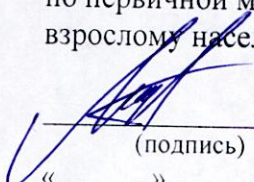


**ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ
ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ**

СОГЛАСОВАННО

Главный внештатный специалист
по первичной медико-санитарной помощи
взрослому населению


(подпись) Тяжельников А.А.
« » 20 г.

РЕКОМЕНДОВАНО

Экспертный совет по науке

Департамента здравоохранения
города Москвы №


«22 МАРТА» 2021 г.



**МОНИТОРИНГ ЛОЯЛЬНОСТИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ УСЛУГ И ПЕРСОНАЛА
МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ (МЕТОДОЛОГИЯ (e)NPS)**

Методические рекомендации № 2

УДК _____
ББК _____

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

Составители: Богдан И.В., начальник отдела медико-социологических исследований; Праведников А.В., аналитик; Чистякова Д.П., аналитик 2 категории.

Рецензенты:

Дмитриева Е.В., профессор кафедры социологии МГИМО, директор фонда «Здоровье и развитие», доктор социологических наук.

Гостищев Р.В., заместитель главного врача по перспективному развитию ГБУЗ «ГКБ №40 ДЗМ», кандидат медицинских наук.

Методические рекомендации предназначены для руководителей медицинских организаций города Москвы, которые планируют исследование/мониторинг лояльности своих сотрудников или потребителей услуг по популярной методологии (e)NPS. Рекомендации дают представление об основных этапах и нюансах организации исследования такого рода. Рекомендации подготовлены в рамках тематики научно-исследовательских работ Департамента здравоохранения города Москвы «Развитие кадрового потенциала столичного здравоохранения».

Данный документ является собственностью Департамента здравоохранения города Москвы и не подлежит тиражированию и распространению без соответствующего разрешения.

Оглавление

ОПРЕДЕЛЕНИЯ.....	4
ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ.....	5
ВВЕДЕНИЕ.....	6
МОНИТОРИНГ ЛОЯЛЬНОСТИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ УСЛУГ	8
1. Предпосылки работы с лояльностью: культура доверия	8
2. Инструментарий исследования	8
2.1. Классическая методика (e)NPS	8
2.2. Ограничения применения методологии лояльности (e)NPS	10
2.3. Возможности дополнения классического инструментария	10
2.4. Основные положения формирования инструментария исследования	11
3. Сбор данных	13
3.1. Количественное исследование	14
3.2. Качественное исследование	22
4. Аналитика данных	22
4.1. Подготовка базы данных	22
4.2. Аналитика лояльности потребителей услуг и персонала	23
5. Практическое применение результатов и завершающие ремарки	31
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	33
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ	34
ПРИЛОЖЕНИЕ А. ПРИМЕР АНКЕТЫ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА СТАЦИОНАРА ...	36

ОПРЕДЕЛЕНИЯ

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.

Генеральная совокупность (обозначается как N) - совокупность всех объектов (единиц), относительно которых предполагается делать выводы. Например, все текущие пациенты полклиники.

Закрытые вопросы – вопросы, имеющие фиксированный набор вариантов ответа, не предполагающие ответа в свободной форме (например: «да», «нет», «затрудняюсь ответить»).

Качественный подход к исследованию отвечает на вопрос «Как?». Зачастую он применяется, когда невозможно реализовать количественную выборку или необходимо уточнить данные уже проведенного количественного исследования, либо же исследователю не хватает информации для составления количественного опросника. Этот подход – подход выбора для поиска возможных аргументов / контраргументов, причин событий с точки зрения индивида, новых решений (инсайтов), экспертных оценок, выявления максимально полного вариатива смыслов, причин явлений, механизмов работы с ними. Примеры методов, используемых в рамках качественного подхода – фокус-группы, глубинное интервью, экспертные методы (например, Дельфи), проективные рисунки, метод изучения кейсов, партисипаторное исследование. При этом подход не дает понимание распространенности ответов в генеральной совокупности, в отличие от количественного подхода (например, мы не можем заключить, сколько процентов людей разделяют определенного рода мнения).

Количественный подход к исследованию отвечает на вопрос «сколько?» (насколько распространено мнение, установка, поведение?), например, сколько лояльных лиц в интересующей нас группе. В рамках подхода возможна реализация случайного выборочного исследования и возможно применять процедуры статистического анализа, а также генерализировать результаты. Подход подразумевает компетенцию автора в изучаемом вопросе, так как автор должен быть в состоянии корректно «закрывать» вопросы (предложить респондентам необходимый и достаточный список вариантов ответа). В рамках подхода могут быть применены следующие методы: анкетный опрос (телефонный, бумажный, онлайн), количественный контент-анализ, эксперимент, методы математического анализа, моделирования, методики анализа больших данных.

Лояльность потребителя услуг - приверженность потребителя услуг к получению их в данной организации (подразделении).

Лояльность сотрудника – приверженность сотрудника к работе в данной организации (подразделении).

Открытые вопросы – вопросы без вариантов ответа, на которые респондент может ответить в свободной форме (например, «в свободной форме укажите, почему Вы ответили так?»).

Респондент – опрашиваемый человек.

ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

ФЗ – федеральный закон.

РФ – Российская Федерация.

Минздрав России – Министерство здравоохранения Российской Федерации.

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

ДЗМ – Департамент здравоохранения города Москвы.

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

ДГП – детская городская поликлиника.

СМП – средний медицинский персонал.

ВВЕДЕНИЕ

Сегодня важность работы с обратной связью в здравоохранении закреплена законодательно. В частности, ст. 4 ФЗ-323, среди принципов охраны здоровья называет: «приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи», что предполагает изучение мнения самих пациентов об их интересах и том, насколько эффективно они защищаются. Постановление Правительства РФ от 21.10.2011 № 856 устанавливает, что удовлетворенность – один из критериев доступности и качества медицинской помощи, наряду с «классическими» статистическими показателями. Особенно стоит отметить многочисленные приказы Минздрава России¹, регламентирующие «независимую оценку качества условий оказания услуг медицинскими организациями», которые устанавливают порядки и анкеты для мониторинга качества медицинских услуг посредством такого способа обратной связи как опросы.

Эти нормативно-правовые акты отражают в т.ч. изменения философских и методических подходов к управлению здравоохранением. В частности, мы видим смену парадигмы отношений с пациентом от патерналистской к партнерской, призванной больше учитывать интересы пациента и уделяющей большее внимание «внутренним» факторам (комплаенс, установки на выздоровление и т.д.). При этом мы обращаемся не только к обратной связи от получателей услуг, не менее важны и сотрудники, работа с обратной связью от которых сегодня – обязательное условие эффективного менеджмента медицинской организации.

В данных методических рекомендациях будет рассмотрена обратная связь в рамках работы с лояльностью получателей услуг и сотрудников. Из множества подходов к измерению лояльности и смежных конструктов в данной работе рассмотрена методология Ф. Райхельда, в рамках которой измеряется индекс лояльности NPS (Net Promoter Score)². В случае сотрудников мы говорим о индексе лояльности сотрудников, eNPS (employee Net promoter score), принципы измерения которого остаются в целом теми же. Указанная методология набирает популярность, в т.ч. в государственном здравоохранении, за счет ее внедрения людьми из бизнес-среды. Вместе с особым типом мышления они привносят в работу бизнес-концепты, среди которых концепт лояльности. Сегодня мы можем видеть уже неединичные кейсы применения данной методологии в медицинских организациях Департамента здравоохранения Москвы³, а также в рамках системы ЕМИАС⁴. Заказчиков исследований привлекает простота методологии и получаемые конкретные данные о положительных и отрицательных аспектах работы организации, а также обещаемые авторами методики значимые улучшения (в т.ч. финансовые) вследствие работы по повышению лояльности.

Однако некорректное применение методологии не принесет результатов. Недостаток методического сопровождения при инициативных исследованиях может

¹ Нормативно-правовая база независимой оценки качества условий оказания услуг медицинскими организациями [Электронный ресурс]. URL: <https://minzdrav.gov.ru/open/supervision/format/nezavisimaya-sistema-otsenki-kachestva-okazaniya-uslug-meditsinskimi-organizatsiyami> (дата обращения: 24.12.2020)

² 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. 19.

³ Мы продолжаем совместную работу с Московским городским университетом управления по оценке индекса NPS и делимся с Вами результатами за 4 месяца [Электронный ресурс]. 2019. URL: <https://www.facebook.com/gkbyudina/posts/867783383575566/> (дата обращения: 24.12.2020); Лояльность сотрудников детской поликлиники. Кейс ДГП №86/ И.В. Богдан, К.И. Габов, М.В. Гурылина, А.С. Зотов, Д.П. Чистякова, Г.Ю. Уханова. — Москва: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2020. — 54 с.; Перспективы развития детской психиатрической службы глазами специалистов. Аналитический доклад / А.Я. Басова, М.А. Бебчук, И.В. Богдан, Е.А. Гимранова, М.В. Гурылина, Д.П. Чистякова. — Москва: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2020. — 51 с. [в печати]

⁴ В масштабах мегаполиса // Московская медицина. Специальный выпуск. - 2016. - №1(1). - С. 64.

приводить к неправильному сбору выборки, аналитике данных и т.д., в итоге – к невалидным данным и неправильным выводам и решениям на их основе. В связи с этим видна необходимость разработки методических рекомендаций по организации мониторинга лояльности в медицинских организациях, которые могут направлять работу управляющего персонала, давать им представление об условиях применения методологии (e)NPS.

Данное методическое пособие актуально ввиду недостаточной академической проработанности тематики мониторинга лояльности в медицине, особенно в применении к нашей стране⁵. В частности, обзор литературы не позволил найти аналогичного методического пособия, рассматривающего основные нюансы такого рода мониторинга.

В пособии мониторинг лояльности сотрудников и потребителей услуг рассмотрены вместе. Несмотря на то, что исследование лояльности в данных двух группах обладает нюансами, основные принципы едины. При наличии же специфических исключений, они упоминаются в тексте отдельно. Сам текст пособия структурирован с учетом возможной логики построения мониторинга, рассматривая необходимую очередность этапов и их содержание.

⁵ Богдан И.В., Гурылина М.В., Чистякова Д.П. Лояльность сотрудников и пациентов в управлении здравоохранением. – Москва: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2019. – С.12-17.

МОНИТОРИНГ ЛОЯЛЬНОСТИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ УСЛУГ

1. Предпосылки работы с лояльностью: культура доверия

Ключевым условием успеха мониторинга лояльности является готовность и способность руководителя медицинской работы к корректной работе с обратной связью. Руководитель должен быть готов услышать обратную связь, не воспринять её лично, знать, как извлечь из неё ценную информацию и инициировать корректные действия на её основе. Он должен понимать, что даже негативная и объективно некомпетентная обратная связь – это призыв к действию, так как она демонстрирует недостаток информированности.

Готовность должна быть реальной, а не декларируемой. В медицинских организациях можно встретить случаи, когда демонстрируя на словах важность и приверженность культуре диалога с пациентами и сотрудниками, руководители умышленно или неумышленно воспринимают данные группы как «врагов», которые «мешают» им работать. Такой руководитель, декларируя полезность абстрактной обратной связи, воспринимает несовпадающее с его взглядами мнение от сотрудников/получателей услуг как неправильное, некомпетентное, которое можно проигнорировать.

Такие установки превращают медико-социологические мониторинги в профанацию, вызывают разочарование в них со стороны сотрудников и пациентов. Пациенты отказываются от обратной связи, декларируя, что все равно она не будет воспринята⁶, а сотрудники ассоциируют её с бесполезной дополнительной внерабочей обязанностью. Таким образом, при таком подходе мониторинг не только не принесет пользы организации, но и сформирует недоверие к инициативам по получению обратной связи. Впоследствии это будет подрывать возможность сбора релевантной обратной связи даже при привлечении квалифицированных специалистов к опросу.

Кроме указанной культуры, важны следующие компоненты мониторинга:

- 1) Корректный подход к подготовке инструментария исследования;
- 2) Корректный подход к организации исследования (в первую очередь, к формированию выборки);
- 3) Корректный подход к аналитике данных.

Указанные аспекты будут рассмотрены далее.

2. Инструментарий исследования

2.1 Классическая методика (e)NPS

Инструментарий исследования достаточно четко формализован авторами методики⁷. Нюансы зависят только от конкретного перевода английского инструментария и адаптации к реалиям здравоохранения.

⁶ Актуальные вызовы для онкологической службы Москвы / И.В. Богдан, М.В. Гурылина, Д.П. Чистякова, С.Н. Минаков. - Москва: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2019. – С. 4.

⁷ 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.

Основа методологии лояльности с точки зрения инструментария состоит по сути из двух вопросов.

Степень лояльности измеряется через косвенный вопрос о готовности рекомендовать организацию, в которой получены услуги. Для получателей услуг адаптация вопроса, предложенного Ф. Райхельдом, может выглядеть следующим образом:

Насколько вероятно, что Вы порекомендуете своим знакомым, друзьям обратиться (при необходимости) в ... (организация, подразделение) – оцените по шкале от 0 (точно не порекомендую) до 10 (обязательно порекомендую)?

При проведении анкетирования в бумажном виде вопрос может быть представлен в форме шкалы. Возможный вид шкалы следующий (Рисунок 1):

Никогда не стал/-а бы рекомендовать	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Рекомендовал/-а бы обязательно
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------------------

Рисунок 1. Шкала для измерения (e)NPS

Уточнение в тексте вопроса «при необходимости» введено в связи с тем, что, по нашему опыту, среди пациентов нередко ответы, что они бы никому не порекомендовали болеть.

Изначально методология измерения лояльности была разработана для пациентов, однако на определенном этапе изучения темы лояльности авторы пришли к тому, что «невозможно достичь лояльности клиентов, не обеспечив прежде лояльность персонала»⁸. При оценке лояльности сотрудников организации (eNPS), шкала остается той же, а вопрос может принимать следующий вид:

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)

Использовать в вопросе «отделение» вместо «организации» более предпочтительно, так как сотрудник непосредственно знаком с его работой, тогда как основу оценки всей организации могут составлять слухи и нереалистичные преставления. Однако при активном кадровом перемещении сотрудников между отделениями (например, перепрофилирование при пандемии COVID-19) или при иных специфических условиях/задачах можно спрашивать и о лояльности к медицинской организации в целом.

После первого вопроса по оценке лояльности задается второй, открытый вопрос:

Какова основная причина такой оценки?

⁸ Там же, С. 209.

Если опрос проводится в бумажной форме, не забудьте оставить в анкете свободное место для развернутого ответа.

2.2 Ограничения применения методологии лояльности (e)NPS

Важно отметить, что использование методологии (e)NPS не всегда приемлемо. Необходимо принимать во внимание условия, в рамках которых планируется проведение оценки лояльности. Приведем для примера 2 кейса:

Кейс 1. Планируется проведение оценки лояльности пациентов психиатрической больницы. Однако среди них присутствуют и те, кто был госпитализирован принудительно. Задавать вопрос данной группе пациентов о том, порекомендуют ли они организацию своим близким/ друзьям и знакомым некорректно.

Кейс 2. Нерелевантные данные мы получим также и при измерении индекса лояльности пациентов к государственной скорой помощи. Обращение к данной службе предполагает наличие экстренной ситуации, когда у человека зачастую нет возможности выбора поставщиков услуг (и, соответственно, возможности для рекомендаций). Стоит отметить, что и Ф. Райхельд говорил о применимости своей методологии в зрелых конкурентных областях⁹, что не в полной мере применимо к услугам той же скорой помощи, монополистом в которых является государство.

В случае, когда методология (e)NPS видится неприменимой, необходим выбор другого подхода. Для указанных кейсов релевантна, например, методология измерения удовлетворенности («Насколько Вы удовлетворены...» или методология CSI).

Также необходимо отметить и наличие критики методики e(NPS) в целом. Используемая 11-балльная шкала значительно хуже воспринимаемая нашим населением, чем 5-ти балльная шкала (особенно на слух). Необходима 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. Ряд критических публикаций по данной теме можно обнаружить в литературе¹⁰. В контексте пособия важно помнить только об ограничениях данной методологии и критически относиться к призывам заменить профессиональную социологическую экспертизу на «один вопрос, который вам надо использовать, чтобы расти».

2.3 Возможности дополнения классического инструментария

Добавление в инструментарий дополнительных вопросов позволяет более детально анализировать полученные данные, в т.ч. выявлять «уязвимые группы» для последующей целенаправленной работы. Авторы оригинальной методики, однако, предостерегают от излишнего расширения анкеты¹¹.

Приведем ряд возможных для включения параметров.

⁹ Reichheld F. One Number You Need to Grow // Harvard Business Review. - 2003. - 81(12). - P. 51-52.

¹⁰ Богдан И.В., Гурылина М.В., Чистякова Д.П. Лояльность сотрудников и пациентов в управлении здравоохранением. Москва: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2019. – С. 20.

¹¹ 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.

В первую очередь – это **дополнение анкеты «паспортной частью»**. Впоследствии при анализе полученные данные позволят выявлять целевые, «уязвимые» группы. Данный блок может содержать следующие вопросы:

- пол
- возраст
- округ проживания
- уровень образования
- социальный статус (безработный, пенсионер и т.д.)
- уровень дохода и т.д.
- должность (для медработников)

При составлении инструментария следует помнить, что есть деликатные вопросы, на которые респонденты обычно не склонны отвечать, например вопросы о доходе. Имеет смысл заменить их на оценку своего материального положения по шкале «хорошо-плохо» или «удовлетворен-не удовлетворён». Также недоверие и последующий отказ от ответа может вызывать открытый вопрос о возрасте респондента. Особенно это актуально при изучении небольшой совокупности лиц (например, изучении малочисленной организации, подразделения), т.к. указание точного возраста вызывает ощущение неанонимности ответов. С целью получения большего числа ответов вопрос о возрасте задается в закрытой форме: предлагается указать не конкретный возраст, а принадлежность к возрастному диапазону, например «18-30», «31-55» и т.д.).

С учетом гипотез о вероятно большем влиянии некоторых факторов на лояльность сотрудников организации или при необходимости получения дополнительных сведений можно внести в анкету, например, **шкалы определения психологического состояния** (в т.ч. выгорания или депрессии); **предложения сотрудников по повышению эффективности работы** отделений.

При этом при составлении анкеты важно учитывать порядок вопросов. В том случае, если на первом месте стоит классическая методология (e)NPS, а затем дополнительное изучение факторов, исследователь получает эмоциональную оценку респондентов, их общее впечатление об организации. Напротив, если вначале уточняются факторы (задаются дополнительные вопросы, например, об эмоциональном состоянии), оценка лояльности будет иметь более рациональный характер.

2.4 Основные положения формирования инструментария исследования

1) Преамбула

При формировании опросника важно уделять внимание наличию и содержанию преамбулы анкеты. Несмотря на то, что значимый процент респондентов просто её пропускает (если это заочное анкетирование), часть респондентов все же внимательно знакомятся с ее содержанием. Она оказывает влияние на принятие респондентом решения об участии в опросе (в т.ч. за счет указания тематики и важности ответов каждого респондента), поясняет организационные моменты (как именно заполняется анкета).

Так, преамбула может включать в себя:

- название;
- обращение к человеку, просьба принять участие в исследовании;

- информацию о том, кто проводит исследование (чем больший статус исследователя (профессор, органы власти и т.д.) – тем лучше);
 - цель, задачи исследования (как будут использованы результаты);
 - важность респондента для достижения целей, задач исследования, значимость его мнения (например, «Ваше мнение крайне важно для нас, оно позволит...»);
 - общая инструкция (техника заполнения анкеты, например, «выберите вариант ответа, который в наибольшей степени соответствует Вашему мнению...»);
 - продолжительность исследования (сколько приблизительно займет анкета).
- Если исследование короткое, лучше это подчеркнуть;

- подчеркивание анонимности исследования («данные будут использованы в анонимной, обезличенной форме» - если оно анонимно или информация о том, как будут защищены персональные данные);

- благодарность авансом (не обязательно).

Важные части преамбулы, ключевые слова, на которые респондентам важно обратить внимание, желательно выделять (например, полужирным начертанием, подчеркиванием). Введение, как и анкета, должно быть минимальным, как можно более коротким и емким. Пример преамбулы:

Уважаемый коллега!

Департамент здравоохранения г. Москвы проводит исследование, направленное на оценку условий работы медицинского персонала в Вашей организации. Ваше мнение крайне важно для нас. Оно поможет нам выявить и впоследствии устранить существующие организационные недостатки. Данные опроса будут обработаны в обезличенной, анонимной форме.

В случае интервью вводная часть может быть сокращена вообще до нескольких фраз, например:

Здравствуйте!

Мы проводим опрос пациентов нашей поликлиники, чтобы улучшить качество услуг. Могу я задать Вам несколько вопросов?

Особую важность преамбула или сопроводительное письмо приобретают, когда мы просим незнакомого человека ответить по почте или при самозаполнении анкеты.

2) Содержательная часть (вопросник)

В целом, чем короче анкета и проще написана, тем лучше. Необходимо избегать формулировок, связанных со сложными понятиями (в т.ч. сложными для непрофессионала являются такие очевидные для специалиста понятия как «дневной стационар», «амбулаторное звено» и т.д.) и тех, в которых респонденты не могут дать экспертного заключения (например, абстрактные вопросы на тему того, были ли превышены нормативы ожидания или нарушены порядки оказания помощи). Желательно разместить анкету на одной стороне одного листа или максимально минимизировать число «перелистываний», в т.ч. если это электронная анкета. Чем более краткая анкета, тем больше шансов, что респондент пройдет анкету до конца.

При выборе дополнительных вопросов, необходимо использовать вопросы и шкалы, валидизированные в научных статьях профильных журналов или в исследованиях компаний с высокой методической репутацией. При необходимости

добавления собственных вопросов (обоснованных теоретическими гипотезами) рекомендуется приглашать к разработке специалистов-социологов с наличием практики работы в менеджменте. Опыт аналогичных исследований показывает, что вопросы, разработанные непрофессионалами, страдают от значимых недостатков – не учитывается весь спектр ответов, вопросы задаются непонятно, не валидны или не входят в зону компетенции респондента.

При разработке инструментария без привлечения профессионалов, обязательно проведение пилотного исследования на незнакомых людях. Рекомендуется опросить не менее 15-20 человек по подготовленной анкете, выслушать и проанализировать их рассуждения при заполнении анкеты. Пилот зачастую дает представление о том, что люди не воспринимают «очевидные» вопросы так, как воспринимает их разработчик анкеты. Это позволяет внести соответствующие коррективы до начала исследования, что значительно экономит организации усилия и ресурсы.

Также при самостоятельном составлении инструментария важно учитывать ряд нюансов составления вопросов, например, при составлении анкет:

- Запрещается использование наводящих вопросов. Пример «плохого» вопроса: «Согласны ли Вы с тем, что здоровье – одна из ключевых ценностей человека?»
- Необходимо избегать двойных вариантов ответа (и вопросов). Пример «плохого» варианта ответа: «*1. Мне нравится квалификация и отношение персонала*» - это двойное основание, которое будет искажать данные: человеку может нравиться что-то одно, и не нравиться другое.
- Рекомендуется ставить самый часто встречаемый вариант ответа первым. Это снижает риск случайных неверных ответов.
- Если варианты ответа включают «нет» и несколько градаций «да», сначала желательно ставить вариант «нет» первым также для минимизации риска случайных неверных ответов.
- Рекомендуется избегать слишком длинных перечней вариантов ответов.

3) Заключительная часть

Содержит благодарность за участие исследование («Благодарим Вас за уделенное время!», «Спасибо за участие в опросе!»). При желании – контактные данные исследователя, данные о том, где можно будет ознакомиться с результатами исследования и т.д.

Параллельно с разработкой инструментария можно начинать подготовку к сбору данных. Этой теме посвящен следующий раздел.

3. Сбор данных

В случае использования классической методологии оценки лояльности (и последующего дополнения инструментария) используется количественный подход к исследованию (см. определения). При возникновении потребности в реализации качественного подхода к исследованию лояльности¹², например посредством глубинных

¹² Например, для уточнения полученных данных количественного исследования или для обсуждения решений по результатам исследования (которое может помочь выявить потенциальные сложности перед

интервью или фокус-групп, предпочтительно обратиться к профессионалам (социологам с наличием практики работы в менеджменте).

В данных методических рекомендациях будет расписан количественный подход к исследованию с минимальной базовой информацией о нюансах качественного исследования.

3.1. Количественное исследование

Для количественного исследования необходимо выполнить следующие шаги:

3.1.1 Определить генеральную совокупность исследования

Для начала необходимо определить, чье мнение важно изучить для принятия управленческих решений: кого нужно опросить? Например, только ли это пациенты (все или отдельная группа) или это должны быть ещё и члены их семей/законные представители? Бремя пациента для семьи может быть критичным, особенно в таких областях как паллиатив, психиатрия, онкология. В них работа с семьей (например, психологическая поддержка), также может выступать индикатором качества медицинской помощи. Также есть детские службы, где зачастую мы обращаемся к родителям, а не к прямым получателям услуг - детям.

В данном контексте также важно помнить, что в ряде случаев участие в исследовании предполагает наличие определенных компетенций. В частности, при оценке удовлетворенности желательно опрашивать не всех обратившихся за помощью людей, а тех, кто уже получил помощь или получал ее несколько раз (например, тех, которые посещали врача не менее 3-5 раз) или провели в организации определенное время (например, не менее 5-7 дней). Данные критерии устанавливаются экспертно или на основании пилотного исследования. В противном случае высоки риски получения большого числа неинформативных ответов («не знаю», «затрудняюсь ответить» и др.) или же данных, основанных не на личном опыте, а под влиянием внешних информационных факторов (о том, что локальная система здравоохранения «хорошая/«плохая»). Таким образом, генеральной совокупностью могут стать не просто респонденты, а «компетентные» респонденты.

3.1.2 Определить подход к опросу: выборочный или сплошной опрос

Если генеральная совокупность (целевая группа) очень малочисленна (до 30 человек), имеет смысл проводить сплошной опрос. В целом сплошной опрос является предпочтительным подходом в любом случае, если это позволяют ресурсы.

При большой генеральной совокупности возможно прибегать к выборочному методу (чем она больше, тем «выгоднее» с точки зрения ресурсов брать выборку). По значениям, полученным на правильно реализованной выборке, мы можем сложить мнение о всей целевой группе. Для этого необходимо обеспечить репрезентативность выборки – соответствие характеристик выборки характеристикам генеральной совокупности. Например, получив 20% «критиков» в выборке, мы хотим быть уверены, что таких примерно столько же среди всех людей, которые нас интересуют.

их внедрением). См. также раздел «Определения» для дополнительной информации о качественных методах.

Оговоримся, что нет единой процедуры, обеспечивающей репрезентативность любого типа выборок. Для опроса в медицинских организациях возможно применение следующих типов выборки:

- простая случайная выборка

Данный тип выборки позволяет с большей точностью рассчитать необходимый объем репрезентативной выборки, не применяя дополнительных процедур. Однако реализация данного типа крайне сложна. Поясним, что бессистемно опрошенные пациенты (например, любые сто пациентов, которым удалось раздать анкету) не являются случайной выборкой. Для того, чтобы выборка являлась случайной, необходима строгая процедура отбора опрашиваемых – мы должны иметь список всех интересующих нас единиц наблюдения и случайным образом отобрать тех, кого мы будем опрашивать.

Относительно универсальный способ – опрос с привлечением колл-центра по полной базе номеров пациентов. Телефонный опрос по заданной базе является стандартом массового количественного исследования в Москве. Но привлечение, а тем более создание колл-центров не всегда является целесообразным (в т.ч. с точки зрения больших финансовых затрат и ресурсов на организацию, поддержание и контроль колл-центра), тем более встают вопросы правового регулирования передачи персональных данных респондентов. Также важный момент – проведение телефонного опроса требует адаптации анкеты к восприятию на слух.

- систематическая случайная выборка

Другая возможность – случайный отбор входящего в поликлинику/выходящего из неё (например, отбор каждого N-ого респондента). Но при этом также важен случайный отбор времени (утро, день, вечер; 1ая смена, 2ая смена и т.п.) и даты интервьюирования, что также делает данный процесс трудоемким. Помимо этого, необходимо осуществлять контроль за интервьюерами, направленный на исключение нарушений методологии.

- кластерная выборка

Наиболее применимая в реальных условиях выборка. Случайным образом мы отбираем единицы анализа (интересующие подгруппы), а затем опрашиваем всех респондентов внутри них. Например, мы случайным образом отбираем из списка отделений несколько и проводим сплошной опрос выписывающихся пациентов. Отбор может быть в том числе многоступенчатым (например, случайный отбор подразделения, а внутри него случайный отбор доктора для сплошного опроса всех его пациентов). Кластерная выборка также требует учета ограничений, например, эффекта дизайна¹³.

Случайный отбор может быть реализован с помощью генератора случайных чисел. Например, в программе Microsoft Excel записываются все наблюдения в виде строк, напротив каждой из них генерируется случайное число (функция СЛЧИС). Далее полученные случайные числа ранжируются вместе со связанными с ними наблюдениями и отбираются первые N элементов, которые вам необходимы (исходя из размеров выборки).

¹³ Эффект дизайна - систематическая ошибка в результатах исследования, относящаяся к особенностям методологии. Подробнее об ограничениях: Saks M., Allsop J. (eds.) *Researching health: Qualitative, Quantitative and Mixed Methods*. London: Sage Publications, 2013. P. 351.

3.1.3 Произвести расчет размера выборки

В случае реализации эталонной простой случайной выборки (см п. 2) для оценки необходимых объемов выборки можно использовать статистику за предшествующий исследованию период (например, за предыдущий год). Применяется следующая формула (Рисунок 2):

$$n = \frac{t^2 N * s^2}{\Delta^2 N + t^2 s^2}$$

Рисунок 2. Формула расчета случайной выборки

где t – коэффициент, зависящий от выбранной доверительной вероятности (см. пояснение в сноске);

s – доля респондентов, имеющих рассматриваемый признак (максимальное значение – 0,5);

Δ – предельная ошибка выборки (в %), разделенная на 100 (см. пояснение в сноске);

N – размер генеральной совокупности.

С учетом рекомендуемой ошибки выборки в 5% и доверительной вероятности в 95%¹⁴ рекомендуется использовать упрощенную формулу (рисунок 3):

$$n = \frac{N * 0,9604}{0,0025 * N + 0,9604}$$

Рисунок 3. Формула расчета случайной бесповторной выборки (предельная ошибка выборки – 5%, доверительная вероятность – 95%)

где N – размер генеральной совокупности.

Согласно данной формуле, 385 человек будет достаточно для случайной выборки из любой однородной совокупности. Увеличение выборки рекомендуется для разнородных групп, если необходимо проводить более подробную аналитику по малочисленным подвыборкам.

Каждая необходимая для анализа малочисленная подвыборка (например, пациенты с определенным заболеванием или возрастом) должна быть представлена более чем 30 наблюдениями (граница размера малых выборок), а желательно - более чем сотней наблюдений. Исходя из таких значений, размер выборки может быть увеличен с базового (см. выше) до необходимого в рамках данного исследования. Реализация случайной выборки даже при имеющемся полном списке единиц наблюдения, будет в подавляющем числе случаев иметь изъяны ввиду наличия отказов от ответов и невозможности опросить пациентов по другим причинам. Учитывая

¹⁴ Данные параметры обозначают следующее. Доверительная вероятность – «точность» исследования. Ошибка выборки – «погрешность» или отклонение средних характеристик выборочной совокупности от средних характеристик генеральной совокупности. В данном примере - в 95% (доверительная вероятность) случаев если мы возьмем случайную выборку из нашей генеральной совокупности, она будет иметь ошибку до 5%, в остальных 5% случаев – больше. То есть если выборка показывает, что у нас 60% «критиков» в реальности их может быть от 55% до 65% (при ошибке в 5%).

вышеперечисленное, увеличение объема случайной выборки приветствуется, так как оно позволит снизить ошибку выборки или повысить доверительную вероятность.

Можно также не прибегать к самостоятельным расчетам, а пользоваться готовыми калькуляторами выборки¹⁵. При планировании исследования в контексте объемов выборки следует помнить, что число отказов в медицинских опросах может достигать 80%¹⁶ и более.

Однако как мы уже упоминали ранее, реализация простой случайной выборки – довольно трудоемкий процесс. Реализуя неслучайную выборку можно использовать формулу случайной выборки как исходный ориентир для определения размера выборки и далее для повышения репрезентативности применить одну из указанных процедур (но, как правило, мы не можем оценить успех наших действий по повышению репрезентативности и такая выборка все равно значительно менее предпочтительна чем случайная, ввиду множества потенциальных смещений):

- Задать квоты до начала опроса. Например, если Вы знаете, что среди наших клиентов 40% мужчин и 60% женщин, и Вы решили взять выборку в 400 человек, в ней должно быть $0,4 \cdot 400 = 160$ мужчин и $0,6 \cdot 400 = 240$ женщин. Квоты «выравнивают» выборку, исходя из презумпции, что внутри квот мнения людей относительно однородны (например, в контексте данного примера мы считаем, что все мужчины в значимой мере схожи в своей оценке лояльности, как и все женщины). Стандартные квоты – пол, возраст, регион/округ проживания. Источники квот – как правило, данные Росстата, выгрузки из ЕМИАС или статистическая отчетность организации. При этом рекомендуется избегать введения слишком многих квот – оно делает подбор респондентов крайне сложным, не давая выигрыша в качестве выборки. Для реализации квотной выборки вопросы, задающие квоты, ставят обычно в начале анкеты, а интервьюерам выдается квотное задание, сколько человек из каких групп им надо опросить.

- Применить взвешивание после опроса. Посредством данной процедуры при анализе мы приводим данные в соответствие квотам. Например, если у нас то же распределение в генеральной совокупности, что и в ранее описанном примере (мужчины/женщины в пропорции 40/60), а среди собранных анкет мы получили обратную пропорцию 60/40, то чтобы привести полученные данные в соответствие квотам, мы должны либо исключить при анализе случайным образом отобранные «лишние» анкеты - в данном случае «лишними» будут анкеты мужчин, либо при анализе взвесить каждое из наблюдений. В таком случае каждому наблюдению мужчины при анализе будет присваиваться вес $40(\text{как должно быть})/60$ (как есть), а женщины – наоборот, $60/40$. Таким образом голос мужчины будет весить меньше, а женщины – больше. Если в анкете несколько значений квот (возраст, регион/ округ проживания) – для каждого наблюдения рассчитывается вес по каждой из квот, а затем полученные значения перемножаются.

¹⁵ Например, <https://niiioz.ru/mediko-sotsiologicheskie-issledovaniya/kalkulyatory/>

¹⁶ Актуальные вызовы для онкологической службы Москвы (по результатам экспресс-опроса посетителей онкологических диспансеров) / Е.И. Аксенова, И.В. Богдан, М.В. Гурылина, Д.П. Чистякова. – Москва: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2019. – С. 4.

Привнесение элементов случайности также позволит приблизить выборку к случайной (случайный отбор организаций, отделений, докторов, в случае городских опросов – улицы опроса и т.д.). Такие меры повышают шансы любого респондента быть отобранным, таким образом повышая случайность выборки.

Наконец, следует ещё раз подчеркнуть, что именно качество реализации выборки (соответствие выборки поставленным в исследовании задачам), а не её объём, задает успех исследования. История знает примеры, когда миллионные выборки проигрывали хорошим выборкам почти в 1000 раз меньше¹⁷.

3.1.4 Определить форму сбора данных и минимизировать ее недостатки

Применяются следующие формы анкетирования:

- 1) бумажное анкетирование;
- 2) электронное анкетирование (в т.ч. на сайте);
- 3) устное интервьюирование (с привлечением интервьюеров, в т.ч. в рамках колл-центра);

Каждый из указанных подходов обладает своими преимуществами и недостатками. Стоит сразу отметить, что выбор формы опроса регламентируется в первую очередь имеющимися ресурсами организации и спецификой опроса (например, присутствие или отсутствие среди респондентов лиц пожилого возраста). При корректном соблюдении описываемой методологии, а также внимании к нижеперечисленным недостаткам, каждый из предложенных подходов позволит собрать данные необходимого качества. Другое важное замечание – по возможности не рекомендуется без методического обоснования смешивать различные формы анкетирования (например, опрашивать часть респондентов онлайн, а часть – с использованием бумажных анкет), для избегания внесения в данные дополнительных искажений.

Бумажное анкетирование

Проводится посредством раздачи бумажных анкет респондентам. Реже бумажные анкеты заполняют интервьюеры со слов респондентов (см. далее раздел «устное интервьюирование»).

К преимуществам данного метода можно отнести его удобство для пожилых людей и иных групп граждан, которые чаще плохо владеют электронными устройствами, а также отсутствие дополнительных затрат на привлечение интервьюера. В случае открытых вопросов ответы у более старших респондентов, как правило, будут более развернутыми, ввиду большего удобства для них использования письма от руки по сравнению с электронным вводом.

Также данный тип анкет сложнее фальсифицировать (необходимость изменять почерк, придумывать ответы и т.д.), и заметить такие фальсификации, соответственно, проще.

К серьезным недостаткам этого метода можно отнести необходимость переноса анкеты в электронный вид для анализа. В случае многочисленных и объемных анкет это

¹⁷ Squire P. Why the 1936 Literary Digest Poll Failed // The Public Opinion Quarterly. - 1988. - Vol. 52. - № 1. - pp. 125–133. <https://doi.org/10.1086/269085>

является достаточно ресурсозатратной работой, чреватой потерей/искажением данных из-за невнимательности при переносе в электронную форму.

Еще один недостаток – большой риск потери анкет. Респонденты забывают их заполнить, сдать без дополнительного напоминания. Собранные анкеты, если сбор ведет несколько человек, также могут теряться при передаче друг другу. Данный недостаток в определенной мере может нивелироваться напоминанием сдать анкету, а также учетом числа розданных анкет.

Бумажное анкетирование может быть реализовано также в форме «ящика предложений» (закрытые коробки и стопка анкет рядом для всех желающих), однако существенным недостатком такой формы обратной связи является низкий процент ответов, который можно несколько повысить, разместив по всей организации объявления о возможности такого выражения своей обратной связи (объявления об опросе, а также напоминания регистраторов о возможности заполнения анкеты). Стоит помнить, что такой метод сбора обратной связи оставляет возможности для сотрудников также от лица респондентов сдавать анкеты, если это не контролируется.

Другой способ – раздача и сбор анкет лечащим врачом (например, заполнение во время приема, пока врач заполняет документацию), работником регистратуры, медсестрой (людям, сидящим в очереди и ждущим прием). Но стоит подчеркнуть, что в таком случае опрос не должен касаться тех вопросов, которые связаны с оценкой работы подразделения (в т.ч. лояльности!), иначе сотрудники не будут мотивированы предоставлять данные (см. далее), также это будет приводить к искажению выборки, когда сотрудникам психологически легче будет дать анкету лояльному пациенту, чем более «скандальному».

Что касается распространения бумажных анкет для сотрудников, удобна раздача анкет на общем собрании/ конференции.

Также возможно распространение анкет через старших медсестер или заведующих отделениями (также это может происходить через чаты в мессенджерах в случае электронной версии анкеты, см. далее). В этом случае обязательно обозначаются сроки исследования, критерии качества анкет и методы контроля за ними, указывается кому и как передаются собранные анкеты.

Раздача бумажных анкет через руководителей при плюсах использования административного ресурса, который обеспечивает большой возврат анкет, обладает таким существенным минусом, как неанонимность, когда руководитель подразделения может видеть ответы сотрудников, что в существенной мере сокращает их желание давать критическую обратную связь, а также рождает риски сокрытия данных руководителем.

Электронное анкетирование.

Оно предпочтительно для мотивированных к ответу групп (например, активистов, волонтеров), также в случае карантинных мероприятий (например, опросы в «красной зоне» в период пандемии).

Из основных плюсов: данные не надо переносить в электронный вид, существующие решения (например, Google Формы) уже предлагают выгрузку данных в виде, доступном для аналитики. Также нет необходимости печатать, собирать, раздавать анкеты.

Из минусов можно называть уязвимость ряда готовых решений в области защиты персональных данных. Для больших популяций этот способ сбора данных не является предпочтительным по причине многочисленных возможностей для смещения выборки – не все люди эффективно пользуются гаджетами, ссылку легче проигнорировать, чем розданную анкету и т.д. Также, как уже отмечалось ранее, они являются чаще сложными для пожилых людей.

Опрос может реализовываться на сайте организации (те же минусы, что и при использовании «ящика предложений», а также более смещенная аудитория) или раздачей ссылок через координаторов, руководителей, социальные сети и чаты в мессенджерах, в которых можно найти интересующую нас группу.

Из сложностей опроса сотрудников посредством электронных и бумажных анкет можно отметить наличие такого феномена как коллективное заполнение, когда сотрудниками опрос воспринимается как тест, в котором должны быть «правильные ответы». В таком случае мы получаем несколько аналогично заполненных анкет. Также близок к этому феномен, когда один сотрудник «делегирует» другому заполнение анкеты (например, медсестра заполняет анкету за врача). Такие практики можно заметить при анализе в первую очередь открытых вопросов: в них отчетливее видны очень похожие или идентичные ответы.

Устное интервьюирование.

Данный подход почти не реализуется при опросе сотрудников по причинам сложности соблюдения методологии, рассредоточенности кадров по медицинской организации и занятости кадров, однако может быть рекомендовано (хотя и тоже редко используется) для исследования лояльности потребителей услуг.

Как уже было упомянуто, привлекать интервьюеров можно при сборе данных с помощью бумажных анкет. Также со слов респондента может быть заполнена и электронная анкета.

К плюсам интервьюирования относится большой отклик респондентов (непосредственная просьба интервьюера дополнительно мотивирует людей отвечать). Также использование интервьюеров дает больше возможностей для обеспечения случайной выборки, что методически является крайне важным. Интервьюер может убедиться, что респондент правильно понял вопрос и при необходимости дать разъяснения. Также при достаточной мотивированности интервьюера или в случае, если сам исследователь является интервьюером, можно получить ценные дополнительные данные по опросу (например, релевантные ремарки респондента по ходу интервью).

При этом немотивированный интервьюер обладает крайне разрушительным эффектом для исследования. Ввиду этого не рекомендуется практика использования медицинских работников для опросов без надлежащей их мотивации.

- Не каждый может стать интервьюером: это требует определенных качеств и навыков.
- Работа интервьюера – оплачиваемый труд. В ситуации, когда под административным давлением сотрудники принуждаются к данной работе, а контрольным значением является только количество анкет, а не их качество, результатом, как правило, являются фальсифицированные анкеты (до 100% анкет,

заполненных данными немотивированными сотрудниками самостоятельно от лица респондентов).

- Нерациональным является привлекать интервьюеров-сотрудников организации, так как при мониторинге лояльности косвенно оценивается их работа. В таком случае также если не выстроена культура доверительного диалога, сотрудники демотивированы давать объективную информацию, вплоть до того, что в анкетах начинают массово появляться благодарности им якобы от лица пациентов.

- Сотрудники не являются профессиональными интервьюерами и часто нарушают принцип беспристрастности, безоценочности. Недостатки такого интервьюирования сотрудников авторы могли наблюдать в данном примере:

Интервьюер (сотрудник): Как вы можете оценить комфортность условий пребывания в нашей организации по шкале от 1 до 5?

Респондент: Ну, на 4.

Интервьюер: Почему это на 4-то? Что вам не нравится?

Респондент: Ну ладно, 5...

Необходимо помнить, что интервьюирование не входит в должностные обязанности сотрудников медицинских организаций. Таким же нежелательным вариантом является принуждение к проведению анкетирования студентов-практикантов или волонтеров, не высказавших желания к данной работе.

При этом профессиональные интервьюеры также могут фальсифицировать данные, при их привлечении требуется контроль. Предпочтительны записи телефонных разговоров, в случае личных опросов – аудиозаписи интервью (имеющиеся на рынке программы для уличных и личных интервью позволяют их делать с электронного устройства). Рекомендуются не пренебрегать контролем интервьюеров, так как даже наличие аудиозаписи не является гарантом от фальсификатов, если интервьюер понимает, что проверять его не будут. При составлении технического задания интервьюерам в нем обязательно должна быть прописана процедура контроля и санкции за нарушения. Не должен забыть интервьюер и спросить согласие на аудиозапись или как минимум предупредить, что если интервью продолжится, оно будет записано (это вынужденная мера, несмотря на то, что она может снижать количество ответов).

Другой важный момент – необходимо предоставить предельно простые и понятные инструкции для интервьюеров или сотрудников, которые будут выступать интервьюерами. Желательно, в краткой печатной форме. Важным также является проведение очного инструктажа с участием исследователя, на котором производится детальный разбор анкеты (желательно разыграть опрос «по ролям»), чтобы убедиться в корректном понимании интервьюерами инструментария. Не лишним будет подчеркнуть наличие санкций за нарушение инструкций.

Подводя итог - ключевое требование к использованию интервьюеров – их положительная мотивация (денежная, заинтересованность в улучшении работы организации) и контроль качества их работы. Даже если исключительно негативная мотивация (угрозы наказаний) будет действенна для сотрудника, это чревато эмоциональным выгоранием кадров.

Также необходимо учитывать и другие минусы интервьюирования – большая сложность для многих респондентов публично говорить о своих проблемах, выразить

недовольство, особенно если интервьюером является сотрудник. Также возможны смещения выборки из-за интервьюера, который будет выбирать по возможности более доброжелательно выглядящих респондентов или лиц определенного пола и возраста (например, ему психологически более комфортно опрашивать молодых лиц одинакового с ним пола).

3.1.5 Определить сроки исследования

Исследование лояльности желательно проводить в максимально оперативные сроки, не дольше месяца (оптимально - недели-полторы), чтобы не вмешивалась сезонность и другие факторы, которые могут потенциально вызывать смещения в исследовании (если это не постоянный мониторинг).

3.2 Качественное исследование

При качественном подходе к выборке критерии отбора респондентов другие, поскольку не ставится цель репрезентировать распространенность мнений, а понять все многообразие мнений и смыслов. Для определенных целей исследования 20 глубинных интервью из целевой группы может быть вполне достаточно. Как уже было указано, погружение в качественные методы не является целью данного пособия, поскольку напрямую не предусмотрено методологией Райхельда (кроме как аналитика открытого вопроса). Возможной альтернативой привлечению профессионалов к проведению качественных методов может выступать беседа с представителями интересующих нас групп по завершению количественного этапа.

При получении в количественном этапе данных, которые вызывают непонимание, можно обратиться к получателям услуг/сотрудникам напрямую и побеседовать с ними по тематике ваших затруднений. Через ответы респондента в ходе простой доступной ему беседы можно получить ответы на интересующие вопросы. Более того, такая беседа может продемонстрировать клиентам пациентоориентированность, а сотрудникам – интерес к их мнению.

4. Аналитика данных

4.1 Подготовка базы данных

Аналитику желательно производить по данным, переведенным в электронную форму. В случае применения электронной формы анкеты, как правило, имеется возможность выгрузки данных в электронную таблицу. Если такая возможность не реализована, то данные необходимо привести в такой вид, где строки – это респонденты, столбцы – вопросы, а на пересечении столбца и строки заносятся конкретные ответы данного респондента на вопрос (текст или цифра номера ответа, Таблица 1):

Таблица 1. Образец первичной базы данных

Респондент	Вопрос 1	Вопрос 2	Вопрос 3	...
1	4	текст	текст	
2				
3				

...				
-----	--	--	--	--

В дальнейшем данные можно будет агрегировать по подразделениям (например, вычислять индекс лояльности для подразделения). Такая агрегация рекомендуется, так как и аналитика, и принятие решений более целесообразны на уровне подразделения, а не всей организации, на котором мы видим излишне усредненную картину. При этом нежелательно приводить индекс лояльности, если ответило менее трех человек от подразделения (в случае численности подразделения более 3 человек), это деанонимизирует данные и зачастую не валидно с точки зрения аналитики.

Прежде чем приступать к содержательной аналитике, необходимо произвести «чистку» данных:

- проверить, не сместились ли данные при переводе в табличный вид,
- видны ли анкеты-дубликаты (100% дубляж),
- нет ли логических ошибок заполнения анкеты (например, в случае дополнительных вопросов, не задавали ли вопрос тем, кому его задавать не надо было).

Удалив («очистив») все некорректные данные, можно приступать к аналитике. Оговоримся, что в данном пособии мы не рассматриваем аналитику дополнительных количественных вопросов.

4.2 Аналитика лояльности потребителей услуг и персонала

4.2.1 Анализ индекса лояльности (e)NPS

Для определения значения индекса лояльности проводятся следующие этапы анализа:

- 1) Если необходимо, **взвесьте** данные (см пункт 3.1.3).
- 2) В случае анализа параметров по пациентам и, например, по родственникам, необходимо либо **анализировать данные подгруппы отдельно**, либо обеспечить их репрезентацию в выборке **в равных пропорциях** (50%/50%).
- 3) Применить **методику измерения (e)NPS**. Необходимо разделить ответы респондентов о вероятности порекомендовать организацию на 3 группы (которые по Райхельду обладают соответствующим типом поведения, в т.ч. влияющим на доходность организации):

«Промоутеры» - те, кто поставил 9 или 10 баллов.

«Нейтралы» - те, кто поставил 7 или 8 баллов.

«Критики» – те, кто поставил от 0 до 6 баллов. Также в эту группу иногда относят отказавшихся ответить.

В целях аналитики можно создать столбец с новыми («преобразованными») значениями: например, присвоить всем «промоутерам» код «1», «нейтралам» – код «0», а «критикам» – «-1» (Таблица 2):

Таблица 2. Преобразование значений лояльности

Оригинальный столбец	Преобразованный столбец
9	1
8	0
3	-1
7	0

Далее, необходимо найти процент каждой из групп лояльности и вычесть из процента «промоутеров» процент «критиков». Введенное преобразование данных (таблица 2) легко позволяет это сделать. Достаточно посчитать среднее значение (функция СРЗНАЧ excel) по преобразованному столбцу и полученное значение умножить на 100. Это и будет значение индекса (e)NPS.

Можно анализировать как само значение индекса NPS, так и соотношение «промоутеров», «критиков» и «нейтралов». Близкий к нулю индекс может означать, например, как массовое преобладание «нейтралов», так и поляризацию респондентов на «промоутеров» и «критиков». Ввиду этого важно не только общее значение индекса, но и доля определенных групп.

Индекс NPS приобретает значения от -100 (все опрошенные «критики») до 100 (все «промоутеры»). Характеристика групп респондентов по Райхельду ориентирована на бизнес-среду и включает поведенческие модели покупателей. Адаптация характеристик для государственных структур может выглядеть следующим образом:

«Промоутеры» – это лояльные, приверженные вам потребители услуг, они удовлетворены полученными услугами и готовы всячески рекомендовать обращаться в вашу организацию.

«Нейтралы» – в целом удовлетворенные потребители, однако при наличии более выгодных предложений они готовы уйти к конкуренту.

«Критики» – недовольные потребители, критикующие вас и всячески не рекомендуемые знакомым обращаться к вам, работающие против вашего имиджа.

В целом принципы измерения и анализа лояльности сотрудников (eNPS) схожи с таковыми для клиентов (NPS), индекс также показывает разницу между долей лояльных и нелояльных сотрудников. Считается по аналогии, например, что «промоутеры» среди сотрудников более мотивированы к работе, активно предлагают свои идеи, больше ориентированы на клиентов.

Как видно из определений, категории применены в первую очередь к рыночным, коммерческим отношениям, продуктом которых и является предложенная методология лояльности. Стоит крайне аккуратно относиться к интерпретации данных категорий для государственной медицины и бесплатных для населения услуг. Как было сказано ранее, для ряда монопольных сфер методология лояльности в интерпретации Райхельда не является методологией выбора.

4) Проанализировав значения основного показателя, можно приступить к **анализу динамики показателя**, если это не первый срез. При наличии достаточного числа замеров, можно построить линию тренда за анализируемый период, чтобы определить в целом происходит повышение или понижение значений, если это не очевидно из графика. График, представляющий из себя хаотичные «зубья пилы» (скачки значений вверх-вниз), должен вызывать настороженность. Например, значение лояльности в организации в один месяц – «30», следующий – «- 20», а затем – «40» говорит либо о значимом катастрофическом событии во второй месяц, либо о существовании циклического процесса в организации, либо, что вероятнее всего, о плохом сборе данных и смещенной выборке, когда в один месяц опросили больше лояльных сотрудников, а в другой – больше нелояльных (например, в разных отделениях, разные интервьюеры и т.д.).

Далее, важный вопрос при аналитике динамики – учет значимости изменений, который проверяется соответствующими статистическими критериями. Если значение отклонения ниже значения ошибки выборки (5% согласно рекомендуемому параметру), то его, как правило, нельзя интерпретировать как рост или спад («изменение показателя не является значимым»). Необходима дополнительная проверка статистической значимости изменений.

Наконец, в контексте динамики важен учет текущих контекстных факторов. Как показывают исследования, удовлетворенность (как и лояльность) зависимы от эмоционального состояния общества, состояния инфополя, даже напрямую не связанных с медициной¹⁸. Большая подавленность человека может способствовать большей акцентуации на негативе.

Другой важный момент при аналитике уровня лояльности в вашей организации – это **референтные значения или бенчмарки**.

Райхельд рекомендует обращаться к лидерам рынка или к средним значениям по отрасли. Однако данные свидетельствуют о частой завышенности значений, опубликованных в открытых источниках, большом разбросе данных, приводимых исследователями¹⁹. Вследствие этого возможно несколько подходов к определению референтных значений:

- *Минимальное референтное значение* – 0, чтобы удовлетворенных респондентов было не меньше критиков²⁰. Более того, как показало исследование ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ» в многопрофильном стационаре²¹, именно лояльность больше нуля у сотрудников обнаруживает связь с улучшением статистических показателей. При дефиците аналогичных исследований с NPS, данное исследование eNPS применимо как первичная оценка, тем более, как показывают исследования, лояльность клиентов как правило выше, чем сотрудников²², а значит реальное «базовое» референтное значение и для клиентов вероятно будет выше нуля.

- *Экспертные оценки*. Приводятся данные о том, что:
На значения 10-20 можно ориентироваться как средние;
NPS=50 можно рассматривать как очень хороший результат;
NPS=70 и выше — «лучшие из лучших» (редкая ситуация)²³.

- *Ориентировка на бенчмарки*. Стоит специально подчеркнуть, что публичные бенчмарки являются плохим ориентиром, особенно когда своими показателями лояльности делятся сами организации. С позиций своего имиджа крайне невыгодно говорить о низкой лояльности к компании, а поскольку размещение значений на сайтах (агрегаторах значений) добровольно, редко какая компания захочет выглядеть плохо по сравнению с конкурентами. Не удивительно, что при обзоре источников была найдена

¹⁸ Богдан И.В., Гурылина М.В., Чистякова Д.П., Зверев А.Л. Политическое восприятие системы здравоохранения населением: опыт мониторинговых исследований // Вестник Томского государственного университета. Философия. Социология. Политология. - 2020. - №55. - С. 223-224.

¹⁹ Богдан И.В., Гурылина М.В., Чистякова Д.П. Лояльность сотрудников и пациентов в управлении здравоохранением. Москва: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2019. – С.17.

²⁰ Там же, С. 5.

²¹ Там же, С. 19.

²² Там же, С. 17.

²³ Там же, С. 5.

тенденция, что чем более независимым был исследователь по отношению к исследуемой организации, тем более низкие значения лояльности он приводил²⁴. Также при агрегации данных не учитывается качество исследования: наличие смещения выборки (например, тенденция сотрудников опрашивать более лояльных клиентов) по сравнению с более правильной выборкой могут приводить к завышенным значениям лояльности.

Реалистичными (экспертная оценка на основании проведенных пилотных исследований) видятся оценки ориентира NPS для Москвы на уровне 10-20. Такие значения позволяют говорить, что дела в организации с лояльностью обстоят как минимум не хуже, чем у других. Такая лояльность обнаруживается по итогам пилотов в медицинских организациях, если собирать данные, уделяя повышенное внимание методологии, а не просто раздавать/собрать анкеты тому, «кто сдаст». Также, что немаловажно, такой подход соответствует вышеприведенным оценкам экспертов.

Стоит помнить следующие закономерности²⁵:

- Лояльность к частным и федеральным организациям, как правило, выше, чем городским;
- Лояльность к услугам скорой помощи выше, чем к услугам стационаров (такую оценку можно сделать на основании удовлетворенности²⁶), а у стационаров, в свою очередь, - выше, чем у амбулаторного звена.

Поэтому сравнивая разные формы помощи необходимо быть аккуратными. Причины более низкой лояльности амбулаторных организаций, как правило, состоят не в различии в качестве помощи, а в сервисных составляющих и большей эмоциональной «заряженности» скорой помощи и стационара по сравнению с амбулаторией²⁷. Не последнюю роль играет то, что амбулаторное лечение требует активности от самого пациента и, как правило, дает не такие быстрые результаты, как помощь при острых состояниях, с которыми сталкиваются стационары и скорая помощь.

В любом случае помимо базового ориентира выше 0, лучше ориентироваться на предыдущие значения индекса для организации, а не на данные по Москве (пока не будет проведено полноценных исследований). Второй важный момент – несмотря на необходимость дополнительных исследований, можно с уверенностью заявить, что целевые значения лояльности на уровне 60-70, которые можно встретить на ряде сайтов-агрегаторов NPS как «средние» для отрасли, не являются адекватными целями на ближайшее время (как минимум при условии высокого качества проведения исследования с точки зрения методологии).

4.2.2 Анализ факторов лояльности

Определившись с количественной аналитикой, можно переходить к качественной, которая отвечает на вопросы «как» и «почему», с использованием второго

²⁴ Там же, С. 9.

²⁵ Богдан И.В., Гурылина М.В., Чистякова Д.П. Лояльность сотрудников и пациентов в управлении здравоохранением. Москва: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2019. – С. 18.

²⁶ 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. 222.

²⁷ Богдан И.В., Гурылина М.В. Медицинская сестра: образ профессии в массовом сознании // Народонаселение. - 2019. - № 3. - С. 106.

вопроса методологии Райхельда. Подходы к качественному анализу могут быть различными. Рассмотрим этапы предпочтительного анализа:

1. Просмотр всего массива качественных ответов, помечая повторяющиеся слова или темы. Указанные темы записываются в отдельном столбце.

2. Последовательное чтение каждого отзыва и его отнесение к ранее выделенным темам. Если тема, к которой можно отнести данный отзыв, не была разработана при первом прочтении, можно придумать новую тему или убрать отзыв в группу «другое», чтобы вернуться к нему в конце анализа. Один отзыв может относиться в том числе и к нескольким категориям (Таблица 3).

Таблица 3. Пример кодировки открытых ответов

Назовите основную причину, почему вы поставили такую оценку				Кодировочные категории
Квалифицированный, отзывчивый персонал	Квалификация персонала	Отношение персонала	1	Квалификация персонала
Добрый персонал	Отношение персонала		2	Отношение персонала

3. Закодирав все отзывы, расклассифицировав насколько возможно группу «другое» (к сожалению не все отзывы, особенно при самостоятельном заполнении анкеты, можно однозначно классифицировать) необходимо внимательно вычитать список категорий кодировки. Дублирующие друг друга необходимо удалить. Также при необходимости можно объединить категории в более крупные. Пример кодировки факторов лояльности сотрудников персонала, который демонстрирует возможный способ укрупнения данных до 5 факторов (таблица 4):

Таблица 4. Пример укрупнения кодировочных категорий

№	Частные аспекты работы / причины (не)лояльности	Фактор (не)лояльности
1	Отношения с руководством отделения	психоэмоциональные условия труда
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	Иное материальное стимулирование, не зарплата (премии и т.д.)	
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)	

4. Важно несколько раз пересчитать полученную кодировку и внести в нее окончательные изменения.

Отметим, что кодировка – это достаточно субъективный процесс, кодировки даже у разных опытных кодировщиков одного и того же текста могут сильно различаться. Снизить субъективность может привлечение к работе 2-3 кодировщиков, которые будут обсуждать проблемные моменты при кодировке. Также желательно не менять кодировщиков, т.к. их замена может привести к изменениям в динамике (из-за изменения критериев кодировки сообщений) и максимально стандартизировать процесс кодировки (четко прописать, какие категории относятся к какому коду).

5. Итоговые данные - один или несколько столбцов с кодировкой. Для анализа полезно также группы тем разбить на положительные и отрицательные (можно ориентироваться на значение лояльности: например «квалификацию врачей» при оценке 9 можно квалифицировать как фактор лояльности, а при оценке 3 – как фактор нелояльности). По итогам такого анализа можно привести распределения позитивных и негативных факторов лояльности.

При расчете процентов важно делить количество наблюдений на количество людей (для получения данных о распространенности идей среди общего числа респондентов). Например, в вышеприведенной таблице 3 из двух наблюдений процент встречаемости группы «отношение персонала» = 100% (2 упоминания группы / 2 человека), а «квалификация персонала» = 50% (1 упоминание / 2 человека). По причине того, что респондент может указать более одного фактора, сумма ответов может превышать 100%.

Степень выраженности факторов (не)лояльности по подразделению или в целом по медицинской организации можно определить, как долю респондентов, в ответах которых встречается упоминание фактора (сколько % опрошенных сотрудников/получателей услуг называли то или иное явление как причину лояльности или нелояльности).

После приведения графиков в аналитическом отчете, аналитические категории (выявленные факторы) могут быть расписаны и проиллюстрированы цитатами респондентов (например, «в группу «отношение персонала» были включены отзывы, характеризующие персонал, как добрый, отзывчивый, оказывающий эмоциональную поддержку (цитаты...)»)

Стоит ещё раз подчеркнуть, что потребитель, как правило, не является компетентным в вопросах лечения, и даже оценивая качество кадров, зачастую оценивает сервис. Он исходит не из стандартов и порядков, а из своего представления о

результате. При этом, безусловно, связь между упоминаниями дефектов помощи и реальным их наличием есть.

Пилотное исследование 2018 года²⁸ показало, что среди основных факторов лояльности пациентов для всех форм помощи всегда присутствует оценка **квалификации персонала** (в т.ч. правильность постановки диагнозов) и **отношения персонала** (в т.ч. вежливость, внимательность). При этом есть более специфические факторы лояльности:

Для амбулаторного звена – доступность, в т.ч. наличие очередей, специалистов;

Для стационарного звена - условия пребывания, в т.ч состояние помещений.

Исследования факторов лояльности сотрудников показали, что основным положительным фактором лояльности сотрудников медицинских организаций является **атмосфера в коллективе**. Из отрицательных и характерных обычно для медицинских сестер – **неудовлетворенность заработной платой** (которая также может носить не частный, а системный характер, ввиду более низкого статуса среднего медицинского персонала по сравнению с врачами²⁹).

При преобразованиях важно опираться в первую очередь на результаты исследования. Так, например, широко распространено мнение, что деньги являются основным мотиватором для сотрудников, однако исследования показывают, что климат в отделении, как правило, является первостепенным (что не отменяет важность заработной платы). Этот климат формируется из уважительного отношения к сотрудникам, создания ощущения востребованности, признательности, ценности труда, возможности реализовать себя в коллективе.

4.2.3 Аналитика с использованием введенных дополнительных вопросов

- Аналитика может включать в себя выделение **подгрупп по дополнительным вопросам анкеты** (если вы вводили, например, данные по подразделениям, полу, возрасту и другим переменным). Можно посмотреть, как разнится лояльность и её факторы по данным группам (например, у мужчин и женщин, посещающих различных врачей и т.д).

При сравнении показателей необходимо использовать соответствующие статистические критерии, чтобы определить значимость различий. Возможно построение регрессионных моделей, предсказывающих лояльность. Такая работа поможет определить в т.ч. «лучшие практики» по лояльности и «уязвимые группы».

Необходимо помнить, что выявленные отличия могут быть вызваны как объективными причинами, так и дефектами сбора данных.

В случае eNPS аналитику лояльности в целом по организации важно, как минимум, дополнять **аналитикой лояльности различных групп персонала**. В контексте изучения лояльности групп сотрудников стоит отметить, что типичным в

²⁸ Богдан И.В., Гурылина М.В., Чистякова Д.П. Лояльность сотрудников и пациентов в управлении здравоохранением. Москва: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2019. – С. 18.

²⁹ Богдан И.В., Гурылина М.В. Медицинская сестра: образ профессии в массовом сознании // Народонаселение. - 2019. - № 3. - С. 106-107; Богдан И.В., Гурылина М.В., Чистякова Д.П. Влияние художественных и реальных образов врачей на доверие населения // Здоровье населения и развитие. Труды 6-ой Международной научно-практической конференции молодых ученых, аспирантов и студентов, 24 апреля 2020 года. - Москва, 2020 – С. 61.

медицине является меньшая лояльность медицинских сестер по сравнению с врачами³⁰. Чаще всего именно медсестры являются самой нелояльной группой персонала. Зачастую основные причины их нелояльности полностью противоположны причинам лояльности, например, врачей³¹. При этом, именно лояльность медицинских сестер крайне важна: как показало исследование ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ» в многопрофильном стационаре, именно лояльность сестринского персонала была в наибольшей степени связана с важнейшими статическими показателями работы организации, такими как больничная летальность или оборот койки³².

Таким образом, при обнаружении аналогичной закономерности в своей организации надо различать, какой вклад в этом объективных недостатков организации работы в подразделении, а какой – системных проблем статуса специалиста.

4.2.4 Лояльность как фактор влияния на статистические показатели организации

Лояльность может использоваться как фактор влияния на статические показатели³³. Для этого необходимо:

1) Выявить наличие связи между лояльностью (по подразделениям/по подгруппам потребителей) и статистическими показателями. Иногда логичным является укрупнение подразделений, например, объединение стационарных подразделений по критерию профиля койки в одну группу.

2) Если такая связь выявлена (хотя бы для какого-то распределения), необходимо выявление связи между лояльностью и ее факторами (например, вычисление корреляций). Таким образом, на втором этапе мы сможем выделить факторы, которые через влияние на лояльность могут обуславливать изменение статистических показателей работы организации.

3) По желанию следующим шагом может стать выявление пороговых значений уровня лояльности и факторов лояльности для изменения статистических показателей. Данный этап является методически достаточно сложным и требует исследовательской работы. Универсальных решений в данной области нет.

Возможный подход – попытка найти значения показателя лояльности, при котором статистический показатель в подавляющем числе наблюдений принимает значения ниже референтных и значения лояльности, при которых статистический показатель в подавляющем числе наблюдений принимает значения выше референтных. А затем для каждого из пороговых значений лояльности (максимального и минимального) находятся пороговые значения факторов лояльности (пороговый процент отзывов на определенную тему среди респондентов).

³⁰ Перспективы развития детской психиатрической службы глазами специалистов. Аналитический доклад / А.Я. Басова, М.А. Бебчук, И.В. Богдан, Е.А. Гимранова, М.В. Гурылина, Д.П. Чистякова. – Москва: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2020. – 51 с. [в печати]; Лояльность сотрудников детской поликлиники. Кейс ДГП №86. / И.В. Богдан, К.И. Габов, М.В. Гурылина, А.С. Зотов, Д.П. Чистякова, Г.Ю. Уханова. – Москва: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2020. – С.7.

³¹ Лояльность сотрудников детской поликлиники. Кейс ДГП №86. / И.В. Богдан, К.И. Габов, М.В. Гурылина, А.С. Зотов, Д.П. Чистякова, Г.Ю. Уханова. – Москва: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2020. – 54 с.

³² 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. 8.

³³ Богдан И.В., Гурылина М.В., Чистякова Д.П. Лояльность сотрудников и пациентов в управлении здравоохранением. Москва: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2019. – С. 19.

Так, например, в случае одного из многопрофильных стационаров было обнаружено, что:

- при уровне лояльности у медсестер подразделений ниже -0,27 летальность по профилям медицинской помощи выше среднего по Москве по аналогичным профилям в 100% случаев;

- при уровне лояльности выше 0,01 летальность по профилям медицинской помощи ниже среднего по Москве;

- при уровне лояльности от -0,27 до 0,01 – «зона неопределенности» (летальность может быть и выше, и ниже среднемосковской).

Далее было найдено, что:

- при 0-28,5% СМП, упоминающих хороший психоэмоциональный климат, лояльность СМП снижается до критического уровня (ниже -0,27), что соответствует повышению летальности выше среднего по Москве;

- при 55%-100% СМП, упоминающих хороший психоэмоциональный климат, лояльность СМП повышается до «положительного» критического уровня (выше 0,01), что соответствует снижению летальности³⁴.

Такого рода данные потенциально позволяют более точно управлять через лояльность статистическими показателями в организации.

5. Практическое применение результатов и завершающие ремарки

Наконец, после подготовки аналитического отчета по проведенному исследованию, необходим практический этап. Хотя сам факт проведения опроса может иметь психотерапевтический эффект (у респондентов появилась возможность высказаться), сама методология лояльности не приведет к соответствующим эффектам без практического приложения.

1) Необходимо **выбрать подход для реализации практических действий**:

- Можно выбрать все жалобы, самые распространенные из них или (что лучше), обнаруживающие самый значимый вклад в лояльность.

- Можно начать с выделения проблемных групп и/или подразделений и начать анализ с них, уже внутри выделяя жалобы.

Если на основании открытых ответов у исследователя не сложилось понимания причин проблем, можно провести серию бесед с пациентами или сотрудниками, для выявления сути проблем.

2) После выбора объекта преобразований необходимо **создать рабочую группу** с активистами и ответственными лицами со стороны организации и, желательно, потребителей услуг.

3) Провести мозговые штурмы. По итогу необходимо иметь следующую информацию:

- перечень проблем, с которыми необходима и возможна работа;

³⁴ 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. 10.

- концепты их решений.

На основании концептов решений можно выстроить план конкретных действий с ответственными исполнителями и указанием сроков. Желательно начинать с пилота (например, на одном отделении в течении нескольких месяцев), прежде чем тиражировать меры на всю организацию.

Выше приведена возможная последовательность действий, так как проектная работа не является предметом методического пособия. Действия могут быть другими, но адекватные решения на основании исследования должны быть реализованы. Иначе, как было указано ранее, это будет обесценивать работу с обратной связью.

Обратная связь по итогам проведенных мероприятий критична. Респонденты должны быть проинформированы о выявленных проблемах и предпринятых действиях по результатам опроса в том или ином объеме (не обязательно информировать обо всех результатах, но респонденты должны чувствовать, что их участие в исследовании было реально полезным). Способов реализации много: в форме плакатов, брошюр, новостей на сайте, в пациентских группах, чатах и т.д. Если респондент оставил свои контакты, желательно связаться с ним и сообщить о предпринятых мерах лично.

Стоит подчеркнуть, что даже некомпетентные жалобы в большинстве случаев являются руководством к действию, они являются требованием большей информированности о реальном положении дел.

Также в ходе исследования желательно проводить методическое его сопровождение в целях повышения качества. Для этих целей после каждого этапа исследования желателен анализ данных по удачным и неудачным моментам. Например, если в исследовании участвовали интервьюеры, можно просить их предоставить отчет о трудностях, с которыми они столкнулись при проведении исследования. Также возможен анализ на наличие сильных отличий ответов, полученных различными интервьюерами – по критериям абсолютных значений (например, значимо и сильно отличающиеся средние от других интервьюеров), по критериям разнородности (слишком однородные ответы по сравнению с другими интервьюерами), которые могут быть вызваны как недобросовестным исполнением инструкций, так и особенностями отбора интервьюеров и стиля ведения беседы.

Полезно получать данные о проценте отказов, так как методология лояльности рассматривает отказывающихся отвечать как нелояльных (с чем не всегда можно согласиться). В крупных организациях за ориентировочные значения хорошего процента согласия на интервью рекомендуется принимать 50-70%.

При проведении социологических исследований возможно и желательно привлекать к этой работе специалистов. При выборе таких специалистов желательно ориентироваться на прикладных специалистов (организации с высокой методической репутацией, большим опытом реализации прикладных проектов). Стоит подчеркнуть, что наличие академической степени по социологии не всегда является признаком именно практической компетенции специалиста (по причине того, что есть широкие направления теоретических исследований в социологии).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Бесспорно, что исследование тематики лояльности в здравоохранении с использованием методики (e)NPS далеко от завершения. Важнейшими перспективами исследования становятся вопросы определения места данной методики при анализе процессов в отечественном здравоохранении, дополнительной валидации отдельных положений теории Ф.Райхельда, готовности медицинских организаций к самостоятельному мониторингу с использованием данной методики, а также иные методические и организационные вопросы. Однако, несмотря на имеющиеся пробелы в знаниях, предложенная методика уже сегодня завоевывает популярность в медицинских организациях, вследствие чего нуждается в методическом сопровождении.

Представленные методические рекомендации направлены на первичное представление о мониторинге лояльности потребителей услуг и сотрудников на уровне организации. Ряд нюансов организации мониторинга остался за рамками данного пособия, так как невозможно вместить все социологические компетенции в формат небольшого методического труда. Авторами были отобраны те моменты, которые, исходя из их экспертизы, видятся им важнейшими и ключевыми.

Авторы надеются, что использование социологических методических пособий повысит уровень качества медико-социологических исследований в московском здравоохранении и повысит эффективность обратной связи как важнейшего источника и драйвера развития в медицинских организациях. Без эффективной работы с обратной связью невозможна реальная пациентоориентированность медицины. Также рост числа исследований, проведенных на высоком методическом уровне, позволит быстрее получить ответы на вопросы, обозначенные ранее в разделе.

Авторы пособия декларируют готовность оказать методическую поддержку специалистам здравоохранения, которые хотят реализовать социологический мониторинг лояльности у себя в организации.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Reichheld F. One Number You Need to Grow // Harvard Business Review. - 2003. - 81(12). - P. 51-52.
2. Saks M., Allsop J. (eds.) Researching health: Qualitative, Quantitative and Mixed Methods. London: Sage Publications, 2013. - 882 p.
3. Squire P. Why the 1936 Literary Digest Poll Failed // The Public Opinion Quarterly. - 1988. - Vol. 52. - № 1. - pp. 125-133. <https://doi.org/10.1086/269085>
4. Актуальные вызовы для онкологической службы Москвы / И.В. Богдан, М.В. Гурылина, Д.П. Чистякова, С.Н. Минаков. - Москва: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2019. - 12 с.
5. Актуальные вызовы для онкологической службы Москвы / И.В. Богдан, М.В. Гурылина, Д.П. Чистякова, С.Н. Минаков. - Москва: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2019. - 12 с.
6. 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.
7. Богдан И.В., Гурылина М.В. Медицинская сестра: образ профессии в массовом сознании // Народонаселение. - 2019. № 3. - С. 102-115.
8. Богдан И.В., Гурылина М.В., Чистякова Д.П. Влияние художественных и реальных образов врачей на доверие населения // Здоровье населения и развитие. Труды 6-ой Международной научно-практической конференции молодых ученых, аспирантов и студентов, 24 апреля 2020 года. - Москва, 2020 – С. 57-63.
9. Богдан И.В., Гурылина М.В., Чистякова Д.П. Лояльность сотрудников и пациентов в управлении здравоохранением. - Москва: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2019. - 28 с.
10. Богдан И.В., Гурылина М.В., Чистякова Д.П., Зверев А.Л. Политическое восприятие системы здравоохранения населением: опыт мониторинговых исследований // Вестник Томского государственного университета. Философия. Социология. Политология. - 2020. - №55. - С. 216-231.
11. В масштабах мегаполиса // Московская медицина. Специальный выпуск. - 2016. - №1(1). - С. 64.
12. Лояльность сотрудников детской поликлиники. Кейс ДГП №86/ И.В. Богдан, К.И. Габов, М.В. Гурылина, А.С. Зотов, Д.П. Чистякова, Г.Ю. Уханова. – Москва: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2020. – 54 с.
13. Мы продолжаем совместную работу с Московским городским университетом управления по оценке индекса NPS и делимся с Вами результатами за 4 месяца [Электронный ресурс]. 2019. URL: <https://www.facebook.com/gkbyudina/posts/867783383575566/> (дата обращения: 24.12.2020)
14. Нормативно-правовая база независимой оценки качества условий оказания услуг медицинскими организациями [Электронный ресурс]. URL: <https://minzdrav.gov.ru/open/supervision/format/nezavisimaya-sistema-otsenki-kachestva-okazaniya-uslug-meditsinskimi-organizatsiyami> (дата обращения: 24.12.2020)

15. Перспективы развития детской психиатрической службы глазами специалистов. Аналитический доклад / А.Я. Басова, М.А. Бебчук, И.В. Богдан, Е.А. Гимранова, М.В. Гурылина, Д.П. Чистякова. – Москва: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2020. – 51 с. [в печати]

16. 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.

ПРИЛОЖЕНИЕ А. ПРИМЕР АНКЕТЫ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА СТАЦИОНАРА

АНКЕТА МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

Уважаемый коллега!

Департамент здравоохранения г. Москвы проводит исследование, направленное на оценку условий работы медицинского персонала в Вашей организации. Ваше мнение крайне важно для нас. Оно поможет нам выявить и впоследствии устранить существующие организационные недостатки. Данные опроса будут обработаны в обезличенной, анонимной форме.

1. 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. Обведите одну цифру)

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

2. Что является основной причиной такой оценки?
(укажите) _____

3. Что, по Вашему мнению, в первую очередь необходимо сделать для улучшения работы Вашего отделения? (укажите) _____

4. К какой категории относится Ваша должность (обведите одну цифру):

1. Врач.
2. Средний медицинский персонал.
3. Младший медицинский персонал.
4. Другое (укажите): _____

5. Отделение (укажите): _____

Спасибо за уделенное время!