

**Л.В. Казанцев,
Л.А. Сабанина,
А.В. Старцева**

ПРОБЛЕМА НЕДОВЕРИЯ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ПРИ ПОЛУЧЕНИИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

В статье рассматриваются факторы, порождающие недоверие со стороны получателей медицинских услуг при взаимодействии с персоналом медицинских учреждений. Обсуждаются причины этого явления как со стороны пациентов, так и со стороны врачей. Отмечается объективный характер их возникновения: смена патерналистской системы отношений на рыночную; автоматизация медицины; рост осведомленности потребителей и повышение доступности информации. Для решения проблемы недоверия необходим партнерский тип отношений между потребителями и производителями медицинских услуг.

Ключевые слова: межличностное доверие; институциональное доверие; деперсонализация отношений; медицинские услуги; информированное согласие.

**L.V. Kazantsev,
L.A. Sabanina,
A.V. Startseva**

THE PROBLEM OF CONSUMER DISTRUST IN RECEIVING MEDICAL SERVICES

The article examines the factors that give rise to mistrust on the part of recipients of medical services when interacting with the staff of medical institutions. The reasons for this phenomenon are discussed, which lie both on the side of patients and on the side of doctors. The objective nature of their emergence is noted: the change of the paternalistic system of relations to the market one; automation of medicine; increasing consumer awareness and making information more accessible. To solve the problem of mistrust, a partnership type of relationship is required between consumers and producers of medical services.

Keywords: interpersonal trust; institutional trust; depersonalization of relationships; medical services; informed consent.

Современные рыночные отношения невозможны без такого фундаментального явления, как доверие между участниками отношений. Доверие представляет собой уверенность в определенных действиях и намерениях человека, с которым мы вступаем в различные виды отношений. Однако процессы развития современного общества затрудняют построение доверительных отношений. Характер рыночных отношений в нынешнем обществе сопровождается высокой степенью неопределенности, когда человек постоянно сталкивается с проблемой выбора. Если раньше он имел четкое представление о том, кому и чему доверять, то теперь он часто находится в растерянности. В жизни человека появилось многочисленное количество людей малознакомых и малозначимых. Как к ним относиться, доверять

или нет – вот выбор каждодневного экономического и социального действия, вот почему доверие превращается в проблему. В современном рыночном обществе доверие строится на рациональности, расчете и сознательном отношении к риску, и ошибка доверия может дорого стоить.

Рынок не может существовать, когда все обманывают друг друга. Он успешно функционирует в условиях открытости, выполнения своих обязательств и ожидания взаимной ответственности за действия. Рыночные отношения возникают в ситуации, когда все участники следуют определенным правилам. Без уверенности соблюдения правил всеми участниками сделки невозможно судить о надежности партнеров. Поэтому доверие является основным элементом при заключении сделок и выступает своего рода «фильтром» при выборе партнера.

Низкий уровень доверия со стороны потребителей медицинских услуг, который сформировался в последние два десятилетия, указывает на то, что менеджмент медицинских учреждений не уделяет должного внимания отношениям, которые складываются между персоналом и потребителями медицинских услуг. Медицинские учреждения часто не учитывают состояние пациента, который чувствует себя уязвимым в период протекания болезни из-за ощущения дискомфорта, прохождения обследований и лечения. Поскольку врачи и младший медицинский персонал зачастую не уделяют должного внимания больным в данный период, то пациенты склонны не доверять самому процессу лечения. При этом пациенты заявляют, что полученная ими медицинская услуга была некачественная. В результате негативного восприятия полученных услуг потребителями формируется низкий уровень доверия к предлагаемым медицинским услугам, а также к деятельности медицинских учреждений и системе здравоохранения в целом.

Собрано достаточно много эмпирических данных, подтверждающих важность формирования доверительных отношений между врачом и пациентом при оказании медицинских услуг [4, с. 95–97].

Низкий уровень доверия в отношениях между врачами и пациентами сформировался под влиянием следующих факторов:

- переход медицины от оказания помощи к предоставлению услуг;
- низкий уровень «самосохранительного поведения» граждан;
- уровень образования пациентов;
- автоматизация медицинского обслуживания;
- рост правовой грамотности и медицинской осведомленности граждан;
- разделение медицинского обслуживания на бесплатные и платные услуги.

Рассмотрим данные факторы более подробно.

В последние десятилетия медицинская сфера из деятельности по оказанию врачебной помощи постепенно трансформируется в сферу обслуживания, в которой пациент становится заказчиком, а врач – исполнителем. Бесплатное и доступное медицинское обслуживание в советский период убедило многих граждан в том, что обязанность по защите их здоровья лежит на государственных медицинских учреждениях. Сформировались устойчивые отношения между врачом и пациентом. При этом типе отношений врач фактически рассматри-

вался как государственный служащий, который призван спасать людей. Он имел бесспорное право диктовать пациенту, каким предписаниям тот должен следовать. Врач обладал непререкаемым авторитетом в глазах пациентов, особыми знаниями и умениями. Все недостатки лечения в то время, как правило, списывались на непреодолимые внешние факторы, и сомнений в профессионализме (экспертном знании) врача не возникало. Однако в результате развития рыночных отношений медицинское обслуживание перестало быть безальтернативным, и у пациента появился выбор, где, у кого и как лечиться. В этой системе пациент становится уже не получателем медицинской помощи, а потребителем медицинских услуг. Потребитель может оплачивать услугу самостоятельно или за него это может делать другой субъект – заказчик (государство или работодатель). В таких условиях меняются требования к компетенциям и экспертному знанию врача.

Вместе с этими процессами распадается единая государственная система здравоохранения: утрачивается государственный контроль, исчезает диспансеризация и обязательные медицинские осмотры. В результате произошедших перемен граждане оказались в ситуации неопределенности и кризиса институционального доверия. Данные изменения, по мнению П. Аронсон, поставили «россиян перед необходимостью принимать самостоятельные решения относительно своего здоровья, к чему они оказались совершенно не готовы» [1, с. 128]. И хотя профессиональное медицинское обслуживание сохраняет свое доминирующее положение на рынке медицинских услуг, однако воспользоваться им многие люди хотели бы только в самом крайнем случае, что свидетельствует о высокой степени недоверия граждан «как к экспертному знанию, так и к институциональной среде, в которой оно производится» [1, с. 125].

В настоящее время доверительные отношения между врачом и пациентом основываются на заранее определенных действиях врача, выполнение которых от него ждет пациент. Врач должен играть роль медиатора между личностью пациента и его болезнью. Врач обязан сделать все возможное для лечения больного человека. Другое восприятие врачебной деятельности связано в глазах пациентов с ответственностью, которую несет врач от лица государства при оказании медицинской помощи. Счет за недостатки медицинского обслуживания предъявляется пациентом врачу, к которому он приходит на прием. Здесь, по мнению А. Чириковой и С. Шишкина, срабатывает «фактор воспроизводства патерналистского сознания российских граждан», который абсолютизируется в советский период, когда работники государственных медицинских учреждений воспринимались частью всеобщей системы здравоохранения [5, с. 158]. При этом пациенту отводилась пассивная роль исполнителя указаний врача, и такое положение не подвергалось сомнению обеими сторонами [5, с. 164].

В современном мире процесс оказания медицинской помощи во многом стал автоматизированным. При применении технологических методов в лабораторных исследованиях, аппаратурной и компьютерной диагностики меняется взаимодействие между врачом и пациентом. Во-первых, пациент вступает во взаимодействие с гораздо более широким кругом лиц, чем это было раньше. Пациент вынужден контактировать с разными специалистами и другим меди-

цинским персоналом на этапах диагностики и лечения. Во-вторых, данное взаимодействие все более формализуется, и в глазах пациента обезличивается и деперсонализируется. В медицинских учреждениях врачи узкой специализации фактически принимают пациентов в течение приемного дня в режиме «конвейера». В таких условиях врач часто относится к пациенту как к обезличенному объекту – носителю заболевания. Взаимодействуя со многими узкоспециализированными врачами, пациент лишается ожидаемого ощущения и утрачивает образ «своего» врача – одного специалиста, который несет всю ответственность за лечение. При таком медицинском обслуживании пациент чувствует, что не получает должной заботы, ухода и сочувствия. В данной ситуации любое проявление невнимания и равнодушия со стороны врача вызывает у пациента сильное волнение и может привести к полной потере контакта между ними. В этих обстоятельствах возникает опасность психоэмоциональной отчужденности между врачом и пациентом, в результате чего утрачивается основа для установления доверия между ними. Сформировавшееся у пациента недоверие к врачу закрепляется как негативный опыт и оказывает влияние на отношения с другими врачами и на ожидания от других медицинских учреждений.

Эффективное предоставление медицинского обслуживания возможно в случае, если пациент осознает ценность получения медицинских услуг. К сожалению, для многих российских граждан здоровье не является нравственной и экономической ценностью. Наличие вредных привычек, нежелание заниматься профилактикой заболеваний, отсутствие элементарных знаний о медицинской деятельности, обращение к знахарям и экстрасенсам говорят о низкой культуре заботы о своем здоровье. Так называемому самосохранительному поведению привержены немногие граждане. Самопознание, самоанализ собственного здоровья, соблюдение правил здорового образа жизни являются неотъемлемой частью жизнедеятельности человека, который следит за своим здоровьем. У пациентов с «самосохранительным поведением», как правило, выше качество взаимодействия с врачами. Это облегчает раскрытие информации пациентом, позволяет врачу более эффективно влиять на его поведение, предоставляет пациенту большую самостоятельность в принятии решений при получении медицинских услуг.

Другими факторами, которые влияют на продуктивное получение медицинских услуг, является уровень образования, уровень доходов и возраст пациентов. Наибольшее доверие к медицинскому обслуживанию испытывают молодые и образованные люди с высоким уровнем дохода. Пациенты с низкими доходами и невысоким уровнем образования в большей степени не доверяют врачам и медицинским учреждениям. В итоге такие пациенты часто не обращаются за медицинской помощью, занимаются самолечением, используя методы нетрадиционной медицины. Сложность медицинских знаний для пациентов, особенно имеющих низкий уровень образования, способствует возникновению недоверия к врачам и медицинским учреждениям. Поскольку медицинские услуги относятся к категории сложных, большинство потребителей затрудняются в оценке их полезности и качества. По мнению В. Полякова, это происходит по причине того, что потребители оказываются неподготовленными к усвоению сложной информации и поэтому не могут понять полезность предлагаемых услуг [2, с. 61]. Все, что яв-

ляется непонятным, как правило, вызывает подозрение, соответственно, возникает недоверие у пациентов в отношениях с медицинскими работниками.

С другой стороны, пациенты, которые испытывают доверие к врачам, нередко попадают в уязвимое положение перед некоторыми из них, потому что врачи обладают специфическими профессиональными знаниями, недоступными обычным людям. Врачи могут дезинформировать пациентов, сознательно умолчать о чем-либо или не полностью сообщать о каких-либо фактах. Подобные действия врачей демонстрируют отсутствие уважения к пациентам, а иногда могут нарушать определенные обязательства. Владение жизненно важной и нужной пациенту информацией означает обладание врачом властью над ситуацией и над самим пациентом. Осознание нахождения своего здоровья во власти другого лица создает ощущение потери контроля над своей жизнью. Чувство зависимости способно вызывать у пациента желание контролировать намерения врача любыми методами. В то же время чувство зависимости может повышать значимость компетенции, внимательности и добропорядочности врача в глазах пациента.

Другим важным фактором, влияющим на специфику отношений между врачом и пациентом, является рост правовой грамотности и медицинской осведомленности граждан. Часто информация, полученная пациентом из других источников, может вызвать сомнения в компетентности врача. Такая ситуация оказывает как положительное, так и отрицательное воздействие. Во-первых, всеобщая осведомленность пациентов в медицинских вопросах способствует более полному взаимопониманию с врачом. Например, пациент сознает необходимость получения различных медицинских процедур и операций. Во-вторых, большое количество информации медицинского характера, которую в свободном доступе может обнаружить пациент, способно поставить под сомнение компетентность врача. В-третьих, сомнение в компетентности врача порождает недоверие к его советам, сомнение в правильности назначенного лечения. Однако общедоступная информация, которую получает пациент из телевизионных передач, статей из популярных журналов или обсуждений на форумах, не может быть сопоставлена с медицинским образованием. Как правило, информация из средств массовой информации лишена системности и многих уточняющих обстоятельств, которые учитывает врач. Тем не менее часто пациенты доверяют именно источникам СМИ и рассматривают врача как «механического исполнителя» рекомендаций из этих источников [5, с. 157]. В результате, по мнению А. Чириковой и С. Шишкина, масс-медиа «снижают авторитет врача и формируют его негативный образ», что, безусловно, негативно влияет на отношение граждан к медикам [5, с. 160].

По этой причине пациенты часто отказываются следовать рекомендациям врачей, если они не подтверждаются первоначальными представлениями пациента о причинах и обстоятельствах болезни, сформированными материалами СМИ. Очень часто врачам приходится убеждать пациентов следовать предписаниям назначенного лечения. Н. Полякова с соавторами, исследуя природу юридических услуг, которые аналогичны по уровню сложности медицинским, процесс обслуживания «должен осуществляться при тесном взаимодействии юриста и клиента». И от этого взаимодействия «зависит, насколько полной и

достоверной будет информация о деле, а также насколько тщательно клиент будет следовать советам юриста», следовательно, зависит и исход дела [3, с. 471]. В этих обстоятельствах при любых сомнениях в профессионализме и добросовестности врач должен уважать право пациента заблуждаться в его компетентности.

Кроме межличностного недоверия пациента к врачу существует еще и институциональное недоверие к деятельности медицинских учреждений и системе здравоохранения. Институциональное недоверие граждан к сфере медицины зародилось в постсоветский период. По мнению П. Аронсон, изначально предполагалось, что развитие платных медицинских услуг будет происходить при сохранении гарантий бесплатного медицинского обслуживания для льготных категорий населения и по некоторым видам медицинской помощи, таким как экстренная помощь. Тем не менее гарантии бесплатного обслуживания не подкреплялись достаточным государственным финансированием и значительно уступали в качестве платным услугам [1, с. 127]. С наибольшими трудностями при получении медицинского обслуживания столкнулись пациенты с низким уровнем дохода, у которых наблюдались проблемы со здоровьем. В целях оказания современного медицинского обслуживания государство предложило гражданам самостоятельно оплачивать часть услуг, в основном диагностических, фактически разделив медицинскую сферу на два направления – платное и бесплатное. Стоимость платных медицинских услуг была высокой для многих категорий граждан. В результате многие субъективно стали считать, что государственные медицинские учреждения всегда предоставляют услуги более низкого качества, чем частные клиники, обслуживание которых осуществляется на платной основе. Как следствие, сформировался низкий уровень доверия к государственным медицинским учреждениям.

Между тем медицинские учреждения, предлагающие платные услуги, также обладают невысоким уровнем доверия в глазах пациентов. Поскольку частные медицинские учреждения относятся к коммерческим предприятиям, основной целью их деятельности является получение прибыли. Эта цель плохо соотносится с другой целью учреждения – благополучие пациента. Часто пациенту в частных медицинских учреждениях предлагают много различных услуг диагностики и лечения, необходимость получения которых сомнительна или даже отсутствует. Пациенты также подозревают врачей в личном обогащении, получении вознаграждений от фармацевтических компаний, в желании назначить дополнительные процедуры и обследования, и все это не в целях заботы о здоровье пациента. Опыт получения платного медицинского обслуживания, на котором настоял недобросовестный медицинский работник, также формирует недоверие пациента к частным медицинским учреждениям.

Для решения проблемы недоверия необходим поиск нового типа отношений между врачом и пациентом. Поскольку специфика взаимодействия между врачом и пациентом возникла еще в советский период, когда традиционный патернализм главенствовал в общественных отношениях, в настоящее время эти отношения уступают место новой парадигме. Врач меняет привычную роль заботливого «родителя» для пациента, который требует безоговорочного выполнения предписаний и при этом принимает всю ответственность за лечение, на

новую. Новый статус врача – советчик и консультанта пациента. Он предоставляет пациенту полную информацию о заболевании и возможных методах лечения, а за пациентом остается право выбора медицинского вмешательства. В случае если мнение пациента оказывается иным, чем выводы врача, то доктор должен поступить в соответствии с решением пациента. Этот подход в литературе называется информированным согласием (informed consent) или совместным принятием решений врачом и пациентом (shared decision-making between professional and patient) [5, с. 155].

Исследования показывают, что пациенты рассчитывают на то, что врач будет делиться с ними большим объемом данных, а также будет советоваться с ними при принятии решений о лечении [5, с. 155–156]. Однако не все врачи готовы взаимодействовать на таких условиях с пациентами, так как в этом случае к ним предъявляются иные требования со стороны пациентов. Пациенты хотели бы, чтобы врач использовал персональный подход, учитывал его индивидуальные особенности при назначении методов лечения [5, с. 156]. Пациенты читают, что врачам необходимо развивать партнерские отношения на основе сотрудничества и открытости. Новый тип заявляемых отношений со стороны пациента возникает вследствие возросшей степени образованности граждан и доступности медицинской информации.

Однако не все врачи готовы к такому типу отношений. Ограничением является традиционное понимание врачом своей профессиональной деятельности. Многие врачи считают, что главным образом занимаются оказанием необходимой медицинской помощи пациенту, которого они «спасают». Иногда врачи не готовы отказаться от демонстрации своего преимущества перед пациентом. Однако не все пациенты также готовы развивать партнерские отношения. Некоторые группы пациентов, например пожилые или проживающие в сельской местности, ожидают от врача директивных решений. Данные пациенты не хотят брать на себя ответственность за состояние своего здоровья, считая, что только врач способен на это [5, с. 166].

Наконец, многие врачи и пациенты не готовы обозначать свои отношения как предоставление или получение медицинских услуг. В этом случае понятие «медицинская услуга» предполагает, что существует заказчик услуги, который ее оплачивает (государство или гражданин), и возникает ответственность за предоставление этой услуги. Развитие данных отношений требует от врачей получения новых коммуникативных и профессиональных компетенций. Врач должен уметь взаимодействовать с пациентом при новом подходе информированного согласия. Не все врачи уверены, что в ближайшее время удастся построить партнерские отношения с пациентом. Однако другого способа в современных условиях для решения проблемы низкого доверия между врачом и пациентом фактически нет.

Резюмируя сказанное выше, необходимо отметить, что проблема недоверия потребителей медицинских услуг имеет много причин и особенностей проявления. Проблема не имеет простого и быстрого решения. Необходимо выстраивать новый, более современный диалог между потребителями и производителями медицинских услуг.

Список использованной литературы

1. Аронсон П.Я. Утрата институционального доверия в российском здравоохранении / Полина Аронсон // Журнал социологии и социальной антропологии. – 2006. Т. 9, № 2. – С. 120–131.
2. Поляков В.В. Доверие как фактор поведения потребителей банковских услуг / В.В. Поляков // Известия Иркутской государственной экономической академии. – 2012. – № 5. – С. 61–65.
3. Полякова Н.В. Критерии качества юридических услуг, предоставляемых гражданам / Н.В. Полякова, В.В. Поляков, Ю.О. Баранова. – DOI 10.17150/2500-2759.2017.27(4).468-477 // Известия Байкальского государственного университета. – 2017. Т. 27, № 4. – С. 468–477.
4. Федонников А.С. Риски доверия к институту медицины в условиях цифрового здравоохранения: теоретический анализ и практика управления / А.С. Федонников, Е.А. Андриянова // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2020. – Т. 16. № 1. – С. 94–98.
5. Чирикова А.Е. Взаимодействие врачей и пациентов в современной России: векторы изменений / А.Е. Чирикова, С.В. Шишкин // Мир России. – 2014. – № 2. – С. 154–182.

Информация об авторах

Казанцев Леонид Викторович – заместитель директора Института управления и финансов, Байкальский государственный университет, г. Иркутск, Российская Федерация, e-mail: kazantsevlv@bgu.ru.

Сабанина Лидия Андреевна – магистрант, кафедра менеджмента, маркетинга и сервиса, Байкальский государственный университет, г. Иркутск, Российская Федерация, e-mail: lidaiya_sab@mail.ru.

Старцева Александра Васильевна – магистрант, кафедра менеджмента, маркетинга и сервиса, Байкальский государственный университет, г. Иркутск, Российская Федерация, e-mail: Aleksasha.starceva@mail.ru.

Authors

Kazantsev, Leonid V. – Deputy Director, Management and Finance Institute, Baikal State University, Irkutsk, the Russian Federation, e-mail: kazantsevlv@bgu.ru.

Sabanina, Lydia A. – Master's Degree Student, Department of Management, Marketing and Service, Baikal State University, Irkutsk, the Russian Federation, e-mail: lidaiya_sab@mail.ru.

Starceva, Alexandra V. – Master's Degree Student, Department of Management, Marketing and Service, Baikal State University, Irkutsk, the Russian Federation, e-mail: Aleksasha.starceva@mail.ru.