

Більше ніж діагноз: еволюція медичного сервісу та клінічної комунікації в епоху пацієнтоцентричності

О. М. Труш

ТОВ «КАПИТАЛ», Універсальна клініка «Оберіг», Київ, Україна

Ключові слова: клінічна комунікація, задоволеність пацієнтів, якість сервісу, метрики сервісу (NPS, CSAT), клієнтоорієнтованість, комплаєнс, конфлікти, етичні норми, інклюзивність, фінансові показники, SPIKES.

У статті розглядається трансформація парадигми відносин «лікар — пацієнт» від патерналізму до партнерства. Проаналізовано вплив клінічних комунікативних навичок на результати лікування (комплаєнс) та фінансові показники медичних закладів. На основі звітів Deloitte, McKinsey та даних Google Reviews 2024–2025 рр. систематизовано очікування сучасного пацієнта, причини конфліктів та алгоритми їх вирішення. Запропоновано дорожню мапу впровадження стандартів сервісу на рівні держави та окремих закладів.

Від інтуїції до протоколу: актуальність професійної комунікації

Сучасна медицина переживає кризу довіри. За даними *Edelman Trust Barometer*, рівень довіри до системи охорони здоров'я корелює не стільки з технологічним оснащенням, скільки з якістю комунікації. Лікар більше не є сакральною фігурою, чиї рішення не обговорюються; він стає провідником та партнером.

Історично навчання комунікації було відсутнє в структурі медичної освіти («soft skills» вважалися вродженими). Проте у 1996 р. Джонатан Сільверман (Jonathan Silverman) та Сюзанна Курц (Suzanne Kurtz) розробили *Калгарі-Кембриджську модель (Calgary-Cambridge Guide)* — золотий стандарт, який довів, що комунікація — це клінічна навичка, яку можна тренувати так само, як і аускультацию.

Світовим бенчмарком у цій сфері є *Клівлендська клініка (Cleveland Clinic; США)*. У 2009 р. вона стала першим у світі медичним закладом, що створив Офіс досвіду пацієнта (Office of Patient Experience) на чолі із хірургом Джеймсом Мерліно (James Merlino), проголосивши принцип «Patients First». Їхній досвід доводить: емпатія та інклюзія (повага до гідності кожного незалежно від фізичних можливостей, гендеру чи статусу) є частиною безпеки пацієнта.

Архітектура сервісу та комунікацій

Протоколи клінічного спілкування: інструменти, а не скрипти

Протокол спілкування — це не жорсткий скрипт, а структура бесіди, що знижує когнітивне

навантаження на лікаря і підвищує зрозумілість для пацієнта.

- *Модель AIDET* (Acknowledge, Introduce, Duration, Explanation, Thank you): стандарт для рутинної взаємодії, розроблений Studer Group. Використовується для зниження тривожності пацієнтів під час процедур.
- *Протокол SPIKES* (R. Buckman, 2000 р.): шестикроковий алгоритм для повідомлення поганих новин (онкологія, паліатив, тяжкі діагнози):
 - 1) **Setting** (налаштування);
 - 2) **Perception** (сприйняття пацієнтом ситуації);
 - 3) **Invitation** (запрошення до інформування);
 - 4) **Knowledge** (передача відомостей / діагнозу);
 - 5) **Empathy** (емпатична реакція);
 - 6) **Strategy / Summary** (план дій та підсумок).
- *Інклюзивна комунікація*: використання «people-first language» (людина з діабетом, а не діабетик). Врахування потреб маломобільних груп та пацієнтів з посттравматичним стресовим розладом (особливо актуально для України).

Анатомія медичного візиту: синтез «hard» та «soft skills»

Синтез компетенцій: чому «просто лікувати» вже недостатньо?

Впровадження стандартів комунікації часто наштовхується на супротив лікарської спільноти: «Моя справа — лікувати, а не розмовляти». Проте в риторичі сучасної доказової медицини ця теза є хибною. Аргументація проста: *клінічна ефективність лікаря є прямо пропорційною його комунікативній компетентності*.

Діагноз, встановлений, але не роз'яснений пацієнту, призводить до низького комплаєнсу (невиконання рекомендацій). А отже, блискучі «hard skills» (академічні знання) нівелюються відсутністю «soft skills» (вміння донести інформацію).

Сучасний алгоритм лікарського прийому — це *інтегративна модель*, де на кожному етапі взаємодії активується конкретний набір професійних та психологічних навичок. Нижче наведено матрицю

відповідності етапів візиту та необхідних компетенцій, яка забезпечує той самий «безшовний досвід» та високу клінічну результативність.

Матриця компетенцій лікаря в рамках візиту пацієнта

1-й етап: встановлення контакту та збір анамнезу:

- *суть дії*: формування довіри, виявлення істинної причини звернення (яка часто відрізняється від озвученої в реєстратурі);
- *необхідна навичка: активне слухання та емпатія*: здатність чути не тільки факти («болить живіт»), а й емоційний контекст («я боюся, що це рак»). Використання технік скринінгу (запитання «Що ще вас турбує?») запобігає «синдрому дверної ручки» — ситуації, коли пацієнт озвучує головну проблему вже виходячи з кабінету.

2-й етап: фізикальний огляд та діагностичні маніпуляції:

- *суть дії*: об'єктивне обстеження тіла пацієнта;
- *необхідна навичка: клінічна експертиза + повага до кордонів*. Поєднання бездоганних мануальних навичок з вербальним супроводом дій. Лікар має коментувати свої дії («зараз я послушаю легені», «це може бути трохи неприємно»), що знижує тривожність пацієнта та демонструє повагу до його тілесної автономії.

3-й етап: формулювання діагнозу та прийняття клінічного рішення:

- *суть дії*: аналіз даних, диференційна діагностика;
- *необхідна навичка: «hard skills» (професійна експертність) + критичне мислення*. Це зона чистої медичної експертизи. Пацієнт платить саме за здатність лікаря правильно інтерпретувати симптоми та результати досліджень згідно з міжнародними протоколами. Тут комунікація відходить на другий план, поступаючись місцем аналітиці.

4-й етап: презентація плану лікування та рекомендацій:

- *суть дії*: перетворення медичного припису на план дій пацієнта;
- *необхідна навичка: партнерська взаємодія (Shared Decision Making)*. Відхід від директивного тону («Ви мусите приймати це») до партнерського («Давайте обговоримо варіанти лікування, які підійдуть вашому способу життя»). Використання методу «Teach-back» (попросити пацієнта повторити почуте своїми словами), щоб переконатися у правильному розумінні.

5-й етап: робота із запереченнями або емоційною реакцією (за необхідності):

- *суть дії*: врегулювання незгоди, страху, агресії або сумнівів пацієнта;
- *необхідна навичка: конфліктологія та емоційний інтелект*. Вміння не сприймати емоції пацієнта на свій рахунок, володіння алгоритмами гасіння конфлікту (наприклад, HEART), здатність аргументувати свою позицію без знецінення почуттів хворого.

6-й етап: довгостроковий супровід та моніторинг:

- *суть дії*: контроль динаміки одужання, корекція терапії;
- *необхідна навичка: асертивність та відповідальність*. Асертивність лікаря (впевнена, але не агресивна поведінка) є важливою для встановлення чітких меж: коли можна телефонувати, а коли ні; що є зоною відповідальності пацієнта. Це профілактика вигорання спеціаліста та запорука системного лікування.

Тільки поєднання цих навичок створює повноцінну медичну послугу. Вилучення будь-якого елемента (наприклад, блискучий діагност, який не вміє слухати, або емпатичний лікар, що помиляється в дозуваннях) руйнує цінність для пацієнта і призводить до репутаційних втрат клініки.

Очікування сучасного українського споживача

Згідно з результатами досліджень споживчих настроїв (наприклад, Kantar Ukraine, Gradus Research), український пацієнт 2025 р. суттєво змінився. Війна загостила потребу в емоційній безпеці.

Вимоги пацієнта:

- 1) *швидкість та цифровізація*: запис в один клік, результати у смартфоні;
- 2) *партнерська позиція*: пояснення «людською мовою», залучення до прийняття рішень (Shared Decision Making);
- 3) *передбачуваність*: прозорість ціноутворення до початку лікування;
- 4) *емпатія як база*: пацієнт не пробачає байдужості, навіть якщо лікар — «зірка»;
- 5) *інклюзивність*: хворі прагнуть і вимагають толерантного ставлення до усіх аспектів, що стосуються гендеру, особливостей зовнішності, стану здоров'я, вад, захворювань, сексуальної орієнтації, віросповідання тощо. Дискримінація, у тому числі у вербальній площині, є неприпустимою.

«Безшовний клієнтський досвід» (Seamless Patient Experience)

Відмінний сервіс — це не посмішка на рецепції, а відсутність організаційних бар'єрів. Концепція «безшовності» передбачає, що пацієнт не відчуває переходів між етапами обслуговування.

Ключові елементи впровадження:

- *CJM (Customer Journey Map)*: карта шляху пацієнта від пошуку в Google до дзвінка з питанням: «Як ви себе почуваєте?» після виписки;
- *omnichannel*: синхронізація даних між кол-центром, лікарем та додатком. Лікар має знати історію звернень до того, як хворий зайде до кабінету.

Клієнтоорієнтованість та економіка (Service Profit Chain)

Дослідження Deloitte Center for Health Solutions показують пряму кореляцію: лікарні з вищим рейтингом задоволеності пацієнтів мають рентабельність (Net Margin) на **4,8% вищу**, ніж заклади з низьким рейтингом.

Метрики якості:

- **NPS (Net Promoter Score):** індекс лояльності («З якою ймовірністю ви порекомендуєте нас?»);
- **CSAT (Customer Satisfaction Score):** задоволеність конкретною взаємодією;
- **рівень «No-show»:** відсоток пацієнтів, які не прийшли на прийом (індикатор поганої комунікації на етапі запису).

Тріада Донабедяна: структурний підхід до оцінки якості сервісу

Для систематизації процесів обслуговування доцільно звернутися до класичної моделі оцінки якості медичної допомоги, запропонованої Аведісом Донабедяном (Avedis Donabedian) (1966 р.). Хоча спочатку модель розроблялася для визначення клінічної якості, у контексті сучасного медичного маркетингу вона є фундаментом для побудови бездоганного Patient Experience.

Моделю складається з трьох послідовних елементів: структура — процес — результат:

- 1) **структура (Structure)** — матеріальний контекст. Це фундамент, на якому будується комунікація. Пацієнт починає оцінювати сервіс ще до контакту з лікарем, базуючись на умовах, у яких цей контакт відбувається:
 - фізичне середовище: навігація в клініці, чистота, комфорт зон очікування, доступність для маломобільних груп (інклюзивність як частина структури);
 - кадрові ресурси: наявність у штаті не лише кваліфікованих клініцистів, а й персоналу, навченого навичкам емпатії. Співвідношення кількості медсестер до пацієнтів (впливає на час, який можна приділити спілкуванню);
 - організаційні ресурси: наявність затверджених стандартних операційних процедур з комунікації, CRM (Customer Relationship Management)-системи для збереження історії взаємодії, зручність цифрових каналів запису;
 - маркетинговий висновок: якщо структура має дефекти (незручний сайт, холодний кабінет, втомлений персонал), навіть ідеальний протокол спілкування не виправить загальне враження;
- 2) **процес (Process)** — взаємодія в дії. Це безпосередня реалізація медичної послуги та комунікації. Саме тут відбуваються «моменти істини» між пацієнтом та брендом:
 - технічний аспект: правильність виконання діагностичних та лікувальних процедур;
 - міжособистісний аспект (ключовий для сервісу);
 - використання протоколів (AIDET, SPIKES):
 - якість збору анамнезу (чи слухає лікар, чи перебиває);
 - надання інформації (чи зрозумілою мовою пояснено діагноз);
 - емоційна підтримка та повага до гідності пацієнта;
 - маркетинговий висновок: процес — це те, що пацієнт відчуває «тут і зараз». Якість процесу

залежить від дотримання стандартів комунікації та їхньої відповідності рівню сервісних очікувань пацієнтів;

- 3) **результат (Outcome)** — ефект від взаємодії. Наслідки надання допомоги, які можна виміряти. У контексті сервісу ми розширюємо поняття клінічного результату до маркетингового:
 - клінічний результат: одужання, покращення функціонального стану, виживання;
 - комунікативний результат: розуміння пацієнтом свого стану, комплаєнс (прихильність до лікування). Доведено, що ефективна комунікація (процес) прямо впливає на комплаєнс, а отже, і на одужання;
 - сервісний результат: задоволеність пацієнта, лояльність, готовність рекомендувати заклад (NPS), репутація клініки;
 - маркетинговий висновок: результат є похідним від структури та процесу. Неможливо вимагати високого NPS (результат), не інвестувавши у навчання персоналу (структура) та контроль дотримання скриптів (процес).

Анатомія конфлікту

Конфлікт у медицині — це часто наслідок невинуватих очікувань або страху пацієнта.

Тригери:

- інформаційний вакуум (хворий не розуміє, що з ним роблять і скільки чекати);
- порушення особистих кордонів;
- фінансова непрозорість;
- особливий тригер: «втома від рішень» у лікаря, що сприймається як грубість.

Топ-6 причин негативних відгуків (Google Reviews 2025: аналітичний зріз) на основі аналізу трендів відгуків у приватному та державному секторах:

- 1) **«Мене не чули»:** лікар перебивав, не давав поставити запитання, дивився в монітор, а не на пацієнта;
- 2) **час очікування vs час прийому:** годинне очікування заради 5 хв консультації;
- 3) **адміністративний хаос:** загублена картка, помилка в записі, термінал, що не працює;
- 4) **приховані платежі:** сума в чеку відрізняється від попередньо озвученої;
- 5) **відсутність «післяпродажного» сервісу:** неможливість зв'язатися з лікарем у разі виникнення ускладнень після візиту;
- 6) **етичні порушення:** оціночні судження щодо зовнішності, віку чи способу життя пацієнта.

Глобальні причини виникнення конфліктів у медичній сфері

Окрім суто ситуаційних причин конфліктів між пацієнтами та медичним персоналом, в українській медицині ми спостерігаємо **соціальний конфлікт** як наслідок розриву між очікуваннями та реальністю в трикутнику «пацієнт — держава — лікар». Глобально причини цього явища зводяться до наступних п'яти:

- 1) **пацієнт: «пацієнтський екстремізм» vs радянський спадок.** Суспільство перебуває в стані когнітивного дисонансу: з одного боку, люди

звикли до сервісу в банках чи ресторанах і хочуть бачити таку ж «усмішку» та швидкість у лікарні, а з іншого боку, залишається архетип лікаря як «служителя муз», який працює за ідею. Пацієнт вимагає сервісу рівня *Private Banking*, але за моделлю *Social Security*. Крім того, у свідомості громадян живучим залишається міф про «клятву Гіппократа» (текст якої мало хто читав, тому здебільшого люди мають спотворене уявлення про зміст та суть цієї клятви) — про обов'язок лікаря безкорисливо служити людям. Водночас від спеціаліста вимагається бути досвідченим, мати глибокі знання, використовувати сучасне обладнання та технології, вміти вирішувати найскладніші проблеми зі здоров'ям;

2) лікар: професійне вигорання та девальвація експертності. Доступність інформації в мережі створила ілюзію простоти медицини. Пацієнт більше не приходить за порадою — він приходить із «замовленням» на лікування, сприймаючи лікаря не як професіонала, а як функцію чи інструмент. Проте лікар цілком обґрунтовано сприймає себе як висококваліфікованого експерта, який витратив 10+ років на навчання. Конфлікт виникає, коли його знання знецінюються фразою: «Я в інтернеті читав», а його особистий час (дзвінки у Viber після 22:00) вважається власністю пацієнта;

3) економічна невідповідність. Рівень сервісу, якого вимагає суспільство (сучасні ремонти, одноразові витратні матеріали, усміхнений персонал), коштує дорого. Коли держава чи страхова не покривають ці витрати повністю, пацієнт відчуває обман, а лікар — недооціненість та несправедливість. Особливу проблему становлять взаємовідносини між державою та медичними закладами, за яких обсяг державного фінансування не відповідає реальним потребам системи охорони здоров'я, попри публічні заяви органів влади про те, що «держава забезпечила безоплатність медичних послуг»;

4) відсутність кордонів (месенджер-терор). В Україні відсутня культура поваги до *Private Space* лікаря. Завдяки розповсюдженості мобільного зв'язку спеціаліст став доступним 24/7. Будь-яка спроба фахівця виставити межі сприймається пацієнтом як «черствість» та «нелюдність»;

5) медичний заклад: бізнес-процеси проти «храму медицини». Заклади намагаються впровадити ключові показники ефективності (Key Performance Indicator — KPI) та маркетинг, але часто стають заручниками конфлікту, намагаючись «загасити» незадоволення пацієнта за рахунок додаткового навантаження на лікаря або фінансових втрат (повернення грошей, знижки, компенсації тощо).

Алгоритми гасіння конфліктів

Організаційна передумова вирішення конфліктів — надання повноважень персоналу першої лінії вирішувати проблеми «тут і зараз».

Алгоритм HEART (використовується Disney та Mayo Clinic):

- **Hear** (почути): дати виговоритися, не перебивати;
- **Empathize** (проявити емпатію): «Я розумію, чому ви засмучені»;
- **Apologize** (вибачитися): за ситуацію, навіть якщо немає особистої вини;
- **Respond** (відреагувати): запропонувати рішення;
- **Thank** (подякувати): за зворотний зв'язок.

Виклики нової реальності та роль екологічного маркетингу

Медичний бізнес стикається з демографічною ямою, міграцією персоналу та падінням платоспроможності населення. За цих умов агресивний маркетинг («продаж страху») перестає працювати і викликає відторгнення.

Майбутнє за екологічним маркетингом:

- просвітництво замість залякування;
- етичні продажі: пропонувати тільки те, що дійсно потрібно (Evidence-based marketing);
- утримання (Retention) стає дешевшим і важливішим за залучення нових (Acquisition) клієнтів. Лояльний пацієнт — головний актив клініки в турбулентні часи.

Висновки

Дорожня мапа змін

Для трансформації системи необхідні синхронізовані дії на двох рівнях.

Рівень А: державна політика (Міністерство охорони здоров'я, Національна служба здоров'я України):

- 1) **ціль:** впровадження обов'язкового курсу з клінічної комунікації у закладах вищої освіти та на рівні післядипломної освіти; стандартизація оцінки задоволеності пацієнтів як критерію якості надання послуг (за прикладом Оцінки пацієнтами лікарняної медичної допомоги та системи охорони здоров'я (Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems — HCAHPS) у США);
- 2) **ресурси:** розробка національних клінічних настанов з комунікації;
- 3) **терміни:** 3–5 років для системної інтеграції в освітні програми;
- 4) **показник успіху:** зростання рівня довіри до медицини в соціологічних опитуваннях.

Рівень Б: медичний заклад (керівник / власник):

- 1) **ціль:** створення корпоративної культури, де «soft skills» = «hard skills»;
- 2) **ресурси:**
 - впровадження посади менеджера із сервісу або омбудсмена пацієнтів;
 - регулярні тренінги (мінімум 2 рази на рік) для всіх співробітників (від паркувальника до головного лікаря);
 - система збору зворотного зв'язку (QR-коди, обдзвони);

- 3) *терміни*: 6–12 міс для перших відчутних змін (Quick Wins);
- 4) *показники успіху*: NPS >70%, зменшення кількості скарг на 30%, збільшення LTV (Lifetime Value) пацієнта.

Під час підготовки статті використано матеріали досліджень: Deloitte «2024 Global Health Care Sector Outlook», McKinsey Health Institute reports, Mayo Clinic Proceedings, а також статистичні дані аналізу цифрових платформ відгуків.

УДК 616-071/-079 : 614.253.8

doi: 10.33149/vkrp.2026.03.09

UA Більше ніж діагноз: еволюція медичного сервісу та клінічної комунікації в епоху пацієнтоцентричності

О. М. Труш

ТОВ «КАПИТАЛ», Універсальна клініка «Оберіг», Київ, Україна

Ключові слова: клінічна комунікація, задоволеність пацієнтів, якість сервісу, метрики сервісу (NPS, CSAT), клієнтоорієнтованість, комплаєнс, конфлікти, етичні норми, інклюзивність, фінансові показники, SPIKES.

У статті досліджується фундаментальна трансформація відносин у медичній сфері, а саме — перехід від застарілої патерналістської моделі «лікар — пацієнт» до сучасної парадигми партнерства та пацієнтоцентричності. Акцентовано увагу на тому, що на тлі кризи довіри в системі охорони здоров'я (за даними *Edelman Trust Barometer*) якість комунікації стає ключовим фактором, який корелює з рівнем довіри більше, ніж технологічне оснащення.

Проаналізовано прямий вплив професійних комунікативних навичок не тільки на клінічну ефективність лікування (через підвищення комплаєнсу — прихильності пацієнта до виконання рекомендацій), а й на фінансові показники медичних закладів. Дослідження, зокрема від *Deloitte Center for Health Solutions*, підтверджують: лікарні з вищим рейтингом задоволеності пацієнтів демонструють рентабельність (*Net Margin*) на 4,8% вищу. Таким чином, «soft skills» (комунікація) визнаються невіддільною частиною «hard skills» (клінічна експертиза). Діагноз, не роз'яснений пацієнту, автоматично призводить до низького комплаєнсу та нівелює академічні знання лікаря.

Вказується, що навчання комунікації історично було відсутнє в структурі медичної освіти, але це змінилося з розробкою Калгарі-Кембриджської моделі (*Calgary-Cambridge Guide*) у 1996 р., яка є «золотим стандартом» і доводить, що комунікація — це навичка, що підлягає тренуванню. Як світовий бенчмарк наведено досвід Клівлендської клініки (*Cleveland Clinic*, США), де у 2009 р. вперше було створено Офіс досвіду пацієнта за принципом «Patients First», основною ідеєю якого стало те, що емпатія та інклюзія є частиною безпеки пацієнта. У статті деталізується матриця компетенцій

лікаря з інтеграцією професійних та психологічних навичок на шести етапах медичного візиту. Систематизовано очікування сучасного українського пацієнта (2025 р.), які включають вимоги до швидкості та цифровізації, партнерської позиції лікаря, передбачуваності ціноутворення, емпатії як базової умови та абсолютної інклюзивності (неприпустимість дискримінації за будь-якими ознаками). На основі аналізу *Google Reviews 2025* ідентифіковано топ-6 причин негативних відгуків, серед яких домінують: низький рівень емпатії, значний час очікування, адміністративний хаос, приховані платежі та етичні порушення. Для вирішення конфліктів запропоновано алгоритм HEART (Hear, Empathize, Apologize, Respond, Thank). У висновку представлено можливу «дорожню карту змін» на двох рівнях: державної політики і медичного закладу.

EN More than a diagnosis: the evolution of medical service and clinical communication in the era of patient-centeredness

O. M. Trush

CAPITAL LLC, Universal Clinic "Oberig", Kyiv, Ukraine

Key words: clinical communication, patient satisfaction, service quality, service metrics (NPS, CSAT), client-orientation, compliance, conflicts, ethical norms, inclusivity, financial indicators, SPIKES.

The article explores the fundamental transformation of relationships in the medical sphere, specifically the shift from the outdated paternalistic "doctor-patient" model to the modern paradigm of partnership and patient-centeredness. Attention is focused on the fact that amid the crisis of trust in the healthcare system (according to the *Edelman Trust Barometer*), the quality of communication becomes a key factor that correlates with the level of trust more significantly than technological equipment. The direct influence of professional clinical communication skills is analyzed not only on the clinical effectiveness of treatment (through increasing compliance — the patient's adherence to recommendations) but also on the financial performance of medical institutions. Studies, particularly from the *Deloitte Center for Health Solutions*, confirm: hospitals with a higher patient satisfaction rating demonstrate a profitability (*Net Margin*) that is 4.8% higher. Thus, Soft Skills (communication) are recognized as an inseparable part of Hard Skills (clinical expertise). A diagnosis not explained to the patient automatically leads to low compliance and nullifies the doctor's academic knowledge. It is noted that communication training was historically absent from medical education, but this changed with the development of the *Calgary-Cambridge Guide* in 1996, which is the "gold standard" and proves that communication is a skill that can be trained. The experience of *Cleveland Clinic* (USA) is cited as a global benchmark; in 2009, it was the first medical institution to create an "Office of Patient Experience" under the "Patients First" principle, emphasizing that empathy and inclusion are part of patient safety. The article details the matrix of doctor's competencies, integrating professional and psychological skills across six stages of a

medical visit. The expectations of the modern Ukrainian patient (2025) are systematized, including demands for speed and digitalization, a partnership position from the doctor, pricing predictability, empathy as a basic condition, and absolute inclusivity (the inadmissibility of discrimination on any grounds). Based on the analysis of Google Reviews 2025, the Top 6 reasons for negative

reviews are identified, among which dominate: a low level of empathy, long waiting times, administrative chaos, hidden fees, and ethical violations. The HEART Algorithm (Hear, Empathize, Apologize, Respond, Thank) is proposed for conflict resolution. In conclusion, a "roadmap for change" is proposed on two levels: at the level of state policy and at the level of the medical institution.