

## ЭТИКА ПОТРЕБЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Михальченко Д.В.

*Социологическое исследование показало низкий этический уровень потребления медицинских услуг населением.*

*Ключевые слова: этика, культура, медицинская услуга.*

## ETHICS OF CONSUMPTION OF MEDICAL SERVICES

Mihalchenko D.V.

*Sociological research has shown a low ethical consumption level of medical services by the population.*

*Keywords: ethics, culture, medical service.*

Вся медицинская помощь может быть дефрагментирована как система оказания услуг. Такой подход является новым для нашей науки и практики. Теория потребления медицинских услуг пока – только достижение западной социологии медицины. В России она, практически, не разрабатывалась. Причин здесь две: а) в дорыночных отношениях медицинских услуг не существовало, следовательно, никто их не изучал; б) сама социология медицины оформилась как статусная научная дисциплина в нашей стране лишь несколько лет назад. Соответственно, к анализу рынка медицинских услуг подходят с тех же позиций, как к анализу системы медицинской помощи, где пациент был пассивным объектом ее оказания. Но сейчас э тико-правовой статус пациента как объекта оказания медицинской помощи детерминирует его поведение как потребителя медицинских услуг. Большинство конфликтов в медицине связаны с неуважением данного статуса или его недооценкой медицинскими работниками. Большинство врачей склонны к патерналистской модели взаимоотношений с пациентами. Врачи также пока плохо ориентируются в понятиях «качество помощи» и «качество услуг», склоняясь к мнению, что услуги – это дополнительная помощь, оказываемая не в рамках страховой медицины, а за деньги клиентов. Пациенты же имеют все потребительские права, но не умеют ими пользоваться. Таким образом, этика потребления медицинских услуг и этика их предоставления – единый медико-социальный процесс, который должен изучаться целостно.

В ходе нашего социологического опроса была предпринята попытка изучить отношение респондентов к платным медицинским услугам, а также готовность и возможность оплачивать собственное лечение. Анализ результатов опроса показал, что только 17,4% респондентов могут оплачивать медицинские услуги без значительного сокращения семейного бюджета, в том числе для 4,3% это не составляет проблемы. Большинство опрошенных (33,6%) отметили, что оплата медицинской помощи для их семей сопряжена с необходимостью сокращать другие расходы, а 19,3% респондентов вообще не могут позволить себе платные медицинские услуги. Как следствие, 40,4% опрошенных сталкивались с ситуацией, когда приходилось отказаться от лечения из-за отсутствия денег. Респонденты с низким уровнем среднедушевых доходов и в возрасте старше 50 лет в большей степени считают, что медицинская помощь должна быть бесплатной, что вполне закономерно. А для респондентов пенсионного и предпенсионного возраста, наряду с низкими доходами, определяющим является то, что большую часть своей жизни они получали медицинские услуги бесплатно в условиях советской системы здравоохранения, что и сформировало их взгляды .

В оказании медицинской помощи существуют риски, которые непосредственно влияют на этику их потребления и риски, которые вызваны низким уровнем этой этики. Обе группы этих факторов могут привести как к избыточному потреблению медицинских услуг, так и к их недопотреблению. Риск избыточного потребления проявляется в виде зависимости относительно здорового человека от присутствия в его

жизни медицинского контроля, а также в перерасходе средств на медицинские услуги. Характерный пример – услуги эстетической медицины.

Риск недопотребления медицинских услуг проявляется в виде недолеченной болезни, некомплаентности пациентов или преждевременного выхода из терапевтического процесса, замене фирменных препаратов неэффективными дешевыми аналогами. И то, и другое характеризуют этику потребления медицинских услуг как неразвитую. Мы постарались типологизировать факторы риска как объективные и субъективные, отдав преимущество рассмотрению недопотребления медицинских услуг, поскольку именно оно приводит к наиболее тяжким последствиям. Первым объективным фактором является, безусловно, бедность. А субъективные факторы зависят, прежде всего, от переживания болезни, на основе анализа данного фактора, мы предложили типологию субъективных факторов риска в потреблении медицинских услуг.

Но, главным образом, этика потребления медицинских услуг зависит от удовлетворенности самих пациентов коммуникациями в этой сфере. Мы выясняли этот вопрос в специальном исследовании и сопоставляли данные с теми, которые были получены другими авторами. Распределение ответов показало, что неудовлетворенных пациентов больше, хотя процентное соотношение ответов (1,3 : 0,7) не позволяет оценивать ситуацию как критическую. Как было выяснено в ходе исследования, пациенты а) считают медицинскими услугами только платные и б) считают платными услугами только те, за которые платят сами. Обе эти позиции представляются нам ошибочными. Но причина ошибки осталась невыясненной. Чтобы прояснить ситуацию, мы позволили себе интерпретировать выводы авторов исследований удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи по критерию уровня этики потребления медицинских услуг. Оказалось, что данные, интерпретированные авторами исследований КМП как общие характеристики отношения населения к платным медицинским услугам, дают информацию о генезисе этики потребления этих услуг и ее параметрах.

Мы также провели собственное исследование, исходя из того, что принципиальным моментом формирования этики потребления медицинских услуг является очевидность/неочевидность их стоимости для потребителя. Отношение к услуге, за которую платит кто-то и к услуге, за которую платишь лично – это разные отношения. В принципе, сформированной этику потребления медицинских услуг можно считать тогда, когда пациент обращается за необходимой помощью в государственные лечебные учреждения, а за дополнительной – в частные. У нас препятствием в формировании такого подхода является то, что в государственных учреждениях оказывают платные услуги наравне с «бесплатными» (по ОМС). Причем, не только высокотехнологичные, как предполагалось, когда принимались разрешительные документы по этому вопросу, а всякие, вплоть до парамедицинских и косметологических. Это окончательно запутывает потребителя, но все-таки, в одном он убежден – бесплатные услуги бывают только в государственных учреждениях, а в частных бывают только платные услуги. Эта установка общественного сознания достаточно устойчива, как показывают исследования.

Исследование показало, что традиционная классическая модель государственного здравоохранения в последние годы стала дополняться экономически оправданным развитием платной медицины. Следовательно, институализация негосударственного сектора здравоохранения – это необходимое, но не достаточное условие воспитания культуры потребления медицинской помощи как совокупности услуг. Для того, чтобы повысить этику потребления медицинских услуг в нашей стране, необходимо постоянно повышать этику их предоставления.