. И даже если она «не обоснована», «неправильная», «некомпетентная», она отражает восприятие сотрудника. А значит, должна стать предметом интервенций (например, информирования о настоящем положении дел, выхода на диалог и т. д.). Недопустимы игнорирование, обиды или даже «месть» сотрудникам за то, что они выражают мнение, которое руководителю неприятно. Прекращение трудового договора может быть также выходом, однако такие решения, как видится, в любом случае не должны приниматься импульсивно.
2. Любой запрос обратной связи крайне желательно сопровождать в конечном итоге обратной связью для респондентов – что было сделано, как были данные использованы. Респонденты должны ощущать, что их мнение действительно важно, его услышали, а не просто формально провели опрос. В ином случае это чревато разочарованием персонала в опросах, снижением их желания тратить на это время и давать полезную информацию (что нередко встречается сегодня в медицине), особенно в случае упомянутых санкций для несогласных. Важна реальная готовность руководителя к действиям, а не просто декларации о важности учета обратной связи.

Внедрение данных принципов является менее критичным в случае централизованного опроса, когда негативные последствия несформированной культуры открытости сглаживаются внешним контролем.

295 Раздел подготовлен на основании методических рекомендаций: Богдан И. В., Праведников А. В., Чистякова Д. П. Мониторинг лояльности потребителей услуг и персонала медицинских организаций (Методология (e)NPS): методические рекомендации. Москва: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2021. 36 с.

Однако формирование такой культуры в любом случае значительно повысит эффективность работы с лояльностью и на уровне организации, и на уровне города.

Сформировав данные предпосылки, можно приступать собственно к работе над инструментарием.

3.2.2 Инструментарий исследования

Ранее в разделе 1.1.6 было приведено обоснование выбора нами методики Ф. Райхельда, применение которой мы рассматриваем в данных разделах. Инструментарий измерения лояльности достаточно четко формализован самими авторами методики[296], единственные корректировки в самих вопросах, которые можно рассматривать, – это нюансы перевода и применения его для сотрудников именно медицинских организаций.

Как уже было отмечено, по сути, опросный этап методики состоит из двух вопросов – оценка лояльности и ее причины (как правило, открытый вопрос). Уровень лояльности замеряется через косвенный вопрос о готовности порекомендовать организацию в качестве места работы. Авторами предложена следующая модификация вопроса для сотрудников медицинских организаций:

С какой вероятностью по шкале от 0 до 10 Вы могли бы рекомендовать свое отделение в качестве места работы друзьям/знакомым/коллегам с соответствующей квалификацией? («0» – никогда не стал бы рекомендовать; «10» – рекомендовал бы обязательно)

И шкала следующего вида (Рисунок 16):

никогда не стал бы рекомендовать	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	рекомендовал бы обязательно

Рисунок 16. Вид шкалы для измерения eNPS.

Приписка про квалификацию была добавлена ввиду того, что без нее среди респондентов встречались высказывания, что они не могут порекомендовать работу не медицинским работникам.

Мы использовали слово «отделение» вместо «организация», так как это позволяет, исходя из нашего опыта, обращаться к более непосредственному опыту работы сотрудника (и работать с конкретными проблемами отделения), тогда как восприятие всего учреждения может быть подвержено искажениям в виде, например, слухов или быть излишне абстрактным, что будет мешать выработке конкретных рекомендаций. Такой подход может несколько противоречить изначальному, маркетинговому пониманию лояльности как отношению к «бренду» организации, поэтому прибегать к нему

296 Райхельд Ф., Марки Р. Искренняя лояльность. Ключ к завоеванию клиентов на всю жизнь / Фред Райхельд, Роб Марки; пер. с англ. С. Филина [науч. ред. И. Чичмели]. М.: Манн, Иванов и Фербер, 2013. С. 131.

или нет – остается на усмотрение исследователя. Также при активных перемещениях сотрудников между отделениями организации может быть целесообразней в любом случае использовать вопрос о лояльности к организации в целом, как, например, это было сделано в упомянутом пандемическом исследовании в ГКБ № 52.

Таким образом, нюансы окончательной формулировки вопроса, замеряющего уровень лояльности, могут зависеть от нюансов исследования, в первую очередь от его задач.

После закрытого вопроса (с фиксированными вариантами ответов) задается второй вопрос, открытый (в свободной форме): «Какова основная причина такой оценки?», направленный на измерение собственно факторов лояльности (потенциально в дальнейшем и этот вопрос может в ряде случаев быть переведен в закрытый вид с вариантами ответа).

При необходимости дополнительного анализа по группам (например, для исследования лояльности в разрезе категорий работников), число вопросов может быть увеличено. Например, в наших исследованиях мы зачастую включаем в анкеты вопросы так называемой «паспортной части»: о поле, должности, стаже, возрасте респондентов. Что касается последнего вопроса, имеет смысл давать его не в открытой форме, а в закрытой с указанием возрастных интервалов. Например, вы можете предложить респонденту на выбор для самоотнесения три возрастных интервала: молодежь (18–35), средний возраст (36–55), пожилой возраст (55+) или любые другие возрастные интервалы, исходя из логики того, как вы планируете анализировать в дальнейшем связь лояльности или других переменных с возрастом.

При этом стоит отметить, что авторы методики предостерегают от чрезмерного увеличения анкеты[297]. Также есть ряд ограничений, например, ощущение меньшей анонимности при выявлении большого количества информации о респонденте в маленьких отделениях (например, в случае просьбы указать конкретный возраст, а не возрастной интервал), и методических нюансов, таких, как, например, продумывание порядка вопросов[298]. При необходимости читатель может более подробно их изучить, обратившись к приводимым

297 Райхельд Ф., Марки Р. Искренняя лояльность. Ключ к завоеванию клиентов на всю жизнь / Фред Райхельд, Роб Марки; пер. с англ. С. Филина [науч. ред. И. Чичмели]. М.: Манн, Иванов и Фербер, 2013. С. 131-132.

298 Богдан И. В., Праведников А. В., Чистякова Д. П. Мониторинг лояльности потребителей услуг и персонала медицинских организаций (Методология (е)NPS): методические рекомендации. Москва: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2021. С. 10-13.

ссылкам. По мере накопления опыта также исследователь начинает видеть, какие вопросы более информативны для него, а от каких можно отказаться.

Также важно не забывать о необходимости получения согласия от респондентов на запись разговора (если она подразумевается) и на обработку персональных данных (например, номера телефонов или ФИО), если это релевантно данному опросу, а также подчеркнуть добровольность опроса, что обязательно с точки зрения современных этических требований к проведению такого рода исследований[299] .

В целом при разработке расширенного инструментария, внесении методических изменений (и в целом при проведении мониторинга) рекомендуется привлекать к работе профессиональных исследователей, так как «вопросы, разработанные непрофессионалами, страдают от значимых недостатков – не учитывается весь спектр ответов, вопросы задаются непонятно, не валидны или не входят в зону компетенции респондента»[300] . Они могут включать в себя наводящие вопросы, вопросы с несколькими основаниями и т.д.[301], что, в свою очередь, в конечном итоге может приводить к некорректным выводам на основании исследования.

299 См.: Международный кодекс ICC/ESOMAR по практике проведения маркетинговых и социальных исследований, изучения общественного мнения и анализа данных. 2016. URL: https://www.esomar.org/uploads/public/knowledge-and-standards/codes-and-guidelines/ICCESOMAR_Code_Russian_.pdf (дата обращения 20.10.2021).

300 Богдан И.В., Праведников А.В., Чистякова Д.П. Мониторинг лояльности потребителей услуг и персонала медицинских организаций (Методология (е)NPS): методические рекомендации. Москва: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2021. С. 10-13.

301 Там же

3.2.3 Сбор данных

3.2.3.1 Расчет выборки

Для проведения исследования надо понять, кого мы опрашиваем и как.

Что касается первого вопроса – необходимо определить генеральную совокупность опроса, т. е. группу, мнение которой мы хотим понять: это вообще все работники организации, только медицинские работники или, может быть, узкая группа персонала, например, новые сотрудники.

После этого важно решить, будет ли опрос выборочным или сплошным. При прочих равных условиях сплошной опрос всегда является предпочтительным, однако в случае ограниченных ресурсов, сроков и большого контингента персонала рациональнее склониться к выборочному опросу, так как выигрыш в качестве данных при сплошном опросе может быть несопоставим с ростом затрат на его проведение.

Если в случае сплошного опроса ситуация в целом ясна, то в случае выборочного есть много нюансов, некоторые из которых рассмотрены в уже указанных методических рекомендациях[302]. Здесь же нам видится важным обозначить общие положения, которые нам видятся критичными при опросах, и, как правило, именно эти нюансы зачастую трактуются ошибочно:

1. Основной вопрос при работе с выборкой – не «сколько?» (сколько человек опросить, чтобы было «репрезентативно»), а «как?» – как мы формируем выборку. Именно от подхода к формированию выборки будет в первую очередь зависеть, насколько репрезентирующими мнение генеральной совокупности получатся результаты.

2. Есть различные типы выборок, но «эталоном» является простая случайная выборка. Стоит подчеркнуть, что случайность здесь понимается в смысле того, что каждый респондент имеет равный шанс попасть в выборку. Например, если вы реализуете опрос по случайно отобранному почтовому адресу из базы рабочих почт сотрудников и у значимого числа сотрудников нет такой почты, лишение их шанса попасть в выборку не дает говорить о реализации полноценной случайной выборки из всей совокупности сотрудников. Другое дело, если исследователь берет актуальный поименный список всех сотрудников орга-

302 Там же. С. 13-18.

низации (1), с помощью генератора случайных чисел отбирает необходимое число людей для опроса (2), а затем опрашивает конкретных отобранных респондентов (3).

Простая случайная выборка – не единственный возможный подход к выборке и не всегда самый оптимальный. Например, возможен случайный отбор не людей, а отделений, с последующим сплошным/выборочным опросом в них (кластерная выборка). С одной стороны, это значимо экономит ресурсы, с другой – усложняет процесс расчета выборки и снижает точность результатов за счет таких явлений, как, например, дизайн-эффект[303]. Однако, опять же, методические нюансы построения выборок не являются предметом данной монографии и для ознакомления с рядом нюансов построения выборок читатель при необходимости может обратиться к предыдущим ссылкам, а также к специализированной литературе.

3. После решения вопроса «как?» можно наконец перейти к вопросу «сколько?». Для случайной выборки существуют формулы, позволяющие оценить степень ее соответствия генеральной совокупности. В случае простой случайной выборки число опрошенных зависит в от двух параметров – приемлемой для нас ошибки выборки (обычно берется 5 %) и приемлемой для нас доверительной вероятности (обычно берется 95 %). Что означают данные цифры? Приведем пример: если при указанных значениях мы получили, что у нас в выборке 50 % «промоутеров», то это значит, что с вероятностью 95 % (доверительная вероятность) число промоутеров среди всей генеральной совокупности варьируется в пределах 5 % (50 % ± 5 %), т. е. от 45 % до 55 %.

Формула случайной невозвратной[304] выборки следующая (Рисунок 17):

$$n = \frac{t^2 N * s^2}{\Delta^2 N + t^2 s^2}$$

Рисунок 17. Формула для расчета случайной невозвратной выборки

303 См. например: Shackleton N., Von Randow M., Greaves L. Methods of Sampling in Quantitative Health // Researching health: Qualitative, Quantitative and Mixed Methods / M. Saks, J. Allsop (eds.). London: Sage Publications, 2019. P. 235.

304 Когда мы не опрашиваем в ходе одного исследования одних и тех же сотрудников (что почти всегда реализуется при опросах).

где t – коэффициент, зависящий от выбранной доверительной вероятности (при 95 % он составляет 1,96);

s – доля респондентов, имеющих рассматриваемый признак (если она не известна, берется максимальное значение – 0,5);

Δ – предельная ошибка выборки в долях (зависит от приемлемой для нас ошибки выборки);

N – размер генеральной совокупности.

Для удобства существуют уже созданные калькуляторы выборки, использующие данную формулу, которыми можно воспользоваться при необходимости[305].

Парадоксальной на первый взгляд особенностью данной формулы является то, что начиная с определенного момента численность выборки не зависит от размера генеральной совокупности и, например, при заданных параметрах (95 % и 5 %) при любом размере генеральной совокупности теоретически будет достаточно 385 единиц наблюдений. С другой стороны, теория не всегда совпадает с практикой из-за искажений, связанных, например, с неответами респондентов и другими сложностями в реализации идеальной случайной выборки. Также объем выборки обычно увеличивают для того, чтобы подгруппы, по которым планируется анализ, были представлены в объеме, необходимом для достоверного анализа. Например, за необходимый минимальный размер интересующих нас подгрупп в выборке можно взять 30 наблюдений (как границу размера малых выборок) и с опорой на это оценивать необходимый объем всей выборки. Исходя из всего вышесказанного, увеличение объема случайной выборки приветствуется.

Стоит отметить, что обычно указанная формула или расчеты на ее основании встречаются в литературе и на нее ссылаются как на обоснование репрезентативности выборки. При этом авторы таких публикаций зачастую не упоминают, что формула относится исключительно к случайной выборке и если, например, вы опросили просто 400 сотрудников, без рандомизации (обеспечения случайности) их отбора, говорить о «репрезентативности» выборки со ссылкой на данную формулу нельзя.

Из-за сложности в реализации случайной выборки, несмотря на ее «эталонность», как правило, она не часто встречается в реальных исследованиях. Обычно исследователи ограничиваются лишь прив-

305 Например, калькулятор, созданный авторами. URL: https://niioz.ru/mediko-sotsiologicheskie-issledovaniya/kalkulyatory/ (дата обращения 20.10.2021).

несением элементов случайности (например, случайный отбор точек опроса), а целом реализуют уже различные виды неслучайных выборок, например, квотную выборку. Суть последней в том, что при отборе участников опроса группы респондентов набираются в той же пропорции, в которой они представлены в генеральной совокупности (например, если в генеральной совокупности 40 % мужчин, такой же процент мужчин мы набираем в выборку), исходя из презумпции, что внутри квотируемых групп ответы респондентов будут достаточно однородны. Близкой процедурой является взвешивание выборки после опроса, когда «перекос» по определенным параметрам (квотам) устраняется путем того, что при расчетах дается больший «вес» недостаточно представленным группам и меньший – избыточно представленным.

3.2.3.2 Выбор метода сбора данных

Второй обозначенный нами вопрос касался методов сбора данных. Возможными вариантами получения данных могут выступать устный опрос с привлечением интервьюеров, а также самозаполнение: бумажное и электронное анкетирование.

Каждый из подходов обладает своими недостатками и преимуществами, и во многом выбор подхода будет определяться имеющимися ресурсами, а также спецификой опроса[306] . Здесь же мы кратко рассмотрим указанные виды анкетирования.

Среди возможных видов реализации бумажного анкетирования (самозаполнение) может быть:

- формат «ящика предложений» (закрытая коробка и стопка анкет для всех желающих),
- раздача анкет на общей конференции,
- раздача по отделениям и сбор анкет через старших медсестер и заведующих отделениями.

Каждый из подходов обладает своими достоинствами и недостатками[307], однако в целом бумажное анкетирование предпочтительно для опроса более пожилых сотрудников и иных групп граждан, плохо владеющих электронными устройствами. Оно также может способствовать более подробному заполнению анкет, ввиду большего удобства для ряда групп граждан писать от руки, чем печатать на электронном устройстве. Также, в отличие от электронного анкетирования, бумажные анкеты обычно сложнее фальсифицировать из-за необходимости подделывать подчерк, наконец, их сложнее проигнорировать, по сравнению, например, с получаемой по почте ссылкой на опрос (последнее справедливо в первую очередь в случае личной передачи бумажной анкеты для заполнения).

К минусам данного типа сбора данных можно отнести потенциальные потери и искажения при переносе данных в электронный вид для обработки (например, из-за невнимательности «перебивщика» или неразборчивого подчерка респондента). Кроме того, бумажные анкеты с большей вероятностью могут быть утеряны: их может забыть сдать сам респондент (особенно без напоминания о необходимости это сделать), или же они могут теряться при передаче исследователю.

Также в случае раздачи анкет через руководителей существенным недостатком оказываются риски нарушения анонимности (реальные или субъективно воспринимаемые), следствием которых может быть снижение мотивации давать честную обратную связь, а также риск сокрытия «неудобных» данных самими руководителями. Особенно это актуально в ситуации фактического конфликта интересов, когда анкета включает в себя вопросы по оценке руководителя сотрудниками.

Электронное анкетирование (самозаполнение) может производиться среди прочего:

- путем распространения ссылки на опрос по базе контактов в мессенджерах или по почте,
- путем размещения ссылки на сайте организации/в личном кабинете.

Самозаполнение электронной анкеты предпочтительно для более мотивированных к участию сотрудников, а также может быть более оптимальным в случае карантинных мероприятий (например, «красные зоны» в период пандемии COVID-19). Оно экономит усилия и ресурсы на распространение анкет, а также на перевод их в электронный вид.

С другой стороны, как уже говорилось, его легче проигнорировать, и в целом его процедура сложнее для контроля, а также в определенных ситуациях возникают дополнительные требования обеспе-

306 Богдан И. В., Праведников А. В., Чистякова Д. П. Мониторинг лояльности потребителей услуг и персонала медицинских организаций (Методология (e)NPS): методические рекомендации. Москва: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2021. С. 18-22.

307 Там же. С. 19.

чить защиту персональных данных, которую предоставляют не все программные продукты для электронного опроса. Кроме того, такая форма анкетирования может дополнительно приводить к смещению выборки и/или менее развернутым ответам, поскольку не все люди активно пользуются гаджетами, и это особенно актуально, как уже было указано, для людей старшего возраста.

Также у метода самозаполнения (как электронного, так и бумажного) есть такой недостаток, что оно может восприниматься как «тестирование» с правильными ответами, когда сотрудники начинают «решать тест». В ряде случаев близка к этому и ситуация, когда респонденты пишут заказчику «коллективное письмо», согласовывая свою позицию или «правильные» ответы. Другой вносящий искажения недостаток – факты делегирования заполнения, например, когда врач делегирует заполнение анкеты медсестре вместо себя. Такие практики полностью не искореняются даже дополнительными инструкциями, и обычно о них просто необходимо помнить и советующим образом «вычищать» из базы данных.

В целом указанные практики искажения данных обычно достаточно легко увидеть, например, в повторяющихся формировках ответов на открытые вопросы. Здесь опять же актуальна рекомендация привлечения к исследованию опытных в данной области специалистов, которые имеют хороший опыт выявления фальсификаций и смещений в ответах, связанных с действиями со стороны респондента.

Устное интервьюирование, несмотря на то, что оно во многом является стандартом опроса (обычно больший отклик; при определенных видах устного интервью, таких как телефонные опросы, – большая стандартизация, больше возможностей контроля выборки, получения дополнительных данных и т. д.), как правило, крайне сложно применимо для опроса сотрудников конкретной организации, например, из-за значительной рассредоточенности сотрудников по территории или сложностей с доступом к персональным данным сотрудников. Более того, существующие практики привлечения некомпетентных в опросах и немотивированных сотрудников к интервьюированию (например, принуждение медицинских работников или студентов выступать интервьюерами) приводят к негативным для качества исследования последствиям, существенно превышающим потенциальные достоинства такого метода[308]. Не всегда меняет ситуацию

308 Богдан И. В., Праведников А. В., Чистякова Д. П. Мониторинг лояльности потребителей услуг и персонала медицинских организаций (Методология (e)NPS): методические рекомендации. Москва: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2021. С. 20-21.

и привлечение профессиональных интервьюеров, ряд из которых, при отсутствии необходимого квалифицированного контроля за их деятельностью, также склонен к фальсификации данных. Наконец, важно учитывать и то, что на некоторые сенситивные вопросы легче ответить в письменной форме, чем интервьюеру лично[309].

Таким образом, сегодня более подходящими методами для опроса сотрудников конкретной организации авторам видятся самозаполнение анкеты в бумажной или электронной форме. Выбор между данными методами должен определяться имеющимися ресурсами и задачами исследования. При этом смешение разных видов анкетирования, несмотря на выигрыш в охвате, – методически спорный ход, к которому не рекомендуется прибегать без достаточного методического обоснования, так как оно может порождать искажения, связанные с различной спецификой ответов при каждом из типов опроса.

Вне зависимости от выбранного метода сбора данных, если вы вводите в анкету новые вопросы, в стандарты проведения опросов входит проведение пилотного исследования (например, опрос 15–20 незнакомых человек по вашей анкете). Желательно делать это в устной форме, чтобы на основании ремарок респондентов и/или прямых вопросов с вашей стороны составить впечатление о понятности анкеты. Зачастую по итогам пилота исследователь видит, что людям непонятны «очевидные» для него вопросы. Поэтому, во избежание лишней траты ресурсов на работу с данными, собранными с использованием некорректного инструментария, пилотирование анкеты и внесение в нее при необходимости изменений видится важнейшим этапом исследования.

Также должны быть определены сроки исследования. Более предпочтительными в большинстве случаев будут являться более сжатые сроки (например, несколько дней или неделя), что позволит снизить искажения, связанные с факторами, значимо зависящими от времени. Также в ряде случаев может быть важно само время опроса (например, при устном опросе важно учитывать сменность работ в ряде медицинских организаций).

309 Там же.

3.2.4 Обработка и анализ данных

Последующая работа с данными включает в себя создание базы данных и дальнейший анализ. При реализации определенных типов выборок перед расчетами необходимо произвести процедуру взвешивания данных, а также, при необходимости, очистки (например, вычищение дубликатов, фальсификатов, коллективного заполнения, нарушения логики заполнения анкеты, когда респондент ответил на те вопросы, которые к нему не относились). Обычно база исследования имеет следующий вид: (под)вопросам соответствуют столбцы, респондентам – строки, а на их пересечении находится ответ конкретного респондента на конкретный (под)вопрос.

После того, как мы получили вычищенную базу, важно определить разрез или разрезы анализа лояльности – это может быть как организация в целом, так и, что более предпочтительно, анализ по подразделениям, который даст в дальнейшем возможность разрабатывать стратегии работы в каждом из них, учитывающие их специфику. Общий показатель по организации видится излишне усредненным и менее информативным в контексте разработки мер. При этом и на данном уровне анализа могут возникать нюансы, например, существенный вопрос, стоит ли публично показывать или даже вообще анализировать информацию о подразделениях, где ответили 1-2 человека – с точки зрения анонимности и корректности анализа.

Далее в рамках выбранных разрезов мы подсчитываем проценты «промоутеров» (поставивших оценку 9 или 10 баллов), «нейтралов» (поставивших 7 или 8 баллов) и «критиков» (поставивших 0–6 баллов, также «критиками» в ряде случаев возможно считать отказавшихся ответить). По формуле, предложенной Ф. Райхельдом, из процента «промоутеров» вычитается процент «критиков», итогом чего становится показатель eNPS. Как отмечалось, значения индекса eNPS находятся в диапазоне от –100 (все опрошенные – «критики») до 100 (все «промоутеры»).

Кроме среднего значения eNPS по медицинской организации и отдельных значений eNPS по каждому из подразделений, важным видится анализ соотношения «промоутеров», «нейтралов» и «критиков»: например, близкое к нулю итоговое значение индекса лояльности может означать как выраженное преобладание «нейтралов», так и поляризацию респондентов на «промоутеров» и «критиков», что может предполагать различные стратегии действий для изменения ситуации. Интерпретация указанных групп в рамках методики может быть произведена следующим образом:

«Промоутеры» – это лояльные, приверженные организации сотрудники, они удовлетворены и всячески готовы рекомендовать свое место работы. По аналогии с «классическим» NPS, характеризующим отношение потребителей, «промоутеры» среди сотрудников видятся более мотивированными к работе, готовыми чаще и активнее предлагать свои идеи и более ориентированными на получателей услуг. Стоит помнить, что разговор идет об «истинных промоутерах», а не тех, кто поставил высокую оценку из-за страха потенциальных санкций.

«Нейтралы» в целом удовлетворены своим местом работы, однако при наличии более выгодных альтернатив они готовы его сменить.

«Критики» – это недовольные сотрудники, проявляющие негативное отношение к медицинскому учреждению, в котором работают, и всяческие не рекомендующие его в качестве места работы.

Стоит сказать, что такая интерпретация во многом предварительна и должна выступать предметом проверки, поскольку логика лояльности потребителей услуг (по аналогии с которой расписана данная интерпретация) может значимо различаться с логикой сотрудников, а также рыночная методика Райхельда может быть не во всем применима к сфере государственной медицины с ее значительной долей бесплатного оказания услуг.

Если первый вопрос методики Райхельда позволяет получить исключительно количественную оценку лояльности, то второй потенциально обеспечивает исследователя как качественными данными о причинах оценок в первом вопросе (спектр причин (не)лояльности, словами респондентов), так и количественной информацией о распространенности таких причин (частота встречаемости определенных групп ответов). Анализ открытого вопроса о причинах поставленной оценки может включать в себя: 1) просмотр всего массива ответов и выделение наиболее частотных слов и тем – формирование кодировочных категорий; 2) повторное прочтение ответов и их отнесение к одной или нескольким выделенным категориям, создание новых категорий при необходимости 3) инспекцию кодировочных категорий (например, на наличие дубляжей), их объединение или разбиение, и, наконец, 4) окончательную кодировку[310]. При количественном анализе ответа на второй вопрос степень выраженности факторов лояльности может быть определена как процент

310 Богдан И. В., Праведников А. В., Чистякова Д. П. Мониторинг лояльности потребителей услуг и персонала медицинских организаций (Методология (е)NPS): методические рекомендации. Москва: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2021. С. 27-28.

людей, назвавших конкретный фактор от общего числа респондентов (по организации/подразделению, в зависимости от разреза анализа).

Как уже было отмечено в разделе 2.3, за основу кодировки, особенно в случае многопрофильного стационара, может быть взято разбиение на следующие категории факторов лояльности: отношения с коллегами, руководством и атмосфера в коллективе, материальное стимулирование и нематериальное поощрение, бытовые условия труда, оснащенность организации и отделений, рабочая нагрузка.

На этапе кодирования отзывов между экспертами, безусловно, могут возникать расхождения, поскольку кодировка является достаточно субъективным процессом. В связи с этим рекомендуется привлекать к участию в данной работе нескольких кодировщиков, которые работают независимо, а в случае выявленных разногласий могли бы совместно разрешать спорные моменты. Кроме того, желательно, чтобы состав команды кодировщиков не менялся на протяжении всего исследования, а сам процесс кодировки был максимально подробно регламентирован, во избежание смещений.

Кроме смысловой кодировки может быть произведена кодировка тональности. Полученные смысловые коды могут быть разделены на положительные и отрицательные на основе значения оценки лояльности: например, если ответу «оснащенность больницы», который в отрыве от оценки обладает непонятной тональностью, соответствует оценка «2», оснащенность может быть интерпретирована как фактор нелояльности, тогда как при оценке «9» тот же ответ будет свидетельствовать скорее о восприятии оснащения в положительном ключе.

Несмотря на важность второго вопроса о причинах оценки, основное внимание при дальнейшем анализе обычно уделяют первому количественному вопросу. Например, если мы хотим оценить само значение лояльности, высокое оно или низкое, будет полезно обращение к бенчмаркам, которые обсуждались в разделе 2.1. Как было отмечено, в среднем можно ориентироваться на eNPS в диапазоне от 0 до 30 как на хороший показатель для исследований, проведенных с достаточным уровнем качества, однако в зависимости от специфики организации средний ориентир может быть несколько выше или ниже (некоторые нюансы были рассмотрены в разделе 2.1 и отчасти будут рассмотрены в следующем разделе).

Другой подход – использовать в качестве референтных значений предыдущие показатели лояльности по организации (оценить динамику показателя в положительную или отрицательную сторону, с учетом статистической значимости различий). Однако анализ динамики показателя также может быть не так прост. Например, график типа «зубья пилы» (резкие, «маятниковые» изменения показателя лояльности в положительную или отрицательную сторону за короткий промежуток времени, которые значимо больше ошибки выборки) необходимо рассматривать с осторожностью, поскольку это скорее всего свидетельствует не о реальных маятниковых изменениях в лояльности персонала, а о некачественном сборе данных на смещенной выборке.

При анализе показателя лояльности, а также динамики и тренда изменений рекомендуется учитывать как можно больше возможных факторов, которые могут быть как относительно постоянными (например, штат, размер организации, ее месторасположение, уровень оплаты труда и т. д.), так и ситуативными, не связанными напрямую с медициной и конкретной организацией (содержание инфополя, эмоциональное состояние общества, сезонность и т. д.). Это связано с тем, что оценка медицинской помощи не всегда связана с реальным опытом и подвержена влиянию инфоволн. Так, в наших исследованиях мы могли наблюдать парадоксальные на первый взгляд ситуации, когда резонансное событие, не имевшее отношения ни к Москве, ни к здравоохранению, значимо влияло на оценку общей удовлетворенности системой здравоохранения в Москве[311]. Промежуточной переменной в этом случае нам видится общее эмоциональное состояние: когда эмоциональный фон снижен, это предрасполагает к большему акценту на негативе при восприятии медицинской помощи и системы здравоохранения в целом.

Также, как мы видели в предыдущей главе, при анализе крайне важный момент состоит в необходимости разделения факторов, связанных с самой организацией, и системных факторов, ряд которых был отражен в разделах 2.1 и 2.2. Например, с большой долей вероятности в медицинских организациях будет наблюдаться «разрыв» в лояльности врачей и медицинских сестер не в пользу последних.

В случае расширения инструментария, если в опрос были добавлены дополнительные вопросы, например, о стаже, отделении или других параметрах, они могут выступить дополнительными предикторами оценок лояльности. Может быть использован широкий набор методов статистической аналитики, специализированные

311 Богдан И. В., Гурылина М. В., Зверев А. Л., Чистякова Д. П. Политическое восприятие системы здравоохранения населением: опыт мониторинговых исследований // Вестник Томского государственного университета. Философия. Социология. Политология. 2020. № 55. С. 223-224.

программы для расчетов. В целом направления анализа могут значимым образом разниться в зависимости от целей, задач и наличия определенных данных у аналитика. Например, может быть проведено исследование, направленное на выявление зависимости между статистическими и опросными данными, общие принципы которого описаны в разделе 2.3.

В конце данного раздела стоит еще раз дополнительно подчеркнуть, что более подробно методология мониторинга лояльности представлена в авторских методических рекомендациях, имеющих статус официальных методических рекомендаций Департамента здравоохранения города Москвы[312]. Данный документ, другие релевантные документы и в целом информация об исследованиях лояльности в здравоохранении были собраны авторами в одном месте в виде интерактивного ресурса, который будет представлен в следующем разделе.

312 Богдан И. В., Праведников А. В., Чистякова Д. П. Мониторинг лояльности потребителей услуг и персонала медицинских организаций (Методология (e)NPS): методические рекомендации. Москва: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2021. 36 с.

3.3 Систематизация инструментов и знаний о лояльности: интерактивный ресурс[313]

Среди практических продуктов, упомянутых в разделе 3.1, была информационная платформа, которая предлагалась в качестве основы для единой базой знаний по вопросу лояльности в здравоохранении. Когда команда авторов приступила к разработке продукта, основные задачи, которые ставились перед платформой, были следующие:

1. Агрегация (база) доступных исследований по лояльности в здравоохранении.
2. Создание простого и обоснованного механизма поиска бенчмарков лояльности для медицинских организаций.
3. Способствование внедрению новых норм и стандартов в области работы с лояльностью в здравоохранении.

Площадкой для платформы был выбран общедоступный сайт, который размещен сейчас по адресу http://nps.niioz.ru. Что касается первой задачи, на данном сайте представлена общая информация о методологии, а также агрегируются актуальные новости, посвященные исследованиям лояльности в здравоохранении, важные материалы по данной теме, такие как записи научных и экспертных мероприятий, статьи, монографии, методические рекомендации. На момент написания монографии сайт находится в стадии наполнения, планируется регулярное обновление разделов справочных материалов и баз данных. Для оперативного информирования посетителей сайта доступна подписка.

Однако даже более важной видится вторая обозначенная задача. Она реализуется в виде интерактивного визуального решения (на основании базы данных, собранной по открытым и закрытым данным[314] ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»), с помощью которого посетитель сайта может выбрать схожие с интересующей его организации, увидеть медианное значение лояльности по ним, разброс значений, с учетом зонирования по предложенному авторами «коэффициенту доверия» (см. далее). Текущий вид визуализации представлен на Рисунке 18.

313 Первая редакция данных положений приведена в закрытом докладе Богдан И. В., Дренева А. А., Праведников А. В., Чистякова Д. П. Целевые значения показателя лояльности в здравоохранении: аналитическое исследование. Москва: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2021. 12 с.

314 Где это допустимо и не противоречит договоренностям, данные приведены в закрытом виде, без возможности деанонимизировать организацию, участвующую в опросе.

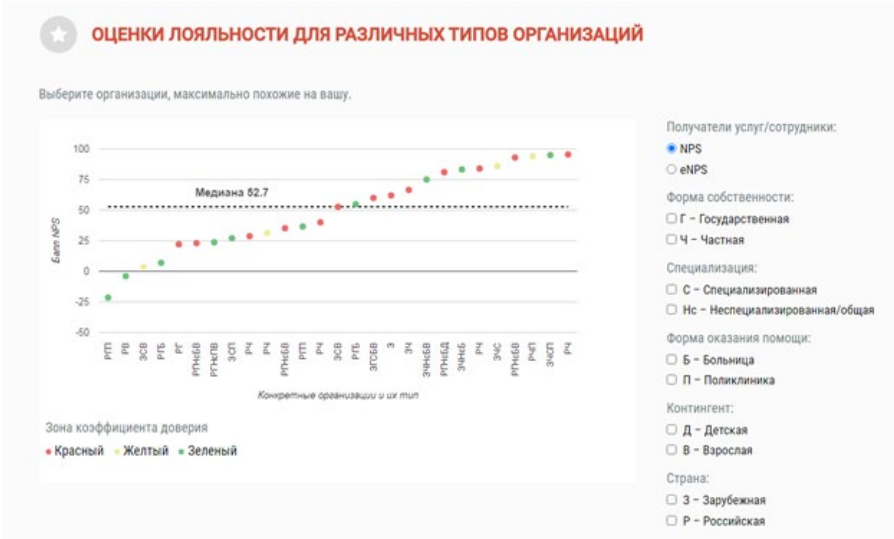

Рисунок 18. Визуальное интерактивное решение для определения бенчмарков для медицинских организаций.

Решение позволяет отобразить показатели NPS/eNPS с возможностью выбора организаций по форме собственности (государственная/частная), специализации (специализированная/неспециализированная), форме оказания помощи (больница/поликлиника – амбулаторное звено), контингенту (оказание помощи детям/взрослым), стране проведения исследования (Россия/другие государства). Стоит отметить, что авторы не всегда могли однозначно классифицировать организацию по данным основаниям (например, отраслевые замеры в целом не классифицируются по данным основаниям, кроме как по стране). В таких случаях организация просто не отображается при выборе соответствующего основания.

Цвет точек на графике отражает зонирование по степени доверия, на методологии которого нам видится крайне важным остановиться. Указанная методология была разработана как один из способов хотя бы частично преодолеть ограничения недостаточного числа исследований и сомнений в их надежности (указанных в Главе 2). В то время как просмотр имеющихся исследований в различных разрезах и отображение среднего значения – достаточно тривиальная задача (хотя такое решение также не встречалось нами ранее, до представленного ресурса), методология оценки степени доверия к исследованиям видится авторам важнейшим новым компонентом такого рода решения. При этом, опять же, решением, не претендующим на статус единого и неоспоримого, так как в основе его лежит экспертная оценка, несущая определенную степень субъективизма (см. далее).

Предлагаемый авторами подход заключается в расчете и внедрении так называемого коэффициента доверия (trust coefficient – TC), который базируется в первую очередь на двух параметрах – независимости (independence) и качестве выборки (sample quality). Разработанная формула коэффициента доверия выглядит следующим образом:

$$TC=(I+Q)/2,$$

где TC – коэффициент доверия,

I – оценка независимости исследования,

Q – оценка качества выборки.

Выделенные составляющие коэффициента доверия – независимость и качество выборки – имеют три градации (низкая, средняя, высокая), которым соответствуют количественные значения 0, 0,5 и 1. Оценка каждого из исследований в базе ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ» проведена всеми авторами монографии по следующим основаниям (Таблица 5):

Таблица 5. Градации и описание критериев для составляющих коэффициента доверия.

Параметр	Низкая (0)	Средняя (0,5)	Высокая (1)
Независимость (Independence – I)	Организация самостоятельно проводит исследование (без привлечения внешних специалистов) без методической рефлексии, либо информация о независимости проведения исследования и анализа данных отсутствует.	Организация привлекает внешних специалистов, но сотрудники компании включены в процесс сбора и/или анализа данных в объеме, позволяющем влиять на исход исследования; или же это внутреннее исследование, имеющее значимые методологические недостатки, но открыто обозначающее их в отчете (limitations).	Полностью независимое исследование (без участия представителей организации в сборе и анализе данных, позволяющего повлиять на исход исследования) или (частично) внутреннее исследование, выполненное в полном согласии с официальными стандартами, с открытыми данными, без значимых методологических недостатков.

Качество выборки (Sample Quality – Q)	Комформная выборка («кто ответит», опрошено «много» и т.д.) либо нет данных о процедуре получения выборки.	Сплошной опрос, но с недостаточным контролем неответов, присутствуют мероприятия, направленные на повышение качества выборки (квотная, стратифицированная, кластерная выборка и т.д.).	Случайная выборка или сплошной опрос с указанным уровнем достижимости (не менее 70%[314] или меньше, в случае, если недостижимость респондентов вызвана объективными, корректно задокументированными причинами – например, прямой отказ от опроса или состояние здоровья).

Дополнительным критерием выступил также факт искажения методики. Вне зависимости от баллов по другим параметрам, необоснованное искажение методики (без должной методической рефлексии) было признано фактором, ставящим под сомнение результат исследования (например, уже упомянутое измерение лояльности по пятибалльной шкале), который «обнуляет» коэффициент ТС.

Согласно приведенной формуле коэффициента доверия, исследования могут быть разделены на три группы – «зоны». К «красной» зоне (в которой значения коэффициента доверия находятся в диапазоне от 0 до 0,25 включительно) можно отнести исследования, вызывающие наименьшее доверие и с большой вероятностью содержащие недостоверные сведения вследствие смещений, обусловленных недостаточно качественным подходом к его проведению. Кроме того, в «красную» зону могут быть вынужденно включены исследования, надежность которых крайне затруднительно или невозможно установить по причине недостаточности предоставленной авторами информации, а также проведенные с искажением методики (см. выше). К «желтой» зоне (со средними значениями коэффициента доверия) относятся «средние» исследования с приемлемым качеством. Наконец, в «зеленую» зону (включающую значения коэффициента доверия от 0,75 до 1 включительно) попадают «эталонные» исследования, на которые следует ориентироваться в первую очередь, поскольку и уровень независимости, и качество выборки в таких исследованиях оцениваются как достаточно высокие.

«Зонирование» исследований eNPS показывает более «умеренные» тенденции, чем анализ всего спектра ответов (Рис. 19): исследований в «зеленой» зоне менее трети (4 из 14), тогда как исследований в «красной» – более половины от общего числа. Обращает на себя внимание также то, что именно значения eNPS в «ненадежных», согласно предложенной классификации, исследованиях смещены к полюсам шкалы: «ненадежными» являются и самые низкие, и максимально высокие цифры. Хотя удаление таких «выбросов» не меняет радикальным образом значение медианы, зонирование позволяет, например, более осмысленно относиться к вопросу того, какие практики являются «лучшими» с точки зрения eNPS.

Рисунок 19. «Зонирование» исследований eNPS по предложенному коэффициенту доверия.

Как мы видим, одним из преимуществ предлагаемого подхода (зонирования) является то, что он позволяет снижать вклад «выбросов», исследований с недостаточной надежностью, в наш анализ. Еще одним преимуществом приведенной концепции выступает потенциальное стимулирование медицинских организаций и служб уделять больше внимания ключевым параметрам, составляющим коэффициент доверия, и более тщательно подходить к методологии, сбору и анализу данных по лояльности (выполнение третьей указанной задачи). Авторам видится, что введение коэффициента доверия и связанной с ним методологии может способствовать тому, что медицинские организации постепенно начнут более взвешенно относиться к качеству выборки, а также стремиться проводить максимально независимую оценку лояльности, чтобы их «точка» на графике по возможности была зеленого цвета. В конечном счете это

315 Экспертная оценка «очень хорошей» достижимости, основанная на опыте исследований авторов.

поможет обеспечить получение более объективных и обоснованных оценок лояльности в базе данных и тем самым повысить качество бенчмарков.

3.4 Управление лояльностью в городе

3.4.1 Общая логика управления лояльностью

В данном разделе мы осветим в первом приближении вопросы управления лояльностью: цель раздела – дать скорее идеи и инсайты, чем четкую систему. Каким нам видится управление лояльностью?

Сперва нам видится важным разделить управление на «превентивное» в широком смысле и «реактивное». Функция первого видится в предотвращении потенциальных кризисных явлений (включая совершенствование процессов в целях недопущения рисков по причине стагнации). Часто это достаточно глобальные действия, когда мы трансформируем систему отношения с персоналом – например, разрабатываем стратегию управления лояльностью и комплексные превентивные меры – в виде изменения экономических отношений (например, внедрение эффективного контракта), изменяем образ медицинского специалиста, принципы субординации медицинских работников и т. д. Несмотря на первоочередную важность именно такого управления, данный вид практически не будет затронут в данной монографии, по следующим причинам:

- тематика глобального превентивного управления зачастую представляет собой предмет не просто управления здравоохранением, а широкого междисциплинарного взаимодействия;
- такое управление будет значимо зависеть от специфики региона управления, в котором оно реализуется, что затрудняет выявление общих закономерностей;
- ввиду недостаточной академической изученности тематики лояльности, сложно говорить о полноценном превентивном управлении, поскольку многие принципиальные вопросы, связанные с тематикой лояльности в здравоохранении (методология, факторы и т. д.), до сих пор не решены окончательно.

Поскольку монография представляет собой один из первых шагов в деле академического осмысления лояльности в здравоохранении с т. з. методики eNPS, видится более логичным, что основным фокусом данного раздела будет выступать «реактивное» управление лояльностью, в том числе над которым, после сбора необходимого объема данных, можно «надстроить» превентивное управление. Суть «реактивного» управления видится в выявлении дефектов по факту их возникновения и принятии мер (с той или иной степенью запоздания). В контексте данной монографии будет рассмотрен следующий

подход к реактивному управлению: проблема выявляется на более высоком уровне, с постепенным «спуском» на более низкий уровень, на котором уже имеет смысл предпринимать конкретные меры. С позиций такого подхода на уровне города видятся четыре среза управления лояльностью:

- Уровень города
- Уровень служб
- Уровень медицинской организации
- Уровень подразделения

Выявляя «нездоровье» на уровне города, мы постепенно локализуем его вплоть до конкретных организаций, а внутри них – подразделений. В итоге с точки зрения управления мы, вслед за известным лозунгом, «мыслим глобально, а действуем локально». В рамках указанной модели рассмотрим концепт электронного мониторингового решения.

3.4.2 Общий концепт системы электронного мониторинга лояльности

Данный концепт разрабатывался в первую очень в качестве обеспечения информационной основы управления лояльностью на уровне города, но также он предоставляет возможность «спускаться» на более низкие уровни. Данное решение видится в значимой мере совместимым с рядом крупных существующих систем BI-аналитики, работающих с медицинской статистикой, например, в городе Москве. Более того, такой синтез систем даже приветствуется, так как он позволит более обосновано задавать референтные значения для опросных данных на основании статистики (опять же, см. раздел 2.3).

Система видится как состоящая из следующих сутевых компонент:

I. Интерфейс для сотрудника.

II. Рабочая среда для сотрудников-аналитиков, которые занимаются поддержкой и развитием системы, в т. ч. облако для хранения данных с возможностью выгрузок.

III. Внешний интерфейс (для главврача/сотрудников министерства или иного контролирующего органа).

Рассмотрим тезисный концепт содержания каждой из компонент, который в дальнейшем может быть доработан, исходя из имеющихся задач и ресурсов.

3.4.2.1 Интерфейс для сотрудника

Предполагаемая форма доступа: онлайн-интерфейс.

Предполагаемый функционал:

1. Регистрация нового пользователя (который в дальнейшем будет респондентом в рамках мониторинга).

Потенциальный респондент заполняет информацию о себе: обязательной является информация об «организации» и «филиале» (если есть), которая должна быть реализована в виде выпадающего списка, во избежание получения от респондента путем свободного заполнения несопоставимых или неидентифицируемых данных. Желательно, чтобы данная информация заполнялась автоматически, исходя из параметров рабочего компьютера, на котором данный интерфейс используется.

Остальные поля паспортной части видятся опциональными и заполняются по желанию респондента, исходя из его степени доверия проводящим опрос. Опциональные поля предполагаются следующие: тип должности (например, АУП, врач, СМП, немедицинский персонал), подразделение, возраст (в открытой или закрытой форме, например, интервалы «18–30 лет», «31–55 лет», «55+ лет»), стаж работы в организации, пол, должность, электронная почта (с указанием, что она нужна для восстановления логина в случае потери).

При регистрации респондент придумывает пароль и логин (логин должен быть уникальным).

2. Интерфейс пользователя (опрос)

Первое, что видит пользователь, переходя к опросу, – вступительный текст. Возможен следующий вариант: «Уважаемый коллега! Просим Вас принять участие в опросе, направленном на повышение качества работы Вашей организации и системы здравоохранения города в целом. Опрос анонимен, Ваши ответы будут обработаны в обезличенном виде. Вы можете изменять свои ответы в любой момент, внеся изменения и нажав кнопку «отправить», если Ваше мнение по представленным вопросам изменилось».

Далее следует блок вопросов, который начинается с формулировки первого, количественного вопроса: «С какой вероятностью Вы порекомендуете свое подразделение в качестве места работы своим знакомым, друзьям с соответствующей квалификацией? (0 – «точно не буду рекомендовать», 10 – «обязательно буду рекомендовать»)». Под вопросом размещается бегунок, имеющий 11 положений, крайние значения (0 и 10) подписаны.

Далее идет формулировка следующего вопроса: «Укажите, пожалуйста, основную причину Вашей оценки» и открытая форма для получения ответа.

Для оценки более широкого спектра характеристик работы опросник может быть расширен, в числе прочего к оценке могут быть предложены такие факторы удовлетворенности/лояльности, как:

- *Коллектив подразделения*
- *Размер оплаты труда*
- *Нагрузка*
- *Отношения с руководством подразделения*
- *Отношения с руководством организации*

- *Оборудование для работы*
- *Состояние помещений подразделения*
- *Снабжение подразделения (расходные материалы)*
- *Организация работы в подразделении*
- *Организация взаимодействия с другими подразделениями*
- *Отношения с пациентами*

и иные важные параметры.

Для унификации и удобства пользователей, а также для большего удобства статистического анализа оценка может проводиться также по 11-балльной шкале, где значения от 0 до 10 подписаны (например, 0 – «абсолютно недоволен», 10 – полностью доволен»).

Также для более полного сбора замечаний в открытой форме за данным блоком может находиться поле для введения текста со следующим вопросом над ним: «Объясните свои оценки, если считаете это необходимым. Также Вы можете указать свои замечания по аспектам работы, не указанным в данном перечне, но которые влияют на Вашу общую удовлетворенность работой». Как альтернатива: создание возможности комментирования ответов для каждого бегунка.

Наконец, завершать опросный блок может вопрос «Хотите ли Вы сообщить дополнительную информацию для руководства организации или ответственных исполнителей Министерства здравоохранения? По умолчанию данный комментарий анонимен, однако для более персонализированного ответа мы рекомендуем указать Ваши ФИО и другую контактную информацию. Без нее мы не сможем дать Вам персональную обратную связь» с полем под ним для введения текста. Под ним может быть текст: «Кому отправить дополнительную информацию вместе с ответами на предыдущие вопросы? Сообщение будет сопровождаться указанной Вами контактной информацией». Под ним возможны такие чек-боксы, как: «руководителю Вашей организации», «специалистам Министерства здравоохранения» (или иного контролирующего органа).

Здесь стоит еще раз дополнительно подчеркнуть, что внедрение возможности дать обратную связь не должно быть формальным. Если человек ее оставляет, как правило, это важно для него. Поэтому обратная связь должна быть обязательно рассмотрена независимыми исполнителями по определенному регламенту, и на ее основании желательно принятие соответствующих мер к разрешению проблемной ситуации (если это жалоба). И в целом для сотрудников органи-

зации, как уже отмечалось в предыдущих разделах, должна быть постоянная публичная обратная связь по итогам опроса (например, опубличивание внутри организации полученного среднего значения лояльности по организации с его обсуждением и, возможно, разработкой мер по улучшению ситуации), иначе мотивация производить периодические рутинные действия (периодически давать оценку) у респондентов может падать.

Завершает опросный блок кнопка «Отправить». За ней может следовать текст с контактной информацией ответственных исполнителей по системе, ответы на часто задаваемые вопросы о системе, ссылка на обучающую презентацию. Также должна быть возможность вернуться на страницу регистрации и обновить данные.

Визуальное отображение интерфейса респондента на этапе опроса может выглядеть следующим образом (Рисунок 20):

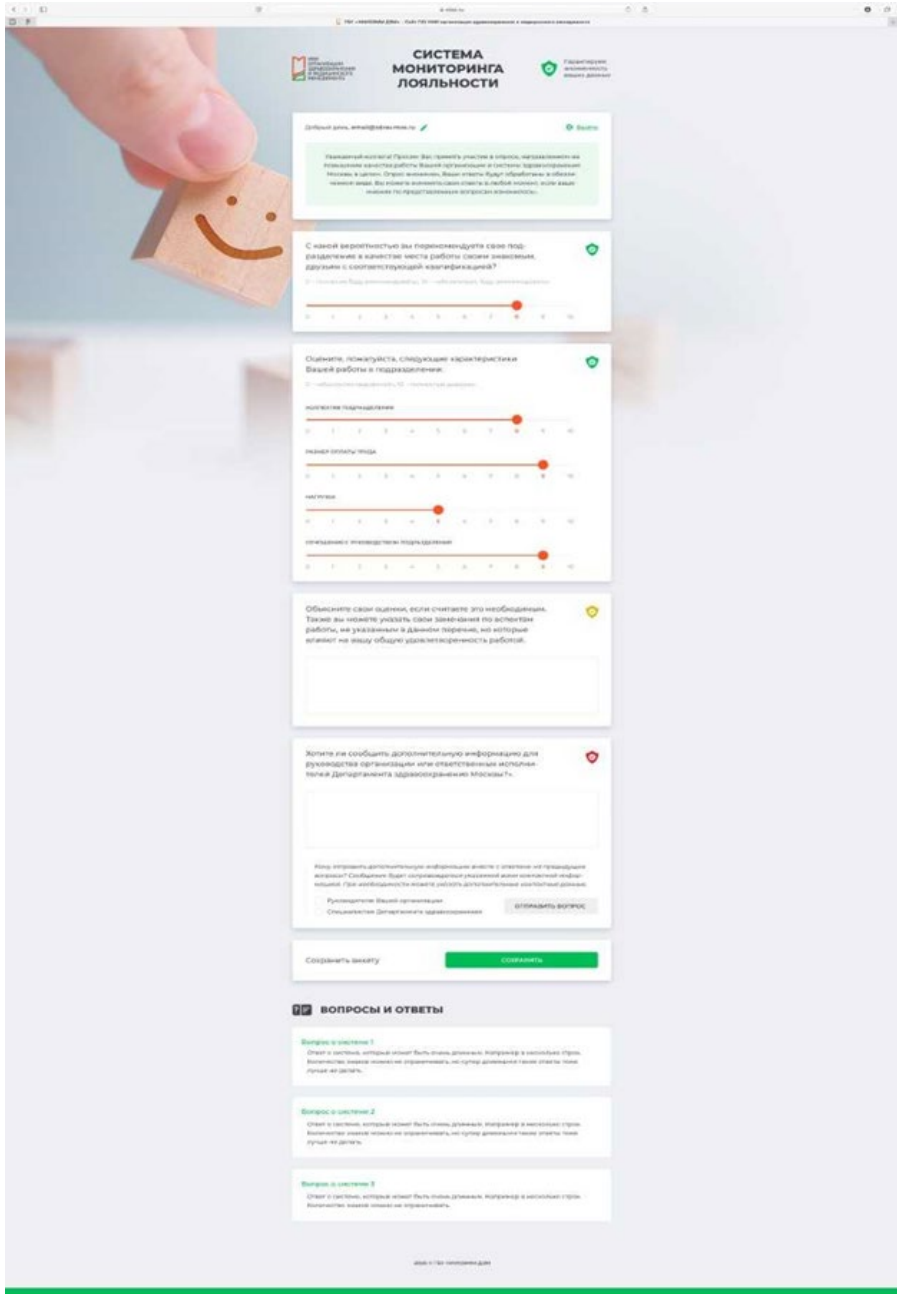

Рисунок 20. Возможное визуальное представление интерфейса респондента (этап опроса, концепт).

В зависимости от периодичности опроса (например, ежеквартально) на почту (мессенджер) респондентов должно приходить напоминание с примерно следующим содержанием: «Уважаемый коллега! Напоминаем Вам об очередном опросе сотрудников организации! Просим Вас зайти в приложение и обновить данные. Если Вы еще не зарегистрированы в системе, Вы можете это сделать по ссылке ... (приводится ссылка)».

3.4.2.2 Рабочая среда для аналитиков

При нажатии кнопки «Отправить» информация о респонденте и все отмеченные им значения бегунков отправляются в защищенное облачное хранилище с возможностью их табличной выгрузки. Для каждого респондента выгрузка должна содержать идентификатор[316] на основании логина (для исключения дублирования при расчете анкет, принадлежащих одному респонденту), дату заполнения, время заполнения, заполненные при регистрации данные, тип организации (например, амбулаторное звено, круглосуточный стационар), округ расположения головного здания и данные ответов.

Кроме ответов респондентов в облаке должна храниться релевантная статистическая информация, которая будет использоваться для аналитики и построения графиков, например, данные по численности персонала в подразделениях, которые подгружаются от статистических систем, для расчета доли ответивших. Аналитики могут контролировать актуальный процент не участвующих в опросе сотрудников организации, выявляя «подозрительные» по этому критерию организации (данный параметр может быть индикатором скрытого недовольства).

Доступ для аналитиков должен быть соответствующим образом защищен (например, двойная идентификация через телефон). Кроме указанного, функционал аналитиков видится в сутевом развитии программы (например, предложения по совершенствованию алгоритмов в связи с трансформацией условий работы в исследуемых организациях), техническая часть поддержки программы предметом рассмотрения здесь не является.

316 Идентификатор создается согласно определенному алгоритму. Логин не приводится в целях сохранения анонимности респондента, если он не хочет давать дополнительную информацию себе.

3.4.2.3 Внешний интерфейс

3.4.2.3.1 Интерфейс для главного врача

Интерфейс для главного врача должен быть компактным, информативным и наглядным, современные принципы BI-визуализации видятся подходящими для данных целей. На главном экране может быть представлена информация с данными по всем измеряемым количественным данным (средний балл) в динамике с возможностью смотреть отдельные показатели и отдельные временные промежутки (по умолчанию на графиках может быть представлено, например, скользящее среднее за последний месяц).

По вопросу, замеряющему индекс, приводятся значения eNPS по соответствующей формуле. Под значениями показателей желательно указывать % ответивших по соответствующему разрезу (например, по подразделению), на основании которого был произведен расчет. Если есть информация только об одном ответившем человеке или вообще информации об ответивших нет – выводится пометка «недостаточно данных для построения графика» (возможно введение иного обоснованного минимального значения, например, 2, 3 или же когда такое пороговое значение будет зависеть от численности сотрудников в подразделении).

Важно «подсвечивать» значения определенным цветом, чтобы проблемные области были сразу отделены от «лучших практик». Для наглядности предлагаются индикаторы трех цветов – зеленый, желтый и красный. Значения маркировки (как предложение, на начальном этапе, в отсутствие более обоснованных референтных значений):

- Зеленый, если значение выше среднего по организациям аналогичного профиля, также как минимальный критерий попадания в «зеленую зону» обоснован интервал eNPS>0.
- Желтый – среднее значение по аналогичным организациям ± ошибка выборки
- Красный – значение ниже среднего по аналогичным организациям с учетом ошибки выборки.

Дополнительная идея: относить к «красной зоне» или к «желтой зоне» также стабильное статистически значимое снижение показателя и/или рост отказов от опроса в течение не менее 2 месяцев/замеров.

Также важно наличие иконки/значка, который загорается, если в базе есть непрочитанные обращения к главному врачу. При нажатии на него появляется текст обращения, место работы и указанная человеком о себе информация.

При наличии ресурсов возможно создание интерфейсов более низкого уровня, на уровне филиалов и подразделений (индикаторы приводятся в сравнении со средним по организации), с возможностью для пользователя читать конкретные комментарии сотрудников. В любом случае хорошо должны быть продуманы алгоритмы, обеспечивающие анонимность респондентов при их желании остаться анонимными.

3.4.2.3.2 Интерфейс для сотрудников министерства (контролирующего органа)

Интерфейс для контролирующих сотрудников видится аналогичным таковому, приведенному в предыдущем пункте. Исключение составляет более высокий уровень анализа – в целом по Москве, с возможностью смотреть службы, округа и, наконец, отдельные организации. Также контролирующий сотрудник видит значок, который загорается, если есть обращение к специалисту министерства. При нажатии на него также появляется текст сообщения, место работы и указанная человеком о себе информация. Индикаторы приводятся в сравнении со средним по подгруппе более высокого уровня.

На любом из уровней анализа видится важным также помечать рядом с графиками более высокого уровня факт наличия проблемных организаций/подразделений, которые, возможно ввиду своей малочисленности, пока не приводят к изменению общего показателя лояльности, но по которым требуется принятие оперативных мер.

Также желательна возможность выгрузки отчетов по стандартной форме на разных уровнях (например, стандартный ежемесячный отчет по городу для руководства министерства).

Пример визуализации внешних интерфейсов приведен на Рисунках 21, 22, 23.

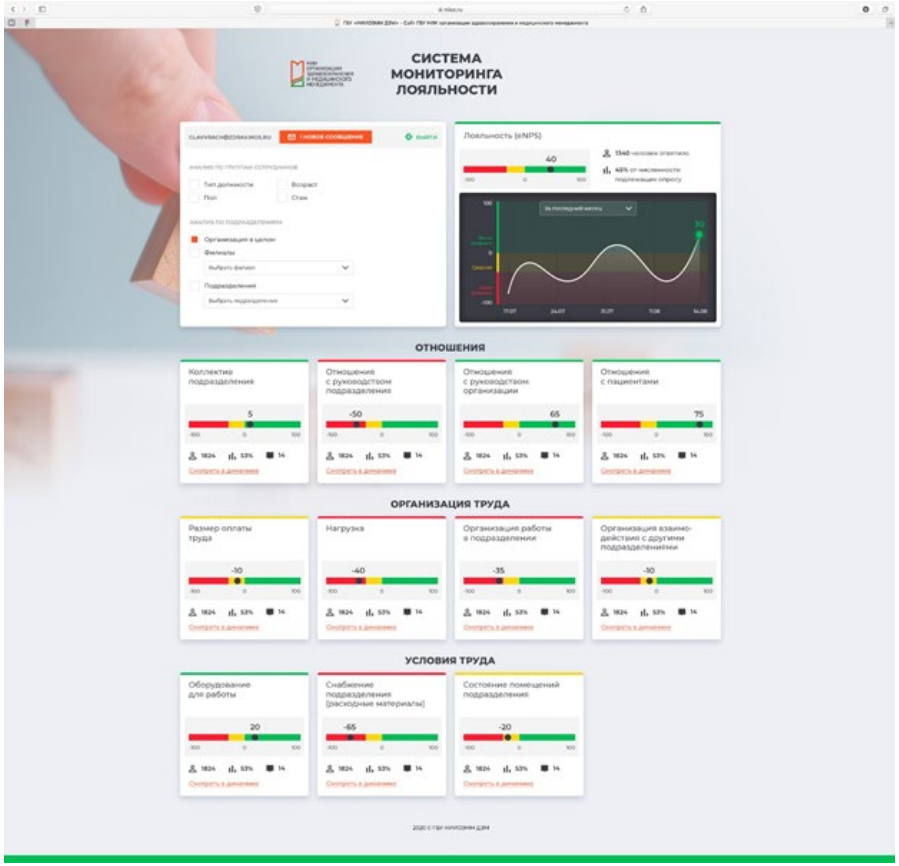

Рисунок 21. Пример внешнего интерфейса системы мониторинга лояльности (общий вид).

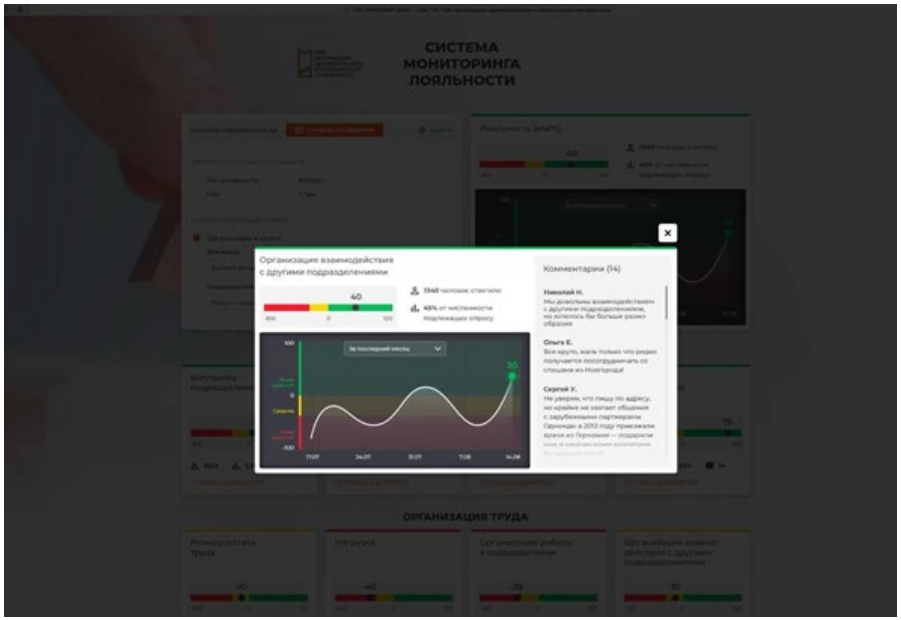

Рисунок 22. Пример внешнего интерфейса системы мониторинга лояльности (отдельный показатель)

Рисунок 23. Пример внешнего интерфейса системы мониторинга лояльности (концепт для взрослой психиатрической служба)[317]

317 Взято из: Богдан И. В., Гурылина М. В. и др. Аналитическая система управления качеством оказания психиатрической помощи ГБУЗ «ПКБ № 4 им. П.Б. Ганнушкина ДЗМ». Методические рекомендации. М., 2017. 84 с. [внутренний документ, на настоящий момент официально не изданы]

В целом для реализации проекта может требоваться привлечение специалистов (функционала) различного профиля, в т. ч.:

1. Дизайнеров, разрабатывающих визуализацию интерфейсов пользователей.
2. UX-специалистов, работающих для создания оптимального опыта пользователя.
3. Программистов, для создания системы, внедрения, возможной интеграции ее с другими системами, а также поддержания ее работы.
4. Тестировщиков, которые помогут убедиться, что в логике системы нет изъянов.

В дальнейшем для решения задач по управлению лояльностью на уровне города необходим анализ собранных данных, который могут проводить, например, аналитики, работающие с общей базой данных (облаком). Совместно с сотрудниками министерства возможно выявление «лучших практик» среди организаций и разработка рекомендаций по постепенному их тиражированию на уровне города. При рассмотрении «лучших практик» может помочь анализ факторов лояльности[318] в отобранных учреждениях, который может предоставить инсайты о том, что же приводит в данной организации к высоким уровням или сильному росту лояльности.

Также по итогам работ на уровне города могут быть разработаны рекомендации по работе с наиболее распространенными проблемами, снижающими лояльность персонала (например, высокая физическая и психоэмоциональная нагрузка, неудовлетворенность материальным стимулированием и пр.). Данные рекомендации могут распространяться на уровне служб или организаций на основании выявления у них такого рода проблем.

В контексте «реактивного» управления лояльностью, которое направлено на максимально оперативное и эффективное купирование проблем, функция контролирующих органов видится скорее в обозначении нерешенных проблем, методическом сопровождении мер по повышению лояльности, а также в контроле за результатом (контроль по индикаторам, насколько хорошо организация справляется с внутренними проблемами самостоятельно). Принятие конкретных

318 Ответы на открытый вопрос о причинах лояльности могут быть закодированы на первых этапах вручную, а в дальнейшем, при наборе необходимого массива ответов, этот процесс по большей части возможно заменить нейросетью.

мер по разрешению ситуации должно быть в первую очередь в ведении руководства соответствующего уровня. И только в случае неуспеха на локальном уровне контролирующие органы могут привлекаться как независимый арбитр более высокого уровня.

Некоторые принципы решений на уровне медицинской организации («локальных действий») будут рассмотрены в следующем, заключительном разделе.

3.5 Некоторые положения по управлению лояльностью на уровне медицинской организации

Как уже было отмечено, заключительный раздел представляет собой скорее собрание идей и принципов, чем четкую систему действий. Большинство приведенных в данном подразделе положений уже были озвучены ранее в монографии и иногда даже в более расширенном виде; при желании читатель может обратиться к соответствующим главам. Цель же данного раздела – свести воедино релевантные управлению лояльностью на уровне организации данные из монографии и ряд новых положений.

Общая логика управления лояльностью на уровне медицинских организаций, по мнению авторов, может быть следующей:

1. Первоочередной предпосылкой для качественной работы с лояльностью персонала видится трансформация мышления руководителей, которая выражается в том числе в искреннем желании получить любую правдивую, пусть даже неприятную лично обратную связь, готовности не воспринять ее лично, инициировать на ее основании действия, не убирая «в стол» и т. д. И только после формирования соответствующей культуры видится рациональным переходить к практическим действиям. В противном случае высоки риски профанации работы с обратной связью, например, когда отбирается только «удобная» обратная связь, а неприятные руководству отзывы характеризуются как «некомпетентные», «злокозненные» и которые, в лучшем случае, получают формальную отписку по итогам рассмотрения.

2. Следующей ключевой *предпосылкой* успешной работы с лояльностью является грамотное планирование всего фронта работ, поскольку «цена» ошибок на этапе планирования зачастую нерациональное расходование ресурсов и разочарование на этапе полученных результатов, например, когда в конце исследования исследователь понимает, что в анкету не были добавлены какие-то сущностные вопросы или непродуманные формулировки привели к некорректной информации. Степень разочарования может быть вплоть до разочарования в социологических методах вообще как «бесполезных», что авторы нередко могли наблюдать в медицинских организациях.

В этой связи хорошей практикой является четкая предварительная проработка логики исследования – постановка его цели, задач и формулировка гипотез. Хорошо также продумать логическую схе-

му будущего анализа результатов: какие методы мы будем использовать, какие параметры сравнивать и какие именно данные могут реально понадобиться.

Также обязательным на предварительном этапе будет являться обзор литературы – аналитических и научных источников, в ходе которого можно найти удачные и неудачные кейсы исследований с аналогичными целями. Например, обзор может показать, что аналогичная проблема уже была успешно решена и все, что надо сделать,– незначительно адаптировать найденное другими решение под специфику своей организации.

3. После этого можно приступать к сбору данных (см. раздел 3.2). Качественный сбор информации также играет центральную роль, поскольку эффективное управление лояльностью может быть выстроено только на основе достоверной информации о текущем уровне лояльности, основных факторах, оказывающих на нее наибольшее влияние в данном конкретном учреждении. Без исходных данных необходимого качества мы не сможем корректно отследить ни то, где мы находимся изначально, ни то, насколько успешно мы провели интервенции; мы не сможем получить достоверной информации об актуальных «болях» сотрудников и т. д.

4. После сбора данных мы переходим к этапу обработки и анализа. На данном этапе обычно нас будут в первую очередь интересовать:

1) Уровень лояльности, который надо не просто измерить количественно, а качественно оценить в категориях – «высоко»/«низко», «хорошо»/«плохо». Для этого полученные в исследовании значения лояльности могут быть соотнесены с имеющейся системой бенчмарков или предыдущими замерами по организации;

2) Основные факторы, определяющие уровень лояльности в исследуемой организации. Как было отмечено ранее, анализ уровня лояльности крайне важно дополнять работой с причинами поставленных работниками оценок, поскольку именно грамотный анализ и интерпретация этих причин позволяют выявить основные сильные и слабые стороны организации в области лояльности персонала, определить точки приложения усилий.

При анализе данных сущностным является выявление его «разреза». Вначале может быть нелишним понять проблемные области по организации в целом, однако в ходе «реактивного» управления мы, как правило, спускаемся в своем анализе все равно до уровня отдельных подразделений. Исходя из общеорганизационных проблем, можно выбирать для работы «типичные» подразделения или, наоборот, те, где дела обстоят хуже всего, как требующие первостепенного внимания.

Как правило, в большинстве случаев аналитика будет центрироваться на факторах нелояльности. В этой связи также возможны разные подходы к анализу негатива и жалоб. Например, можно работать со всеми жалобами, разрабатывая меры в ответ на каждую, а можно фокусировать ресурсы на основных из них. В последнем случае, например, это могут быть самые распространенные жалобы или жалобы, обнаруживающие наибольший вклад в лояльность по результатам статистического анализа. К сожалению, иногда это просто те жалобы, на решение которых есть ресурсы, однако и такая работа может благотворно сказаться на общем уровне лояльности.

При необходимости выявления пробелов в понимании ситуации могут помочь дополнительные беседы с сотрудниками и/или экспертами на тему полученных результатов (см. далее).

5. На следующем этапе необходимо начать движение от диагностики к действиям. Таким «мостом» может стать создание рабочей группы, в которой могут быть представители как организации в целом (административно-управленческий персонал), так и тех подразделений, которые будут являться фокусом работы (если в ходе «реактивного управления» будет осуществлен переход на данный уровень). Желательно включение в рабочую группу представителей всех заинтересованных групп, кого планируемые преобразования будут касаться напрямую. Рабочая группа может быть единой, или в проекте может участвовать несколько рабочих групп, по ходу работы в той или иной степени пересекающихся. Например, в случае конфликтных ситуаций может быть создана отдельная группа с сотрудниками, у которых есть претензии к руководству, с независимым модератором. Хорошей основой рабочих групп могут стать уважаемые коллективом активисты, которые реально готовы посвящать свое время и усилия улучшению условий труда для себя и других.

Уже по ходу встреч с рабочей группой необходимо максимально конкретизировать проблемы (например, задавая вопросы «что?», «где?», «когда?», «почему?»). В свою очередь, исходя из проблем, такие вопросы, как «что может улучшить ситуацию?», «что мы можем сделать?», помогут выработать концепт решений – на уровне сотрудников и на уровне руководства. Конкретной иллюстрацией данного этапа может случить информация в Таблице 5.

Таблица 5. Пример выявления конкретных проблем и выработки концептов решений (промежуточный итог обсуждений с медицинскими работниками отделения, до проработки с руководством).

Проблема	Концепт решения (предложения сотрудников)
Нет медсестры на участке – не могут подобрать. Из-за этого повышенную нагрузку приходится брать другим медсестрам. Участок большой и удаленный	Ускорить процесс найма медсестры на участок. Компенсация другим медсестрам сверхурочной работы, связанной с данным участком (см. эффективный контракт). Узнать, в чем проблема в найме со стороны руководства. Продумать варианты логистических решений для снижения затрат времени.
Сверхнагрузка по вызовам на одних сотрудников, которая не оплачивается (кому-то 10 вызовов, кому-то 50-60), в т.ч. связанная с указанным участком.	Адекватный учет повышенной нагрузки при премировании (см. эффективный контракт). Вариант – введение стимулирующих коэффициентов за выезды сверх нормы (несколько градаций в зависимости от числа), учет их.
Врачам не хватает времени на работу – перекладывают на медсестер или медсестры сами вызываются помочь в свое свободное время.	Учет повышенной нагрузки при премировании медсестер и врачей. Такая работа должна выполняться по желанию. Донести до врачей недопустимость принуждения медсестер к работе врача. При дальнейших исследованиях – использование метода дневников нагрузки медсестрами и врачами, выяснение конкретных выполняемых типов своей и не своей работы.
Сотрудники не видели эффективный контракт и не понимают логики премирования. На словах обещают одно, а на деле в квиточке другие цифры.	Регламентировать, какая переработка сколько стоит. Ознакомить сотрудников с эффективным контрактом, привлечь активистов к доработке контакта. Надбавки должны проводиться на основании либо письменных договоренностей (заранее, не постфактум), либо на основании эффективного контракта.
Проблемы коммуникации. Информация не доносится до сотрудников, и, наоборот, часто по просьбам сотрудников ничего не делается.	Введение системы обратной связи в письменной форме, аналог внутреннего ЭДО[319]. На определенную почту в письменной форме уходят обращения сотрудников. Назначается ответственный исполнитель (секретарь), который по итогам рассмотрения обращения отписывает, что было сделано. При необходимости проблемные ситуации разбираются на общих собраниях. Проведение тренингов эффективной коммуникации с руководящим составом. Создание дополнительных каналов коммуникации, для тех, кому недоступен чат в WhatsApp, например, бумажные объявления на стенде. Для улучшения взаимодействия сотрудников также может быть принят этический кодекс сотрудника организации.
Проблемы с рядом сотрудников картохранилища. Путают карты, плохо делают подборки, перекладывают свою работу на других.	- Заменить в картохранилище цвета участков на корешках карт, которые совпадают по цвету. - Публично и в письменной форме зафиксировать обязанности сотрудников картохранилища – разложить карты и т.д. Под подпись сотрудников. - Финансовые и/или иные санкции за плохую работу и перекладывание обязанностей.
Проблемы с мебелью и офисным оборудованием. Долгое распечатывание документов на принтере затягивает время приема, отсутствие копира заставляет подниматься в картохранилище, плохая мебель портит здоровье.	Обновить мебель – как минимум стулья, с учетом потребностей работников (у стула должна быть спинка и т.п.). Обновить принтеры в подразделении, по возможности – поставить несколько копировальных устройств.
Невозможность экстренно попасть на обследования, работают только по записи.	Создание слотов/возможностей для экстренного приема (например, ультразвуковое исследование), регламентировать такую возможность на уровне поликлиники.
Нет возможностей для занятий спортом, например, кабинета ЛФК, нет путевок в санатории.	Рассмотреть возможность для создания помещения для ведения ЗОЖ в поликлинике для сотрудников. Рассмотреть возможность премирования сотрудников в т.ч. путем предоставления путевок.

319 Электронный документооборот.

Нет признания инициативных переработок даже в плане нематериального стимулирования. Переработки должны хотя бы нематериально стимулироваться – публичным признанием, похвалой, грамотами от министерства.	Раз в полгода или год главврач передает запрос в министерство на предоставление грамот отличившимся работникам. Обязательно отмечание заслуг работников на общих собраниях объявлением благодарностей – за инициативные переработки, за благодарности пациентов и т.д.
Нет справедливости в поощрениях. Сотрудники не понимают, почему в прошлом году наградили бухгалтерию, а не лечащих сотрудников.	Политика поощрений должна быть прозрачной, чтобы сотрудники понимали, кто за что получает поощрение и как им претендовать на аналогичные поощрения.
Руководство предпочитает не конфликтовать с пациентами. Если пациенту не положена услуга сразу, а пациенту так хочется, руководство не информирует об этом пациента, а «сваливает» решение вопроса на врача, лишь бы жалоб не было. Потом пациенты делятся между собой «историей успеха» и таких «хотящих» становится все больше. Это ведет к перегрузке отделений.	Руководство должно занимать жесткую позицию по поводу сроков предоставления услуг. Реально необоснованные желания пациентов не должны быть предлогом для перегрузки своих сотрудников. Регламентировать на уровне поликлиники работу с необоснованными запросами пациентов, как в плане процедур, так и в плане сроков.
Причина 70% вызовов на дом в том, что пациент не хочет идти в поликлинику.	Выйти с обозначением проблемы на уровень министерства, поднять вопрос ответственности пациентов за необоснованные вызовы.
Ощущается дефицит кадров – аллерголога и ортопеда.	Принять меры по минимизации дефицита.

6. На основании проведенных обсуждений на всех уровнях далее уже должен конкретизироваться концепт решений до уровня конкретных задач, с конкретными исполнителями и сроками, а также индикаторами, по которым будет понятно, насколько успешно задача выполняется и насколько эффект от действий соответствует ожиданиям.

Конкретные решения могут быть получены не только в результате мозговых штурмов рабочей группой, но и «подсмотрены» в литературе. Так, например, что касается климата в коллективе, существует внушительный пласт литературы на тему командообразования в медицинской организации[320]; в контексте повышения лояльности рассматриваются такие меры, как внедрение оздоровительных программ для сотрудников компании[321] или персонифицированное нематериальное поощрение[322]. Имеющийся обширный набор публикаций на тему лояльности и смежных конструктов, таких как удовлетворенность или вовлеченность (публикации не только в сфере здравоохранения), почти гарантированно может предоставить идеи для решения конкретных задач в области управления лояльностью (апробированные или потенциальные).

7. После этого можно приступать к планированию и реализации определенных мер. В итоге, если найденная практика управления лояльностью показывает себя успешной на уровне отделения, ее (при уместности) можно расширять на другие соответствующие отделения и в дальнейшем сделать системной на уровне организации.

Предпринятая последовательность мер по «реактивному» управлению лояльностью может быть несколько другой, с выделением других этапов[323]. В целом могут быть использованы и другие схемы работы, принятые в организации или зарекомендовавшие себя в исследованиях.

Что видится критичным – это реальные практические действия на основании обратной связи и информирование респондентов о них путем освещения на общих собраниях, в плакатах, письмах, рассылках в мессенджерах и т. д. Если респондент при предоставлении обратной связи специально указывает свои контактные данные, желательно лично ему дать обратную связь о мерах, предпринятых по итогу его обращения. Даже на объективно «некомпетентные»

320 Miller C. J. et al. A systematic review of team-building interventions in non-acute healthcare settings // BMC health services research. 2018. T. 18. № 1. P. 1-21.

321 Serxner S., Kichlu R., Ratelis E. Boost employee Net Promoter Score (eNPS). URL: https://www.optum.com/content/dam/optum3/optum/en/resources/white-papers/optum-enps_wf715193-white-paper.pdf (accessed 19.10.2021).

322 Synthesis. 2021 Global Culture Report O.C. Tanner Institute. URL: https://www.octanner.com/content/dam/oc-tanner/images/v2/culture-report/2021/GCR-2021-sm.pdf (accessed 19.10.2021).

323 Например, см. Полосухина М. В. Формирование модели управления лояльностью персонала современной организации // УЭкС. 2011. №36. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/formirovanie-modeli-upravleniya-loyalnostyu-personala-sovremennoy-organizatsii (дата обращения: 20.10.2021).

жалобы желательно отвечать, например, приглашением на диалог, в ходе которого до респондента доносится корректная информация.

С другой стороны, нельзя забывать, что опрос – это субъективная информация, и она может включать в себя как неосознаваемое, так и сознательное введение в заблуждение. В связи с этим информация, особенно «серьезная» информация в опросных данных, такая как, например, обвинение в правонарушениях, должна быть проверена перед принятием решений (например, проверка информации перед переходом к пункту 6).

В целом ряд указанных проблем помогло бы решить создание соответствующих регламентов по работе с обратной связью от сотрудников в организации. Причем важно, чтобы данные регламенты учитывали интересы всех заинтересованных сторон (например, с одной стороны, не позволяли бы предоставлять руководству «отписки» в случае реальных проблем, а с другой стороны, не давали недобросовестным сотрудникам использовать обратную связь как инструмент достижения личных целей).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Завершая рассмотрение имеющейся информации на тему лояльности в здравоохранении, авторы хотели бы подчеркнуть, что они осознают неполноту данного труда в ряде аспектов. Но, несмотря на это, нам все же кажется, что монография показывает то направление, где лежит ответ на вопрос «Как повысить лояльность сотрудников?», поставленный во введении.

Нам кажется, что одна мысль проходит красной нитью через всю монографию: лояльность связана с людьми вокруг – это климат в коллективе, это общие смыслы, это общее дело, это культура руководителя, направленная на его сотрудников, и т. д. Возможно, эта мысль очевидна, но зачастую о ней забывают, переводя разговор, например, в исключительно финансовую плоскость (которая безусловно также крайне важна). А между тем в эмоциональном заряде и наполнении, который создают эти «человеческие факторы», – огромный ресурс, который во всей красе показал себя в пандемию, и хочется, чтобы этот урок был взят в постпандемическое время.

При этом, как показала монография, крайне важны в контексте лояльности и такие «тихие» по сравнению с врачами сотрудники, как, например, сестринский персонал[324], о которых в начале пандемии зачастую забывали за лозунгами «врачи – герои».

Данная монография видится авторам крайне важной вехой в систематизации имеющейся информации по лояльности в здравоохранении, но это один из первых шагов, и авторы выражают надежду, что таких работ будет все больше, а их детализация и качество будут возрастать.

Какими нам видятся перспективы дальнейших исследований? Можно выделить следующие сущностные направления:

1. Проведение большего числа разнообразных (формы помощи, специализации, группы персонала и т. д.) исследований, которые позволят более обоснованно говорить об универсальных тенденциях в данной области; в целом накопление любого практического опыта, связанного с лояльностью в здравоохранении (например, разнообразный опыт внедрений на основании данной методики). Особый интерес представляют исследования,

324 А также те группы персонала, которым в монографии не было уделено достаточного внимания, такие как фельдшера, акушерки, лаборанты, младший медицинский персонал и др.

связывающие ответы на вопросы о лояльности и реальные практики поведения (практики поведения «промоутеров» и «критиков» в здравоохранении, связь лояльности и статистики, рассмотренная в рамках предложенного в монографии подхода или других подходов, и т. д.).

2. Более детальная проработка методологии управления лояльностью. В т. ч. итогом работ по вышеуказанным направлениям видится более проработанное и более детальное руководство (например, второе издание данной монографии), с более глубоким эмпирическим и теоретическим анализом.

3. Большая систематизация данных о лояльности пациентов, которые в первом приближении представлены в данной работе, но, безусловно, эта тема заслуживает отдельной монографии.

4. Исследования, направленные на понимание того, как пандемия изменила область, потому что, как мы видели, эффекты пандемии достаточно выражены. Другой вопрос в том, насколько они долгосрочны.

Обозначенные перспективы нам видятся более чем реальными, так как тенденция нарастания числа исследований лояльности явственно наблюдается в нашей стране по мере того, как в значимой мере монопольное государственное здравоохранение «открывает» для себя бизнес-подходы, в т. ч. методику Ф. Райхельда.

В монографии приводились ссылки на литературу и источники, которые могут быть интересными читателю. Отдельно еще раз выделим сайт, к которому авторы имеют непосредственное отношение, http://nps.niioz.ru, где на настоящий момент размещаются актуальные данные об исследованиях, имеющих отношение к лояльности (NPS) в здравоохранении.

В целом одна из основных целей, которой привержены авторы, – унификация, стандартизация и повышение качества методологии в данной области, в связи с чем авторы декларируют свою готовность сотрудничать по вопросам исследования лояльности в здравоохранении как в рамках предложенного ими подхода, так и в рамках других, альтернативных. Главным критерием здесь видится практическая польза; цели, которые стоят перед такого рода работой, – повышение качества медицинской помощи в целом, в т. ч. за счет более удовлетворенных и реализованных сотрудников в системе здравоохранения.

Мы надеемся, что нашей общей работой мы сделаем здравоохранение лучше.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. 2017 PHN Benchmarking Results. URL: https://bpanz.com/blog/2017phn-snapshot (accessed 16.06.2019).

2. Aon Hewitt's Model of Employee Engagement. 2015. URL: https://www.asia.aonhumancapital.com/document-files/thought-leadership/people-and-performance/model-of-employee-engagement.pdf (accessed 17.12.2021).

3. Alismail A. et al. The Use of the Net Promoter Score (NPS) in an Outpatient Allergy and Pulmonary Clinic: An Innovative Look Into Using Tablet-Based Tool vs Traditional Survey Method // Patient related outcome measures. 2020. № 11. P. 137-142.

4. Allen N. J., Meyer J. P. The measurement and antecedents of affective, continuance and commitment to the organization // Journal of Occupational Psychology. 1990. №63. P. 1-18.

5. Bates S. ´Getting engaged´. HR Magazine. 2004. № 49(2). P. 44–51. https://www.shrm.org/hr-today/news/hr-magazine/pages/0204covstory.aspx (accessed 19.10.2021).

6. Bendle N.T., Bagga Ch.K., Nastasoiu A. Forging a Stronger Academic-Practitioner Partnership–The Case of Net Promoter Score (NPS) // Journal of Marketing Theory and Practice. 2019. №7(2). P. 210-226.

7. Bisset C. N. et al. Exploring shared surgical decision-making from the patient's perspective: is the personality of the surgeon important? // Colorectal Disease. 2020. T. 22. №. 12. P. 2214-2221.

8. Blizzard R. Employee Engagement: Where Do Hospitals Begin? URL: https://news.gallup.com/poll/9772/employee-engagement-where-hospitals-begin.aspx (accessed 19.10.2021).

9. Britt T. W. Black hawk down at work // Harvard Business Review. 2003. № 81 P. 16–17. URL: https://hbr.org/2003/01/black-hawk-down-at-work (accessed 19.10.2021).

10. Chen S.-Y. et al. Organizational justice, trust, and identification and their effects on organizational commitment in hospital nursing staff // BMC Health Serv Res. 2015. № 15. URL: https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12913-015-1016-8.pdf (accessed 20.10.2021).

11. Cleland A., Mitchinson W., Townend A. Engagement, Assertiveness and Business Performance – A New Perspective. 2008. Ixia Consultancy Ltd. 13 p.

12. Coffman J., Yale Ph. Would you recommend this hospital to a friend? 2007. URL: https://www.bain.com/insights/would-you-recommend-this-hospital-to-friend/ (accessed 19.10.2021).

13. Comparably. eNPS at Envision Healthcare. URL: https://www.comparably.com/companies/envision-healthcare/enps (accessed 15.06.2021).

14. Comparably. eNPS at Northside Hospital. URL: https://www.comparably.com/companies/northside-hospital/enps (accessed 15.06.2021).

15. Critizr. Measuring employee satisfaction URL: https://business.critizr.com/en/blog/measuring-employee-satisfaction (accessed 19.10.2021).

16. DasMahapatra P. et al. Clinical trials from the patient perspective: survey in an online patient community // BMC health services research. 2017. T. 17. №. 1. P. 1-10.

17. Demerouti E., Bakker A.B., Nachreiner F., Schaufeli W.B. The job demands-resources model of burnout // J Appl Psychol. 2001. № 86(3). P. 499-512.

18. Dunlop W. et al. Medical scribes have no impact on the patient experience of an emergency department // Emergency Medicine Australasia. 2018. T. 30. №. 1. P. 61-66.

19. Fiabane E. et al. Work engagement and occupational stress in nurses and other healthcare workers: the role of organisational and personal factors // Journal of clinical nursing. 2013. T. 22. №. 17-18. P. 2614-2624.

20. Frazier S. “How to Increase Your Net Promoter Survey Response Rate to 60 %!” CustomerGauge (blog). February 13, 2013. URL: https://customergauge.com/blog/how-to-increase-your-net-promoter-survey-response/ (accessed 19.10.2021).

21. Gallup. Q12 employee engagement. URL: https://www.gallup.com/access/239210/gallup-q12-employee-engagement-survey.aspx (accessed 15.06.2021).

22. Gallup. Lewis & Clark College Employee Engagement Q12. URL: https://www.lclark.edu/live/files/25928-q12-employee-engagement-report-detail (accessed 17.12.2021).

23. Gavin J.H., Mason R.O. The Virtuous Organization: The Value of Happiness in the Workplace // Organizational dynamics. 2004. № 33(4). P. 379-392.

24. Gisondi P. et al. Public perception of dermatology and dermatologists in Italy: results from a population-based national survey // Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology. 2017. T. 31. №. 12. P. 2119-2123.

25. Glassdoor Team. How To Calculate Cost-Per-Hire. URL: https://www.glassdoor.com/employers/blog/calculate-cost-per-hire/ (accessed 19.10.2021).

26. Graen G.B. Enriched engagement through assistance to systems’ change: a proposal // Industrial and Organisational Psychology. 2008. № 1. P. 74–75.

27. Hamilton D. F. et al. Assessing treatment outcomes using a single question: the net promoter score // The bone & joint journal. 2014. T. 96. №. 5. P. 622-628.

28. Harter J.K., Schmidt F.L., Hayes T.L. Business-unit level relationship between employee satisfaction, employee engagement, and business outcomes: a meta- analysis // Journal of Applied Psychology. 2002. Vol 87. P. 268-279.

29. Hatter J. Employee Engagement on the Rise in the U.S. URL: https://news.gallup.com/poll/241649/employee-engagement-rise.aspx (accessed 19.10.2021).

30. Heartpace. eNPS Score Benchmarks: What is a Good eNPS? URL: https://heartpace.com/blog/post/enps-score-benchmarks-what-is-a-good-enps (accessed 19.10.2021).

31. Heskett J.L., Sasser W.E., Schlesinger L.A. The Service Profit Chain: How Leading Companies Link Profit and Growth to Loyalty, Satisfaction, and Value. USA: Free Press, 1997. 320 p.

32. Hrebiniak L.G., Alutto J.A. Personal and Role-Related Factors in the Development of Organizational Commitment // Administrative Science Quarterly. 1972. Vol. 17. №4. P. 555-573.

33. Jans N. A. Organizational commitment, career factors and career/life stage // Journal of Organizational Behavior. 1989. Vol. 10. P. 247-266.

34. Judy Ch. Questionpro. 700,000 Culture Benchmarks: What’s Driving eNPS in Workplaces Today. URL: https://www.questionpro.com/blog/culture-benchmarks-for-enps/amp/ (accessed 19.10.2021).

35. Keiningham T.L., Aksoy L., Cooil B., Andreassen T.W., Williams L. A Holistic Examination of Net Promoter. Journal of Database Marketing & Customer Strategy Management. 2008. № 15(2). P. 79-90.

36. Keiningham T.L., Cooil B., Andreassen T.W., Aksoy L. A Longitudinal Examination of Net Promoter and Firm Revenue Growth // Journal of Marketing, 2007. № 71 (3). P. 39–51.

37. Kular S., Gatenby M., Rees C., Soane E. & Truss K. Employee Engagement: A Literature Review. Kingston Business School, Kingston University Working PaperSeries No 19, 2008. URL: https://core.ac.uk/reader/90447 (accessed 19.10.2021).

38. Kumar Sh. Burnout and Doctors: Prevalence, Prevention and Intervention // Healthcare (Basel). 2016. № 4(3). P. 37.

39. Leiter M.P. Burnout as a crisis in professional role structures: measurement and conceptual issues // Anxiety Stress Coping. 1992. № 5. P. 79–93.

40. Lockwood N.R. Leveraging employee engagement for competitive advantage: HR's strategic role // Society for Human Resource Management Quarterly. 2007. № 1. P.1-12.

41. Luthans F., Peterson S.J. Employee engagement and manager self efficacy: implications for managerial effectiveness and development // Journal of Management Development. 2002. № 21(5). P. 376–387.

42. Maslach C., Schaufelli W.B., Leiter M.P. Job burnout // Annual Review of Psychology. 2001. Vol 52. P. 397-422.

43. Miller C. J. et al. A systematic review of team-building interventions in non-acute healthcare settings // BMC health services research. 2018. T. 18. №. 1. P. 1-21.

44. Myers M. Physician impairment: Is it relevant to academic psychiatry? // Acad. Psychiatry 2008. № 32. P. 39–43.

45. Myers M. Treatment of the mentally ill physician // Can. J. Psychiatry. 1997. № 42. P. 12–17.

46. Netigate. How the Employee Satisfaction Index (ESI) works and how to use it. URL: https://www.netigate.net/articles/human-resources/how-the-employee-satisfaction-index-esi-works-and-how-to-use-it/ (accessed 21.06.2021).

47. Paller D.A. Practice Leader, Healthcare, for Gallup // Business journal. 2005. URL: https://news.gallup.com/businessjournal/18361/What-Doctor-Ordered.aspx (accessed 19.10.2021).

48. Porter L.W., Steers R.M., Boulian P.V. Organizational Commitment, Job Satisfaction and Turnover among Psychiatric Technicians. Technical Report №16. 1973. 21p.

49. Reichheld F. F. The one number you need to grow // Harvard business review. 2003. T. 81. №. 12. P. 46-54.

50. Roberts Ch., Alpert F., Roberts C. Strategic drivers of customer and employee engagement: practical applications // Customer Engagement / R.J. Brodie, L.D. Hollebeek, J. Conduit (eds.) Routledge, 2015. P. 171-192.

51. Robertson-Smith G. Markwick C. A Review of Current Thinking (IES Report). Institute for Employment Studies, 2009. 65 p. URL: https://www.employment-studies.co.uk/system/files/resources/files/469.pdf (accessed 19.10.2021)

52. Schaufeli W., Bakker A.. Utrecht work engagement scale. Preliminary Manual [Version 1.1, December 2004]. URL: https://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/Test%20Manuals/Test_manual_UWES_English.pdf (accessed 19.10.2021).

53. Scottish Executive Social Research. Employee engagement in the public sector a review of literature. 2007. 70 p. URL: https://www.webarchive.org.uk/wayback/archive/3000/https://www.gov.scot/Topics/Research/About/Social-Research/ (accessed 15.06.2021).

54. Seijts G. H., Crim D. What engages employees the most or, the ten C's of employee engagement // Ivey Business Journal. 2006. T. 70. №. 4. URL: https://iveybusinessjournal.com/publication/what-engages-employees-the-most-or-the-ten-cs-of-employee-engagement/ (accessed 19.10.2021).

55. Serxner S., Kichlu R., Ratelis E. Boost employee Net Promoter Score (eNPS). URL: https://www.optum.com/content/dam/optum3/optum/en/resources/white-papers/optum-enps_wf715193-white-paper.pdf (accessed 19.10.2021).

56. Setti I., Argentero P. Organizational features of workplace and job engagement among Swiss healthcare workers // Nurs Health Sci. 2011. № 13(4) P.425-432.

57. Shackleton N., Von Randow M., Greaves L. Methods of Sampling in Quantitative Health // Researching health: Qualitative, Quantitative and Mixed Methods / M. Saks, J. Allsop (eds.). London: Sage Publications, 2019. P. 228-245.

58. Shahid A. The employee engagement framework: high impact drivers and outcomes // Journal of Management Research. 2019. T. 11. №. 2. P. 45-54.

59. Shanafelt T.D., Hasan O., Dyrbye L.N., Sinsky C., Satele D., Sloan J., West C.P. Changes in Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance in Physicians and the General US Working Population Between 2011 and 2014 // Mayo Clin. Proc. 2015. № 90. P. 1600–1613.

60. Shuck B., Reio T.G. Jr, Rocco T.S. Employee engagement: an examination of antecedent and outcome variables // Human Resource Development International. 2010. № 14(4). P. 427-445.

61. Soler J.K., Yaman H., Esteva M., Dobbs F., Asenova R.S., Katic M., Ozvacic Z., Desgranges J.P., Moreau A., Lionis C. et al. Burnout in European family doctors: The EGPRN study // Fam. Pract. 2008. № 25. P. 245–265.

62. Sorenson S., Garman K. How to Tackle U.S. Employees' Stagnating Engagement URL: https://news.gallup.com/businessjournal/162953/tackle-employees-stagnating-engagement.aspx (accessed 19.10.2021).

63. Steers R.M. Antecedents and outcomes of organizational commitment // Administrative Science Quarterly. 1977. Vol. 22. P. 46-56.

64. Synthesis. 2021 Global Culture Report O.C. Tanner Institute. URL: https://www.octanner.com/content/dam/oc-tanner/images/v2/culture-report/2021/GCR-2021-sm.pdf (accessed 19.10.2021).

65. Timperi H. The interconnections between customer loyalty, employee engagement and business performance. Lappeenranta, 2015. URL: https://lutpub.lut.fi/bitstream/handle/10024/111883/Pro%20Gradu.pdf?sequence=2&isAllowed=y (accessed 19.10.2021).

66. Wilson M. Employee Net Promoter Score: What You Need To Know. URL: https://blog.perceptyx.com/employee-net-promoter-score?hs_amp=true (accessed 19.10.2021).

67. Yang X., Tian P., Zhang Z. A comparative study on several national customer satisfaction indices (CSI) // Aetna School of Management, Shanghai Jiao Tong University, Shanghai, PR China. 2019. URL: https://www.van-haaften.nl/images/documents/pdf/A%20Comparative%20Study%20on%20Several%20National%20Customer%20Satisfaction.pdf (accessed 20.10.2021).

68. Young J. Heroes of Employee Engagement: No.6 John Stacy Adams. URL: https://peakon.com/blog/employee-success/john-stacy-adams-equity-theory/ (accessed 19.10.2021).

69. Амельченко Д.М., Помыткина И.А. Исследование вовлеченности персонала компании // Международный научно-исследовательский журнал. № 12 (66). Часть 3. С. 6-8.

70. Бебчук М.А., Богдан И.В., Гурылина М.В., Чистякова Д.П., Басова А.Я., Гимранова Е.А. Перспективы развития детской психиатрической службы глазами специалистов. Полный отчет об исследовании. Москва: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2021. 51 с.

71. Бебчук М.А., Ляпина Е.С., Гимранова Е.А., Богдан И.В., Гурылина М.В., Чистякова Д.П. Реорганизация службы психического здоровья детей и подростков: предпосылки и ожидания // Психиатрия. 2021. № 19(2). С. 77-86.

72. Берлизева Я.В. Интегральная модель организационной лояльности персонала // Вестник КемГУ. 2013. Т.2. №4(56). С.174-178.

73. Богдан И.В. и др. Лояльность сотрудников детской поликлиники. Москва: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2020. 54 с.

74. Богдан И.В., Борзакова С.Н., Винокуров А.В., Дренева А.А., Праведников А.В., Чистякова Д.П. Продвижение страниц ДГКБ имени З. А. Башляевой в социальных сетях. Москва: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2021. 16 с.

75. Богдан И.В., Дренева А.А., Праведников А.В., Чистякова Д.П. и др. Инфекционная служба Москвы в пандемию: текущее состояние и перспективы. М., 2021. 21 с. [внутренний документ, на данный момент брошюра официально не издана]

76. Богдан И.В., Гурылина М.В. и др. Аналитическая система управления качеством оказания психиатрической помощи ГБУЗ «ПКБ № 4 им. П.Б. Ганнушкина ДЗМ». Методические рекомендации. М., 2017. 84 с. [внутренний документ, на настоящий момент официально не изданы]

77. Богдан И.В., Гурылина М.В. Лояльность сотрудников медицинских организаций как фактор качества медицинской помощи // Здоровье и здравоохранение в России. Сборник статей научной конференции с международным участием, Москва, 15 октября 2018 года. М., 2018. С. 6-11.

78. Богдан И.В., Гурылина М.В. Социологический опрос сотрудников ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ» (брошюра). Москва: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2021. 36 с.

79. Богдан И.В., Гурылина М.В., Зверев А.Л., Чистякова Д.П. Политическое восприятие системы здравоохранения населением: опыт мониторинговых исследований // Вестник томского государственного университета. Философия. Социология. Политология. 2020. № 55. С. 216-231.

80. Богдан И.В., Гурылина М.В., Чистякова Д.П. Факторы приверженности медицинских сотрудников к работе в организации. Москва: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2019. 12 с.

81. Богдан И.В., Гурылина М.В., Чистякова Д.П. Влияние художественных и реальных образов врачей на доверие населения // Труды 6-й Международной научно-практической конференции молодых ученых, аспирантов и студентов «Здоровье населения и развитие» (24 апреля 2020 г.; Москва) / Под ред. В.А. Козлова, Е.А. Тарасенко, О.Б. Хоревой Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», 2020. С. 57-63.

82. Богдан И.В., Гурылина М.В., Чистякова Д.П. Лояльность сотрудников и пациентов в управлении здравоохранением. Москва: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2019. 28 с.

83. Богдан И.В., Гурылина М.В., Чистякова Д.П., Краснова С.В. Опыт проведения курсов пациентоориентированности в медицинских организациях: кейс инфекционной больницы. Москва: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2019. 13 с.

84. Богдан И.В., Дренева А.А., Праведников А.В., Чистякова Д.П. Целевые значения показателя лояльности в здравоохранении: аналитическое исследование. Москва: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2021. 12 с.

85. Богдан И.В., Маленкова Н.Л., Малышева Е.С., Праведников А.В., Сирина Е.А., Чистякова Д.П. Сотрудники многопрофильных стационаров в условиях пандемии COVID-19: условия работы, лояльность и эмоциональное состояние // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. Т. 29. S. 2. 2021. С. 1264-1270.

86. Богдан И.В., Праведников А.В., Чистякова Д.П. Мониторинг лояльности потребителей услуг и персонала медицинских организаций (Методология (e)NPS): методические рекомендации. Москва: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2021. 36 с.

87. Богдан И.В., Чистякова Д.П., Гурылина М.В., Габов К.И. Некоторые особенности восприятия системы здравоохранения населением. Аналитический доклад. Москва: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2020. 16 с.

88. Богдан И.В., Чистякова Д.П., Кормушина Ю.К. Лояльность (NPS) москвичей медицинским организациям города. Москва: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2021. 12 с.

89. Бойко В.В. Психоэнергетика. СПб.: Питер, 2008. 416 с.

90. Бычков А. Эффективный визит к врачу. Ridero, 156 с.

91. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С., Наследов А.Д. Стандартизированный опросник «Профессиональное выгорание» для специалистов социономических профессий // Вестник Санкт-Петербургского университета. Социология. 2013. № 4. С. 17-27.

92. Всемирная организация здравоохранения. Актуальные глобальные вызовы в области здравоохранения на следующее десятилетие. URL: https://www.who.int/ru/news-room/photo-story/photo-story-detail/urgent-health-challenges-for-the-next-decade (дата обращения 20.10.2021).

93. ВЦИОМ. Врач – самая важная профессия! URL: https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/vrach-samaya-vazhnaya-professiya (дата обращения 20.10.2021).

94. Гвоздева С.М. Непараметрический статистический анализ вовлеченности персонала в организации // Изв. Сарат. ун-та Нов. сер. Сер. Экономика. Управление. Право. 2014. Т. 14. Вып. 4. С.639-645.

95. Голубков С.В. Лояльность персонала компании: ее психологическая структура, процесс формирования и методика измерения // Управление персоналом. 2004. №10 (87). С.62-64.

96. Группа компаний «МЕДСИ» увеличила выручку на 52 % по итогам 2018 год. URL: https://medsi.ru/about/press-centr/news/gruppa-kompaniy-medsi-uvelichila-vyruchku-na-52-po-itogam- 2018-goda/ (дата обращения 13.06.2019).

97. Грюнхольд Л., Мартенсен А. Лояльность работника – лояльность клиента – прибыльность компании // Персонал Микс. 2001. № 6. URL: https://www.cfin.ru/press/pmix/2001-6/11.shtml (дата обращения: 20.10.2021).

98. Дейнека О.С. Экономическая психология: Учеб. пособие. СПб.: Изд. СПбГУ, 2000. 160 с.

99. Демидова Н. Как воспитать благодарных сотрудников // Справочник по управлению персоналом. 2009. №7. С.64-67.

100. Демушина О.Н. Факторы, влияющие на лояльность персонала // Азимут научных исследований: психология и педагогика. 2015. №1(10). С.65-70.

101. Доминяк В. И. Организационная лояльность: модель реализации ожиданий работника от своей организации: дисс. на соиск. уч. ст. канд. псих. н., СПб, СПбГУ. 2006. 280 с.

102. Доминяк В.И. «Лояльность – причинение пользы» // Отдел кадров. 2004. №11. С. 102-105.

103. Доминяк В.И. Лояльность персонала как социально-психологическая установка // Персонал-Микс. 2002. № 5. С. 73.

104. Доминяк В.И. Организационная лояльность: основные подходы // Менеджер по персоналу. 2006. №4. С. 34-40.

105. Доминяк В.И. Различные подходы к феномену лояльности и безопасности организации // Теория и практика становления и развития школы безопасности (научные, учебные, методические и организационные аспекты) / Сборник тезисов докладов всероссийской научно-практической конференции. СПб.:Изд-во РГПУ им. А.И. Герцена, 2001, С.31-32.

106. Захарова М.А. К вопросу об оценке уровня удовлетворенности качеством медицинских услуг, предоставляемых «медицинскими учреждениями выбора» // Экономические и гуманитарные исследования регионов. 2015. № 4. С. 55-60.

107. Иванова Н.Е. Лояльность персонала как феномен // Научный вестник Южного института менеджмента. 2019. №2(26). С.23-28.

108. Игнатьева Т.А. Соотношение понятий «удовлетворенность», «вовлеченность», «лояльность», «идентификация» и «приверженность» // Российская наука: актуальные исследования и разработки: сборник научных статей VII Всероссийской научно-практической конференции. 2019. Самара: Самарский государственный экономический университет. С. 114-118.

109. Калабин А. Наш человек – не наш человек // Отдел кадров. 2004. №11. С. 129-130.

110. Калькулятор выборки. URL: https://niioz.ru/mediko-sotsiologicheskie-issledovaniya/kalkulyatory/ (дата обращения 20.10.2021).

111. Карартинян З.О. Влияние неформальных отношений на факторы, определяющие лояльность сотрудников по отношению к организации // Вестник ЮРГТУ (НПИ). 2014. №2. С.82-85.

112. Ковров А.В. Лояльность персонала. М.: Бератор, 2004. 168 с.

113. Коростелева С.В. Что посеешь, то и пожнешь // Отдел кадров. 2004. №11. С.126-128.

114. Крюкова Е. Стало ли больше послушных и преданных? // Служба кадров и персонал. 2009. №8. С. 47-50.

115. Куприянов Р.В., Жаркова Е.В., Хайруллин Р.Н. Использование методики NPS для оценки лояльности пациентов (опыт МКДЦ) // Менеджер здравоохранения. 2018. № 8. С. 38–45.

116. Лояльность пациентов платных клиник. 2015. URL: https://alhorum.ru/loyalnost-klientov-platnyh-klinik/ (дата обращения 13.06.2019).

117. Лычагина А.С. Лояльность персонала как фактор повышения конкурентоспособности компании в период организационных изменений // Гуманитарный акцент. № 3. 2018. С.60-65.

118. Лячин М.А., Подвербных О.Е. Лояльность персонала как основа мотивации сотрудников на инновационную активность в организации // Управление человеческими ресурсами – основа развития инновационной экономики. 2017. №7. С.124-128.

119. Магура М.И., Курбатова М.Б. Современные персонал-технологии // Управление персоналом. 2001. №6. С.45-50.

120. Маругина Т. Л., Яркин А. К., Федотов В. В., Загородних Е. С. Взаимосвязь уровня лояльности с показателями работы персонала стоматологической поликлиники КрасГМУ // Современные исследования социальных проблем (электронный научный журнал). 2013. No 9 (29). URL: https://cyberleninka.ru/article/v/vzaimosvyaz-urovnya-loyalnosti-s-pokazatelyami-raboty-personala-stomatologich-eskoy-polikliniki-krasgmu (дата обращения 20.10.2021).

121. Масалова Е. 6 шагов к построению системы мотивации. Консалтинговое агенство «Цифровое управление». URL: https://dc-24.ru/blog/sistema.html (дата обращения 20.10.2021).

122. Международный кодекс ICC/ESOMAR по практике проведения маркетинговых и социальных исследований, изучения общественного мнения и анализа данных. 2016. URL: https://www.esomar.org/uploads/public/knowledge-and-standards/codes-and-guidelines/ICCESOMAR_Code_Russian_.pdf (дата обращения 20.10.2021).

123. Миронова Е.Б., Вольвич Ю.К. Доверие к организации как фактор формирования лояльности сотрудников // Психология труда и управления в современной России: организация, руководство и предпринимательство. 2014. С. 394-397.

124. Морозов В.В. Показатели мотивации в формировании лояльности персонала: пример исследования // Вестник ЮУрГУ. 2010. №27. С.56-62.

125. НАФИ. «Карьерная инертность»: россияне недовольны своей работой, но не готовы искать новую. URL: https://nafi.ru/analytics/karernaya-inertnost-rossiyane-nedovolny-svoey-rabotoy-no-ne-gotovy-iskat-novuyu-/ (дата обращения: 20.10.2021).

126. НАФИ. «Карьерная инертность»: россияне недовольны своей работой, но не готовы искать новую. Пресс-релиз. URL: https://nafi.ru/upload/pressrelease/Survey%20results_eNPS.docx (дата обращения: 20.10.2021).

127. НАФИ. Нелояльны? Работаем дальше. URL: https://nafi.ru/analytics/ne-loyalny-rabotaem-dalshe/ (дата обращения: 20.10.2021).

128. Обоснование политики привлечения медицинских работников для успешной вакцинации против COVID-19 / Е. Аксенова, И. Богдан (основной исследователь), М. Вуйнович, А. Дренева, Н. Камынина, А. Койлю, Т. Колпакова, Б. Крейг, С. Орлов, А. Праведников, К. Хаберсаат, Д. Чистякова. Москва: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2021. 38 с. [внутренний отчет, на момент написания монографии не издан].

129. Онучин А. Изучение вовлечения // Вовлеченность. Сборник статей. М., 2014. С. 5-12.

130. Отчет по результатам мониторинга информированности, восприятия рисков, моделей профилактического поведения и уровня доверия для поддержки мер реагирования на вспышку пандемии (пятая волна) / Е. Аксенова, И. Богдан (основной исследователь), М. Вуйнович, А. Дренева, Н. Камынина, А. Койлю, Т. Колпакова, С. Орлов, А. Праведников, К. Хаберсаат, Д. Чистякова. Москва: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2021. 82 с. [внутренний отчет, на момент написания монографии не издан].

131. Панова А.А., Лустина Т.Н. Влияние лояльности персонала на формирование лояльности потребителей // Сервис в России и зарубежом.Т. 10. № 1(62). С. 165-173.

132. Перфильева Г.М. По страницам истории: памяти Флоренс Найтингейл / Медицинская сестра. 2002. № 2. С. 2-11.

133. Позднякова Т.В. Лояльность персонала организаций: анализ теоретико-методологических и методических аспектов // Перспективы науки и образования. 2013. №2. С. 95-103.

134. Полосухина Марина Васильевна Формирование модели управления лояльностью персонала современной организации // УЭкС. 2011. №36. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/formirovanie-modeli-upravleniya-loyalnostyu-personala-sovremennoy-organizatsii (дата обращения: 20.10.2021).

135. Потеряхин А.Л. Организационная лояльность персонала: определение понятия // Лабортория информационно-психологических технологий Александра Потеряхина. URL: https://labipt.com/%D0%9E%D1%80%D0%B3%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%B7%D0%B0%D1%86%D0%B8%D0%BE%D0%BD%D0%BD%D0%B0%D1%8F-%D0%BB%D0%BE%D1%8F%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8C-%D0%BF%D0%B5%D1%80%D1%81%D0%BE%D0%BD%D0%B0%D0%BB/ (дата обращения: 20.10.2021).

136. Райхельд Ф., Марки Р. Искренняя лояльность. Ключ к завоеванию клиентов на всю жизнь / Фред Райхельд, Роб Марки; пер. с англ. С. Филина [науч. ред. И. Чичмели]. М.: Манн, Иванов и Фербер, 2013. 352 с.

137. Ребзуев Б.Г. Четырехмерная модель аффективной преданности работников организации: опыт применения на российской выборке // Психологический журнал. 2006. Т. 27. № 2. С.44-59.

138. Секция 2 «Лояльность сотрудников и пациентов: опыт медицинских организаций», форума «Социология здоровья: здравоохранение, которому доверяют» (2020). URL: https://socforum.niioz.ru/ru/. (дата обращения 20.10.2021).

139. Сенченко А. Ю. Возможность использования «Индекса потребительской лояльности» при оценке качества медицинской помощи // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2017. № 1. С. 244–247.

140. Серединова Е. Лояльность – это миф? // Лояльность персонала: Альманах. Под ред. Т. Асланова. М.: Имидж-Медиа, 2009. С. 6-9.

141. Серкова Н.В. Философская категория веры, явления доверия и лояльности в информационном обществе // Трансформация научных парадигм и коммуникативные практики в информационном социуме. 2013. С. 164-167.

142. Файзханова А.Л. Развитие конкурентных преимуществ лечебно-профилактических учреждений на основе программы лояльности // Актуальные проблемы экономики и права. 2013. № 4. С. 191–197.

143. Харский К. В. Благонадежность и лояльность персонала. СПб: Питер, 2003. 496 с.

144. Челнокова Н.Ю. Лояльность сотрудников как способ повышения эффективности управления персоналом организации // Инновационная наука. 2015. №11-1. С.277-281

145. Чистякова Т.Н., Моисеенко Н.В. О лояльности, организационных конфликтах и развитии организации (заметки на полях исследования) // Новая перспектива. 2000. С. 114-125.

146. Чуланова О.Л., Припасаева О.И. Вовлеченность персонала организации: основные подходы, базовые принципы, практика использования в работе с персоналом // Вестник евразийской науки. 2016. Т.8. №2(33). URL: https://cyberleninka.ru/article/n/vovlechennost-personala-organizatsii-osnovnye-podhody-bazovye-printsipy-praktika-ispolzovaniya-v-rabote-s-personalom (дата обращения: 20.10.2021).

147. Шипилова О. Лояльность персонала – необходимое условие успешности компании // Кадры предприятия. 2004. №4. URL: http://www.kapr.ru/articles/2004/4/3851.html (дата обращения: 20.10.2021).

148. Яковлева Л.Р., Придворова Е.С. Диагностика лояльности персонала в организациях // Стратегическое и проектное управление: Сборник научных статей / гл. ред. В.Г. Прудский; Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Пермский государственный университет» Администрация губернатора Пермского края. Пермский филиал Московского отделения Project Management Institute ООО «Парма-Телеком». Пермь : Пермский государственный университет, 2010. С. 125-126.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Богдан Игнат Викторович – кандидат политических наук, начальник отдела медико-социологических исследований ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ». Email: bogdaniv@zdrav.mos.ru

Дренева Анна Александровна – старший аналитик отдела медико-социологических исследований ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ». Email: drenevaaa@zdrav.mos.ru

Праведников Александр Владимирович – кандидат социологических наук, аналитик отдела медико-социологических исследований ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ» (сотрудник организации на момент написания своих разделов). Email: pravednikovav@zdrav.mos.ru

Чистякова Дарья Павловна – аналитик II категории отдела медико-социологических исследований ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ». Email: chistyakovadp@zdrav.mos.ru

Государственное бюджетное учреждение города Москвы
«Научно-исследовательский институт организации
здравоохранения и медицинского менеджмента
Департамента здравоохранения города Москвы»

Богдан И.В., Дренева А.А., Праведников А.В.,
Чистякова Д.П.

ЛОЯЛЬНОСТЬ ПЕРСОНАЛА МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

МОНОГРАФИЯ

Корректор: Е. Н. Малыгина
Верстка: Е. Д. Поник

Издано в авторской редакции
Подписано в печать 07.02.2022.
Формат 60x84/16.
Усл. печ. л. 10,97
Тираж 30 экз. Заказ № 26.

Отпечатано в ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»,
г. Москва, ул. Шарикоподшипниковская, д. 9.
Тел.: + 7 (495) 530-12-89
www.niioz.ru

МОСКВА
2021