

Out-of-pocket patient payments for health care services in Hungary: Past experience and future perspectives

Citation for published version (APA):

Baji, P. (2013). *Out-of-pocket patient payments for health care services in Hungary: Past experience and future perspectives*. [Doctoral Thesis, Maastricht University]. Maastricht University. <https://doi.org/10.26481/dis.20130222pb>

Document status and date:

Published: 01/01/2013

DOI:

[10.26481/dis.20130222pb](https://doi.org/10.26481/dis.20130222pb)

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.

Summary

Samenvatting

Összefoglaló

Summary

In Hungary, out-of-pocket household expenditure on health care has increased during the last decades, and now it accounts for around 26% of the total health care expenditure. The major part of these payments is expenditures on pharmaceuticals and medical devices (75-80 percent), where co-payments are substantial and have long been applied. Regarding out-of-pocket patient payments for health care services, which is the focus of this dissertation, the extent of official co-payments is limited, and most of the services covered by the social health insurance is provided free of charge for consumers. However, patients are regularly paying for health care services through informal payment channels to the health care personnel, in the hope of getting better quality services.

In 2007, the government implemented a one-euro user fee for the use of health care services covered by the social health insurance, as one element of a reform package, which aimed at the decrease of the public deficit. According to the policy objectives, user fees were expected to control the utilization of health care services, and diminish informal payments. However, the implementation of the fees met with strong political opposition and unpopularity among the public. Finally, this led to the abolishment of the fees one year after their implementation, in April 2008, as a result of a population referendum initiated by the opposition party in parliament. The implementation of user fees for health care services has proved to be a rather sensitive political issue, not only in Hungary but in other Central and Eastern (CEE) countries as well. Similarly to Hungary, in the Czech Republic and Slovakia user fees were revoked a few years after their implementation due to the political resistance in both countries. Thus, policy makers beware of the (re)implementation of user fees, to avoid becoming unpopular among the public.

Given the complexity and sensitivity of the issue of patient payments for health care services in Hungary, the two main aims of the dissertations are (1) to show the lessons to be learned from the experience with the implementation of user charges in 2007; (2) to identify challenges and perspectives for patient payments in the future, focusing on the public attitudes toward patient payments (formal and informal), as well as the willingness of health care consumers to pay official fees for health care services. The thesis also pays special attention on the relationship between formal and informal payments. We examine the effect of the introduction of user fees on the probability of paying informally, as well as the link between the willingness to pay formally and past informal payments.

The dissertation is divided into three main parts, each containing two chapters. The first part focuses on the past experiences with the implementation of user fees in 2007. In particular, Chapter 1 focuses on the impact of user fees on equity and Chapter 2 analyzes the effect of these fees on informal payments of health care consumers. The second part (Chapter 4 and 5) considers the attitude of the population towards

formal and informal patient payments. The third part (Chapter 6 and 7) elicits the willingness of Hungarian health care consumers to pay formal fees for health care services as well as consumer preferences for different services attributes, using stated preference methods, namely contingent valuation and discrete choice experiment.

To study the effects of the implementation of user fees we apply secondary data analysis. In Chapter 2, we analyze expenditure data from the Household Budget Survey carried out by the Central Statistical Office of Hungary for a four year period (2005-2008). To study the effect of the introduction of user fees on informal payments in Chapter 3, we use cross-sectional data on about 2500 respondents collected in April 2007, two months after the implementation of user fees. To study attitudes as well as willingness to pay, we have collected (1) qualitative data in 2009 via focus group discussions and in-depth interviews as well as (2) quantitative data from a country representative sample among 1037 respondents collected in 2010. Below, we present the findings of the Chapters separately.

In Chapter 2, we have presented the scope and magnitude of out-of-pocket payments in Hungary, separately for expenditures on pharmaceuticals, formal and informal payments for health care services. We have also examined the changes in the progressivity of these payments during a four year period (2005-2008), using Kakwani indexes as a measure of progressivity.

Our results confirm the conclusions of previous studies, which found that out-of-pocket payments are a regressive means of raising health care revenues. Out-of-pocket payments on health care are highly regressive in Hungary with a Kakwani index of -0.22. In particular, households from the lowest income quintile spend an about three times larger share of their income on out-of-pocket payments (6-7 percent of income) compared to households in the highest income quintile, who spent 2 percent of their income on health care. Expenditures on pharmaceuticals and medical devices are the most regressive types of expenditures (Kakwani index -0.23/-0.24), and at the same time they represent a major part of the total household expenditure on health care (78-85 percent of total out-of-pocket household expenditure on health care). Informal payments are also found to be regressive, which implies that these payments impose a relatively higher burden on worse-off households. At the same time, expenditures on formal payments for health care services are the most proportional to income, as we can assume that households with higher income use proportionally more private services.

The burden of formal payments significantly increased after the implementation of user fees. Moreover, expenditures on formal payments became regressive (Kakwani index -0.1). This is in accordance with the findings of previous studies that health care reforms, which increase the role of out-of-pocket payments in health care financing, lead to a relatively greater burden falling on the low-income groups. In parallel, we observe a decrease in the expenditure on informal payments, which became less

Summary

regressive as well, i.e. the decrease was higher in the lower-income households. This finding may suggest that worse-off households tried to compensate the increasing burden of formal co-payments with a decrease in their expenditure on informal payments. However, due to the lack of utilization data in the Household Budget Survey, we cannot really claim the causality of this association.

In **Chapter 3** we have focused on the effect of the introduction of user fees in 2007 on informal payments. As mentioned before, in CEE countries, where informal payments are widespread, the introduction of user fees is also motivated by their potential to eradicate or “formalize” informal payments. However, there is no evidence in the literature, which clearly supports this expectation. In Hungary, one of the main policy objectives of the introduction of user fees in 2007 was also to diminish informal payments, besides the objective to control the utilization of the services. In Chapter 3, we have addressed this issue. First, we have presented the pattern of informal payments in primary, out-patient specialist and in in-patient care in the period before and shortly after user fees for health care services were introduced. We have also examined the changes in the probability of paying informally in the short run using probit regression analysis. For the analysis we have used data on informal payments for the last visit to physician/last admission to hospital, collected in April 2007, two months after the implementation of user fees.

In accordance with the literature on informal payments in Hungary, we have found that Hungarian patients pay informally for medical services on a routine basis. According to our results, for GP care, 9 percent of the patients paid informally during their last visit (2 euro on average), 14 percent paid informally for specialist care (35 euro on average), and 50 percent paid informally for hospitalization (58 euro on average). We have not found significant changes in the probability of paying informally for the last physician visit/hospitalization in the short run after the implementation of user fees, except for elderly patients for hospitalizations, where we observe a decrease in the probability of paying informally. This group is associated with lower household income in Hungary, thus, they might be less able to pay for the double burden.

Our findings suggest that formal payments are not substitutes of informal payments, at least in a short run, but these payments rather co-exist and complement each other. However, it is probable, that a longer period is needed to perceive changes in patients' behavior regarding informal payments. Furthermore, we have to consider that neither the objectives, nor the beneficiaries of informal payments are the same as those of the user fees. It is quite probable that patients, who are able to pay, continue to pay informally directly to their physician, in the hope of getting extra services or more personal attention.

Chapter 4 has been focused on the attitude of health care stakeholders towards formal patient payments. In this chapter, we have combined qualitative and quantitative methods to reveal the experiences and expectations of health system stakeholders in Hungary related to user fees as well as their approval of such fees.

We have found that consumers do not support the stated policy objectives of the introduction of user fees in 2007, i.e. the decrease of unnecessary visits and the eradication of informal payments. A group of consumers (mostly pensioners and families with children who are the most frequent users of services), do not agree that a decrease in the utilization of services is essential in Hungary. Furthermore, health care consumers doubt that user fees in 2007 could substitute for informal payments, as neither the measure nor the objectives, nor the beneficiaries of informal payments were the same as those of user fees. The lack of support of the stated policy objectives might be one of the reasons why the fees were rejected by the population in the referendum.

We have also found that health care consumers are not against paying user fees. However, consumers would rather accept these fees if the revenues were reinvested in health care provisions to increase the quality of health care services. This attitude can be explained by the discontent of the population with the quality of health care services, also expressed during the focus group discussions carried out for this dissertation. Nevertheless, consumers noticed no improvement in service quality and found that the revenues were not reinvested into the improvement of the quality of service provision in 2007. This might also contribute to the rejection of these fees. Furthermore, consumers do not trust the government that such fees will be reinvested in service provision.

In Chapter 5, we have analyzed the attitudes and perceptions of health care consumers towards informal payments using data from a country-representative quantitative survey. We have combined cluster analysis with multinomial logistic regression to identify the main perception groups of informal payments.

We have identified three main different attitudes towards informal payments. Those who accept informal payments (either young or elderly people, living in the capital) consider these payments as an expression of gratitude and perceive them as inevitable due to the low funding of the health care system. Those who doubt about informal payments (respondents outside the capital, with higher education and household income) also consider these payments inevitable, but perceive them as similar to corruption rather than gratitude, and would rather use private services to avoid these payments. We found that the opposition to informal payments (mostly among men from small households and with low income) could be explained by lower ability and willingness to pay.

Summary

Overall, Hungarian health care consumers tolerate informal payments as they consider these payments inevitable due to the lack of resources in the health care system. This perception is in accordance with the economic explanation of informal payments and supports the theory of Gaál and McKee (2004), who interpret informal payments as a reaction to the declining performance in the health care system²⁵. The positive attitude of consumers is enhanced by health care providers as well. According to the Ethical Codex of the Medical Chamber in Hungary, informal payments are legal and legitimate because of the low salary of physicians and dysfunctioning of the health care system. So far, national regulations have not explicitly forbidden informal patient payments either.

In Chapter 6, a contingent valuation method has been used to elicit information on the willingness of the Hungarian health care consumers to pay formal fees for health care services. Besides, we have also examined the relationship between willingness to pay formal fees and past informal payments.

Based on an earlier qualitative study (see Chapter 4), we expect that health care consumers are not against paying an extra contribution to the cost of health care services if these services are provided with good quality or access. In this chapter, we confirm this expectation. We have found that the majority of the Hungarian population is willing to pay official fees for health care services with certain service attributes. We have found that 66 percent of the respondents are willing to pay formal fees for specialist visits and 56 percent are willing to pay for planned hospitalizations, if these services are provided with certain quality and access attributes.

We have also found that the willingness to pay formal fees is positively associated with past informal payments. The probability that a respondent is willing to pay official charges for health care services is 22 percentage points higher for specialist examinations and 45 percentage points higher for a hospitalization if the respondent paid informally during the last 12 months. Furthermore, the results suggest that some population groups (e.g. elderly and respondents from the capital) might prefer to pay informally, as we have found that they are more likely to pay informally, but less likely to be willing to pay formal fees.

In Chapter 7, we have used data from a discrete choice experiment to elicit preferences of health care consumers about the choice of health care providers. We have examined the effect of the improvement of service attributes (quality, access, and price) on patients' choice, as well as the differences in preferences among different socio-demographic groups. We have also estimated the marginal willingness to pay for the improvement in attribute levels by calculating marginal rates of substitution.

25 See Gaál and McKee, 2004

The results of this chapter show that the choice of respondents from a village or the capital, with low education and bad health status are more sensitive to the changes in the price when choosing between health care providers. While for young respondents with higher education and higher household income, we observe higher marginal willingness to pay for service attributes. Regarding service attributes, we observe the highest marginal willingness to pay for the improvement of the skills and reputation of the physician, as well as the attitude of the health care personnel. This means that health care consumers value the quality attributes connected to the health care personnel the most. Medical equipments and the maintenance of the health care facility are also considered as important factors. However, waiting time in front of the office and travelling time to the health care facility are less likely to affect the choice of health care consumers. In other terms, consumers are ready to travel or wait more for the service provision in order to be treated by skilled and polite personnel.

To conclude, we can learn from previous experiences with user fees in 2007 that out-of-pocket payments are already relevant, and further, that an increase of co-payments may lead to greater burden falling into low-income groups. Thus, more attention should be paid to the protection of low-income households when implementing or extending patient charges, to avoid inequalities in access, which can lead to higher morbidity, as the health status of the Hungarian population is already lagging behind other European countries.

We have also shown that formal and informal payments are complements rather than substitutes as the beneficiary and objective of the two types of payments are different. It is quite probable that despite the formal charges, patients continue to pay informally directly to their physician as an expression of their gratitude or in the hope of getting extra services, better access or more personal attention. This is not surprising, as we have found that for consumers, physicians' competence, skills and reputation are the most important attributes of health care services. This is also the reason, why some population groups (e.g. elderly, or people from the capital) prefer to pay informally. We have also learned that formal payments might lead to the decrease of informal payments for those who have budget constraints, as lower-income households may try to compensate the increasing burden of formal payments with decreasing their expenditure on informal ones. In 2007, the introduction of user fees in Hungary was also associated with a reduction of informal payments among the low-income households. However, if the decrease of these payments occurs only among the lower-income households, who are not able to pay for the double burden, inequalities in access can increase, i.e. those, who continue to pay informally, may have better access to health care services compared to those who are not able to pay. Thus, the implementation of user fees is hardly a sufficient tool on its own to "formalize" informal payments. Furthermore, due to this controversial mechanism, it is suggested not to emphasize the potential of user fees to eradicate informal payments in policy discussions.

Summary

We have also learned, that public acceptance of the policy aims of the implementation of user fees is crucial to the successful implementation of the fees. However, in Hungary the two main policy objectives of the implementation of user fees in 2007 were not entirely supported by the public, which might be one of the reasons why the fees were rejected. Thus, close communication with the public about their expectations and about the policy objectives of the fees is essential before the implementation of such fees.

Qualitative results have shown that the Hungarian population is rather discontent with the quality of health care services provided by the social health insurance. Consumers consider user fees as a potential solution to raise revenue for financing health care in order to improve the quality of health care provision. The results of the stated preference methods also indicate that Hungarian health care consumers are not against official payments for health care services, but they expect value for their money. However, we have found that those, who are willing, are already paying for health care services. In this way informal payments indicate a willingness to pay formal fees as well. Thus, it seems that the incentive behind the willingness to pay formal fees and informal payments are similar, namely the desire to achieve better quality care. The introduction of formal payments in future, should assure the improvement in quality and access, otherwise, user fees will remain unpopular among the public similarly to the introduction of user fees in 2007. For this, it would be essential to measure and monitor the quality of the services and settle the quality requirements in regulations. This would also help to reduce the informal payments channels.

Finally, we have found that informal payments are not only the heritage of the socialist period but the concomitant of the present health care system as well. These payments reflect the deficiencies of health care provision (e.g. poor service quality, low salary of the health care workers, poor governance). Furthermore, Hungarian health care actors have a rather positive attitude towards these payments, as for them, the perceived “poor service quality and low salary of physicians” legitimate the existence of informal payments. However, these payments are not the solution to the wage problems of physicians, as only a small group of physicians benefits from these payments (mostly head physicians and managers), who have the power to block important changes in health care system to maintain the status-quo. For the other physicians and health care workers, salary levels remain below the average wages in Hungary, which induce an outflow of health care workers from the country. In order to deal with informal payments it is necessary to address the positive attitude of health care actors towards these payments, and these payments should be strongly discouraged in order to improve equity in health care financing and to avoid inequalities in access to health care.

Samenvatting

In de laatste decennia is in Hongarije het percentage eigen betalingen ('out-of-pocket payments') van huishoudens aan de gezondheidszorg toegenomen. Momenteel bedragen de eigen betalingen 26% van de totale uitgaven voor de gezondheidszorg. Het grootste deel van deze eigen betalingen bestaat uit de uitgaven aan geneesmiddelen en medisch hulpmiddelen (75-80 procent), waar eigen bijdragen een substantieel onderdeel zijn en al lange tijd worden toegepast. Deze eigen betalingen van patiënten aan de gezondheidszorg is de focus van dit proefschrift. De omvang van officiële eigen bijdragen is beperkt en de meeste diensten die vergoed worden door de sociale ziektekostenverzekering worden gratis aan de consument verstrekt. Echter, patiënten betalen regelmatig voor gezondheidszorg door middel van informele betalingen aan het personeel, in de hoop betere kwaliteit van diensten te krijgen. Als onderdeel van een breder pakket aan hervormingsmaatregelen, heeft de overheid in 2007 een één-euro eigen bijdrage geïmplementeerd voor het gebruik van de gezondheidszorg die vergoed wordt door de sociale ziektekostenverzekering. Deze vergoeding was bedoeld om de kosten van de gezondheidszorg te beheersen en om informele betalingen te verminderen. Echter, de implementatie van de eigen bijdrage ondervond sterke politieke oppositie en was zeer impopulair bij het publiek. In 2008, een jaar na de implementatie, heeft een referendum onder de bevolking op initiatief van de oppositiepartij in het parlement geleid tot het afschaffen van de eigen bijdragen.

De implementatie van eigen bijdrage voor de gezondheidszorg is een nogal gevoelige kwestie gebleken, niet alleen in Hongarije maar ook in andere Centraal - en Oost-Europese landen. Beleidsmakers schrikken terug voor (her)invoering van de eigen bijdragen om te voorkomen dat ze impopulair worden bij het publiek. Gezien de complexiteit en gevoeligheid van eigen bijdragen voor de gezondheidszorg in Hongarije, zijn de twee doelstellingen van dit onderzoek: (1) welke lessen moeten worden getrokken uit deze ervaring met de implementatie van een eigen bijdrage in 2007 (dat wil zeggen wat zijn de herverdelingseffecten van de invoering van de eigen bijdrage alsmede het effect van de eigen bijdrage op informele betalingen van zorgconsumenten). (2) wat zijn de perspectieven voor toekomstige invoering van eigen bijdragen, met de nadruk op de houding van het publiek tegenover een eigen bijdrage (formeel en informeel), alsmede de bereidheid van zorgconsumenten om te betalen voor het gebruik van gezondheidszorg. Daarnaast besteedt het proefschrift ook bijzondere aandacht aan de relatie tussen formele en informele betalingen. We onderzoeken het effect van de introductie van de eigen bijdrage op de kans op informele betalingen, evenals het verband tussen de bereidheid tot formele en informele betalingen.

Het eerste deel van dit proefschrift richt zich op de eerste doelstelling (Hoofdstuk 2 en 3), met name op de ervaringen uit het verleden met de invoering van de eigen bijdrage. In Hoofdstuk 2 hebben we, met behulp van gegevens van het huishoudbudgetonderzoek uitgevoerd door het centraal bureau voor de statistiek van

Hongarije, gekeken naar de veranderingen in progressiviteit van deze bijdrage gedurende een periode van vier jaar (2005-2008). Onze resultaten bevestigden de conclusies van eerdere onderzoeken die vonden dat eigen bijdragen een regressief middel zijn om inkomsten van de gezondheidszorg te verhogen (met een Kakwani index van -0.22). De last van formele betalingen is aanzienlijk toegenomen na de invoering van de eigen bijdrage en bovendien werden deze uitgaven meer regressief (dat wil zeggen dat de toename hoger was onder de lagere inkomens). Tegelijkertijd zien we een daling van de informele betalingen, deze werden minder regressief (dat wil zeggen dat de daling hoger was onder de lagere inkomens). Deze bevinding suggereert dat huishoudens die slechter af zijn getracht hebben om de toenemende last van formele eigen bijdragen te compenseren met een afname van hun uitgaven aan informele betalingen. **In Hoofdstuk 3** hebben we ons gericht op het effect van de invoering van de eigen bijdragen van 2007 op informele betalingen. In Oost Europese landen (zoals Hongarije), waar informele betalingen wijdverbreid zijn, is de invoering van de eigen bijdrage ook gemotiveerd doordat het mogelijk leidt tot uitroeping of “formalisering” van informele betalingen. In Hoofdstuk 3 hebben we met behulp van een probit-regressie-analyse gekeken naar de veranderingen in de kans op het betalen van informele betalingen op korte termijn. Voor deze analyse hebben we gebruik gemaakt van gegevens van een steekproef van 2500 respondenten verzameld in april 2007, twee maanden na de invoering van de eigen bijdrage. Deze gegevens hadden betrekking op informele betalingen voor het laatste bezoek aan de arts/laatste opname in het ziekenhuis.

In overeenstemming met de literatuur over informele betalingen in Hongarije, vinden we dat patiënten in Hongarije gewend zijn informele betalingen te verrichten voor medische diensten. We hebben geen significante afname gevonden op korte termijn na de invoering van eigen bijdragen van de kans op informele betalingen voor het laatste arts bezoek / ziekenhuisopname, behalve voor oudere patiënten die werden opgenomen in het ziekenhuis. Omdat ouderen in Hongarije veelal een lager inkomen hebben kunnen ze minder goed in staat zijn om deze dubbele lasten te dragen.

Het tweede deel van dit proefschrift (Hoofdstuk 4 en 5) onderzoekt de houding van de bevolking ten aanzien van formele en informele betalingen door patiënten. **In Hoofdstuk 4** worden met behulp van een combinatie van kwalitatieve en kwantitatieve methoden de ervaringen en verwachtingen van de stakeholders in de gezondheidszorg in Hongarije met betrekking tot de verdeling van de kosten van zorg onderzocht.

We vinden dat in 2007 consumenten de gestelde beleidsdoelstellingen van de invoering van eigen bijdragen, dat wil zeggen de afname van onnodig zorggebruik en de uitroeiing van informele betalingen, niet ondersteunden. Een groep zorgconsumenten (voornamelijk gepensioneerden en gezinnen met kinderen die de meest frequente gebruikers zijn van de gezondheidszorg), is het er niet mee eens dat een daling van het zorggebruik in Hongarije noodzakelijk is.

Bovendien betwijfelen zorgconsumenten in 2007 of een eigen bijdrage ertoe leiden dat informele betalingen verdwijnen, omdat noch de maatregel, noch de doelstellingen noch de begunstigden van formele en informele betalingen hetzelfde zijn. Het gebrek aan steun voor de genoemde beleidsdoelstellingen is wellicht een van de redenen waarom in het referendum de eigen bijdragen werden verworpen door de bevolking.

We vinden ook dat zorgconsumenten niet tegen eigen betalingen zijn. Zorgconsumenten zouden deze kosten accepteren als de opbrengsten werden geherinvesteerd in de gezondheidszorg en gebruikt om de kwaliteit van de gezondheidszorg te verhogen. Deze houding is te verklaren uit de ontevredenheid van de bevolking over de kwaliteit van de gezondheidszorg, hetgeen ook werd uitgedrukt tijdens de focusgroep interviews die voor dit proefschrift zijn uitgevoerd.

In Hoofdstuk 5 hebben we met behulp van gegevens uit een landelijk representatief kwantitatief onderzoek de attitudes en percepties over informele betalingen geanalyseerd. We hebben hiervoor clusteranalyse met multinomiale logistische regressie gecombineerd. We vinden dat drie belangrijke percepties met betrekking tot informele betalingen kunnen worden onderscheiden: personen die informele betalingen accepteren, die er aan twijfelen en zij die zich ertegen verzetten.

Over het geheel genomen vinden we dat zorgconsumenten in Hongarije informele betalingen tolereren als ze deze betalingen als onvermijdelijk ervaren en als een gevolg van het gebrek aan middelen in de gezondheidszorg. Deze waarneming is in overeenstemming met de economische verklaring van informele betalingen. De positieve houding van de consument wordt ook versterkt door zorgverleners. Volgens de Ethische Codex van de Medische Kamer in Hongarije, zijn informele betalingen legaal en legitiem vanwege de lage salarissen van artsen en de slechte werking van het zorgstelsel. Tot nu toe heeft de nationale regelgeving de informele betalingen niet verboden.

In het derde deel van het proefschrift (Hoofdstuk 6 en 7) wordt met behulp van stated preference methoden, te weten contingent valuation en een discrete keuze-experiment, de bereidheid van de Hongaarse zorgconsumenten tot formele betalingen voor de gezondheidszorg en de voorkeur van consumenten voor verschillende attributen van zorgdiensten onderzocht. **In Hoofdstuk 6** is een contingent valuation methode gebruikt om gegevens te verzamelen over de bereidheid van de Hongaarse zorgconsumenten tot formele betalingen voor gezondheidszorg. De verwachting wordt bevestigd dat zorgconsumenten niet tegen het betalen van een extra bijdrage voor diensten van de gezondheidszorg zijn als deze diensten worden geleverd met een goede kwaliteit of de extra bijdrage leidt tot betere toegankelijkheid van zorg (zie hoofdstuk 4). We hebben gevonden dat de meerderheid van de Hongaarse bevolking bereid is om voor diensten van de gezondheidszorg te betalen als de diensten een bepaalde kwaliteit en toegankelijkheid hebben. We hebben ook ontdekt

dat de bereidheid tot formele betalingen positief samenhangt met eerdere informele betalingen. Bovendien suggereren de resultaten dat sommige bevolkingsgroepen (bijvoorbeeld ouderen en respondenten uit de hoofdstad) misschien liever informeel betalen, omdat we vinden dat ze vaker informeel betalen, maar minder vaak bereid zijn om formeel te betalen.

In Hoofdstuk 7 hebben we gebruik gemaakt van gegevens van een discrete keuze-experiment om de voorkeur van de zorgconsumenten over de keuze van zorgverleners aan het licht te brengen. Wij hebben het effect van de verbetering van de dienstverlening (kwaliteit, toegankelijkheid en prijs) op patiënten keuze geanalyseerd, evenals de verschillen in voorkeuren tussen verschillende socio-demografische groepen. We vinden dat respondenten het meest bereid zijn om te betalen voor meer vaardigheden en een betere de reputatie van de arts en voor een positievere de houding van het gezondheidszorg personeel. Medische apparatuur en het onderhoud van de zorginstelling worden ook als belangrijke factoren beschouwd. Echter, wachttijd en reistijd naar de zorgfaciliteit zijn minder van invloed op de keuze van de zorgconsument. Met andere woorden, de consument is bereid om te reizen naar of te wachten voor de dienstverlening indien ze worden behandeld door ervaren, kundig en beleefd personeel.

Concluderend, de resultaten van de stated preference methoden geven ook aan dat de Hongaarse zorgconsumenten niet tegen officiële betalingen voor gezondheidszorg zijn, maar dat ze waar voor hun geld verwachten. Echter, we hebben gevonden dat degenen die bereid zijn om te betalen, al betalen voor gezondheidszorg. Op deze manier wijzen informele betalingen op een bereidheid om ook formeel te betalen. Zo lijkt het erop dat de prikkel achter de bereidheid voor formele vergoedingen en informele betalingen gelijk zijn, namelijk de wens om zorg van betere kwaliteit te verkrijgen. In de toekomst moet de invoering van formele betalingen zorgen voor verbetering van de kwaliteit en toegankelijkheid, anders zullen vergoedingen impopulair blijven bij het publiek net zoals de invoering van eigen bijdragen in 2007. Daarvoor zou het van essentieel belang moeten zijn om de kwaliteit van de dienstverlening te meten en te bewaken en kwaliteitseisen in wet-en regelgeving vast te leggen. Dit zou ook helpen om informele betalingen te verminderen.

Összefoglaló

Magyarországon az utóbbi két évtizedben a lakosság közvetlen (out-of-pocket) kifizetések aránya folyamatosan növekedett az egészségügy finanszírozásában, és ma az egészségügy kiadások 26%-át teszik ki. Ezen kiadások többsége (75-80 százalék) a gyógyszerekért és gyógyászati segédeszközökért fizetett térítési díj. Ezzel szemben az egészségügyi ellátásokért fizetett térítési díjak mértéke elhanyagolható, mert a társadalombiztosítás keretében az egészségügyi ellátások többsége ingyenesen vehető igénybe. Ennek ellenére a betegek mégis rendszeresen fizetnek az egészségügyi ellátásokért, mégpedig informális csatornákon keresztül, hálapénz formájában. 2007-ben a kormány a Konvergencia Program keretében kísérletet tett egy 1-eurós vizitdíj bevezetésére. A vizitdíj bevezetésének célja az „indokolatlan vizitek csökkentése” mellett a hálapénz visszaszorítása, „kifehérítése” volt. A vizitdíj bevezetése azonban társadalmi és politikai ellenállásba ütközött, és az akkori ellenzéki párt által kezdeményezett népszavazáson a válaszadók közel 80%-a támogatta a vizitdíj eltörlését. A népszavazás eredményeképpen a vizitdíj és a kórházi napidíj, 2008 áprilisában, a bevezetésük után egy évvel, eltörlésre kerültek. A tapasztalat azt mutatja, hogy a vizitdíj és egyéb térítési díjak bevezetése, növelése kényes politikai kérdés, nemcsak Magyarországon, de más közép-és kelet-európai országokban is (pl. Csehország, Szlovákia). Éppen ezért a téma komplexitása és szenzitivitása további kutatásokat igényel, melyre e disszertáció keretében vállalkoztunk. A kutatás két fő célkitűzése a következő volt: (1) a 2007-es vizitdíj és kórházi napidíj bevezetésével kapcsolatos tapasztalatok feltárása (konkrétabban a vizitdíj bevezetésének a lakosság közvetlen kifizetésekre gyakorolt hatásának, valamint a hálapénzre gyakorolt hatásának vizsgálata); (2) a jövőbeli kihívások és lehetőségek azonosítása, különös tekintettel a lakossági attitűdökre, valamint az egészségügyi szolgáltatások iránti fizetési hajlandóság feltárására. A disszertáció kiemelt figyelmet fordít a hálapénz és a hivatalos térítési díjak közötti összefüggések elemzésére. Megvizsgáltuk a térítési díjak bevezetésének a hálapénzfizetésre gyakorolt hatását, valamint a hálapénzfizetés és a térítési díj-fizetési hajlandóság összefüggéseit.

A disszertáció első része (2. és 3. fejezet) az első kutatási célra fókuszál, azaz a vizitdíj 2007-es bevezetésével kapcsolatos tapasztalatok feltárására. A **2. fejezetben** KSH adatok alapján vizsgáltuk a háztartások egészségügyi kiadásainak progresszivitását egy négy éves periódus alatt (2005-2008). Az elemzés során különböző típusú egészségügyi kiadások Kakwani indexét számítottuk ki. Eredményeink megerősítik a korábbi kutatások eredményeit, miszerint a közvetlen (out-of-pocket) kifizetés regresszív módja az egészségügy finanszírozásának (a Kakwani index -0,22), vagyis az alacsonyabb jövedelmű háztartások a jövedelmük nagyobb hányadát költik egészségügyre, mint a magasabb jövedelmű háztartások (2 vs. 6 percent). A háztartások terhei szignifikánsan nőttek a 2007-es reformok ideje alatt, a gyógyszerek és gyógyászati segédeszközök díjának emelése és a vizitdíj bevezetése után. Sőt, ezek a kiadások egyre regresszívebbé váltak (azaz a jövedelemarányos terhek növekedése nagyobb volt az alacsonyabb jövedelmű háztartások körében). Ezzel párhuzamosan

csökkentek a háztartások hálapéánzf kifizetései, és ezen kifizetések regresszivitása csökkent (azaz a terhek jövedelemarányos csökkenése nagyobb volt az alacsonyabb jövedelmű háztartások körében). Ez az eredmény arra utalhat, hogy az alacsonyabb jövedelmű háztartások megpróbálták kompenzálni a növekvő térítési díjak terheit a hálapéánzre fordított kiadásai visszafogásával. **A 3. fejezetben** a vizitdíj bevezetésének a hálapéánzf-fizetésre gyakorolt hatását vizsgáltuk. A közép- és kelet-európai országokban (mint például Magyarországon is), ahol elterjedt a hálapéánzf, az egészségpolitikusok a térítési díjak bevezetését gyakran azzal indokolják, hogy a hivatalos térítési díjak hozzájárulnak a hálapéánzf megszűnéséhez, „kifehérítik” a hálapéánzft. A 3. fejezetben probit regresszióval vizsgáltuk, hogy tapasztalunk-e csökkenést rövidtávon a hálapéánzf-fizetés gyakoriságában a vizitdíj és a kórházi napidíj bevezetése után. Az elemzés használt adatok a legutóbbi vizit/kórházi tartózkodás alatt fizetett hálapéánzre vonatkoztak, az adatgyűjtés 2007 áprilisában történt, két hónappal a vizitdíj bevezetése után. A minta 2500 válaszadó adatait tartalmazza. A szakirodalommal összhangban azt látjuk, hogy a hálapéánzf fizetése „mindennapos” Magyarországon. Az idős betegeket kivéve nem találtunk szignifikáns csökkenést a hálapéánzf fizetés gyakoriságában a vizitdíj bevezetése után. Mivel idősök általában az alacsonyabb jövedelműek közé tartoznak Magyarországon, így elképzelhető, hogy ők nem képesek kifizetni a kettős terhet.

A disszertáció második része (4. és 5. fejezet) a térítési díjakkal és a hálapéánzfel kapcsolatos attitűdök feltárására fókuszál. **A 4. fejezetben** kvantitatív és kvalitatív módszertan kombinálásával megvizsgáltuk a lakosság vizitdíjjal kapcsolatos tapasztalatait, elvárásait és hogy milyen feltételek mellett tartják elfogadhatónak a térítési díjak bevezetését. Azt találtuk, hogy a lakosság a 2007-es vizitdíj és kórházi napidíj bevezetése kapcsán nem értett egyet a kitűzött egészségpolitikai célkitűzésekkel, a vizitek számának csökkentésével, és a hálapéánzf „kifehérítésével”. A lakosság egyes csoportjai (többnyire a nyugdíjasok és a gyermekes családok, akik a leggyakrabban veszik igénybe az egészségügyi ellátásokat), nem értenek egyet azzal, hogy szükséges lenne a vizitek számának csökkentése. Továbbá, a magyar lakosság kételkedik abban, hogy a vizitdíj meg tudná szűntetni a hálapéánzft, mivel a kétféle kifizetés eltérő a célt szolgál, más a kedvezményezettje és a mértéke. Az egészségpolitikai célkitűzések támogatásának hiánya részben magyarázhatja a vizitdíj népszerűtlenségét és a népszavazás eredményét. Azonban a kutatási eredmények azt is mutatják, hogy a magyar lakosság nem ellenzi a térítési díjak bevezetését, viszont elvárják, hogy a beszedett díjak visszaforgatódjanak az ellátásba, és az ellátás minőségének javítását szolgálják. Ezt a hozzáállást jól magyarázza a lakosság elégedetlensége az egészségügyi ellátások minőségével. **Az 5. fejezetben** a hálapéánzf megítélését vizsgáltuk a magyar lakosság körében egy országos reprezentatív mintán végzett saját felmérés alapján. Klaszterezés és multinomiális logisztikus regressziós eljárások kombinálásával három fő csoportba soroltuk a válaszadókat: akik elfogadják, akik ellenzik a hálapéánzft, valamint a kételkedőket. Összességében azt találtuk, hogy a magyar lakosság pozitív a hálapéánzfel kapcsolatban, és a hálapéánzf-fizetést elkerülhetetlennek tartja az egészségügyben jellemző forráshiány miatt. Ez a felfogás összhangban van a

hálapénz közgazdasági magyarázatával. A lakosság pozitív hozzáállását az orvosszakma álláspontja csak erősíti. A Magyar Orvosi Kamara Etikai Kódexe szerint „a hálapénz legfőbb oka az orvosok megalázóan alacsony fizetése. Mögötte az egészségügyi rendszer működésének zavara áll.” Ezen kívül a hazai szabályozás sem tiltja egyértelműen a hálapénzt.

A disszertáció harmadik része (6. és 7. fejezet) a magyar lakosság egészségügyi szolgáltatások iránti fizetési hajlandóságát és preferenciáit vizsgálja, feltárt preferenciaértékelési módszerek (feltételes értékelés és diszkrét választás) segítségével. **A 6. fejezetben**, a feltételes értékelés módszerét használtuk a lakosság egészségügyi ellátások iránti fizetési hajlandóságának feltárására. Az eredmények megerősítették korábbi várakozásainkat, miszerint a lakosság többsége hajlandó lenne térítési díjat fizetni az egészségügyi ellátásokért, ha azok jó minőséggel és hozzáféréssel biztosítottak (lásd 4. fejezet). A térítési díj fizetési hajlandóság és a hálapénz fizetés között pozitív az összefüggést találtunk. Továbbá, az eredmények arra utalnak, hogy a lakosság egyes csoportjai (pl. idősek, és a fővárosiak) szívesebben fizetnek hálapénzt, mint térítési díjat. **A 7. fejezetben**, a diszkrét választás módszerét alkalmaztuk a lakosság preferenciáinak feltárására. Megvizsgáltuk, hogy az egészségügyi ellátás jellemzőinek (minőség, hozzáférés, és az ár) megváltozása hogyan befolyásolja a válaszadók választását az egészségügyi ellátások között, valamint a preferenciák eltérést a különböző társadalmi csoportokban. A legmagasabb fizetési hajlandóságot az orvos szakértelme és hírneve, valamint az egészségügyi dolgozók attitűdje iránt találtunk. Az orvosi műszerek és a rendelő, kórház állapota is fontos tényezők voltak a választásban. Azonban, várakozási idő a rendelő előtt, és az utazási idő a kórházba/rendelőbe kevésbé befolyásolta a válaszadókat a választásban. Más szavakkal, a magyar lakosság hajlandó többet várakozni és többet utazni azért, hogy szakképzett és udvarias egészségügyi dolgozók lássák el.

Összefoglalva, a feltárt preferenciaértékelő módszerekből származó eredmények azt mutatják, hogy a magyar lakosság nem ellenzi a térítési díjaknak, de értéket várnak a pénzükért. Ugyanakkor azt találtuk, hogy azok, akik hajlandóak lennének térítési díjat fizetni, jelenleg is fizetnek az egészségügyi ellátásokért, hálapénz formájában. Ily módon a hálapénzfizetés egyben a lakosság fizetési hajlandóságát jelzi. Úgy tűnik, hogy a fizetési hajlandóság - mind a hálapénzfizetés mind a térítési díjak esetében - a jobb minőségű ellátás iránti igényből fakad. Így a térítési díjaknak, amennyiben bevezetésre kerülnek a jövőben, biztosítania kell az egészségügyi ellátások minőségének javulását, különben ezek a díjak továbbra is népszerűtlenek maradnak a lakosság körében, a 2007-es vizitdíjhoz hasonlóan. A minőség javítása érdekében elengedhetetlen lenne az egészségügyi ellátások minőségének mérésére és monitorozására, valamint a minőségi követelmények rögzítése a szabályozásban. Mindez a hálapénz felszámolásában is fontos szerepet játszana.

Thank you words

“It’s done, the great act of creation. The maker rests. The wheel’s in motion.” (Imre Madách: The Tragedy of Man)

I had more than hundred pages to present my professional interest and my capability to carry out independent research. At the end, two pages are left to write about the “*great act of creation*” and to thank all who supported me during the years of my PhD study.

This dissertation has been prepared within an international research project (FP7 Project ASSPRO CEE 2007) coordinated by Prof.Dr. Wim Groot, Prof.Dr. Frits van Merode and Dr. Milena Pavlova from Maastricht University with Hungarian project activities managed by Prof.Dr. György Jenei and Prof.Dr. László Gulácsi. In 2009, László chose me to participate in the project, and during the summer of that year, I joined the project team. I still remember the excitement of my first arrival to Maastricht when I met Milena and Wim and started to work on my research, as well as my first presentation during the project seminar when I was introduced to the team. It was an excellent opportunity and great experience working on this project, which finally led to this PhD dissertation. I enjoyed discussing ideas, analyzing data, being challenged and inspired at national and international research conferences, and publishing papers in peer-reviewed journals. Besides the research, I became familiar with some useful administrative and organizational tasks. During my PhD study, smoother and tougher periods followed each other, but I benefited from every moment of it.

First of all, I would like to thank my promotors Prof. Wim Groot, Prof. László Gulácsi and my co-promotor Dr. Milena Pavlova for the excellent guidance and support they provided me with. Dear Wim, I am honored by having you as my supervisor. Your supervision was a guarantee for high quality research. Thank you for always helping to find the right questions and pointing me to the right direction. Dear László, thank you for offering me the opportunity to participate in this research project. I am grateful for your commitment to my PhD study, perceiving it as a joint mission to accomplish, and for always pushing my limits to bring the best out of me. And dear Milena, I would like to thank you for setting up this project providing a great opportunity for young researchers, like me, to obtain PhD degrees at one of the best European universities, while aiming to focus on the challenges of our home countries. I admire and truly appreciate your efforts coordinating this project with such fruitful results. I am sincerely thankful for all the work, help and time you devoted to my progress.

Second, I am truly thankful to the junior researchers in the project: Marzena, Jelena, Vladimir, Tania, Sonila, Elka, Andriy and Reza (as well as for the “honorary juniors” Anil, Param, Olya and Florian). You definitely made the ride much more fun. I will never forget the time we spent together in Maastricht. Especially, our memorable dinners (thanks to your excellent cooking skills), the trips with Marzena, the Sunday afternoons at Jelena’s balcony, the duck feeding with Tania and Elka, the early lunches with Andriy, Vladimir’s cooking lessons, the tea-breaks at Vladimir and Reza’s office and the movie nights with Anil and Param.