

Андрій ДАНИЛІВаспірант кафедри економічної теорії,
Національний Університет «Києво-Могилянська Академія»**Наталя ІВАНОВА**кандидат економічних наук,
доцент кафедри економічної теорії,
Національний Університет «Києво-Могилянська Академія»**Мілена ПАВЛОВА**асистент професора, PhD,
департамент досліджень послуг в охороні здоров'я,
Університет Маастрихта**Вім ГРООТ**професор, PhD,
департамент досліджень послуг в охороні здоров'я,
Topinstitute Evidence-Based Education Research (TIER)
Університет Маастрихта**ВЕРТИКАЛЬНИЙ АНАЛІЗ ПОПИТУ НА МЕДИЧНІ ПОСЛУГИ В УКРАЇНІ**

У статті здійснено аналіз вертикальної (ціннісної) складової попиту на медичні послуги в Україні на основі моделювання готовності сплачувати за них. З огляду на ці результати обговорено потенціал політики офіційних платежів пацієнтів за послуги та інвестиційної політики з метою покращення їхньої якості та доступу до них.

Ключові слова: *готовність сплачувати, попит, медичні послуги, умовне оцінювання.*

Попри конституційну гарантію безоплатної медичної допомоги усім громадянам України [1, ч.2, ст.49], частка державних видатків у загальних витратах на охорону здоров'я України є однією із найнижчих у Європі (45% за даними ВООЗ [2]) і продовжує знижуватися. Багато експертів вважають рівень фінансування галузі недостатнім [3-4]. Це зумовлює низьку якість послуг (допомоги) та нерівномірний доступ населення до них [5-7]. Така ситуація породжує неконтрольовані альтернативні «ринки», де функціонують квазіофіційні (для визначення див. Степурко, 2011 [8]) та неофіційні [9-12] платежі. Їх можна розглядати як механізми пристосування до ринкового середовища [13].

Вищеописана ситуація призводить до того, що система охорони здоров'я в Україні не відповідає реальним потребам населення, а також становить загрозу для здоров'я нації через знижений доступ, якість, та фінансові бар'єри. Тому виникає необхідність врегулювання ситуації шляхом створення виваженої політики оплати послуг, яка враховуватиме фінансовий потенціал пацієнтів, а також інвестиційної політики, що дозволить змінити якість та обсяг допомоги відповідно до переваг (системи переваг) населення.

Оскільки медична допомога в сучасній економічній науці розглядається як квазісуспільне благо [14-16],

для обґрунтування такої політики необхідно передумовою є аналіз ціннісної (вертикальної) складової попиту [17]. Горизонтальний аналіз у такому випадку не має суттєвого значення, оскільки обсяг споживання закладено характеристиками суспільства, або ж він має імовірнісний характер. Вертикальний аналіз дозволяє оцінити монетарні переваги (граничну корисність) споживачів квазісуспільних благ, які слугуватимуть індикатором верхньої межі інвестицій у їхню якість [17].

Отже, метою нашого дослідження є визначення ціннісної (вертикальної) складової попиту на медичні послуги в Україні на основі аналізу готовності сплачувати за ці послуги.

Реалізація цієї мети в умовах фактичної відсутності інституціоналізованого ринку медичних послуг найкраще вирішується в межах підходу висловлених переваг [18], з якого метод умовного оцінювання дає найбільш прямі та достовірні оцінки граничної корисності споживачів через концепцію готовності сплачувати [18].

Аналіз ґрунтується на даних вибіркового опитування домогосподарств, що налічувало 1000 респондентів і проходило в серпні 2010р. Дані зібрані в межах дослідницького проекту ASSPRO CEE 2007¹. Вибірка є тріступеневою, стратифікованою, репрезентативною щодо дорослого населення

¹ Дослідження фінансується Європейською Комісією в межах 7^ї Рамкової Програми, Темі 8 Соціально-Економічні та Гуманітарні Науки, Проект ASSPRO CEE 2007 (грантова угода №217431). Автори несуть відповідальність за зміст цієї публікації, і вона не відображає точку зору Комісії чи будь-якого з її підрозділів. Детальна інформація про Проект: <http://www.assprocee2007.com/>

України. Опитування проводилося за допомогою структурованого інтерв'ю і містило, окрім інших, завдання з умовного оцінювання, а також запитання щодо соціально-демографічних характеристик респондента та його домогосподарства.

У завданні з умовного оцінювання респондентам був репрезентований гіпотетичний сценарій отримання послуг охорони здоров'я із високим якісними характеристиками та швидким доступом. Якісні характеристики були операціоналізовані у вигляді сучасного обладнання, оновлених приміщень, ввічливого ставлення персоналу, високої клінічної майстерності та гарної репутації спеціалістів. Швидкий доступ був описаний як максимальний час добирання 30 хв., максимальний час очікування перед кабінетом лікаря 10 хв. та максимальний час очікування на планову операцію 1 міс. За таких умов респонденти висловлювали свою готовність

сплачувати за візит до лікаря у випадку незнайомих симптомів, а також за планову 5-денну госпіталізацію із проблемою, що не загрожує життю.

Модель споживчого вибору, закладена в дизайн опитування, показана на рис. 1. Було зроблено припущення, що споживач робить двоступеневий вибір. На першому етапі респондент вирішує висловлювати додатну цінність запропонованої (позитивна готовність сплачувати) послуги чи ні (нульова готовність сплачувати). У випадку позитивної цінності, респондент приймає рішення про її розмір, втілений у розмірі готовності сплачувати. У випадку нульової готовності сплачувати, респондент може мати 2 ключові причини її відсутності: неприйнятність оплати (проти оплати послуг), неможливість оплати (через фінансові бар'єри). Отже, респондент міг висловити одну з цих причин, або ж обидві разом.



Рис. 1. Послідовність прийняття рішення респондентом у завданні з умовного оцінювання та відповідні три рівні моделювання

На рис. 2 узагальнено частки респондентів, що висловили позитивну та нульову готовність сплачувати за послуги лікарів та лікарень із вказуванням причин нульової готовності сплачувати. Більшість респондентів готові сплачувати за вказані послуги: 73,1% за послуги лікарів та 75,7% за послуги лікарень. З тих, хто не готовий сплачувати за обидва типи послуг, більша частина вказує на те, що вони не можуть сплачувати (10,6% за послуги лікарів, 11,5% за госпіталізацію), або ж і не можуть, і проти оплати послуг (7,6% за послуги лікарів, 6,9% за госпіталізацію). Отже ця частина респондентів має певні фінансові бар'єри для оплати медичних послуг. Менша, хоча і суттєва частка респондентів просто

заперечує проти оплати медичних послуг (8,1% за послуги лікарів, 5,5% за госпіталізацію).

У фаховій літературі щодо визначення економічної цінності певних благ, зокрема за допомогою умовного оцінювання, велика увага звертається на розрізнення так званих «справжніх нулів» та «протестних відповідей» [19]. Протестні відповіді виникають тоді, коли респондент насправді може мати позитивну граничну корисність від представленого блага, але не погоджується з певними аспектами гіпотетичного сценарію, бо, наприклад, вважають, що уряд чи інші інституції повинні надавати це благо. У нашому дослідженні припускаємо, що ці респонденти висловлюють незгоду платити за послуги. З

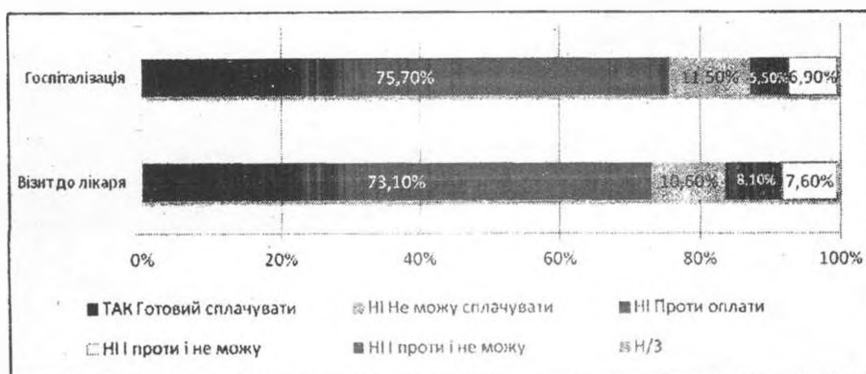


Рис. 2. Готовність сплачувати за послуги лікарів та лікарень серед населення України

методологічної точки зору, протестні відповіді повинні бути вилучені із аналізу [20], оскільки через ненульову справжню граничну корисність вони будуть згодні платити в реальних умовах. Однак серед науковців немає остаточної згоди щодо цього, а певні дослідники намагаються розробити методи внесення протестних (і пропущених) відповідей в аналіз (напр., [21]). З метою прийняття рішень та визначення суспільних ефектів (welfare effects), до уваги потрібно брати лише оцінку готовності сплачувати без урахування протестних нулів.

Справжні нулі – це респонденти із дійсно нульовою граничною корисністю від представлених благ [19]. У нашому дослідженні виокремлення справжніх нулів не відбувається, оскільки це важко зробити прямими запитаннями. Можна також припустити, що не існує людей, які вбачають нульову цінність у медичній допомозі, оскільки вона пов'язана зі зниженням ризиків для життя та здоров'я.

Натомість ми розглядаємо інший важливий аспект: фінансову здатність/можливість сплачувати. Респонденти, які висловлюють нульову готовність сплачувати через те, що в їхній мотивації присутній фінансовий бар'єр (не може оплачувати, або ж і проти, і не може оплачувати), мають вищу, ніж нульову оцінку блага. Однак, вносячи їх у розрахунок середньої

готовності сплачувати, можна оцінити вертикальну складову попиту на послуги охорони здоров'я, оскільки попит за означенням передбачає бюджетне обмеження і містить як складову готовності, так і складову можливості. Не враховуючи нульові відповіді, що містять фінансову мотивацію, аналітик завищує суспільні ефекти в суспільстві.

Середня готовність та можливість сплачувати за послуги досить висока для обох типів послуг: лікарів та лікарень. Яка показано в таблиці 1, навіть якщо врахувати всі нульові відповіді (разом із тими, хто не вказав причину), респонденти готові сплачувати в середньому 47,8 грн. за візит до лікаря при суттєвих симптомах, та 690,2 грн. за 5-тиденну госпіталізацію в разі планової операції. Якщо ж виключити протестні відповіді, ці оцінки зростають до 52,2 грн. та 732,9 грн. відповідно. Дуже важливо, однак, пам'ятати, що це є рівень готовності та можливості сплачувати за послуги високої якості зі швидким доступом. Слід зауважити, що в пілотному опитуванні 303 респондентів, що передувало цьому дослідженню і включало варіацію якісних характеристик, було виявлено, що вони їхнє покращення суттєво знижує частку нульових відповідей, а також пов'язане із суттєво вищою готовністю та можливістю сплачувати за послуги.

Таблиця 1. Середній рівень готовності сплачувати за два типи медичних послуг в Україні, грн.

Готовність сплачувати, грн..		Середня	Ст. в.	95% довірчий інтервал		Кількість
Лікарі (візит)	Обмежена ^а	52.17	2.38	47.51	56.84	887
	Всі нулі ^б	47.76	2.22	43.39	52.12	969
Госпіталізація	Обмежена ^а	732.86	22.59	688.53	777.19	907
	Всі нулі ^б	690.24	21.98	647.11	733.38	963

^а виключаючи тих, хто може, але не хоче сплачувати;

^б включаючи всіх респондентів

На сьогодні існує кілька підходів до моделювання поведінки споживача, які можна узагальнено поділити на: одноступеневе моделювання та кількоступеневе моделювання [22]. При одноступеневому моделюванні припускається, що респондент визначає єдиним рішенням розмір готовності сплачувати (включно з нульовими відповідями), і застосовують лінійний регресійний аналіз або Тобіт. Однак таке припущення суперечить вищеописаній моделі рішення (див. рис. 1). Відповідно, кількоступеневе моделювання припускає, що мотивація рішення про включення (нульову чи позитивну готовність сплачувати) та рішення про розмір готовності сплачувати може бути різною, тобто мати різні чинники. У межах цього підходу розроблені так звані моделі з відбором (Хекмана), розроблені Джеймсом Хекманом [23]. Моделі Хекмана дозволяють припустити пов'язаність двох етапів рішення, що відображається у кореляції залишків рівняння включення та рівняння розміру готовності сплачувати. Якщо ж припустити незалежність рішень про участь (позитивну готовність сплачувати) та про рівень готовності сплачувати, то отримуємо часткову модель із незалежними рівняннями. На сьогодні також існує розширення кількоступеневого моделювання у вигляді моделей з латентними класами, що дозволяють виокремити приховані класи даних (респондентів), які не можна спостерігати, але вони мають різну мотивацію рішень.

Апріорні уявлення про залежність між етапами прийняття рішення, показаними на рис. 1, були

відсутні. Однак припущення про незалежність між ними могли стати суттєвим обмеженням моделі (примітивізацією), адже рішення на двох етапах приймає один і той самий суб'єкт. Класи рішень вже задані, тому було відкинута модель з латентними класами. Беручи до уваги також бажання оцінити чинники обох етапів прийняття рішень, було обрано моделювання з відбором (типу Хекмана), результати якого представлені у таблиці 2.

Отже, таблиця 2 містить дві моделі: для готовності сплачувати за візити до лікаря (модель 1) та за госпіталізацію (модель 2). Кожна з моделей містить два рівняння: рівняння рівня готовності сплачувати (логарифмованого) та рівняння включення, кореляція між залишками яких була дозволена специфікацією моделі. Оскільки розподіл готовності був скошений порівняно із нормальним, було застосовано логарифмічну трансформацію, результат якої досить добре відповідає нормальному розподілу. Відповідно, перша частина кожної моделі – рівняння рівня показує вплив представлених факторів на логарифм готовності сплачувати (її відсоткову зміну). У той же час рівняння включення показує вплив представлених факторів на імовірність мати позитивну готовність сплачувати, а не нульову. Як пояснювальні змінні моделі включають однаковий набір вихідних соціально-демографічних характеристик, що були попередньо перевірені на мультиколінеарність. Моделі були редуковані до статистично значущих характеристик (p -value < 0,1).

Обидві представлені моделі мають значущу статистику Вальда. Однак готовність сплачувати за візит до лікаря гірше пояснюється соціально-економічними та демографічними відмінностями, ніж госпіталізація. Крім того, тест (правдоподібності) на незалежність рівнянь показує, що для готовності сплачувати за візит до лікаря рішення є залежними, в той час як рішення щодо позитивної готовності сплачувати та її рівня для госпіталізації більш незалежні, тобто мають різну природу.

Отже, імовірність мати позитивну готовність сплачувати та її рівень найбільше визначаються рівнем доходів домогосподарства. Саме тому ці рішення є залежними. Зі зростанням доходу від недостатнього до такого, що покриває витрати, шанси мати позитивну готовність сплачувати зростають у 1,5 рази, а при зростанні доходу до такого, що дозволяє заощаджувати, – у 2 рази. Аналогічне зростання пов'язане із вищим рівнем готовності сплачувати на 14,4% та 20,9% відповідно.

Рішення про позитивну чи нульову готовність сплачувати за візит до лікаря в нашому експерименті пов'язане з аналогічною поведінкою в реальному житті: ті, хто відвідував і платив лікарю, мають вищі шанси висловити позитивну готовність сплачувати, ніж ті, хто не платив, або не відвідував лікаря протягом останнього року. Також ці шанси зростають із кількістю дітей у домогосподарстві, вищим рівнем освіти. Нижчі ж шанси позитивної готовності сплачувати пов'язані із дуже поганим станом здоров'я.

Крім доходу, на сам рівень готовності сплачувати за візит до лікаря також впливає вік: люди віком 55 років та старші мають на 16% нижчу готовність сплачувати, ніж молодші люди.

Іншу ситуацію спостерігаємо для готовності сплачувати за госпіталізацію. Тут імовірність мати позитивну готовність сплачувати, а не нульову, зростає з рівнем доходів, а також для людей, що мають недавній (1 рік) досвід госпіталізації порівняно із тими, хто його не має. У той же час нижчі шанси позитивної готовності сплачувати спостерігаємо для пенсіонерів та людей без освіти чи лише з початковою освітою.

Для рівня ж готовності сплачувати за госпіталізацію визначальними факторами є рівень освіти, стан здоров'я, а також місце проживання. При цьому кращий стан здоров'я пов'язаний із вищою готовністю сплачувати. Проживання у невеликих містах та смт також пов'язане із вищим рівнем готовності сплачувати за госпіталізацію порівняно із тими, хто проживає у селах, але також і з тими, хто проживає у великих містах.

Аналіз рівнів готовності сплачувати за послуги лікарів та лікарень говорить про те, що українці вбачають досить високу економічну цінність у медичних послугах. Це підтверджує результати іншого дослідження, які говорять про те, що українці готові сплачувати за ці послуги, якщо прозорі правила та офіційні прайси будуть запроваджені [24]. Отже існує не лише потенціал, але й потреба у вираженій політиці платежів в охороні здоров'я.

Наші дані говорять про те, що рівень готовності сплачувати за візит до лікаря складає близько 52 грн., а за день госпіталізації – 140 грн. Хоча чітких оцінок вартості медичних послуг в Україні не існує, на нашу думку ці рівні близькі чи навіть покривають теперішній рівень державного фінансування

медичних установ. Однак слід зазначити, що такою є цінність послуг з високою якістю та швидким доступом, що говорить про те, що згенеровані додаткові доходи від офіційних платежів повинні інвестуватися в якісні покращення, а не поточне утримання системи.

Варто зазначити, що саме сприйняття оплати за медичні послуги, втілене в нашому дослідженні рівняннями включення, визначається соціально-економічним статусом: вищою освітою, вищим рівнем доходів. Однак для госпіталізації сам факт недавнього досвіду є визначальним у рішенні про позитивну готовність сплачувати у той час, як для візитів до лікаря грає роль більше ідеологічний чинник (той, хто платив, той і готовий платити). Це можна пояснити більшою економічною цінністю, яку люди вбачають у послугах лікарень, адже госпіталізація пов'язана з більшим ризиками для життя і здоров'я людини. Тому нещодавні проблеми зі здоров'ям, що потягнули за собою госпіталізацію, підвищують усвідомлення цих ризиків та, відповідно, відчуття потреби у таких послугах.

Зв'язок наявності нульової готовності сплачувати із низьким соціальним та економічним статусом говорить про те, що теперішня ситуація із неофіційними та квазіофіційними платежами становить загрозу для рівномірного доступу всіх груп населення до необхідної допомоги. Лише чітко сформована політика офіційних платежів, що буде враховувати фінансову спроможність пацієнта, може забезпечити такий доступ.

Побоювання, що офіційні платежі зумовлять додаткове навантаження на пацієнта, особливо з низьким соціально-економічним статусом, повинне втілюватися в систему винятків та пільг. Критерії повинні базуватися на ознаках віку та доходу. Цікавим прикладом є Болгарія – єдина із східноєвропейських країн, де офіційні платежі продовжують успішно функціонувати. Там офіційні видатки за візит до лікаря прив'язані до рівня мінімального доходу в країні [25].

Іншим важливим критерієм винятку для амбулаторних візитів, або ж зниження офіційного платежу для стаціонарних послуг має стати стан здоров'я та, відповідно, частота використання послуг (пов'язана із об'єктивним хронічним станом). У страхових системах охорони здоров'я існує практика безумовної франшизи, коли пацієнт здійснює оплату лише до певної межі, вище якої лікування покривається повністю. Це дозволяє людям із поганим станом здоров'я та хронічними захворюваннями не здійснювати катастрофічних витрат чи відмовлятися від допомоги.

Несподіваним результатом є те, що люди, що проживають у смт (припускаємо, що з нижчим рівнем доходів) або малих містах, мають вищу готовність сплачувати за госпіталізацію, ніж мешканці великих міст. Такий результат говорить про проблеми доступу в сільській місцевості, де люди, позбавлені належної спеціалізованої стаціонарної допомоги, вбачають у ній вищу цінність і, відповідно, висловлюють вищу готовність сплачувати. Мешканці ж сіл мають настільки низький дохід, що навіть попри наявність проблем із доступом не можуть висловити високу готовність сплачувати. Отже, особлива увага на державному рівні повинна бути звернена на доступ до стаціонарної допомоги у сільській місцевості.

Таблиця 2. Чинники прийнятності, можливості та готовності сплачувати за два типи медичної допомоги

	МОДЕЛЬ 1		МОДЕЛЬ 2	
	Візит до лікаря		Госпіталізація	
	Рівняння рівня	Рівняння включення	Рівняння рівня	Рівняння включення
	Коеф. (Ст.Відх.)	Коеф. (Ст.Відх.)	Коеф. (Ст.Відх.)	Коеф. (Ст.Відх.)
Вік				
18-34	<i>базова</i>			
35-54	-0.017 (0.066)			
55+	-0.159** (0.073)			
Місце проживання				
сільська місцевість			<i>базова</i>	
смт (до 100тис.)/ невелике місто (до 500 тис.)			0.114*(0.066)	
велике місто (500+) чи столиця			-0.084 (0.065)	
Рівень освіти				
Без освіти або початкова		-0.276 (0.242)	0.410** (0.151)	-0.559** (0.184)
Середня освіта		<i>базова</i>	<i>базова</i>	<i>базова</i>
Вища або науковий ступінь		0.370** (0.152)	0.032 (0.067)	0.165 (0.115)
Зайнятість				
зайнятий				<i>базова</i>
пенсіонер				-0.384** (0.098)
незайнятий				0.147 (0.137)
Стан здоров'я				
зовсім поганий		-0.497** (0.159)	-0.078 (0.072)	
середній		<i>базова</i>	<i>базова</i>	
добрий		0.053 (0.180)	0.191** (0.069)	
дуже добрий чи відмінний		0.006 (0.259)	0.111 (0.102)	
Дохід домогосподарства (описовий)				
недостатній	<i>базова</i>	<i>базова</i>		<i>базова</i>
покриває витрати	0.144** (0.073)	0.413** (0.136)		0.398** (0.095)
дозволяє заощаджувати	0.209** (0.098)	0.741** (0.226)		0.644** (0.158)
Досвід візитів та оплати				
не відвідував		<i>базова</i>		<i>базова</i>
відвідував, не платив		0.238 (0.194)		0.308* (0.186)
відвідував, платив		0.381** (0.151)		0.297* (0.166)
Кількість дітей в домогосподарстві				
Константа	3.874** (0.095)	0.381** (0.144)	6.761** (0.059)	0.644* (0.106)
Характеристики моделі				
K-сть спостережень		650		843
Тест Вальда (хі-2)	9.99*		25.4**	
Лог Правдоподібності	-771.4		-1089.72	
LR тест на незалежність	0.09		31.6**	

** p < 0.05; * 0.05 ≤ p ≤ 0.10

Список літератури

1. Конституція України [Електронний ресурс] // Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1996, № 30, ст. 141 – із змінами, внесеними згідно із Законом № 2952-VI від 01.02.2011, ВВР, 2011, № 10, ст.68 - Режим доступу: - <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80>.
2. WHO estimates for country National Health Accounts data: Ukraine./ World Health Organization [Електронний ресурс] - 2012. - Режим доступу: http://apps.who.int/nha/database/StandardReport.aspx?ID=REP_WEB_MINI_TEMPLATE_WEB_VERSION&COUNTRYKEY=84619. - Назва з екрану
3. Виноградов, О. В. Стан та проблеми фінансових ресурсів охорони здоров'я України / О. В. Виноградов // Економіка та держава. - 2007. - № 12. - С. 25-29.
4. Державна політика фінансування галузі охорони здоров'я в Україні [Електронний ресурс] / Д. В. Карамішев, О. Є. Вашев, А. С. Немченко, Б. О. Волос. ; Хар РІ НАДУ // Державне будівництво. - 2006. - № 1. <http://www.nbuv.gov.ua/e-journals/DeBu/2006-1/index.html>.
5. Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава. Програма економічних реформ на 2010 – 2014 роки. [Електронний ресурс] / Комітет з економічних реформ. - Доступно з: www.president.gov.ua/docs/Programa_reform_FINAL_1.pdf
6. Lekhan, V. Health care systems in transition: Ukraine / V. Lekhan, V. Rudiy, E., Nolte. WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen, 2004.
7. Проект Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я України на період до 2020 р. [Електронний ресурс] / Міністерство Охорони Здоров'я - 2011. - Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/Pro_20110707_0.html.
8. Informal patient payments and public attitudes towards these payments: evidence from six CEE countries / T. Stepurko, M. Pavlova, I. Gryga, W. Groot // Scripta Scientifica Medica. - 2011. - Vol.43(7). - P.143-146.
9. Cross-country comparisons health service utilization in the Former Soviet Union: evidence from eight countries / D. Balabanova, M. Mckee, J. Pomerleau, R. Rose, C. Haerpfer // Health Services Research. - 2004. - № 39(6). - P. 1927-1950.
10. Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: Український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко. - Київ, 2009. - 50 с.
11. Літвак, А. Тіньова економіка та майбутнє медицини в Україні / А. Літвак, В. Погорілий, М. Тишук. - Одеса: ТЕС 2001. - 96 с.
12. Pavlova, M. Is there a place for an increased reliance on patient charges in central and eastern European countries? / M. Pavlova, W. Groot, F. van Merode // Scripta Scientifica Medica. -2011. -Vol.43(7). - P. 137-141.
13. Фільштейн, Л. М. Проблемні питання фінансування галузі охорони здоров'я / Л. М. Фільштейн, Н. Л. Гохголеринт // Наукові праці Кіровоградського національного технічного університету. Економічні науки. [Електронне видання] 20 (ч.1) 2011: - Режим доступу: http://www.nbuv.gov.ua/Portal/natural/Npkntu_e/2011_20_1/stat_20_1/58.pdf
14. Кравченко, Ж. Д. Порівняльний аналіз структурно-функціонального забезпечення національних систем охорони здоров'я [Електронний ресурс] / Кравченко Ж. Д. // Розвиток системи державного управління в Україні. - 2010. - №3 (30). - С. 1-7.
15. Новосельцев Н. Ю. Рынок медицинских услуг и его особенности / Н. Ю. Новосельцев // Вестник Российского нового университета. - 2011. - № 2. - С. 82-88.
16. Казанцева, Е. Г. Проблемы обеспечения социально-экономической безопасности экономических систем и производство общественных и квазиобщественных благ / Е. Г. Казанцева // Научно-технические Ведомости Санкт-Петербургского Государственного Политехнического Университета. - 2005. - 4(42).
17. Graves, P. E. Valuing Public Goods. Challenge / P. E. Graves // The Magazine of Economic Affairs 46(5). - 2003. - P. 100-112.
18. Даниліва А. І. Класифікація методів моделювання попиту в охороні здоров'я / А. І. Даниліва, Н. Ю. Іванова // Наукові Записки НАУКМА. Економіка. - 120. - 2011. - P. 102-106.
19. Ready, R. C. Differences between Continuous and Discrete Contingent Value Estimates / R. C. Ready, J. C. Buzby, D. Hu // Land Economics. - Vol. 72, No. 3 - (Aug., 1996). - Pp. 397-411.
20. Boyle, K. J. Contingent Valuation in Practice / Patricia A.; Boyle, K.J.; Brown, Thomas C. (Eds.) A Primer on Nonmarket Valuation. - 2003 (Pp.111-169). - Series: The Economics of Non-Market Goods and Resources. - Vol. 3. - 2003. - 592 p.
21. Yu, X. Incorporating Zero and Missing Responses into CVM with Open-Ended Bidding: Willingness to Pay for Blue Skies in Beijing / X. Yu, D. Abler // Environment and Development Economics. - 2010. - 15(05). - P. 535-556.
22. Jiménez-Martín, S. Latent class versus two-part models in the demand for physician services across the European Union / S. Jiménez-Martín, J. M. Labeaga, M. Martínez-Granado // Health Econ. - 2002. - 11(4). - P. 301-321.
23. Heckman, J. Sample selection bias as a specification error / J. Heckman // Econometrica. - (1979. - 47 (1). - P. 153-161.
24. Attitudes towards patient payments in Ukraine: is there a place for official patient charges? / Gryga, I., Stepurko, T., Danyliv, A., Gryga, M., Lynnyk O., Pavlova, M., Groot, W. // Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarzadzanie. - 2010. - VIII (1). - Pp. 69-78.
25. What have 10 years of health insurance reforms brought about in Bulgaria? / Elka Atanasova, Milena Pavlova, Robert Velickovski, Bogomil Nikov, Emanuela Moutafova, Wim Groot // Re-appraising the Health Insurance Act of 1998. - Health policy (Amsterdam, Netherlands) 1 October 2011 (volume 102 issue 2 Pages 263-269 DOI: 10.1016/j.healthpol.2010.12.001).

РЕЗЮМЕ

Даньлив Андрей, Иванова Наталья, Павлова Милена, Гроот Вим

Вертикальний аналіз спроса на медичні послуги в Україні

В статті проведено аналіз вертикальної (ціннісної) складової спроса на медичні послуги в Україні на основі моделювання готовності оплачувати за них. На основі цих результатів проведено обговорення потенціалу політики офіційних платежів пацієнтів за ці послуги, а також інвестиційної політики з метою покращення їх якості та доступу до них.

RESUME

Danyliv Andriy, Ivanova Natalia, Pavlova Milena, Groot Wim

Vertical analysis of the demand for medical services in Ukraine

The analysis of vertical component (economic value) of the demand for medical services is done on the basis of modeling of willingness to pay for these services. According to these results, there has been carried out the discussion of the official patient payment policy as well as quality and access investment policy.

Стаття надійшла до редакції 10.04.2012 р.