

ЗАДОВОЛЕНІСТЬ ДОСТУПНІСТЮ ТА ЯКІСТЮ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ, ПОЛЬЩІ ТА УГОРЩИНІ

У статті здійснено порівняння задоволеності пацієнтів доступністю та якістю отриманої медичної допомоги, а також проаналізовано зв'язок задоволеності з одним з найбільших бар'єрів до медичної допомоги в регіоні – високими фінансовими витратами з кишені пацієнта. Результати порівняльного емпіричного дослідження, проведеного у 2010 р. в Польщі, Угорщині та Україні, засвідчують співмірні рівні задоволення доступністю та якістю медичної допомоги в Україні та Польщі, однак значно більша частка пацієнтів в Угорщині демонструють задоволеність доступністю та якістю медицини.

Ключові слова: задоволеність медичною допомогою, пацієнт, система охорони здоров'я, Україна, Угорщина, Польща.

Задоволеність пацієнта – чи то системою охорони здоров'я, чи то медичною допомогою – в пострадянських суспільствах часто вважається суб'єктивною **оцінкою, яка не враховується** при розробці політики охорони здоров'я. Однак виявлення частки пацієнтів, які задоволені медичною допомогою, та відстежування динаміки показника в часі є одним із дороговказів, які стимулюють чуйність системи охорони здоров'я до потреб пацієнтів.

Задоволеність охороною здоров'я є невіддільною частиною оцінювання діяльності систем охорони здоров'я в країнах, наприклад, Європейського Союзу, а також у Канаді, США, Австралії та ін. Задоволеність розглядається як складова чуйності (responsiveness) системи охорони здоров'я до потреб населення та пацієнтів та важливою (якщо не основною) складовою оцінювання якості медичної допомоги [6].

У Сполучених Штатах Америки, Канаді, Австралії, Норвегії та ін. оцінювання задоволеності медичними послугами стало важливим у 50–60-х роках ХХ століття, коли охорона здоров'я набула рис ринку, «гроші стали йти за пацієнтом», і на додачу пацієнт став розглядатися здебільшого як споживач: більш активний суб'єкт, залучений до прийняття рішень щодо діагностики та лікування, відповідальний за власне здоров'я [15; 18; 19]. Отже, зворотний зв'язок у вигляді думки споживача, його очікувань, преференцій та виборів, як і задоволеності сервісом, набув неабиякого значення. Деякі автори навіть стверджують, що очікування та цінності клієнта виключно мають бути враховані при оцінюванні роботи надавача медичної допомоги [9].

Чому ж так важливо мати пацієнтів задоволеними? На таке запитання існує цілий перелік відповідей, а саме:

- коли пацієнт має позитивний попередній досвід та настрої щодо звернення до лікаря, то зникає психологічний бар'єр, а отже, пацієнти не бояться відвідувати лікаря при появі симптомів захворювання, а також продовжують відвідувати лікаря при тривалому лікуванні;
- задоволені пацієнти демонструють прихильність до лікування й у разі появи незвичних реакцій при прийомі ліків не переривають їхнє споживання, а звертаються за порадою до фахівця;
- підтримують стосунки з надавачем медичної допомоги та рекомендують звертатися по допомогу іншим.

Загалом, як підкреслюється в систематичному огляді досліджень із задоволеності [17], задоволеність має дві основні групи детермінант: по-перше, це характеристики індивіда як споживача медичної допомоги, що включають соціально-демографічні фактори, стан здоров'я та очікування, вірування, цінності та досвід, і, по-друге, стимули надання медичної допомоги, а саме: фізичне оточення, організаційні аспекти допомоги та ставлення й вигляд медичного персоналу. Щодо соціально-демографічних особливостей, то найчастіше результати досліджень показують більшу задоволеність серед людей старшого віку, менш освічених та тих, які мають добре здоров'я. Натомість особливості атрибутів медичної допомоги, які сприяють більшій задоволеності, є такими: надавач медичної допомоги вміє вислухати, надає інформацію та зворотний зв'язок, його поведінка підкреслює залученість пацієнта в прийняття рішень.

Утім, дослідження задоволеності часто вщент критикуються через недосконалу методологію. Детальніше: концепт «задоволеність пацієнта» вважають суб'єктивним, до того ж йому бракує однозначного розуміння [10; 15–17]. Як зазначає Б. Вільямз (B. Williams), «достатньо багато припущень робиться стосовно того, що пацієнти власне розуміють, коли говорять, що вони задоволені» [18, с. 509]. Так, задоволення як міра якості критикується через те, що у споживачів медичної допомоги є попередній досвід та очікування, відштовхуючись від яких вони й надають свою оцінку. Однак у відповідь на цілий спектр критики дослідники пропонують нові підходи до вивчення задоволеності з інтеграцією попередніх очікувань та досвіду пацієнтів: створюються шкали, покликані відокремити відчуття респондента від оцінки атрибутів надання медичної допомоги (наприклад, час очікування в черзі, час, витрачений на дорогу до закладу) [17].

Попри критичні зауваження, задоволеність системою охорони здоров'я чи певними медичними послугами нерідко включена в різноманітні індекси охорони здоров'я, які покликані порівнювати системи охорони здоров'я різних країн [5] або ж одну систему протягом тривалого часу [11]. Більше того, у світі з кожним роком зростає кількість досліджень, які вивчають ті чи інші аспекти задоволення споживача медичною послугою, наприклад, задоволеність пацієнтів консультаціями на первинній ланці [1; 4], задоволеність пацієнтів, які мають різноманітні діагнози [7; 14], тощо. Утім, у пострадянських країнах задоволеність пацієнта часто не враховується при розробці політики охорони здоров'я, тож і не є предметом вивчення та впровадження відповідних заходів, які б сприяли більшому задоволенню пацієнтів. Однак рідкісні емпіричні знахідки показують, що у світі посткомуністичні країни демонструють найменший рівень задоволення як своїм життям, так і системами охорони здоров'я [8]. Порівняння, наприклад, задоволеності різними типами послуг, яке було здійснено у 2010 р., показує, що в країнах Європи та Центральної Азії найменший відсоток задоволених державними медичними послугами належить Україні, за якою слідує Албанія, Азербайджан, Македонія та Монголія, а найбільший відсоток задоволення – у Туреччині, Естонії та Грузії. Також найбільшою проблемою в медичному обслуговуванні вважаються довгі черги, нестача ліків, оплата на вимогу лікаря та неповага з боку лікаря, і меншою мірою називаються такі атрибути, як «заклади не є чистими» та «часта/необґрунтована відсутність лікаря на робочому місці».

Оскільки дослідження задоволеності пацієнта є рідкісними в країнах Східної Європи, як і порівняльні дослідження, **метою представленої роботи** є виявити та порівняти рівні задоволеності доступністю та якістю медичної допомоги в трьох європейських країнах (Україні, Польщі та Угорщині), а також дослідити наявність зв'язку між задоволеністю та одним з найбільших бар'єрів до медичної допомоги в регіоні – високими фінансовими витратами з кишені пацієнта. Виявлення останнього аспекту є важливим, оскільки, за свідченнями дослідників, які презентують результати якісних розвідок [2; 13], неформальні платежі вважаються інструментом покращення атрибутів медичної допомоги, що, своєю чергою, сприяє більшому задоволенню пацієнтів.

Методологія дослідження

Кількісні репрезентативні дані було зібрано в рамках проекту «Оцінювання впливу політики та методів оплати за медичні послуги на їхню економічну ефективність, справедливість та якість у країнах Центральної та Східної Європи (на прикладі України, Польщі, Угорщини, Румунії, Болгарії, Литви)», що фінансувався Європейською Комісією в межах сьомої рамкової програми (ASSPRO CEE 2007, номер грантової угоди 217431)¹. Влітку 2010 р. Міжнародна агенція «Гелеп» провела польові роботи зі збору емпіричних даних – було опитано по 1000 представників домогосподарств України, Польщі та Угорщини. Домогосподарства було відібрано на основі ймовірнісної багатоступеневої вибірки. Це одне з небагатьох в Україні репрезентативних міжнародних досліджень щодо політик платежів пацієнтів та сприйняття атрибутів медичної допомоги з використанням ідентичної методології.

Особисті опитування з використанням структурованого опитувальника було обрано через те, що такий метод збору даних може залучити більшу частку охочих взяти участь у дослідженні, а також забезпечити повніше заповнені опитувальники. Більше того, оскільки деякі питання опитувальника були складними для самостійного заповнення (наприклад, моделі дискретного вибору/discrete choice experiment), тому було вирішено проводити опитування віч-на-віч за участю інтерв'юера. Збір даних відбувався в оселях респондентів.

Дослідницький інструмент для збору даних був ретельно розроблений дослідницькою

¹ Детальніше про заходи та публікації, здійснені в межах проекту, на сайті www.assprocee2007.com.

командою із залученням міжнародних експертів з досвідом проведення емпіричних досліджень у галузі політик та практик платежів пацієнтів. Загалом, опитувальник включав такі частини: споживання амбулаторної та окремо стаціонарної медичної допомоги, відповідної оплати за таку медичну допомогу та ставлення до оплати з кишені пацієнта (зокрема до подяк та хабарів), гіпотетичного бажання сплачувати за медичну допомогу залежно від характеристик допомоги. Анкету було розроблено англійською мовою та перекладено на мови країн-учасниць дослідження, після чого знову перекладено на англійську мову з метою порівняння адекватності перекладу. Враховуючи складнощі та особливості тематики дослідження, було проведено претест інструментарію дослідження в кожній країні. Загалом, респондентам потрібно було виділити близько півгодини на інтерв'ю.

У цій роботі проаналізовано задоволеність якістю та доступністю медичної допомоги – як поліклінічної, так і стаціонарної, а також оплати з кишені за медичну допомогу та неспроможність сплатити за медичну допомогу через фінансові перешкоди. Усі змінні, які представляють суми платежів у національній валюті, спершу конвертовані з урахуванням індексу інфляції (2010 рік як основа), далі скориговані суми переведено в євро за середнім за 2010 рік курсом. Для аналізу даних застосовано порядковий логістичний регресійний аналіз з метою визначення зв'язків між задоволеністю якістю чи доступністю медичної допомоги – з одного боку та з другого – наявністю досвіду оплати за амбулаторну допомогу, неможливістю оплатити таку допомогу й соціально-демографічними

характеристиками респондента. Аналіз включає лише досвід та ставлення споживачів медичної допомоги, які зазначили, що зверталися по допомогу для себе протягом останніх 12 місяців перед проведенням дослідження.

Задоволеність доступністю та якістю медичних послуг в Україні, Польщі та Угорщині

У цій роботі проаналізовано задоволеність як пацієнтів амбулаторної, так і стаціонарної допомоги, які звітують про своє звернення по допомогу протягом останнього року (останні 12 місяців). Окремо вивчалися задоволеність доступністю та задоволеність якістю допомоги. Так, виявляється, що найменша частка тих, хто звертався по амбулаторну допомогу й висловлює незадоволеність як якістю, так і доступністю, помічена в Угорщині (4,6 % та 6,4 % відповідно) разом з найвищим відсотком задоволених пацієнтів. Натомість в Україні результати опитування показують суттєво вищу частку незадоволених якістю та доступністю амбулаторної допомоги – 14,5 % та 17,8 % відповідно. Цікаво, що, на відміну від України та Угорщини, частка польських респондентів-пацієнтів амбулаторної допомоги, яка не задоволена якістю допомоги (9,2 %), є вдвічі нижчою від частки невдоволених доступністю медичної допомоги (18,3 %). Помітно також, що загальний рівень задоволення доступністю амбулаторної допомоги в Україні та Польщі є практично однаковим (41,6 % та 39,6 %), однак частки задоволених якістю амбулаторної допомоги різняться: 41,4 % в Україні та 51,0 % в Польщі.

Таблиця 1. Амбулаторна медична допомога в Україні, Польщі та Угорщині: задоволеність та оплата

	Україна		Польща		Угорщина		
	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	
<i>Кількість споживачів амбулаторної допомоги:</i>		572		735		826	
Чи Ви в цілому задоволені якістю амбулаторної допомоги, по яку Ви зверталися протягом останніх 12 місяців?	Ні	82	14,5	67	9,2	38	4,6
	Дещо	249	44,1	288	39,7	207	25,1
	Так	234	41,4	370	51,0	580	70,3
Чи Ви в цілому задоволені доступністю амбулаторної допомоги, по яку Ви зверталися протягом останніх 12 місяців?	Ні	101	17,8	132	18,3	53	6,4
	Дещо	230	40,6	303	42,1	207	25,1
	Так	236	41,6	285	39,6	566	68,5
<i>Кількість споживачів стаціонарної допомоги:</i>		184		159		219	
Чи Ви в цілому задоволені якістю стаціонарної допомоги, по яку Ви зверталися протягом останніх 12 місяців?	Ні	27	14,8	20	12,6	15	6,9
	Дещо	75	41,2	63	39,6	56	25,8
	Так	80	44,0	76	47,8	146	67,3
Чи Ви в цілому задоволені доступністю стаціонарної допомоги, по яку Ви зверталися протягом останніх 12 місяців?	Ні	21	11,5	32	20,3	14	6,5
	Дещо	78	42,6	59	37,3	55	25,3
	Так	84	45,9	67	42,4	148	68,2

Щодо задоволення стаціонарною медичною допомогою, то спостерігається схожий розподіл між країнами – найбільше задоволених пацієнтів в Угорщині: 67,3 % пацієнтів задоволені якістю та 68,3 % доступністю. Суттєво нижчий рівень задоволення помічено в Польщі та Україні: 47,8 % поляків задоволені якістю стаціонарної допомоги й 42,4 % доступністю, тоді як в Україні – 44 % та 45,9 % відповідно. Цікаво також, що, як і в амбулаторній допомозі, менше пацієнтів висловлює незадоволення якістю допомоги (12,6%), аніж доступністю (20,3%). В Україні ж найменший відсоток пацієнтів висловили незадоволення, коли їх запитали про задоволеність доступністю стаціонарної допомоги.

Варто також відзначити відмінність у рівні споживання амбулаторної допомоги, адже найменшою є частка представників українських домогосподарств, які підтвердили свій досвід звернення до лікаря (57,3 %), тоді як у Польщі три чверті респондентів мають такий досвід, в Угорщині – 80 %. Щодо стаціонарної допомоги, то ми не помітили таких суттєвих розбіжностей, як у поліклінічній допомозі – практично кожен п'ятий респондент має досвід стаціонарного лікування протягом останнього року.

Неформальні платежі та неспроможність пацієнтів оплатити медичну допомогу в Україні, Польщі та Угорщині

Найвищий відсоток респондентів, які звернулися до лікаря протягом останнього року та здійснили неформальний платіж, спостерігається в Україні (37,4 %), також відносно велика частка неформальних платників зафіксована

в Угорщині, на відміну від Польщі, де лише 5,9 % вказали на те, що сплачували неформально. Хоча середній розмір неформального платежу (медіанне значення) є найвищим в Угорщині (36,4 євро), а найменшим в Україні (10,4 євро), більша частка пацієнтів в Україні (18,6 % на відміну від 5,6 % в Угорщині) стверджує, що змушена була позичати або продавати цінні речі, щоб покрити витрати на амбулаторну медичну допомогу. У Польщі ж 13,2 % пацієнтів зазначили, що змушені були позичати чи продавати цінності, а середній розмір неформального платежу становить 23,6 євро.

Щодо стаціонарної допомоги, то тут спостерігаються суттєво вищі частки тих, хто сплачував неформально за лікування, однак, так само як і в амбулаторній допомозі, найвища частка неформальних платників є в Україні (52,7 %), а найнижча – в Польщі (18,2 %), тоді як в Угорщині – це 46,1 %. Аналогічним є розподіл відповідей на питання про те, чи потрібно було позичати гроші або продавати цінні речі для того, щоб покрити витрати на стаціонарне лікування: 11,7 % в Угорщині, 25 % у Польщі та 44,3 % в Україні підтвердили, що змушені були вдаватися до таких дій.

Результати регресійного аналізу

Як уже згадувалося в методології дослідження, в порядковій логістичній регресії використовувалися три типи незалежних змінних: досвід оплати неформально за медичну допомогу, неспроможність покрити витрати на медичну допомогу та соціально-демографічні характеристики. У табл. 3 представлено результати

Таблиця 2. Неформальні платежі та неспроможність пацієнтів сплатити за медичну допомогу

		Україна		Польща		Угорщина		
		Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	Кількість	Відсоток	
Амбулаторна допомога, кількість споживачів:		572		735		826		
Неформальний платіж		Ні	358	62,6	676	92,0	645	78,1
		Так	214	37,4	59	5,9	181	21,9
	Розмір платежу	Медіана	10,4		23,6		36,4	
		Середнє	41,1		68,5		61,3	
		(Ст. відхилення)	92,9		82,1		80,1	
Неспроможність сплатити за медичну допомогу	Ні	263	81,4	158	86,8	221	94,4	
	Так	60	18,6	24	13,2	13	5,6	
Стаціонарна допомога, кількість споживачів		184		159		219		
Неформальний платіж		Ні	87	47,3	130	81,8	118	53,9
		Так	97	52,7	29	18,2	101	46,1
	Розмір платежу	Медіана	47,9		48,5		100,0	
		Середнє	107,9		60,1		123,7	
		(Ст. відхилення)	154,2		53,5		122,8	
Неспроможність сплатити за медичну допомогу	Ні	76	56,7	27	75,0	91	88,3	
	Так	58	44,3	9	25,0	12	11,7	

Таблиця 3. Задоволеність пацієнтів доступністю та якістю амбулаторної допомоги, по яку звернулися протягом останніх 12 місяців – результати регресійного аналізу

		Задоволеність якістю амбулаторної допомоги, по яку звернулися протягом останніх 12 місяців [0 – Ні; 1 – Дещо; 2 – Так]			Задоволеність доступністю амбулаторної допомоги, по яку звернулися протягом останніх 12 місяців [0 – Ні; 1 – Дещо; 2 – Так]		
		Україна	Польща	Угорщина	Україна	Польща	Угорщина
Досвід неформальної оплати за медичну допомогу ^a	Коефіцієнт	-0,787*	-0,518**	-0,421*	-0,836*	-0,241	-0,202
	Станд. похибка	(0,182)	(0,307)	(0,186)	(0,180)	(0,301)	(0,184)
Неможливість оплатити медичну допомогу ^a	Коефіцієнт	-0,764*	-1,610*	-0,370	-0,675*	-1,375*	-0,312
	Станд. похибка	(0,292)	(0,461)	(0,576)	(0,286)	(0,458)	(0,566)
Вік [років]	Коефіцієнт	0,001	0,003	0,011*	0,002	-0,002	0,004
	Станд. похибка	(0,006)	(0,006)	(0,005)	(0,006)	(0,006)	(0,005)
Стать ^b	Коефіцієнт	-0,065	0,062	0,131	-0,200	-0,078	0,174
	Станд. похибка	(0,185)	(0,158)	0,160)	0,184	(0,153)	(0,155)
Місце проживання ^c	Коефіцієнт	-0,096	-0,125	0,076	-0,018	0,015	0,009
	Станд. похибка	(0,073)	0,078	(0,064)	0,073	(0,076)	(0,060)
Освіта ^d	Коефіцієнт	-0,054	0,014	-0,135**	-0,082	-0,100	-0,033
	Станд. похибка	(0,089)	0,084	(0,069)	0,088	0,082	(0,068)
Наявність діагнозу – діабет	Коефіцієнт	0,019	-0,721*	-0,028	0,057	-0,824*	-0,302
	Станд. похибка	(0,384)	(0,295)	(0,248)	0,382	0,289	(0,233)
Наявність діагнозу – високий тиск	Коефіцієнт	-0,142	-0,479*	-0,103	0,098	-0,584*	0,108
	Станд. похибка	(0,211)	0,210	(0,185)	0,209	0,205	(0,180)
Наявність діагнозу – захворювання нирок, печінки, легень	Коефіцієнт	0,267	0,381	-0,672*	0,399**	0,573**	-0,137
	Станд. похибка	(0,221)	0,347	0,290)	0,221	0,336	(0,302)
Наявність діагнозу – інсульт	Коефіцієнт	0,738*	1,345	0,460	0,150	-0,279	1,006
	Станд. похибка	0,408	0,884	(0,676)	0,393	0,707	(0,792)
Наявність діагнозу – інфаркт	Коефіцієнт	-0,750	0,751	-0,291	-1,260*	1,284*	-0,148
	Станд. похибка	0,517	0,566	0,363	0,522	0,546	(0,361)
Кількість осіб у домогосподарстві	Коефіцієнт	0,049	-0,083	-0,058	0,056	-0,172*	-0,083
	Станд. похибка	0,076	0,069	(0,069)	0,079	(0,067)	(0,066)
Дохід домогосподарства	Коефіцієнт	-0,026	-0,034	0,001	0,019	-0,022	0,019
	Станд. похибка	0,038	0,031	(0,30)	0,038	(0,030)	(0,029)
Константа-1	Коефіцієнт	-2,564*	-3,170	-3,152*	-2,011*	-2,895*	-2,578*
	Станд. похибка	0,602	(0,543)	(0,462)	0,591)	0,519	(0,439)
Константа-2	Коефіцієнт	-0,308	-0,732	-0,897*	-0,018	-0,876**	-0,659
	Станд. похибка	0,589	(0,524)	(0,434)	0,583)	0,505	(0,422)
Псевдо R квадрат		0,091	0,073	0,044	0,103	0,078	0,018
Кількість спостережень		523	640	801	524	637	802

* p < 0,05; ** p ≤ 0,10.

^c Кодування: від 0 – Сільська місцевість до 3 – Місто з населенням понад 200 000 мешканців^a Кодування: 0 – Ні, 1 – Так^d Кодування: від 0 – ISCED 0 до 5 – ISCED 5+6^b Кодування: 0 – Чоловік, 1 – Жінка^e Індикатор наявності тяжкої чи хронічної хвороби, зареєстрованої лікарем

регресійного аналізу щодо задоволеності якістю та доступністю амбулаторної допомоги окремо для України, Польщі та Угорщини. Результати доводять, що існує статистично значущий негативний зв'язок між задоволеністю пацієнтом якістю амбулаторної допомоги та досвідом неформальної оплати. Це актуально для трьох досліджуваних країн. Щодо задоволеності доступністю, то регресійна модель наводить значущий і так само негативний результат лише у випадку України. Щодо зв'язку між задоволеністю та неможливістю оплатити амбулаторну допомогу, то наявний так само статистично значущий негативний зв'язок у моделях для України та Польщі, але не у випадку Угорщини.

Залежні змінні також демонструють статистично значущий зв'язок з деякими незалежними змінними з соціодемографічної частини, а саме: пацієнти старшого віку та менше освічені пацієнти є більше задоволеними якістю амбулаторної допомоги в Угорщині.

Цікавими є знахідки щодо наявності зв'язку між задоволеністю доступністю та якістю медичної допомоги та наявністю діагнозу в пацієнта. Пацієнти, які мають діабет та артеріальну гіпертензію, є менше задоволеними як доступністю, так і якістю амбулаторної допомоги в Польщі. Натомість ті, хто повідомляє про наявність діагнозу, пов'язаного з хворобою нирок, легенів чи печінки, демонструють більшу задоволеність доступністю амбулаторної допомоги в Україні та Польщі, однак зворотний напрямок зв'язку спостерігається в Угорщині між згаданим діагнозом та задоволеністю якістю. В Україні пацієнти, які пережили інсульт, є більше задоволеними якістю амбулаторної допомоги, але пацієнти з діагнозом «інфаркт» є суттєво менше задоволені доступністю амбулаторної допомоги, по яку вони зверталися протягом останніх 12 місяців.

Ми не спостерігаємо статистично значущих зв'язків між задоволеністю та статтю пацієнта, як і місцем проживання та доходом домогосподарства.

Обговорення та висновки

У представленому дослідженні порівнювалися рівні задоволеності доступністю та якістю медичної допомоги в Україні, Польщі та Угорщині разом із фінансовою доступністю послуг. Особливу увагу було приділено виявленню зв'язку між задоволеністю з досвідом неформальної сплати та неможливістю оплатити медичну допомогу.

Це дослідження має низку перешкод, які, з одного боку, пов'язані з недоскональностями концепту задоволення медичною допомогою, а з другого – з дослідницькими рішеннями, які були застосовані при зборі даних. Щодо останнього, то в це дослідження не було включено «неспоживачів», хоча саме зворотний зв'язок тих, хто уникає звернення за послугою («неспоживачів»), має слугувати поштовхом до змін у системі надання медичної допомоги як на національному, так і на регіональному рівнях. Дослідження, проведені в інших країнах, встановлюють зв'язок між задоволеністю медичною послугою та результатом лікування (одужанням), що пояснюється також вищим рівнем довіри до медичних працівників, а отже, сприяє ретельнішому дотриманню схеми лікування [15]. Утім, отримані результати дослідження вказують на досить низький рівень задоволення пацієнтів доступністю та якістю допомоги в Україні та Польщі.

Для України такі результати є очікуваними, адже система охорони здоров'я вже тривалий час перебуває у стані реформування, причому з кожною зміною влади змінюється і концепція реформування. Така невизначеність призводить до того, що в умовах зміненого загального соціально-політичного контексту принципи роботи закладів охорони здоров'я, їхні цілі та принципи фінансування лишаються практично незмінними, однак з кожним роком держава все більше перекладає фінансування медицини на плечі пацієнтів – у 2015 р. зафіксовано найвищу частку приватних витрат на охорону здоров'я в порівнянні з попередніми роками [20]. Різні дослідження демонструють пошуки пацієнтами альтернативних шляхів задоволення потреби в медичному обслуговуванні: звернення до нетрадиційної медицини, самолікування, медичні консультації в мережі Інтернет тощо [3; 12]. Знайдений зв'язок між задоволеністю медичною допомогою та досвідом неформальної оплати й неможливістю оплатити лікування свідчить про комплексність прогалин системи охорони здоров'я України.

Центральна роль споживача в цивілізованих системах охорони здоров'я часто помітна в прийнятих рішеннях, де вагомою складовою є потреби та думки споживача. Схоже, що угорська система охорони здоров'я разом з надавачами допомоги є більш чуйними до потреб споживача з огляду на досить високі рівні задоволення як стаціонарною, так і амбулаторною допомогою. Цікаво, що як у Польщі, так і в Угорщині останні десятиліття функціонує система соціального медичного страхування, яка розглядається до

впровадження й в Україні, однак сама по собі модель фінансування не викорінює неформальних платежів (які також досить поширені в Угорщині) та не підвищує задоволеність медичною допомогою (яка є порівняно низькою в Польщі).

Результати представленого дослідження також цікаві тим, що знайдено статистично значущий зв'язок між наявністю певних діагнозів (діабет, інсульт, інфаркт тощо) та задоволеністю медичною допомогою. Саме пацієнти з потребою довгострокового догляду та допомоги, а не споживачі, які рідко звертаються по допомогу,

мають більш комплексне бачення проблем та недоліків медичного обслуговування, і найчастіше вони оцінюють доступність та якість медичної допомоги менш позитивно.

Поведінка споживача, погляди та сприйняття людини формують та доповнюють політику галузі та способи її впровадження – за таких умов побудови діалогу між ключовими гравцями системи охорони здоров'я можливе досягнення покращення атрибутів медичної допомоги, яке мало б результатом покращення здоров'я людей та якості життя.

Список літератури

1. A comparison of methods for measuring patient satisfaction with consultations in primary care / Paul Kinnersley, Nigel Stott, Tim Peters [et al.] // *Family Practice*. – 1996. – No. 13. – P. 41–51.
2. An inter-country comparison of unofficial payments: Results of a health sector social audit in the Baltic States / Anne Cockcroft, Neil Andersson, Sergio Paredes-Solis [et al.] // *BMC Health Services Research*. – 2008. – No. 8. – P. 15.
3. Belli P. Out-of-pocket and informal payments in health sector: evidence from Georgia / Paolo Belli, George Gotsadze, Helen Shahriari // *Health Policy*. – 2004. – Vol. 70, No. 1. – P. 109–123.
4. Birk H. O. Patients' experience of choosing an outpatient clinic in one county in Denmark: results of a patient survey / Hans O. Birk, Rikke Gut, Lars O. Henriksen // *BMC health services research*. – 2011. – No. 11. – P. 1.
5. Bjornberg A. Euro Health Consumer Index 2015 [Electronic resource] / A. Bjornberg // *Health Consumer Powerhouse 2015*. – Mode of access: <http://www.healthpowerhouse.com/en/news/euro-health-consumer-index-2015>. – Title from the screen.
6. Bleich S. N. How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience? / Sara N. Bleich, Emre Özaltın, Christopher J. L. Murray // *Bulletin of the World Health Organization*. – 2009. – No. 87. – P. 271–278.
7. Consumer satisfaction in long-term care: State initiatives in nursing homes and assisted living facilities / Timothy J. Lowe, Judith A. Lucas, Nicholas G. Castle [et al.] // *The Gerontologist*. – 2003. – No. 43. – P. 883–896.
8. Diagne M. F. Governance and public service delivery in Europe and Central Asia: unofficial payments, utilization and satisfaction [Electronic resource] / Mame Fatou Diagne, Dena Ringold, Salman Zaidi // *World Bank Policy Research Working Paper*, 2012; 5994. – Mode of access: <https://chaire-mcd.uqam.ca/upload/files/Publications/Veille/public%20services%20europe%20and%20central%20asia.pdf>. – Title from the screen.
9. Donabedian A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring: Vol. I. The Definition of Quality and Approaches to its Assessment / A. Donabedian. – Health Administration Press, Ann Arbor, MI, 1980. – 178 p.
10. Eriksen L. R. Patient satisfaction with nursing care: concept clarification / L. R. Eriksen // *Journal of Nursing Measurement*. – 1995. – No. 3. – P. 59–76.
11. Healthy Canadians 2012. A Federal Report on Comparable Health Indicators [Electronic resource]. – Mode of access: <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/system-regime/2012-fed-comp-indicator/index-eng.php>. – Title from the screen.
12. Informal patient payments in maternity hospitals in Kiev, Ukraine / Tetiana Stepurko, Milena Pavlova, Olena Levenets [et al.] // *The International journal of health planning and management*. – 2013. – No. 28 (2). – P. e169–e187.
13. Informal payments for health care: definitions, distinctions, and dilemmas / Peter Gaal, Paolo Carlo Belli, Martin McKee, Miklós Szócska // *Journal of Health Politics, Policy and Law*. – 2006. – No. 31. – P. 251–293.
14. Patient Satisfaction in Italian Childhood Cancer Survivors: Human Aspects of Treatment as a Key Factor in Patients' Quality of Life / Marta Tremolada, Simone Schiavo, Stefano Varotto [et al.] // *Health and Social Work*. – 2015. – No. 40. – P. e148–e155.
15. Patient satisfaction revisited: a multilevel approach / Karin Dorieke Hekkerta, Sezgin Cihangira, Sophia Martine Kleefstra [et al.] // *Social Science and Medicine*. – 2009. – No. 69. – P. 68–75.
16. Sitzia J. Patient satisfaction: a review of issues and concepts / John Sitzia, Neil Wood // *Social Science and Medicine*. – 1997. – No. 45. – P. 1829–1843.
17. The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature [Electronic resource] / R. Crow, H. Gage, S. Hampson [et al.] // *Health Technology Assessment*. – 2002. – No. 6. – P. 1–244. – Mode of access: http://www.journalslibrary.nihr.ac.uk/data/assets/pdf_file/0008/64934/FullReport-hta6320.pdf. – Title from the screen.
18. Williams B. Patient satisfaction: a valid concept? / B. Williams // *Social Science and Medicine*. – 1994. – No. 38. – P. 509–516.
19. Winkler F. Consumerism in health care: beyond the supermarket model / F. Winkler // *Policy and Politics*. – 1987. – No. 15. – P. 1–8.
20. World Bank, 2015. Country data [Electronic resource]. – Mode of access: <http://data.worldbank.org>.

T. Stepurko

SATISFACTION WITH THE ACCESS TO AND QUALITY OF HEALTH CARE SERVICES IN UKRAINE, POLAND, AND HUNGARY

In post-Soviet societies, patient satisfaction either with the health care system or with health care services is often considered a subjective opinion, and therefore it is not taken into account by the health policy and decision-makers. However, identifying the share of patients satisfied with health care services is one of the elements that stimulates the responsiveness of the health care system. Still, the concept of patients' satisfaction has several weak points which are widely discussed in the literature, for example, its subjectivity, and the lack of unified understanding. In order to address these critics, patients' satisfaction is often studied

through the actual patients' experience with service utilization. Indeed, the national and international health consumer indices present both health outcomes and the patients' experience and perceptions (including the patients' satisfaction) in the assessment of health care systems and services. This suggests the recognition and legitimization of the concept of the patients' satisfaction in well-developed healthcare systems in terms of satisfaction with the system and satisfaction with the services. The aim of this paper is to compare the patients' satisfaction with access to and quality of health care services in Ukraine, Poland, and Hungary, as well as to determine whether satisfaction is associated with one of the most important barriers to health care services in the region, i.e. with the high share of unbudgeted patients.

For the empirical data collection, a nationally representative sample was drawn in each country, following a multi-staged random probability approach. As a result, about 1,000 respondents per country participated in the survey. The national surveys were conducted simultaneously in all the mentioned countries. Face-to-face interviews were applied as a data collection mode in the study to reduce the chances of incorrectly filled in answers. During the interviews, trained interviewers used a standardized questionnaire which was designed to reveal past payments and experience with health care use, as well as preferences and willingness to pay for health care services. The results of a comparative empirical study conducted in 2010 in Poland, Hungary, and Ukraine, identify that the share of satisfied patients is comparably similar in Ukraine and Poland, but it is essentially higher in Hungary. Also, there is a negative significant association between satisfaction with the access to and quality of the ambulatory care, on the one hand, and on the other hand, with either the experience of making informal payments for medical assistance or inability to pay. However, this association varies among the countries. If the goal of health care system is to provide affordable and efficient services of good quality, then understanding of expectations and experience of the patients is important in implementation of these goals. Patients' satisfaction with the used health care services contributes to the evidence base, which serves as a ground for the health policy design.

Keywords: health care service satisfaction, patient, health care system, Ukraine, Poland, Hungary.

Матеріал надійшов 05.07.2016