

**ФОРМАЛНИ И НЕФОРМАЛНИ
ПОТРЕБИТЕЛСКИ ПЛАЩАНИЯ
ЗА ПУБЛИЧНИ ЗДРАВНИ
УСЛУГИ В БЪЛГАРИЯ**

Елка Игнатова Атанасова

**ФОРМАЛНИ И НЕФОРМАЛНИ ПОТРЕБИТЕЛСКИ ПЛАЩАНИЯ ЗА
ПУБЛИЧНИ ЗДРАВНИ УСЛУГИ В БЪЛГАРИЯ**

АВТОРЕФЕРАТ

на

дисертационен труд

за присъждане на образователна и научна степен

„доктор”

2014

Елка Игнатова Атанасова

**ФОРМАЛНИ И НЕФОРМАЛНИ ПОТРЕБИТЕЛСКИ ПЛАЩАНИЯ ЗА
ПУБЛИЧНИ ЗДРАВНИ УСЛУГИ В БЪЛГАРИЯ**

АВТОРЕФЕРАТ

на

дисертационен труд

за присъждане на образователна и научна степен

„доктор”

Научни ръководители:

Prof. Dr. W. Groot (Maastricht University, The Netherlands)

Assoc. Prof. Dr. Milena Pavlova (Maastricht University, The Netherlands)

Assoc. Prof. Dr. Emanuela Mutafova (Medical University – Varna, Bulgaria)

Официални рецензенти:

Prof. Dr. H. Maasen van den Brink (Maastricht University, The Netherlands)

Prof. Dr. H. Brand (Maastricht University, The Netherlands)

Assoc. Prof. Dr. A. Kerekovska (Medical University – Varna, Bulgaria)

Prof. Dr. S. Koeva (Medical University – Varna, Bulgaria)

Prof. Dr. J.A.M. Maarse (Maastricht University, The Netherlands)

2014

СЪДЪРЖАНИЕ

Въведение	4
Цел и изследователски въпроси	5
Методи на изследването	6
Резултати и обсъждане	7
Заключение	12
Резюме на английски език	15
Публикации и участия във връзка с дисертационния труд	27

Благодарности за финансова подкрепа:

Проучването е финансирано от Европейската комисия по 7-ма рамкова програма (Theme 8 Socio-economic Sciences and Humanities), проект ASSPRO CEE 2007 (Grant Agreement no.217431). Възгледите представени в дисертацията са отговорност на автора и не е необходимо да отразяват вижданията на Европейската комисия.

ВЪВЕДЕНИЕ

През последните двадесет години на преход от централизирана планова към пазарна икономика българската здравна система претърпява съществени реформи. Едновременно с развитието на частния сектор в здравеопазването се въвежда и система на социално здравно осигуряване, която води до значителни промени в организацията и финансирането на българската здравна система. Освен всичко друго, реформата включва и въвеждане на официални потребителски такси за публичните здравни услуги. Тези такси приемат формата на съвместни плащания и се прилагат на всички нива за медицинските услуги с изключение на спешната помощ. Потребителските такси се събират и оползотворяват от доставчиците на здравни услуги и се въвеждат с цел подобряване на ефективността в предоставянето на публични здравни услуги. Те обаче, са въведени успоредно със съществуващите неформални плащания. Във връзка с това, дисертацията се фокусира върху финасовата тежест на формалните и неформалните потребителски плащания в публичния здравен сектор на България.

Настоящото изследване също така е предпоставено от проучвания върху директните плащания от пациента, проведени преди и след въвеждането на социалното здравно осигуряване в България. Тези проучвания обаче са ограничени в своя обхват, тъй като преди всичко анализират отделни аспекти на неформалните плащания. Само в някои случаи се изследва потенциалът на съвместните плащания и това, дали те са приемливи за населението. Нито едно от по-ранните проучвания не разглежда съвместното съществуване на формални и неформални потребителски плащания. За разлика от съществуващите изследвания настоящата дисертация предлага интегриран анализ на двата вида плащания, както и анализ на нагласите на различните участници в здравната система към тези плащания. Освен това, дисертацията предоставя нови данни за разходите за директни плащания от пациента, което дава възможност да се правят сравнения с по-ранни проучвания и да се очертаят тенденциите при двата вида плащания.

Дисертацията също изследва заявената готовност за плащане от потребителите за публични здравни услуги като я сравнява с действително направените от тях директни плащания. Последният проблем не е обхванат в предходни изследвания в България и не е получил достатъчно внимание в чуждестранните литературни източници. Въпреки че методите за заявените предпочитания (*stated preference methods*) се прилагат широко в рамките на анализа “разход-полза”, те са относително нови за разлика от методите на изявените предпочитания (*revealed preference methods*) т.е. реалното потребителско поведение, но тяхната прогностична валидност все още е неясна. Това намалява тяхното приложение в политическите анализи. Можем да предположим, че сравнението на данните от заявените предпочитания с данните от изявените предпочитания, представени в тази дисертация, ще допринесе за установяване на тяхната валидност.

ЦЕЛ И ИЗСЛЕДОВАТЕЛСКИ ВЪПРОСИ

Глава 1 от дисертацията представя мотивацията за изследването, както и обхвата на проучването, неговата цел и методология.

Цел

Да се анализират склонността към плащане, размера и достъпността на формалните и неформалните плащания за пациентите, както и нагласите на различните участници в здравната система към тези плащания.

Изследователски въпроси

1. Какви са основните резултати на финансовите реформи в българското обществено здравеопазване;
2. Какъв е размерът на директните плащания за публични здравни услуги в България и до каква степен тези плащания са достъпни за българския пациент;
3. Колко широко разпространени са неформалните плащания на пациентите в системата на българското обществено здравеопазване и какви са обществените нагласи към тези плащания;

4. Какви са мненията на различните участници в здравеопазването относно съществуването на официални потребителски такси за публични здравни услуги;

5. До каква степен българските потребители са готови да плащат потребителски такси за публични здравни услуги и как заявеното желание за плащане е сравнимо с действителните плащания.

МЕТОДИ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

Проучването използва комплексна методология, като комбинира три изследователски метода: систематичен обзор на литературата, количествен анализ на данни и качествено изследване (дискусии във фокусни групи и полу-структурирани интервюта).

Първият метод (систематичният литературен обзор) е приложен към първия изследователски въпрос, при прегледа на основните резултати от реформата във финансирането на здравеопазването, тенденциите в разходите за здравеопазване и доказателствата за резултатите от проведената реформа. Резултатите от прилагането на този метод дават основание да се анализират предварителните очаквания и опасения относно изпълнението на здравно осигурителната реформа.

Вторият метод (количественият анализ на данни) е използван за адресиране на втори, трети и пети изследователски въпрос. Използвани са данни от представително национално проучване сред 1003 респондента, участвали през 2010 г., и 817 респондента, участвали през 2011 г. Данните са събрани чрез персонално интервю в дома на респондента, като е използван стандартизиран въпросник (идентични въпроси за използваемостта на здравните услуги и разходите за тях в двете години). Въпросникът е утвърден в дискусия с външни експерти и предварително тестван, за да се определи количеството на въпросите и тяхната по-добра формулировка. За определяне на извадката е приложен многоетапен метод: избиране на населено място (на базата на официални статистически данни, за да се гарантира представителност), след това избиране на домакинство

(случаен метод) и накрая, избиране на респондент (принцип на последния рожден ден).

Качествено изследване, проведено в България през май-юни 2009 г., предоставя данни за четвъртия изследователски въпрос. Проучването включва 12 фокусни групи: 6 групи с потребители и 6 групи с доставчици на здравни услуги. Тези групи са допълнени с 10 дълбочинни интервюта: 5 с политици и 5 с представители на здравното осигуряване. Данните, събрани чрез дискусии във фокусни групи и полу-структурирани интервюта, са анализирани, за да се сравнят мненията и нагласите на различните участници в здравната система по отношение на формалните потребителски такси.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Глава 2 представя резултати от систематичния литературен обзор. Анализът показва, че прилагането на социално здравно осигурителния механизъм в България спомага за подобряване на прозрачността във финансирането на сектора на общественото здравеопазване чрез въвеждане на целеви здравно осигурителни вноски. Това обаче не допринася за постигане на по-важната цел, а именно - генериране на допълнителни финансови ресурси за публичния здравен сектор. Въпреки че в резултат на нарастналите директни плащания, както в публичния, така и в частния сектор общите разходи за здравеопазване достигат 7% от БВП, публичните разходи за здравеопазване остават едни от най-ниските в ЕС (варират между 3.0% и 4.8% от БВП през последните години). Следователно, без оглед на източника, при липса на икономически растеж в страната бюджетът на публичното здравеопазване не може да нарастне значително. В допълнение, създаването на новата здравно осигурителна организация е свързано със значителни финансови средства, като административните разходи остават високи и в последващите години. В същото време, основният осигурителен пакет непрекъснато се редуцира поради недостатъчни средства. Липсват и ефективно финансиране на здравеопазването, съответстващо на потребителските предпочитания, както и ефективна

система за събиране и управление на ограничените ресурси в здравеопазването. Качеството на предоставеното здравно обслужване и удовлетвореността на пациентите от здравни услуги не са добре наблюдавани. Най-важното обаче е, че успоредно със съществуващите проблеми касаещи справедливостта (като географски различия), характеризирали предоставянето на здравни услуги в миналото, се появяват и редица нови проблеми, свързани с неспособността на пациента да плаща.

С оглед на това, **глава 3** представя емпирични доказателства за размера на директните плащания за публични здравни услуги в България, както и доказателства за достъпността на тези плащания за българските пациенти. Анализът показва, че около 76% (2010 г.) и 84.0% (2011 г.) от потребителите на извънболнична помощ заявяват, че са правили директни плащания, като 12.6% (2010 г.) и 9.7% (2011 г.) от използвалите услугите са плащали неформално. От тези които са използвали болнични услуги, 66.5% (2010 г.) и 63.1% (2011 г.) заявяват, че са правили директни плащания, като 32% (2010 г.) и 18% (2011 г.) са плащали неформално. Директните плащания се различават значително в различните социално-демографски групи. Резултатите показват голяма неспособност за плащане, която налага вземане на пари на заем и/или въздържане от услуга. Като цяло, 32% от извадката през 2010 г. отбелязват въздържане от посещение на лекар поради високите директни плащания. През 2011 г., този дял е малко по-нисък (26%), но все още значителен. По отношение на хоспитализациите, около 6% от извадката през 2010 г. и 4% от извадката през 2011 г. посочват въздържане от този вид услуга. През двете години около 6% от ползвалите услугите вземат пари на заем, за да платят на лекар от извънболничната помощ и повече от 10% от потребителите вземат пари на заем, за да платят за хоспитализация. Регресионният анализ показва, че неспособността за плащане е особено изразена сред потребителите с лош здравен статус и хронични заболявания, както и сред тези с ниски доходи. Наблюдава се и липса на прозрачност относно формалните плащания. Възрастните хора, жените, лицата с по-високо ниво на образование, хронично болните и лицата, които определят здравословното си състояние

като лошо, са по-добре информирани за размера на официалните потребителски такси в сравнение с останалите групи.

Глава 4 представя емпирични доказателства за размера на неформалните плащания на пациентите, както и за обществените нагласи и заявеното очаквано поведение относно тези плащания. Резултатите потвърждават съществуването на неформални плащания в българския здравен сектор. През 2010 г. средната сума, платена неформално на година за посещения в извънболничната помощ, е 92 лв. (около 46 евро). В същото време, средната сума, платена неформално за болнични услуги, е почти два пъти по-висока (198 лв., около 100 евро). Като цяло, подаръци в натура се правят по-често и са по-толерирани от потребителите, отколкото неформалните плащания в брой. Респондентите, които някога са плащали неформално в брой в лечебни заведения, представляват 19% от извадката, за разлика от 44.4% от извадката, които някога лично са давали подарък в натура. В допълнение на това, повече от 50% от извадката имат негативни нагласи към двата вида неформални плащания (в брой и в натура), но тези нагласи са по-негативни в случай на неформални плащания в брой, отколкото в случай на подаръци в натура. Около 30% от интервюираните изразяват толерантно отношение към подаръците в натура. Въпреки това, 78% от извадката заявяват, че те не биха се чувствали неудобно, ако напуснат лекарския кабинет без да плащат в брой от благодарност или да дадат подарък. Около 54% от респондентите биха отказали да платят неформално, ако лекар или медицински персонал ги накара да направят такива плащания и 52% биха предпочели да използват частни услуги, за да избегнат неформални плащания. Обаче група от респонденти, които изразяват негативни нагласи към неформалните плащания, посочват, че са правили такива плащания (били са принудени да платят неформално). Неформалните плащания съществуват въпреки формалните потребителски такси, което поставя под въпрос адекватността на политиката за плащанията на пациентите в България.

В глава 5 са анализирани данни от качествено проучване относно мненията и нагласите на българските участници в здравната система

(потребители, доставчици на здравни услуги, осигурители и политици) към формалните потребителски такси. Анализът показва, че доставчиците на здравни услуги, представителите на здравното осигуряване и политиците подкрепят съществуването на формални потребителски такси. Нагласите на потребителите обаче са разделени. По-специално, групите на пенсионерите, работещите лица, инвалидите и хронично болните са като цяло против формалните такси. По отношение на основната политическа цел при въвеждане на потребителските такси за здравни услуги, становищата на заинтересованите страни показват, че тези плащания могат да допринесат както за подобряване на ефективността в здравния сектор, така и за генериране на допълнителни финансови ресурси за предоставяне на здравни услуги. Всички участници в здравната система са единодушни, че формалните потребителски такси не са в състояние да заменят и дори да намалят неформалните плащания. Също така съществува консенсус, че потребителските такси са по-подходящи за услуги от извънболничната специализирана помощ и не следва да се прилагат за спешната помощ. Не съществува единодушие сред групите за това кой би трябвало да бъде частично или напълно освободен от потребителска такса. Мненията на четирите групи също са разделени по отношение на това кой следва да се възползва от таксите. Групата на доставчиците на здравни услуги посочва като проблем администрирането на формалните такси. Налице е необходимост от преразглеждане на действащото законодателство, касаещо потребителските такси в България и установяване на прилагането му по един по-ясен начин.

За подпомагане развитието на адекватна политика за плащанията на пациентите в България, **глава 6** представя емпирични доказателства за готовността на потребителите да плащат официални такси за публични здравни услуги. Заявената готовност за плащане е сравнена с действително направените директни плащания за здравни услуги. Три четвърти от ползвалите извънболнични услуги посочват направени директни плащания около 14 лв. Директните плащания за болнични услуги, посочени от две трети от ползвалите тези услуги, са около 125 лв. Резултатите за готовността на потребителите да плащат и сумата, която са готови да

платят за лекарските посещения и хоспитализациите, са много близки до действително направените плащания, особено когато са включени ползвателите на услугата. По-конкретно 75.8% от респондентите заявяват готовност да плащат за посещение при лекар (средна сума около 18 лв. за посещение) и 66.6% от респондентите заявяват готовност да плащат формални такси за хоспитализация (средна сума 225 лв. за хоспитализация). Резултатите от регресионния анализ показват значението на социално-демографските фактори при сравняване на вероятността за плащане на базата на данни от разкритите предпочитания и вероятността за готовност за плащане на базата на данни от заявените предпочитания. Резултатите за готовността за плащане обаче са получени въз основа на сценарий, че публичните здравни услуги са предоставени с добро качество и бърз достъп (т. е. достатъчна наличност на оборудване и материали, квалифицирани доставчици, поддържани съоръжения и навременни услуги). Следователно, необходимо е подобряване на предоставяните здравни услуги в България, преди да се изяви действителната готовност за плащане.

Глава 7 съдържа обща дискусия на основните резултати от дисертацията. Обръща се внимание на това, че социалното здравно осигуряване в България е довело до известни подобрения в ефективността в публичния здравен сектор, но системата все още е доста неефективна. Като цяло, социалната полза от реформата е по-малка от очакваната. Основните причини за това са свързани с неефективната организация на българският публичен здравен сектор, както и липсата на финансови ресурси за здравеопазването в страната. Анализът показва значително влошаване на справедливостта в публичния здравен сектор след въвеждането на социалното здравно осигуряване, което е сериозен проблем. Някои фундаментални принципи (т.е. солидарност, равенство, достъпност) са нарушени като резултат от въвеждането на осигуряването. Както показват представените в дисертацията емпирични резултати, българският пациент понася тежко бреме от директни плащания за здравни услуги. Повече от 30% от тези, които имат нужда от здравни услуги, вземат пари на заем или пропускат услуги поради неспособност да плащат. Има значителни неравенства в

достъпа до здравни услуги, особено за по-бедната част от населението. От съществено значение е да се преразгледа настоящата система на освободените от такси лица, като се вземат предвид доходът на домакинствата и здравният статус на пациентите. Бедните лица и тези, които често ползват здравни услуги, би трябвало да бъдат освободени от формални потребителски такси или таксите за тях трябва да бъдат намалени. Премахването на неформалните плащания също е от съществено значение, тъй като тези плащания са извън всякаква регулация. Резултатите от настоящата дисертация потвърждават наличието на неформални плащания дори десет години след въвеждането на формални съвместни плащания. Това означава, че съвместните плащания не са в състояние да заменят неформалните плащания. Понастоящем формалните и неформалните плащания съществуват едновременно и увеличават финансовото бреме за пациента.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Премахването на неформалните плащания е предизвикателство за политиците. Както показва настоящата дисертация, българските потребители са с негативни нагласи към неформалните плащания в брой и повечето са съгласни, че тези плащания трябва да бъдат изкоренени. Въпреки това, неформални подаръци в натура продължават да се приемат от обществеността. Някои пациенти плащат неформално въпреки негативните си нагласи към подобни плащания. При разработването на стратегия по отношение на неформалните плащания, освен потребителските нагласи, трябва да се вземат под внимание и факторите, свързани с недостатъчното и неефективно финансиране на публичните здравни услуги, както и незадоволителното управление на българското здравеопазване. Въпреки че българските потребители са готови да платят формални такси, ако услугите са предоставени с добро качество и бърз достъп, способността на тези такси да елиминират неформалните плащания е под въпрос. Нещо повече сред различните участници в здравната система няма консенсус за това, какъв е адекватният механизъм за

плащанията на пациентите. Всички участници обаче са съгласни, че е необходима реформа в тази посока.

Настоящата дисертация предоставя ясни доказателства за съществуващи проблеми с достъпността до публичния здравен сектор. Тежестта на директните плащания понасяна от бедните, които по-рядко търсят здравни услуги при нужда и по-често посочват неспособността за плащане като причина за пропускане на лечение, трябва да породи безпокойство у политиците. Финансовите бариери са най-важния фактор при ограничаване на достъпността до здравеопазването. Влиянието на директните плащания върху достъпа до здравни услуги е подчертано от високият процент на хората, които се въздържат от посещение при лекар или хоспитализация именно поради неспособност за плащане. Освен това, пациентите са все още слабо информирани за формалните потребителски такси при постъпване в болница. Някои от предложените мерки в това отношение могат да бъдат подобряване и актуализиране на наличната информация за официалните потребителски такси и услугите, освободени от такси, както и осигуряване на достъпност на информацията за пациентите. По-строга регулаторна рамка, по-високи и редовни заплати за здравните работници, по-развити права на пациентите са също стимули за подобряване на отношенията между заинтересованите страни в здравеопазване.

Законодателството за плащанията на пациентите в България трябва да бъде внимателно преразгледано. За да се запази справедливото допълнително финансиране, е нужно не само да се поддържа съществуващия механизъм на освободени от такси лица, но също така да се обсъдят ограничения за извънболничните услуги, особено ако неформалните плащания продължават да съществуват. Данните от заявените предпочитания, използвани в това проучване, могат да бъдат подходящ инструмент за политиците, който да им помогне при анализиране на изменения в търсенето при промяна на цените на услугите, преди действителното им въвеждане.

Българските граждани са много чувствителни към темата за корупцията в здравеопазването и за българското правителство понятия - "корупция" и "здравеопазване" - са взаимно несъвместими. Неформалните плащания компрометират здравния сектор и го поставят във водещата тройка на секторите с разпространение на корупция. Бъдещите стратегии срещу неформалните плащания следва да осигурят създаването на проста и лесно достъпна система за подаване на жалби от пациенти, от които е неофициално поискано да платят за здравни услуги. Това налага засилване на контрола и отчетността в сектора на здравеопазването и създаване на система от санкции срещу тези, които получават/искат неформални плащания.

Резултатите, представени в настоящата дисертация, могат да бъдат от интерес и за други страни. България не е изключение от общите тенденции в Европа на постоянно нарастващи частни разходи за здраве. Това се потвърждава и от нашето проучване, което засилва актуалността на получените резултати. Неспособността за плащане за здравни услуги, която се отчита и изследва в настоящата дисертация, може да бъде предупреждение за политиците в други европейски страни да анализират предварително потенциалните ефекти от потребителските такси преди тяхното въвеждане или изменение. Българският опит показва, че дори десет години след въвеждането на формални потребителски плащания, неформалните плащания могат да продължат да съществуват, ако не се вземат допълнителни политически мерки.

SUMMARY

FORMAL AND INFORMAL PATIENT PAYMENTS FOR PUBLIC HEALTH CARE SERVICES IN BULGARIA

INTRODUCTION

During the past two decades of transition from a state-planned to a market economy, the Bulgarian health care sector experienced radical reforms. In particular, the development of a private health care sector was accompanied by the introduction of social health insurance in 2000, which brought about important changes in the organization and funding of the Bulgarian health care system. Among other issues, the reform included the introduction of formal patient charges for public health care services. These charges take the form of co-payments and apply to all levels of medical services, except emergency care. The official fee for each outpatient visit to a general practitioner (GP) and medical specialist (after a referral) is equal to 1% of the minimum monthly salary for the country. For hospitalization that fee amounts to 2% of the minimum monthly salary per day for the first 10 days of the hospital stay and it is paid once a year. Since these fees are defined as a percentage of the minimum monthly salary, their amount increases with the rise of the minimum monthly salary in the country. The formal co-payments are collected and retained by the providers and their official objective is to improve efficiency in public health care provision. However, these charges were implemented in a situation of informal patient payments (which continue to exist irrespective of the formal charges). Thus, the dissertation is focusing on the financial burden of formal and informal patient payments in the Bulgarian public health care sector.

The study is also inspired by previous research on out-of-pocket patient payments in Bulgaria conducted before and after the introduction of social health insurance (and the introduction of formal co-payments related to it). However, previous research appears limited in scope since it primarily analyses different aspects of informal payments in Bulgaria. Only in some exceptional cases, the potential of formal co-payments and their acceptability to the population are examined. None of

the previous studies however, address the co-existence of formal and informal patient payments. Thus, in contrast to previous research, this dissertation offers an integrated analysis of both formal and informal patient payments, as well as of the attitudes of health care stakeholders towards these payments. Besides, the dissertation provides up-to-date evidence on out-of-pocket health care expenditures in Bulgaria, which gives an opportunity to make a comparison to earlier studies and to outline overall trends in formal and informal patient payments in Bulgaria.

The dissertation also focuses on the stated willingness to pay for public health care services and on its comparison to actual out-of-pocket payments. The latter problem has not been addressed in previous studies in Bulgaria, and has received little attention in international research on the analysis of patient payment policies. Although stated preference methods are broadly applied within the framework of cost-benefit analysis, they are relatively new (as opposed to revealed preference methods, i.e. actual payment behavior) and their predictive validity is still uncertain. This diminishes their application in policy analysis. The comparison of stated preference data with revealed preference data offered in this dissertation is expected to contribute to the establishment of their validity.

Chapter 1 of this dissertation outlines the above research motivation as well as the scope of the study, its central aim and methodology.

CENTRAL RESEARCH AIM

The high share of out-of-pocket payments for health care makes patient payments an important topic of analysis. The lack of an integrated analysis of both formal and informal patient payments and the sensitivity of the topic of out-of-pocket payments for health care services in Bulgaria makes this issue particularly challenging. Based on the research motivation and the scope of the study outlined above, the central aim of this dissertation is to analyze the propensity, magnitude and affordability of both formal and informal patient payments for public health care services in Bulgaria, as well as the attitudes of health care stakeholders towards these payments.

Given the central aim, the following research questions are addressed:

- 1. What have been the main outcomes of the financial reforms in the Bulgarian public health care sector?*

This research question focuses on the prior expectations and concerns about the social health insurance reforms. The objective is to analyze these aspects based on a systematic review of empirical data related to the outcomes of this reform. In particular, the study focuses on financial sustainability, efficiency, equity, and quality effects brought about after the implementation of social health insurance in 2000 in Bulgaria. Previous studies have addressed these problems isolated from each other. Thus, our goal is to analyze them as a whole and to give a broader perspective on these effects, which has not been done in previous research.

- 2. What is the scale of out-of-pocket payments for public health care services in Bulgaria and to what extent are these payments affordable for Bulgarian patients?*

This research question requires the evaluation of the scale of out-of-pocket payments for public health care services. As suggested by previous research, out-of-pocket payments contribute to a regressive income distribution in Western Europe (van Doorslaer et al., 1999). Therefore, given the general lack of studies on out-of-pocket spending in Bulgaria, the objective is to explore the scale of out-of-pocket payments and whether official charges, combined with informal payments are affordable for the population. The awareness of Bulgarian health care consumers about the size of official user fees for health care services is also in the focus of this dissertation.

- 3. How widespread are informal patient payments in the Bulgarian public health care system and what are the public attitudes towards these payments?*

Although the Bulgarian health care sector has experienced radical reforms during the last 20 years, a lot of problems continue to exist. The reform included the introduction of formal patient charges for health care services. However, these charges have been accompanied by informal patient payments. Taking into account the previous empirical research on informal payments in Bulgaria

(Delcheva et al., 1997; Balabanova & McKee, 2002a; Open Society Institute, 2008), this third research question is addressed by examining the current scale and types of informal payments, as well as public attitudes and perceptions. Regarding the perceptions to informal payment behavior, the objective is to explore why these payments are still widespread.

- 4. What are the views of health care stakeholders about the existence of official patient charges for public health care services?*

The rise in co-payments is one of the reasons for the increase in out-of-pocket spending in Bulgaria. In this dissertation, attention is paid to official patient charges introduced in 2000. This fourth research question has the objective to provide a qualitative perspective on the issue of patient charges in Bulgaria, which has not been done in previous research in Bulgaria, and also rarely in other countries (Baji et al., 2011). In particular, the focus is on the attitudes of different health care players toward these charges. When analyzing the opinions of stakeholders in terms of meaningful units, we examine whether official charges have received equal support among health care consumers, health care providers, policy-makers and health care insurers.

- 5. To what extent are Bulgarian consumers willing to pay official charges for public health care services and how does stated willingness to pay compare to actual payments?*

This research question puts the issue of consumer willingness to pay formally for health care services in the focus of the dissertation. The objective is to compare hypothetical consumer behavior (stated willingness to pay) with actual behavior regarding the past payments for health care services given the co-existence of formal and informal payments. Our empirical findings complement previous research (Foreit and Foreit, 2002; Bhatia and Fox-Rushby, 2003) with similar results obtained of the two approaches applied (revealed- and stated-preference approaches). Thus, the analysis of stated willingness to pay data cannot substitute demand analysis based on revealed preferences but it can complement it and can be useful for policy making in periods preceding the actual price changes.

METODOLOGY

The study applies a complex methodology combining three research methods: systematic literature review (desk research), quantitative data analysis (survey method) and qualitative study (focus-groups discussions and semi-structured interviews).

The first method (systematic literature review) is applied when addressing research question 1 to review the main directions of the financial reforms in Bulgaria, the trends in health care expenditure and evidence on the outcomes of the health insurance reform. The results of the application of this method provide a basis to analyze prior expectations and concerns in terms of the implementation of social health insurance reform.

The second method (quantitative data analysis) is used to address research questions 2, 3 and 5. The method uses data from representative national surveys of 1003 respondents who participated in 2010 and 817 respondents in 2011. The data are collected in face-to-face interviews at respondents' homes using a standardized questionnaire (with identical questions on health care use and expenditure in both years). The questionnaire is validated in discussions with external experts and pre-tested to decide on the amount of questions and to improve the wording of the questions. To draw the sample, a multi-stage random probability method was used: selecting the residence area (based on official statistics to assure representativeness), then selecting the household (random route method), and finally, selecting the individual respondents (last-birthday principle). The data collected in the survey allow for analyzing the propensity, magnitude and affordability of formal and informal patient payments for public health care services in Bulgaria, as well as consumer willingness to pay for public health care services. The attitudes of Bulgarian health care consumers towards informal patient payments are also studied using these survey data.

Related to research question 4, a qualitative study is carried out in Bulgaria in May-June 2009. The qualitative study includes 12 focus group discussions: 6 groups with consumers and 6 groups with health care providers. These focus groups are supplemented with 10 in-depth interviews: 5 with policy-makers and 5 with health insurance representatives. The data collected in the focus-groups discussions and semi-structured interviews are analyzed to compare the opinion and attitudes of the different health care stakeholders toward formal patient payments.

RESULTS AND DISCUSSION

Chapter 2 presents the results of the systematic literature review. The analysis suggests that the implementation of the social health insurance mechanism in Bulgaria helped to improve the transparency in the funding of the public health care sector through the introduction of earmarked social health insurance contributions. However, this did not help to achieve a more important objective, namely to generate additional financial resources for the public health care sector. Even though total health care expenditure has reached 7% of GDP as a result of increased out-of-pocket payments in both the public and private health care sector, public expenditure on health care has remained one of the lowest in the EU in both relative and absolute terms (varying between 3.0% and 4.8% of GDP during the last years). Thus, no matter how funds are collected, if there is no economic growth in the country, the public health care budget cannot be increased significantly. Moreover, to establish the new health insurance body, a huge amount of financial resources was spent and high administrative costs were persuasive in the next year. At the same time, the basic social insurance package was continuously being reduced due to insufficient insurance funds. Also, there is a lack of efficient health care financing corresponding to patient preferences, and an effective system for collecting and managing the scarce health care resources. Quality of health care provision and patient satisfaction with health care services are not well monitored. Most importantly however, the equity-related problems (such as geographical disparities) that characterized the health care provision in the past have remained and numerous problems related to patient inability to pay have emerged.

*In view of this, **Chapter 3** presents empirical evidence on the scale of out-of-pocket payments for public health care services in Bulgaria as well as evidence on the affordability of these payments for Bulgarian patients. As suggested by the analysis, about 76% (2010) and 84.0% (2011) of outpatient service users report to have paid out-of-pocket, with 12.6% (2010) and 9.7% (2011) of users reporting informal payments. Of those who used inpatient services, 66.5% (2010) and 63.1% (2011) report to have made out-of-pocket payments, with 32% (2010) and 18% (2011) reporting to have paid informally. Out-of-pocket payments differed considerably across socio-demographic groups. The results suggest a large inability to pay which is indicated by the need to borrow money and/or to forego services. In total, 32% of the sample report in 2010 foregoing physician visits due to high out-of-pocket payments. In 2011, this share is a bit lower (26%) but still substantial. Regarding hospitalizations, about 6% of the sample in 2010 and 4% of the sample in 2011 reported foregoing such services. Also, in both years, about 6% of users borrowed money to pay for physician services and more than 10% of users borrowed money to pay for hospitalizations. Regression analysis shows that the inability to pay is especially pronounced among those with poor health status and chronic diseases, and those on low household income. Lack of transparency of the formal charges is also observed. Older people, women, those with higher levels of education, chronic illnesses, and poor self-reported health are better informed about the size of official user fees than other groups.*

Chapter 4 presents empirical evidence on the scale of informal patient payments, as well as on public attitudes and perceived behavior related to these payments. The results confirm the existence of informal payments in the Bulgarian health care sector. In 2010, the average amount paid informally per year for outpatient visits is 92 BGN (about 46 EUR). The average amount paid informally for inpatient services is nearly twice higher (198 BGN, about 100 EUR). Overall, gifts in kind appear to be more common and more tolerated by health care consumers than cash informal payments. Respondents who have ever paid informally in cash in health care facilities represented 19% of the sample in contrast to 44.4% of the sample who have ever personally given any gift in kind. In addition to this, more than 50% of the sample has negative attitudes towards both informal cash payments and gifts in kind but these attitudes are more negative in case of cash informal payments than

in case of gifts in kind. In general, about 30% of the interviewed indicate a tolerance towards gifts in kind. Nevertheless, 78% of the sample state that they would not feel uncomfortable if they leave the physician's office without gratitude cash payment or gift in kind. About 54% of the respondents would refuse paying informally if a physician or medical staff asked them to make such payments and 52% would prefer to use private services to avoid paying informally. However, a group of respondents who express negative attitudes towards informal patient payments, reported making such payments (i.e. being pushed to pay informally). Informal payments exist despite the formal service charges, which questions the adequacy of patient payment policy in Bulgaria.

In Chapter 5, *qualitative data on the opinions and attitudes of Bulgarian health care stakeholders (health care consumers, providers, insurers and policy makers) toward formal patient charges are analyzed. The analysis suggests that overall, health care providers, health insurance representatives and policy makers support the existence of official patient charges. The attitudes of consumers towards the existence of formal patient payments for health care services are divided. In particular, the groups of pensioners, working individuals, disable and chronically sick people are overall against formal patient payments. With regard to the primary policy objective of patient charges for health care services, the stakeholders' opinions suggest that these payments can contribute to both efficiency improvements in the health care sector and generation of additional financial resources for public health care provision. All stakeholder groups unanimously agree that official payments are not capable of replacing, even reducing, informal payments. Also, an overall consensus exists among the stakeholder groups that patient charges are most suitable in case of services of outpatient medical specialists and such charges should not be applied for emergency care. There is no unanimity among the groups with regard to who should be exempted partly or fully from patient charges. The opinions of the four groups are also divided with regard to who should be the beneficiary of patient charges. The group of health care providers indicates problems with the administration of formal services charges. There is a need of revising the current legislation on patient payments in Bulgaria and specifying its application in a more explicit manner.*

To facilitate the development of an adequate patient payment policy in Bulgaria, **Chapter 6** presents empirical evidence on the willingness of Bulgarian consumers to pay official charges for public health care services (stated preferences data). The stated willingness to pay is compared to actual out-of-pocket payment for health care. Three fourths of the outpatient care user report out-of-pocket payments (about 14 BGN \approx 7 EUR per visits). For inpatient care, out-of-pocket payments are reported by two-thirds of the inpatient care users (about 125 BGN \approx 62 EUR per hospitalization). Results on the consumer willingness to pay and the amount willing to pay for both physician visits and hospitalizations are very close to actual payments, especially when service users are included. Specifically, 75.8% of respondents state willingness to pay for a physician visits (average amount willing to pay of 18 BGN per visit) and 66.6% of respondents state willingness to pay a formal fee for a hospitalization (average amount willing to pay of 225 BGN per hospitalization). Results of binary regression show the importance of socio-demographic factors when comparing the probability of paying based on revealed-preference data and probability of being willingness to pay using stated-preference data. The results on willingness to pay are however obtained based on the scenario that public health care services are provided with good quality and quick access (e.g. adequate availability of equipment and materials, provider's skills, facility maintenance and service delivery). Thus, improvements in health care provision in Bulgaria are required before the willingness to pay levels can be expected in reality.

The general discussion of the key findings of the dissertation is presented in **Chapter 7**. As the chapter outlines, social health insurance in Bulgaria brought about certain efficiency improvements in the public health care sector, but the system is still rather inefficient. Overall, the social benefit of the reform is less than expected. The main reasons for this are related to the ineffective organizations of the Bulgarian public health care sector, as well as to the overall lack of financial resources for health care in the country. Our analysis raises a major concern about the deterioration of equity in the public health care sector after the introduction of social health insurance. Some fundamental equity principles (e.g. solidarity, equality, accessibility) are violated as a result of the insurance implementation. As shown by the empirical evidence in this dissertation, Bulgarian patients experience a high burden of out-of-pocket payments for health care. More than 30% of those in

need of health care services either borrow money or forego services due to payments. There are considerable inequities in accessing health care services especially for poorer part of the population. It is essential to revise the current system of exemptions taking into account the household income and health status of patients. Poor people and frequent health care users should be exempted from formal patient charges or should meet reduce charges. It is also essential to eradicate informal patient payments since these payments are outside any formal regulation. The results in this dissertation confirm the existence of substantial informal patient payments in Bulgaria even after 10 years of formal co-payments. This means that co-payments are unable to replace informal payments. The forms of payments co-exist at present increasing the financial burden to the patients.

CONCLUSION

The eradication of informal patient payments will be a challenging policy task. As shown by this dissertation, Bulgarian consumers are in general negative towards informal cash payments and the majority agrees that informal payments should be eradicated. However, informal gifts in kind are still accepted by the public. Also, some patients pay informally despite their negative attitude toward such payments. Thus, apart from consumer attitudes, factors related to insufficient and inefficient funding of public health care services, as well as to weak governance in the Bulgarian health care sector should be also addressed when developing a strategy for dealing with informal patient payments. Although, Bulgarian consumer are willing to pay formal chargers if services are provided with good quality and quick access, the ability of these charges to eliminate informal payments is questionable. Moreover, there is a lack of consensus among Bulgarian health care stakeholders on what is an adequate patient payment mechanism. However, the stakeholders agree that a reform in this direction is needed.

The dissertation provides clear evidence on the affordability problems in the Bulgarian public health care sector. The burden of out-of-pocket payments experienced by the poor who are less likely to seek health care when needed and are more likely to report inability to pay as the reason for not obtaining treatment, should raise concern among policy makers. Financial barriers are the most

important limiting factor in health care accessibility. The impact of out-of-pocket payments on access to health care is underlined by the high percentage of people who avoid visits or hospitalizations namely because of inability to pay. Moreover, patients are still weakly informed about the formal user charges for hospitals. Some of the suggested measures in this regard could be improving and updating the available information about official user fees and free-of-charge services as well as their accessibility to patients. A stronger regulatory framework, higher and regular salaries for health workers, more developed patient rights are also incentives for the improvement of the relations between health care stakeholders.

The legislation on patient payments in Bulgaria needs to be carefully revised. In order to sustain equitable additional financing, Bulgarian policy-makers need not only to maintain the current exemption mechanism but also to further discuss the limitations of outpatient services, especially if informal payments continue to exist. Stated-preference data used in this survey could be an appropriate instruments for policy-makers to help them to analyze the changes in demand when the service prices (i.e. the size of patient charges) change, before actually implementing the price changes.

Bulgarians are very sensitive about the subject of corruption in health care and the Bulgarian government considers the two concepts of “corruption” and “health care” as mutually incompatible. Informal payments have compromised the health care sector and it is placed in the leading triad of corruption occurrence. Future strategies against informal payments should ensure creation of a simple and easily accessible system for filing complaints by patients that are asked to pay informally for health care services. This calls for strengthening control and accountability in the health care sector and creating a system of penalties against those who receive/request informal payments.

The results presented in this dissertation can be of interest for other countries as well. In particular, Bulgaria is no exception from the overall trends in Europe related to the continuously growing rates of private expenditure on health care. These facts are confirmed by our study and strengthen the relevance of the research results presented in this dissertation. Moreover, the inability to pay for health care,

reported in this dissertation could be a warning for policy makers in other European countries to analyze in advance the potential effect of patient charges before their introduction or amendment. Moreover, the Bulgarian experience shows that even 10 years after the introduction the official payments, informal payments can continue to exist if no additional policy measure are taken.

Списък на публикации по дисертационния труд

1. Атанасова Е, Ем. Мутафова, Т. Костадинова. Ефектът на потребителските плащания върху домакинските бюджети в България. *Scripta Scientifica Medica*, Vol. 43 (7), 2011.
2. Atanasova E, Em.Moutafova, T.Kostadinova, M.Pavlova. Patient payments and the problems in medical services provision in Bulgaria. *Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarzadzanie*. Tom VIII, nr1, 2010.
3. Атанасова Е, Ем. Мутафова, М. Павлова, Т. Костадинова, В. Гроот. Модерни техники за изследване на обществените нагласи за допълнително заплащане в системата на здравеопазването. Електронна книга “Авангардни научни инструменти в управлението’2010”, УНСС, София.
4. Атанасова Е, Ем. Мутафова, М. Павлова. Готовността за плащане за здравна помощ на българския пациент в условия на криза. Сборник с доклади от юбилейна научна конференция с международно участие “Световната криза и икономическото развитие”, 2010, Икономически университет, Варна.

Списък на участия по дисертационния труд

1. Atanasova E, Moutafova E, Pavlova M, Kostadinova T. Socioeconomic inequity in out-of-pocket payments for outpatient services in Bulgaria. 9th European Conference on Health Economics (ECHE 2012), Zurich, Switzerland. July 18-21, 2012. (oral presentation)
2. Atanasova E, Moutafova E, Kostadinova T, Pavlova M. (2011). User fees and hospital revenues - the case of Bulgaria. 37th World Hospital Congress, UAE, Dubai. November 8-10, 2011. (poster presentation)
3. Atanasova E, Moutafova E, Pavlova M, Kostadinova T. Patient payments in Bulgaria: source of additional financing or barriers to access. 8th European Conference on Health Economics - Connecting Health and Economics (ECHE 2010), Helsinki, Finland. July 7-10, 2010. (poster presentation)