Willingness to pay for physician services in Ukraine and other central and eastern European countries: application of stated preferences techniques to the assessment of patient charges

Citation for published version (APA):

Document status and date:
Published: 01/01/2014

DOI:
10.26481/dis.20140226ad

Document Version:
Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:
• A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
• The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
• The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

Link to publication

General rights
Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

• Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
• You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
• You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the “Taverne” license above, please follow below link for the End User Agreement:
www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy
If you believe that this document breaches copyright please contact us at: repository@maastrichtuniversity.nl providing details and we will investigate your claim.

Download date: 16 Oct. 2023
Summary

Willingness to pay derived using stated preference techniques (i.e. valuation methods, assessing willingness to pay for certain benefits in hypothetical purchase or choice scenarios) is increasingly used for the valuation of health care benefits. The use of stated preference techniques is conditioned by their ability to provide monetary values for previously unknown or non-traded benefits for which no proxy markets are known. Another advantage is that stated preference techniques capture passive use values, i.e. utility obtained from the mere availability of a benefit without usage, which is especially relevant in health care.

Nonetheless, stated preference techniques have gained very limited space in the assessment of patient charges and their design. This might be due to uncertainty whether stated willingness to pay actually reflects the willingness to pay in real world decisions. This uncertainty is known as hypothetical bias. Moreover, the two main stated preference techniques, discrete choice experiments and contingent valuation, do not demonstrate convergence in their valuation measures.

Despite the abovementioned problems, stated preference techniques, if appropriately designed, are recognized as a valid tool for the valuation of environmental benefits. By the same token, in many health care systems, where health benefits have never been traded, stated preference techniques are the only way of assessing patients’ willingness to pay. This is the case in many post-socialist Central and Eastern European countries where formal patient charges for health care services are not common.

Patient charges for physician services are advised as an efficient policy tool for the reduction of unnecessary use of services, superseding informal charges (which are widespread in Central and Eastern European countries) and to some extent as an additional source of health care funding. In Central and Eastern Europe, however, in the post-socialistic context, many countries are reluctant to undertake such unpopular measures as the introduction of formal charges for physician visits. This ignorance, however, lacks evidence from the assessment of patient charges and their effects. Most of the evidence is based on revealed preference data (i.e. data or past service utilization) and, hence, comes from Western Europe, USA, and some Asian countries, where patient charges are already effectively implemented. For Central and Eastern European countries such evidence is lacking.
Summary

As outlined in Chapter 1, the overall aim of this dissertation is to apply stated preference techniques in order to study the willingness to pay for physician services in Central and Eastern European countries, and to analyze to what extent willingness to pay estimates can be used in the assessment of patient charges for physician services. The following countries are included in the study: Bulgaria, Hungary, Lithuania, Poland, Romania and Ukraine. These countries present a relevant context for a cross-country comparison given the past similarities in their health care sectors during the communist period, as well as the different pace of health care reforms during the post-communist era.

For the purpose of the dissertation, the following objectives are defined:

1. To investigate aspects of the value added of physician services by determining the marginal willingness to pay for service quality and access characteristics using a discrete choice experiment technique.
2. To study the socio-economic and demographic drivers of the willingness to pay and level of the willingness to pay for physician services using a contingent valuation technique.
3. To compare the willingness to pay estimates from the two main stated preferences techniques, i.e. discrete choice experiment and contingent valuation, in terms of their consistency.
4. To use the stated willingness to pay values to define the potential demand pools at different levels of patient charges for physician services.
5. To assess the possible overestimation of the willingness to pay by the respondents using calibration techniques.
6. To compare willingness to pay estimates with service cost and actual payments.
7. To discuss the implications of the willingness to pay estimates for determining feasible levels of patient charges for physician services and for the overall assessment of patient payment policies.

The above objectives are applied to physician services in the health care systems of the six Central and Eastern European countries mentioned above. In all countries, except for Ukraine, social health insurance systems have been introduced. In Ukraine, a publicly funded system (the so called Semashko system of USSR) still exists. In most of these countries there are
patient charges for commodities (pharmaceuticals and devices). However, patient charges for basic health care services are not common. Only in Bulgaria, a relatively low fee of around €1 for a visit to a physician was introduced in 2000 and still functions. In Hungary, a small visit fee of about €1 existed for about one year in 2007 but was abolished at a national referendum in 2008. In the other four countries, formal patient charges during the time this research was conducted were applied only to the services outside the basic service package. In all countries however, quasi-formal charges set by health care providers in the absence of clear government regulations, as well as informal (under-the-table) payments exist at all levels of health care provision, including physician services.

The first three objectives of the dissertation are dealt with by an application of discrete choice experiments and contingent valuation tasks in a small scale survey in Ukraine. Chapters 2 through 4 are devoted to the analysis of the data collected in this survey. The fourth and the fifth objectives are the main research questions in Chapters 5 and 6 of this dissertation respectively. To tackle these objectives at a cross-country level, we use the willingness to pay estimates from the contingent valuation tasks in the representative surveys held in the six Central and Eastern European countries in July-August 2010. The sample in each country is representative of the adult population of the country and contains around 1 000 respondents. Calibration is conducted by applying a stochastic frontier model. Potential demand pools are built by the application of a semi-parametric survival analysis to willingness to pay data. Eventually, the results of the two last chapters allow addressing the two last objectives of this dissertation. More broadly, the relevance and reliability of these results are addressed in the general discussion of the dissertation (Chapter 7).

**Chapter 2** provides evidence on the preferences of Ukrainian consumers for health care improvements, which can help to design reforms that reflect societal priorities. In particular, Chapter 2 aims to elicit and to place monetary values on public preferences for outpatient physician services in Ukraine. The method of discrete choice experiment is used on a sample of 303 respondents, representative for the Ukrainian population. The random effect logit model with interactions provides the best fit for the data and is used to calculate the marginal willingness to pay for quality and access improvements.
Summary

At a sample level, there is no clear preference to pay formally rather than informally or vice versa. We also do not find that visiting a general practitioner is preferred over direct access to a medical specialist. However, there are differences between population groups. Quality-related attributes of physician services appear to be important to respondents, especially the attitude of medical staff. Thus, the improvement of interpersonal aspects of outpatient care should be given priority when deciding on investments in quality improvements in Ukraine. Other aspects, i.e. social quality and access, are important as well but their improvement brings fewer social gains.

Chapter 3 focuses on the potential and feasibility of official patient charges for public health care services in Ukraine by studying the patterns of fee acceptability, ability and willingness to pay for public health care across population groups. We use contingent valuation data collected from 303 respondents representative of the adult Ukrainian population. Three decision points were separated: objection to pay, inability to pay, and level of positive non-zero willingness to pay. These decisions were studied for relations with quality profiles of the services, and socio-demographic characteristics of the respondents and their households.

The likelihood to object to pay is found to be mostly determined by quality characteristics of the services. Objection to pay is not related to respective behavior in real life. The likelihood of being unable to pay is associated with older age, a larger share of nonearning household members and a lower income. The level of positive willingness to pay is positively related to income (+7% per 1000 UAH increase in income) and is lower for people who visited a physician but did not pay (-22%). The rather substantial willingness to pay levels (between 0.9% and 1.9% of household income) for one visit to a physician indicate a potential for official patient charges in Ukraine. The patterns of inability to pay support the need of exemption criteria based on age, income, and other aspects of economic status. The willingness to pay patterns highlight the necessity for payments that are proportional to income.

As explained in Chapter 4, discrete choice experiments and contingent valuation are often applied to value health care benefits. However, whether the two techniques yield converging willingness to pay estimates is not studied well. Thus, Chapter 4 aims to compare at a disaggregated level the willingness to pay estimates for physician services obtained from a
discrete choice experiment and from a contingent valuation study (the two studies presented in Chapter 2 and 3). We study the consistency between the estimates and whether there are systematic differences between the two types of estimates. The same as for Chapter 2 and 3, the analysis is based on data from a household survey in Ukraine that includes 303 respondents and is taken to be representative of the Ukrainian population. The respondents participated in both the discrete choice experiment (16 choice tasks) and contingent valuation (4 valuation scenarios) in the form of a payment scale followed by open-ended questions about the exact maximum willingness to pay.

We find that the discrete choice experiment produces higher willingness to pay estimates than the contingent valuation does, and the estimates are not consistent across the two techniques. A difference between the willingness to pay estimates from the discrete choice experiment over those derived from the contingent valuation technique is found (i) for respondents who do not discriminate well between the profiles, and (ii) for an increase in the presented attribute level changes. The implications for achieving better convergence between the willingness to pay estimates from the two techniques are discussed.

As outlined in Chapter 5, patient charges for health care services are implemented in developed countries to reduce unnecessary service use. However, evidence on their potential effects in Central and Eastern Europe is lacking. Thus, in Chapter 5, we provide evidence on the potential impact of patient charges on the consumption of specialized physician services in the six Central and Eastern European countries included in this dissertation: Bulgaria, Hungary, Lithuania, Poland, Romania, and Ukraine. We apply a semi-parametric survival analysis to the stated willingness and ability to pay in order to identify potential demand pools, i.e. shares of population willing and able to pay a certain fee in case they need a service, and we also calculate price, income and age semi-elasticities. Data are collected through national surveys held in 2010 among representative samples of about 1000 respondents in each of the six Central and Eastern European countries included in the analysis.

Our results suggest that median willingness and ability to pay in the studied countries ranges from € 5.15 to € 12.2 and the country ranking by willingness and ability to pay follows exactly the ranking by income level. Low service charges, up to € 2.5 in Bulgaria, Hungary, Lithuania and Romania, and up to € 5 in Poland should not cause many people to drop out of
Summary

the demand pool. The lower payment interval should be studied in more detail for Ukraine, however, with a more sensitive scale. Official service charges together with exemption/reduction criteria are argued to be beneficial as an alternative to informal payments.

Chapter 6 is devoted to the proper assessment of skewed willingness to pay data for specialized physician services. The analysis is based on the same data as in Chapter 5, i.e. contingent valuation data from six CEE countries: Bulgaria, Hungary, Lithuania, Poland, Romania, and Ukraine. The willingness to pay levels are modeled with a stochastic frontier regression accounting for positive and negative skewness, assumed to be representing overstatement and understatement of the true level of willingness and ability to pay respectively. The willingness to pay levels are calibrated based on individual predictions of the inefficiency scores. The raw and calibrated willingness to pay levels are compared to actual expenditure by making annual predictions for expenditure if respondents were actually paying amounts equal to their willingness to pay.

Our results suggest that the skewness of willingness to pay across countries is explained by the interaction of three main factors: the perceived impact on actual policy, relevance and desirability of the valued changes, and past use of the services. In countries, where obligatory patient charges are in effect and, consequently, price increases are likely, respondents might conceal their ‘true willingness to pay’, especially the users. In countries where actual price increases are unlikely to happen, in contrast, the desire for improvements might lead to overstatement of the ‘true willingness to pay’, especially infrequent or non-users. Despite the adopted estimate, i.e. raw or calibrated, Ukrainians and Romanians actually spend more on current services than their maximal willingness to pay for services with high quality and quick access which indicates that current unregulated charges impose a substantial burden in these countries.

Chapter 7 presents the discussion of the key findings outlined in Chapter 2 to 6. They are divided into two main parts: those related to the use of the stated preferences for the assessment of patient payments, and to the policy implications for the design of patient payments in the six Central and Eastern European countries.
As for the use of the stated preference techniques, there is still much to be done in improving their applicability. The consistency of the willingness to pay estimates obtained from the discrete choice experiment and contingent valuation techniques might be improved by increasing the importance of the tasks to the respondents or accounting for the certainty with which the respondents make choices. Additionally, strategies for improving consistency might imply also assessment of the marginal (small) changes in the benefits or application of non-linear utility functions. In any case, we believe, discrete choice experiment estimates should not be used for obtaining holistic measures of willingness to pay.

We also discuss that stated willingness to pay is jointly influenced by consequences for future policy perceived by the respondents, and by past respondents’ experience with payments and use of care. Thus, as discussed in Chapter 6, strategic answering patterns (under- and overstatement) might be seen as the result of a trade-off a respondent makes between the desirability of changes described in the valuation task (i.e. quality and access improvements) and the likelihood of an actual price increase as a consequence of the survey perceived by the respondent. Our results suggest that there is much more heterogeneity in stated willingness to pay than that which could be explained by observed factors, and part of it is related to the perceived likelihood of payment changes as a consequence of the survey.

In this dissertation, we also discuss that different mechanisms underlie the decision to be willing to pay and the level of willingness to pay. Our results support the current practice in the contingent valuation literature of dealing with the stated willingness-to-pay level and willingness to pay as separate decision steps. We find that the question about the motivation for being unable to pay helps in making the distinction between true zeros and protesters. Thus, the conservative strategy may be excluding those who object to pay from the analysis. However, those who object to pay are not necessarily ‘protests’, they are just more likely to be ‘protests’. Thus, further research should be focused on deriving the propensity of ‘protest’ depending on the stated motivation for being unwilling to pay.

With regards to the policy implications of the analysis of stated willingness to pay, we argue that the current situation with unregulated out-of-pocket payments for physician services represent a substantial financial burden to the public in Central and Eastern European countries, especially in Romania and Ukraine, where informal charges are widely spread, and to some extent in Lithuania. Measures to formalize health expenditure should become a policy priority in the Central and Eastern European region in general. Informal and quasi-formal
Summary

Payments are non-transparent and do not account for patients socio-economic status, while wisely designed official patient payments would.

We argue that under certain conditions patient payments for physician services are an acceptable policy tool in Central and Eastern European countries. This conclusion is done based on the observations of rather high shares of the populations that are willing to pay, and levels of willingness to pay are comparable to the service cost or even cover them. The preconditions for the implementation of official charges include feasible payment levels, effective exemption criteria, and eradication of informal charges, as well as the provision of services with good quality and quick access. Small co-payment levels would not cause too many drop-outs from the potential demand pools in all the six Central and Eastern European countries in the study, but the exact levels should be studied with the country-specific instruments. The vulnerable groups subject to fee exemption might be based on household income level in Bulgaria, Lithuania, Hungary, Poland, and Romania.

In Ukraine, age should also be seen as an exemption criterion in addition to income. Strategies to impose penalizing fees for direct referrals should be considered in Ukraine, as it is in most Central and Eastern European countries. Informal charges might become a challenge for the introduction of official patient charges due to no preference for paying formally. However, there is no explicit preference for paying informally, which calls for active measures to build social resistance towards informal payments.

It is also discussed that willingness to pay for physician services is driven by the quality level of the services. In the Ukrainian example, it is shown that benefits gained from quality improvements are rather high and are comparable to service cost. Therefore, any patient payment policy should be tied to quality and access improvements. We also find that, apart from clinical quality and safety, patients value most the interpersonal aspects of care (attitude, information, involvement etc.), especially the elderly people. Therefore, investments in quality enhancement programs should be targeted at the training and education of medical staff, especially in the behavioral aspects, rather than at infrastructure.

In our study, we provide an example of how willingness to pay derived from stated preferences might be used in the assessment of patient charges and their design. Despite their limitations, stated preference techniques provide better and more information than national referendums on the acceptability of patient payments. Discrete choice experiments provide ordinal measures that are useful in setting priorities for investments in quality characteristics.
of the health benefits. Contingent valuation values of willingness to pay provide holistic measures which may be used as an indication of service value.

Thus, stated preferences may be used to assess the level of acceptability of official patient payments for physician services, defining feasible levels of payments and their heterogeneity across population groups, and for defining investment priorities in the quality and access characteristics of the services. Gradual implementation with constant reassessment will help to arrive at optimal policies which best address policy objectives, do not impair equity and access, and match public preferences.

Our study demonstrates the way stated preference techniques may be used to study potential effects of patient charges on health care consumption in the non-existent markets. Patient charges for basic physician services, though ignored and dreaded in Central and Eastern European countries, may be an efficient policy tool in light that people in these countries are ready and able to pay substantial amounts formally if the services are provided with adequate quality and quick access. The assurance of services of good quality and quick access, as well as the elimination of informal payments will be an essential step prior to the implementation of such charges.
Samenvatting

De bereidheid tot het betalen voor diensten van artsen in Oekraïne en andere Centraal en Oost-Europese landen: een toepassing van stated-preferences technieken om patiëntenvoorkeuren te meten.

Om de baten van de gezondheidszorg te meten wordt er in toenemende mate gebruik gemaakt van de zogenaamde stated-preference techniek; een waarderingsmethode waarbij de betalingsbereidheid voorspeld wordt aan de hand van hypothetische situaties en scenario’s. De stated-preferences hebben een aantal voordelen zoals de mogelijkheid een waarde toe te kennen aan niet-markt goederen en diensten en de waarde mee te rekenen van passieve gebruikers, niet-gebruikers en potentiële gebruikers. Desalniettemin spelen stated-preference technieken een minimale rol in het vaststellen van eigen bijdragen en het ontwerp daarvan. Dit komt door de onzekere voorspellende, theoretische en convergente validiteit van deze technieken. Echter, in veel gezondheidszorgsystemen waar gezondheidsbaten nooit vermarkt zijn geweest, zoals in veel postsocialistische Centraal en Oost-Europese landen, is het gebruik van stated-preference technieken de enige manier om de betalingsbereidheid te beoordelen.

Eigen bijdragen van patiënten voor de diensten van artsen is een efficiënte manier om onnodig gebruik van deze diensten te reduceren en kan de informele betalingen (die wijdverspreid zijn in Centraal- en Oost-Europa) vervangen en tot op zekere hoogte gezien worden als een aanvullende bron van financiering. Desondanks zijn in Centraal- en Oost-Europa in de postsocialistische context veel landen niet bereid een dergelijke impopulaire maatregel te nemen, al is er geen onderzoek gedaan naar eigen bijdragen en de effecten daarvan. Veel bewijsmateriaal is gebaseerd op revealed-preference data (i.e. data betreffende het gebruik van diensten in het verleden) en komt uit West Europa, de Verenigde Staten en enkele Aziatische landen, waar eigen bijdragen al effectief geïmplementeerd zijn. Voor de Centraal en Oost-Europese landen ontbreekt dergelijk bewijs.

Zoals beschreven in hoofdstuk 1 is de algemene doelstelling van deze dissertatie het toepassen van stated-preference technieken om de betalingsbereidheid voor dienstverrichtingen van artsen te bestuderen in Centraal en Oost-Europese landen. Daarnaast wordt geanalyseerd tot op welke hoogte de schattingen van betalingsbereidheid kunnen worden gebruikt in het vaststellen van eigen bijdragen voor diensten van artsen. De landen
Samenvatting

Bulgarije, Hongarije, Litouwen, Polen, Roemenië en Oekraïne worden in deze dissertatie behandeld. Deze landen bieden een relevante context voor een cross-country vergelijking gezien zowel de overeenkomsten in de zorgsector tijdens de communistische periode, als de verschillen in tempo waarmee hervormingen in de zorgsector tijdens de postcommunistische periode zijn doorgevoerd.

In alle bovengenoemde landen, behalve Oekraïne, zijn sociale zorgverzekeringen geïntroduceerd. In Oekraïne is nog steeds sprake van een publiek gefinancierd systeem (het USSR Semashko systeem). In de meeste van deze landen betalen patiënten voor bepaalde artikelen (zoals farmaceutica en hulpmiddelen). Echter, betalingen voor basis gezondheidszorgdiensten zijn niet alledaags. Alleen in Bulgarije is in 2000 een relatief lage vergoeding van € 1 voor een bezoek aan een arts geïntroduceerd. In Hongarije werd iets dergelijks in 2007 ingevoerd, maar in 2008 weer afgeschaft na een nationaal referendum. In de andere vier landen zijn formele betalingen door de patiënt (in de tijd dat deze dissertatie is geschreven) alleen gebruikelijk voor diensten die buiten het basis zorgpakket vallen. In alle landen echter is er sprake van quasi-formele betalingen (die vastgesteld worden door zorgverleners in de afwezigheid van nationale regelgeving), en informele (zwarte) betalingen op alle niveaus van de zorgverlening, inclusief voor de dienstverrichtingen van artsen.

In hoofdstuk 2 worden de publieke voorkeuren voor de kwaliteits- en toegangskenmerken van poliklinische diensten in Oekraïne in relatieve en monetaire termen verklaard. De methode van het discrete keuze experiment wordt gebruikt in een steekproef van 303 respondenten die representatief zijn voor de Oekraïense bevolking. Binnen de steekproef is er geen duidelijke voorkeur voor formele dan wel informele betalingen. We vinden ook geen bewijs dat een bezoek aan een huisarts te prefereren is boven directe toegang tot een medische specialist. Er zijn echter wel verschillen tussen bevolkingsgroepen. Kwaliteit-gerelateerde eigenschappen betreffende de dienstverlening van artsen schijnen voor de respondenten belangrijk te zijn, met name de houding van de medische staf. Het verbeteren van de interpersonele aspecten in de poliklinische zorg - door te investeren in training van de medische staf - moet dus prioriteit krijgen wanneer men moet beslissen over investeringen in kwaliteitsverbeteringen in Oekraïne. Andere aspecten zoals sociale kwaliteit en toegang tot zorg, zijn ook belangrijk, maar een verbetering daarvan geeft minder sociale winst.

Hoofdstuk 3 richt zich op het potentieel en de haalbaarheid van het invoeren van officiële eigen bijdragen voor publieke gezondheidszorgdiensten in Oekraïne. Hiervoor worden patronen van de aanvaardbaarheid van vergoedingen, evenals het vermogen en de
bereidwilligheid te betalen voor de publieke gezondheidszorg onder bevolkingsgroepen bestudeerd. Hierbij wordt gebruik gemaakt van contingente waarderingsdata die verzameld zijn onder 303 respondenten die representatief zijn voor de Oekraïense volwassen bevolking (dezelfde als die in hoofdstuk 2). Drie beslispunten werden gedefinieerd: het bezwaar tegen de betaling, het onvermogen om te betalen en het niveau van een positieve bereidheid om te betalen. De waarschijnlijkheid van bezwaar tegen betaling wordt grotendeels bepaald door de kwaliteitskenmerken van de diensten. Bezwaar tegen betaling is niet gerelateerd aan dergelijk gedrag in de werkelijkheid. De waarschijnlijkheid om niet te kunnen betalen hangt samen met een hogere leeftijd, een groter aandeel niet-verdienende leden in het huishouden en een lager inkomen. Het niveau van een positieve bereidheid om te betalen is positief gerelateerd aan het inkomen (+7% per 1000 UAH inkomensverhoging) en is lager voor mensen die een arts hebben bezocht en niet hebben betaald (-22%). De enigszins substantiële bereidheid tot betaling (tussen 0.9% en 1.9% van het huishoudelijk inkomen) voor één bezoek aan een arts, wijst op een potentieel voor officiële eigen bijdragen in Oekraïne. De patronen van onmogelijkheid tot betalen ondersteunen de behoefte aan uitzonderingscriteria gebaseerd op leeftijd, inkomen, en economische status. De patronen van de bereidheid tot betalen benadrukken de noodzakelijkheid voor betalingen al naar gelang het inkomen.

**Hoofdstuk 4** beoogt de geschatte bereidheid tot het betalen voor dienstverrichtingen van artsen verkregen door het discrete keuze experiment en door de contingente waarderingsmethode (de twee studies gepresenteerd in hoofdstuk 2 en 3, gebaseerd op één meting) met elkaar te vergelijken. Er wordt gekeken naar de consistentie tussen de schattingen en of er systematische verschillen zijn tussen de twee typen schattingen. Het discrete keuze experiment geeft een hogere schatting van betalingsbereidheid dan de contingente waarderingsmethode, en de schattingen zijn niet consistent tussen de twee technieken.

Het verschil tussen de schattingen van betalingsbereidheid verkregen door het discrete keuze experiment en deze verkregen door de contingente waarderingsmethode is hoger (i) voor respondenten die zich niet onderscheiden in de verschillende profielen, en (ii) voor een toename in de gepresenteerde niveauveranderingen van de eigenschappen in de profielen. De implicaties van het bereiken van een betere convergentie tussen de schattingen verkregen door de twee verschillende technieken, worden besproken.

In **hoofdstuk 5** geven we bewijs betreffende de potentiële impact van eigen bijdragen op het gebruik van gespecialiseerde diensten van artsen in de zes Centraal en Oost-Europese landen die onderdeel zijn van deze studie. We passen een semi-parametrische ‘survival’ analyse toe
op de gestelde betalingsbereidheid en de mogelijkheid tot betalen om zodoende de potentiële ‘pools van vraag’ te identificeren, i.e. het aandeel van de bevolking dat bereid en in staat is een bepaalde vergoeding te betalen als er behoefte is aan een medische dienstverrichting. We berekenen ook prijs, inkomen en leeftijd semi-elasticiteit. Data zijn verzameld door middel van nationale enquêtes gehouden in 2010 onder een representatieve steekproef van ongeveer 1000 respondenten in ieder van de zes Centraal en Oost-Europese landen die deel uitmaken van de analyse. Onze resultaten suggereren dat de mediaan van de bereidheid en mogelijkheid tot betalen in de bestudeerde landen varieert van €5.15 tot €12.2, en de ranking van landen naar bereidheid en mogelijkheid tot betalen volgt precies de ranking naar inkomensniveau. Lage vergoedingen voor diensten, tot €2.5 in Bulgarije, Hongarije, Litouwen en Roemenië, en tot €5 in Polen, zullen niet veel mensen uit de pool van vraag verjagen. Het lagere betalingsinterval moet in meer detail bestudeerd worden voor Oekraïne, waarbij gebruik gemaakt moet worden van een gedetailleerdere schaal. Officiële betalingen voor diensten met vrijstelling- of lagere eigen bijdragen voor bepaalde groepen wordt als een aantrekkelijk alternatief gezien voor informele betalingen.

**Hoofdstuk 6** wordt gewijd aan een beoordeling van de asymmetrische betalingsbereidheid voor gespecialiseerde dienstverrichtingen door artsen. De analyse is gebaseerd op dezelfde data als in hoofdstuk 5, i.e. contingente waarderingsdata van zes Centraal en Oost-Europese landen: Bulgarije, Hongarije, Litouwen, Polen, Roemenië en Oekraïne. De niveaus van betalingsbereidheid worden gemodelleerd met een stochastic frontier regressie, met positieve scheefheid (overstatement) en negatieve scheefheid (understatement). De niveaus van betalingsbereidheid worden gekalibreerd, gebaseerd op individuele voorspellingen van de inefficiëntiescores. De onbewerkte en gekalibreerde niveaus van betalingsbereidheid worden vergeleken met de daadwerkelijke uitgaven. Onze resultaten suggereren dat de scheefheid van de betalingsbereidheid dwars door de landen heen wordt verklaard door de interactie van drie hoofdfactoren: de waargenomen impact op het actuele beleid, de relevantie en wenselijkheid van de gewaardeerde veranderingen, en ervaringen met betalingen in het verleden. In landen waar verplichte betalingen effectief zijn en ten gevolge daarvan prijsverhogingen aannemelijk zijn, zouden respondenten hun werkelijke betalingsbereidheid verborgen kunnen houden. Daartegenover staan de landen waar prijsverhogingen niet waarschijnlijk zijn en waar de wens voor verbeteringen kan leiden tot een overstatement van de werkelijke betalingsbereidheid. Ongeacht de aangenomen schatting, i.e. onbewerkt of gekalibreerd,
spenderen Oekraïners en Roemenen meer aan medische dienstenverrichtingen dan hun maximale betalingsbereidheid voor snel toegankelijke diensten van hoge kwaliteit, wat aangeeft dat de huidige ongereguleerde betalingen een substantiële drempel opwerpen in deze landen.

**Hoofdstuk 7** presenteert de discussie van de belangrijkste bevindingen uit hoofdstuk 2 t/m 6. Ze worden verdeeld in twee delen: bevindingen gerelateerd aan het gebruik van stated-preferences om eigen bijdragen te beoordelen, en gerelateerd aan de beleidsimplicaties voor het ontwerpen van eigen bijdragen in de zes Centraal en Oost-Europese landen. We beargumenteren dat de consistentie tussen het discrete keuze experiment en de contingente waarderingsmethode toeneemt met het belang dat de respondenten aan een gepresenteerde taak hechten. We bespreken ook dat de gestelde betalingsbereidheid wordt beïnvloed door zowel de waargenomen consequenties voor toekomstig beleid als door ervaringen met betalingen en het gebruik van zorg in het verleden. Onze bevindingen geven ook aan dat er verschillende mechanismes ten grondslag liggen aan de beslissing om te willen betalen en het niveau daarvan. Vanuit een beleidsperspectief bespreken we dat huidige ongereguleerde betalingen uit eigen zak voor dienstverrichtingen door artsen een substantiële drempel vormen voor patiënten in Centraal en Oost-Europese landen. We betogen dat onder bepaalde voorwaarden eigen bijdragen een acceptabele beleidstool is in Centraal en Oost-Europese landen. Tot slot geven we aan dat mensen in Centraal en Oost-Europese landen bereid zijn te betalen voor kwaliteit en toegang, en beleid over eigen bijdragen zal gebaseerd moeten worden aan de verbetering hiervan.

Ter conclusie geven we een voorbeeld hoe betalingsbereidheid afgeleid van stated-preferences gebruikt kan worden in de raming van eigen bijdragen voor dienstverrichtingen door artsen en het ontwerp daarvan: het niveau van aanvaardbaarheid van deze betalingen, het definiëren van haalbare niveaus van betalingen en de heterogeniteit onder bevolkingsgroepen, en voor de definiërende investeringsprioriteiten in de kwaliteits- en de toegangskarakteristieken van de dienstverrichtingen. Eigen bijdragen voor basiszorg, hoewel vermeden en gevreesd in Centraal en Oost-Europese landen, kunnen een efficiënte beleidsinstrument zijn in de zin van dat mensen in deze landen er klaar voor, en in staat toe, zijn formele substantiële bedragen te betalen als de diensten makkelijk toegankelijk en van hoge kwaliteit zijn. De zekerheid van diensten van goede kwaliteit en makkelijke toegankelijkheid, evenals de eliminering van informele betalingen zijn een essentiële voorwaarde voor het implementeren van eigen bijdragen.
Готовність сплачувати за послуги лікарів в Україні та інших країнах Центральної та Східної Європи: Застосування висловлених уподобань для оцінювання платежів пацієнтів.

Готовність сплачувати, отримана із застосуванням методів висловлених уподобань (методів оцінювання певних благ у гіпотетичних сценаріях вибору чи купівлі), все частіше використовується для оцінювання послуг охорони здоров’я. Висловлені вподобання мають низку переваг, зокрема вони дозволяють отримати оцінки товарів та послуг, що раніше були відсутні на ринку, а також отримати оцінки від пасивних і потенційних споживачів, а також тих, хто не користувався цими послугами. Однак, ці методи відіграють досить обмежену роль в оцінюванні платежів пацієнтів та плануванні їхнього дизайну. Це відбувається через невизначену достовірність та надійність оцінок, отриманих за допомогою цих методів. З іншого боку, в багатьох системах охорони здоров’я, де послуги ніколи не були предметом торгівлі, як, зокрема, у багатьох пост-соціалістичних країнах Центральної та Східної Європи, висловлені вподобання є єдиним можливим методом оцінювання готовності сплачувати.

Платежі пацієнтів є ефективним інструментом політики в охороні здоров’я, здатним зменшити надмірне споживання послуг, врегулювати неофіційні платежі (дуже поширені у країнах Центральної та Східної Європи), а також до певної міри генерувати додаткові кошти. В Центральній та Східній Європі, однак, в пост-соціалістичному контексті, уряди більшості країн не готові впроваджувати такі непопулярні заходи, як офіційні платежі пацієнтів. Однак, наукових підстав для такої відмови практично немає. Більшість проведених досліджень базуються на виявлених вподобаннях (данних фактичного споживання), а тому походять із країн Західної Європи, США, та деяких розвинених країн Азії, де платежі пацієнтів вже ефективно впроваджені. В країнах Центральної та Східної Європи таких досліджень не проводилося.

Як окреслено в розділі 1, загальна мета цієї дисертації – застосувати методи висловлених вподобань для оцінювання готовності сплачувати за послуги лікарів в країнах Центральної та Східної Європи, а також проаналізувати насильки готовність сплачувати, отримана з їх використанням, може бути застосована в оцінюванні платежів пацієнтів.
Анотація

політики платежів пацієнтів за послуги лікарів. До цього дослідження увійшли шість країн: Болгарія, Угорщина, Литва, Польща, Румунія та Україна. Ці країни мали подібні системи охорони здоров’я в комуністичні часи, але різні трасекторії та темпи реформ у пост-комуністичний період, а тому є хорошою базою для порівняння.

В усіх країнах-учасницях цього дослідження, окрім України, було впроваджено системи соціального страхування. В Україні ж і до сьогоден діє система охорони здоров’я, фінансована із державного бюджету (система Семашко як у СРСР). В більшості з цих країн існують платежі пацієнтів за медичні товари (препарати та обладнання). Однак, платежі пацієнтів за базові послуги охорони здоров’я існують лише в Болгарії. Так, відносно невисокий платіж (близько € 1 за візит до лікаря) було впроваджено у 2000 р. В Угорщині такий невисокий платіж (близько € 1 за візит) проіснував один рік у 2007 р., але був скасований за результатами всенародного референдуму у 2008 р. В інших чотирьох країнах офіційна оплата на час проведення дослідження існувала лише за послуги поза страховим пакетом. В усіх цих країнах, однак, квазі-офіційні платежі, встановлені надавачами послуг охорони здоров’я за відсутності державного регулювання, а також неофіційні платежі існують на всіх рівнях надання допомоги, включно з послугами лікарів.

У розділі 2 цієї дисертації, досліджено громадське вподобання щодо характеристики якості та доступу послуг лікарів в Україні у відносному та монетарному виразі. Для цього застосовано експеримент дискретного вибору на вибірці із 303 респондентів, що репрезентують доросле населення країни. На рівні вибірки не спостерігаємо вираженої переваги сплачувати офіційно, чи навпаки – неофіційно. Також немає чітких вподобань щодо того, відвідувати лікаря загальної практики (дільничного лікаря) чи звертатися одразу ж до вузького спеціаліста. Однак, є певна неоднорідність цих уподобань серед соціально-демографічних груп населення. Важливими при виборі лікаря є атрибути якості послуг охорони здоров’я, особливо ставлення медичного персоналу. Отже, покращення міжособистісних аспектів первинної допомоги шляхом інвестицій в освіту та навчання медичного персоналу має стати пріоритетом у фінансуванні охорони здоров’я. Інші аспекти якості та доступу також важливі для пацієнтів, однак їхнє покращення принесе менше вигоди.

Розділ 3 зосереджений на потенціалі та можливості впровадження офіційних платежів пацієнтів за послуги лікарів шляхом вивчення їхньої прийнятності, а також здатності та готовності сплачувати за ці послуги серед груп населення. Для цього використано дані
умовного оцінювання проведеного серед 303 респондентів, що реперзентують доросле населення країни (як у розділі 2). Виокремлено три рівні прийняття рішення: відмова сплачувати, неспроможність сплачувати, та рівень готовності сплачувати. Імовірність відмови сплачувати найбільше пов’язана з якісними характеристиками послуги. Відмова сплачувати в гіпотетичному завданні не пов’язана із відповідною поведінкою на реальному ринку. Імовірність бути неспроможним/ою сплачувати пов’язана зі старшим віком та нижчим економічним статусом. Рівень готовності сплачувати позитивно пов’язаний із доходом, а також є нижчим серед людей, які відвідували лікарів але не платили за це. Досить високий рівень готовності сплачувати (між 0.9% та 1.9% доходу домогосподарства) за візит до лікаря вказує на потенціал офіційних платежів в Україні. Картина неспроможності сплачувати вказує на необхідність критеріїв виключення, що базуватимуться на віку, доході, та інших аспектах економічного статусу. Рівні готовності сплачувати підкреслюють, що платежі повинні бути пропорційні до доходу.

Розділ 4 має на меті дезагреговане порівняння оцінок готовності сплачувати, отриманих із експерименту дискретного вибору та умовного оцінювання (двох методів, застосованих у розділах 2 та 3 на єдиній вибірці). Для цього досліджено узгодженість між цими оцінками, а також чи є систематична різниця між ними. За нашими результатами, оцінки, отримані з експерименту дискретного вибору, є вищими, ніж з умовного оцінювання, але вони неузгоджені між собою. Різниця між цими оцінками росте (і) для респондентів, які не розрізняють представлени якісні профілі послуг, та (ії) зі зростанням різниці у рівнях якісних атрибутів між представленними до вибору варіантами. Наслідки цих результатів для досягнення кращої узгодженості між оцінками готовності сплачувати обговорено в цьому розділі.

У розділі 5 оцінено можливий вплив платежів пацієнтів на споживання послуг медичних спеціалістів в шести країнах Центральної та Східної Європи, що увійшли в це дослідження: Болгарії, Угорщині, Литві, Польщі, Румунії та Україні. Для цього застосовано напівпараметричний аналіз виживання до даних із готовності та здатності сплачувати за ці послуги. Це дозволило побудувати криві потенційного попиту, що показують частки населення, яке готове та спроможне сплачувати платежі певного рівня в разі медичної потреби. Також обраховано цінові еластичності, а також еластичності за доходом та віком. Дані було зібрано за допомогою опитувань, проведених у 2010р. серед реперзентативних вибірок в шести країнах, близько 1000
Анотація

респондентів у кожної із країн. Результати цього дослідження свідчать, що медіанна готовність та можливість сплачувати коливається від € 5.15 до € 12.2, а порядок країн за цим показником відповідно рівню доходів в країні. Невисокі платежі, до € 2.5 в Болгарії, Угорщині, Литві та Румунії, та до € 5 в Польщі не зумовлюють суттєвого зниження потенційного попиту. Нижній ціновий інтервал необхідно детальніше вивчати в Україні із застосуванням шкали, чутливої до менших змін готовності сплачувати. В цьому розділі аргументовано, що платежі пацієнтів можуть бути вигідною альтернативою неофіційним платежам в разі впровадження відповідних критеріїв виключення та пільг.

Розділ 6 присвячений належному оцінюванню скошених даних готовності сплачувати за послуги медичних спеціалістів. Аналіз базується на тих же даних, що й у розділі 5, тобто даних умовного оцінювання із шести країн Центральної та Східної Європи: Болгарії, Угорщини, Литви, Польщі, Румунії та України. Рівень готовності сплачувати оцінено із застосуванням моделі стохастичного кордону, враховуючи позитивну та негативну скощеність даних, яка трактується як відповідно завищення та занижування справжньої готовності сплачувати частиною респондентів. Рівень готовності сплачувати зважено на предбачені коефіцієнти неефективності (завищення чи занижування). Незважені та зважені оцінки порівняно із фактичними річними видатками на послуги медичних спеціалістів. Результати цього розділу свідчать, що напрям скошеності готовності сплачувати, тобто занижування чи завищування оцінок, в різних країнах пояснюється спільним впливом таких факторів: очікуваним впливом результатів опитування на реальну цінову політику, актуальність та бажаності оцінювання якісних змін, і частотою споживання послуг. В країнах, де платежі пацієнтів діють і, відповідно, можливим є підняття цін, респонденти, особливо споживачі послуг, схильні приховувати справжній рівень готовності сплачувати. В країнах, де впровадження чи підняття цін є малокорисним, бажаність змін може призвести до завищування справжньої готовності сплачувати, особливо серед нечастих користувачів.

У Розділі 7 представлено обговорення основних результатів, описаних в попередніх розділах. Їх розділено на дві групи: ті, що стосуються використання висловлених впodbань для оцінки платежів пацієнтів, а також ті, що стосуються висновків для політики платежів пацієнтів в шести країнах Центральної та Східної Європи. Ми доводимо, що узгодженість між оцінками готовності сплачувати, отриманими із
експерименту дискретного вибору та умовного оцінювання, зростає зі зростанням важливості атрибутів та послуг представленних респонденту. Також ми показуємо, що рівень висловленої готовності сплачувати залежить від очікуваних наслідків опитування для політики платежів, необхідності якісних покращень, та частоти споживання. Також наші результати дозволяють говорити про те, що різні механізми лежать в основі рішення бути готовим сплачувати та визначення рівня готовності сплачувати. З точки зору політики, ми показуємо що теперішня ситуація з неврегульованими платежами є суттєвим фінансовим тягарем для пацієнтів в Центральній та Східній Європі. Ми також доводимо, що за певних умов платежі пацієнтів є прийнятним інструментом політики в охороні здоров’я в цих країнах. Насамкінець, показано, що люди в країнах Центральної та Східної Європи готові сплачувати за якість та доступ, а тому будь-які впровадження платежів повинні супроводжуватися покращенням цих характеристик.

Отже, в цій дисертації показано як готовність сплачувати, оцінена за допомогою висловлених уподобань, може бути використана для оцінювання платежів пацієнтів та аспектів їхнього дизайну: прийнятності таких платежів, визначення рівня платежів, неоднорідності готовності сплачувати серед груп населення, визначення інвестиційних приоритетів в якість та доступ. Платежі пацієнтів за послуги охорони здоров’я, хоча їх і уникають в країнах Центральної та Східної Європи, можуть стати ефективним інструментом політики в тому сенсі, що люди готові офіційно сплачувати суттєві кошти за послуги адекватної якості та доступу. Забезпечення такої якості і доступу, а також викорінення неофіційних платежів, буде необхідним кроком у встановлені оптимальної політики платежів пацієнтів.
Аннотация

Готовность платить за услуги врачей в Украине и других странах Центральной и Восточной Европы: Применение выраженных преференций для оценки платежей пациентов.

Готовность платить оцененная с помощью методов выраженных предпочтений (методов оценки благ в гипотетических сценариях выбора или покупки) все чаще используется для оценивания услуг здравоохранения. Выраженные предпочтения имеют ряд преимуществ, в частности они позволяют получить оценки товаров и услуг, которых раньше на рынке не было, а также получить оценки пассивных и потенциальных пользователей этих услуг, и тех, кто не пользовался ими. Однако, эти методы играют ограниченную роль в оценке платежей пациентов и планировании их дизайна. Это происходит по причине неопределенной достоверности и надежности оценок, полученных с помощью этих методов. С другой стороны, во многих системах здравоохранения, где услуги никогда не были предметом торговли, как, в частности, во многих пост-социалистических странах Центральной и Восточной Европы, выраженные предпочтения являются единственным способом оценки готовности платить.

Платежи пациентов являются эффективным инструментом полит здравоохранения, который способен уменьшить чрезмерное использование услуг, урегулировать неофициальный рынок (очень распространенный в странах Центральной и Восточной Европы), а также в некоторой степени генерировать дополнительные средства. В Центральной и Восточной Европе, однако, в пост-социалистическом контексте, правительства большинства стран не готовы внедрять такие непопулярные меры, как официальные платежи пациентов. Научных обоснований для такого отказа практически нет. Большинство проведенных исследований базируются на выявленных предпочтениях (данных фактического использования), и поэтому были проведены в странах Западной Европы, США и некоторых развитых странах Азии, где платежи пациентов уже эффективно внедрены.

Как описано в разделе 1, общая цель этой диссертации – применить методы выраженных предпочтений для оценки готовности платить за услуги врачей в странах Центральной и Восточной Европы, а также проанализировать насколько готовность
платить, полученная с применением этих методов, может быть использована для оценивания политики платежей пациентов за услуги врачей. В данное исследование вошли шесть стран: Болгария, Венгрия, Литва, Польша, Румыния и Украина. Эти страны имели похожие системы здравоохранения в коммунистические времена, но разные траектории и темпы реформ в пост-коммунистический период, а поэтому являются собой хорошую базу сравнения.

Во всех странах-участниках этого исследования, кроме Украины, были внедрены системы социального страхования. В Украине же и по сей день действует система здравоохранения, финансировавшаяся из государственного бюджета (система Семашко, как в СССР). В большинстве этих стран действуют платежи пациентов за медицинские товары (препараты и оборудование). Однако, платежи пациентов за базовые услуги здравоохранения действуют только в Болгарии. Там относительно невысокий платеж (около €1 за визит к врачу) был утвержден в 2000 г. В Венгрии такой же небольшой платеж (около €1 за визит к врачу) просуществовал всего один год в 2007 г., но был отменен на всенародном референдуме в 2008 г. В остальных четырех странах официальная оплата на время проведения исследования взималась только за услуги вне страхового пакета. Во всех этих странах, однако, квази-официальные платежи, установленные провайдерами услуг из-за отсутствия государственного регулирования, а также неофициальные платежи существуют на всех уровнях оказания помощи, включительно с услугами врачей.

В разделе 2 этой диссертации, исследованы общественные предпочтения касательно характеристик качества и доступа услуг врачей в Украине в относительном и монетарном выражении. Для этого применен эксперимент дискретного выбора на выборке из 303 респондентов, репрезентирующих взрослое население страны. На уровне выборки не наблюдается четко выраженных предпочтений платить официально, или наоборот – неофициально. Также нету четких предпочтений осуществлять визит к врачу общей практики (участковому врачу), либо обращаться напрямую к узкому специалисту. Однако, есть некоторая неоднородность этих предпочтений среди групп населения. Важными при выборе врача являются атрибуты качества услуг здравоохранения, особенно отношение медицинского персонала. Следовательно, улучшение межличностных аспектов первичной помощи путем инвестиций в образование и обучение медицинского персонала должны стать приоритетом
финансирования здравоохранения. Другие аспекты качества и доступа также важны для пациентов, но их улучшение принесет меньше выгоды обществу.

В разделе 3 рассматривается потенциал и возможности внедрения официальных платежей пациентов за услуги врачей путем исследования их приемлемости, а также способности и готовности платить за эти услуги среди групп населения. Для этого использованы данные условного оценивания проведенного среди 303 респондентов, которые репрезентируют взрослое население Украины (как и в разделе 2). Выделено три уровня принятия решений: отказ платить, неспособность платить, и уровень готовности платить. Вероятность отказа платить более всего связана с качеством услуг. Отказ платить в гипотетическом задании не связан с соответствующим поведением в реальной жизни. Вероятность быть неспособным/ой платить связана со старшим возрастом и худшим экономическим статусом. Уровень готовности платить позитивно связан с доходом, а также является ниже среди людей, которые обращались к врачам но не платили за это. Довольно высокий уровень готовности платить (между 0.9% и 1.9% от дохода домохозяйства) за визит к врачу указывает потенциал официальных платежей в Украине. Картина неспособности платить указывает на необходимость критериев исключения, которые бы базировались на возрасте, доходе, а также других аспектах экономического статуса. Уровни готовности платить подчеркивают, что платежи пациентов должны быть пропорциональны доходу.

Раздел 4 имеет целью дезагрегированное сравнение оценок готовности платить, полученных с помощью эксперимента дискретного выбора и условного оценивания (двух методов, примененных в разделах 2 и 3 на единой выборке). Для этого изучена согласованность между этими оценками, а также есть ли систематическая разница между ними. По нашим результатам, оценки эксперимента дискретного выбора выше нежели условного оценивания, но они не согласованы между собой. Разница между оценками выше (i) для респондентов, которые не отличают представленные качественные профили услуг, и (ii) при росте разницы в уровнях качественных атрибутов между представленными для выбора вариантами. Выводы из таких результатов для достижения лучшей согласованности между оценками готовности платить обсуждены в этом разделе.

В разделе 5 оценено возможное влияние платежей пациентов на потребление услуг медицинских специалистов в шести странах Центральной и Восточной Европы, которые вошли в исследование: Болгарии, Венгрии, Литве, Польше, Румынии и
Аннотация

Украине. Для этого применен полупареметрический анализ выживаемости на данных про готовность и способность платить за эти услуги. Это позволило построить кривые потенциального спроса, которые показывают доли населения, готовых и способных платить платежи разного уровня при медицинской необходимости. Также были посчитаны ценовые эластичности, а также эластичности по доходу и возрасту. Данные были получены с помощью опросов, проведенных в 2010г. среди репрезентативных выборок в шести странах, около 1000 респондентов в каждой из стран. Результаты этого исследования показывают, что медианная готовность платить варьируется от € 5.15 до € 12.2, а порядок стран за этим показателем соответствует уровням дохода в них. Невысокие платежи до € 2.5 в Болгарии, Венгрии, Литве и Румынии, и до € 5 в Польше не вызовут существенного снижения потенциального спроса. Нижний ценовой интервал необходимо подробнее изучать в Украине с использованием шкалы, чувствительной к меньшим изменениям готовности платить. В этом разделе аргументировано, что платежи пациентов могут быть лучшей альтернативой неофициальным платежам при внедрении соответствующих критериев исключения и льгот.

Раздел 6 посвящен надлежащему оцениванию сколоченных данных о готовности платить за услуги медицинских специалистов. Анализ основывается на тех же данных, что и в разделе 5, а именно данных условного оценивания из шести стран Центральной и Восточной Европы: Болгарии, Венгрии, Литвы, Польши, Румынии и Украины. Уровень готовности платить оценен с использованием модели стохастической границы, учитывая позитивную и негативную склонность данных, которая трактуется как соответственно завышение и занижение действительной готовности платить частью респондентов. Уровень готовности платить взвешен на оцененные коэффициенты неэффективности (завышения или занижения). Невзвешенные и взвешенные оценки сравнены с фактическими годовыми издержками на услуги медицинских специалистов. Результаты этого раздела свидетельствуют, что склонность готовности платить в разных странах объясняется совместным влиянием следующих факторов: ожидаемым влиянием результатов опроса на реальную политику, актуальности и желаемости оцениваемых изменений, и частотой использования услуг. В странах, где платежи пациентов действительны, и, соответственно, возможным является поднятие цен, респонденты, особенно пользователи услуг, склонны скрывать настоящий уровень готовности платить. В странах, где внедрение или поднятие уровня платежей
маловероятны, желаемость изменений может вызвать завышение действительной готовности платить, особенно среди нечастых пользователей медицинских услуг.

В разделе 7 представлено обсуждение основных результатов, описанных в предыдущих разделах. Их разделено на две группы: те, которые касаются использования выраженных предпочтений для оценки платежей пациентов, а также те, которые касаются выводов для политики платежей в шести странах Центральной и Восточной Европы. Мы показываем, что согласованность между оценками готовности платить, полученных с помощью эксперимента дискретного выбора и условного оценивания, растет при увеличении важности атрибутов и услуг, представленных респонденту. Также мы показываем, что уровень выраженной готовности платить зависит от ожидаемых последствий опроса для политики платежей пациентов, необходимости качественных изменений, а также частоты пользования. Также наши результаты позволяют утверждать, что разные механизмы лежат в основе решения быть готовым платить и определением уровня готовности платить. С точки зрения политики, мы показываем, что теперешняя ситуация с неурегулированными платежами является существенным финансовым бременем для пациентов в Центральной и Восточной Европе. Мы также доказываем, что при некоторых условиях платежи пациентов являются приемлемым инструментом политики здравоохранения в этих странах. Наконец, показано, что люди в странах Центральной и Восточной Европы готовы платить за качество и доступ, а поэтому любые внедрения политики платежей должны сопровождаться усовершенствованием этих характеристик.

Таким образом, в данном исследовании показано как готовность платить, оцененная с помощью выраженных предпочтений, может быть использована для оценки платежей пациентов и аспектов их дизайна: их приемлемости, определения уровня платежей, неоднородности готовности платить среди групп населения, определения инвестиционных приоритетов в качество и доступность. Платежи пациентов за услуги здравоохранения, хотя их и избегают в странах Центральной и Восточной Европы, могут стать эффективным инструментом политики в том смысле, что люди готовы официально платить существенные суммы за доступные услуги адекватного качества. Обеспечение такого качества и доступности, а также искоренение неофициальных платежей, будет необходимым шагом при внедрении политики платежей пациентов.