

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΟΣΤΟΥΣ-ΟΦΕΛΟΥΣ

7.1. Βασικές έννοιες

Αυτό που μας βοηθάει να διακρίνουμε τις διάφορες μεθόδους οικονομικής αξιολόγησης, είναι ο τρόπος με τον οποίο αποτιμώνται τα αποτελέσματα των προγραμμάτων υγειονομικής περίθαλψης. Στην ανάλυση κόστους-οφέλους (CBA) κάθε συνέπεια ενός προγράμματος πρέπει να αποτιμάται σε χρηματικές μονάδες, δίνοντας έτσι στον αναλυτή τη δυνατότητα να συγκρίνει άμεσα το πρόσθετο κόστος με τα πρόσθετα αποτελέσματα του προγράμματος, με βάση ανάλογες μονάδες μέτρησης, είτε αυτές είναι δολάρια, στερλίνες ή γεν. Στο κεφάλαιο αυτό εξετάζουμε εν συντομία τις θεωρητικές βάσεις της CBA και αποσαφηνίζουμε τις διαφορές της από τη CEA και την CUA. Στα πρόσφατα κείμενα, τα οποία εκθέτουν λεπτομερέστερα τη θεωρία και την πρακτική της CBA στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, περιλαμβάνονται εκείνα του Johansson (1995) και του Johannesson (1996). Λαμβάνοντας υπόψη ότι τα αποτελέσματα των προγραμμάτων υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να αποτιμηθούν με χρηματικούς όρους, δεν πρέπει να μας εκπλήσσει το γεγονός ότι το μεγαλύτερο τμήμα αυτού του κεφαλαίου αφιερώνεται σε ζητήματα μέτρησης. Παραθέτουμε σύντομη ιστορική επισκόπηση της χρηματικής αξιολόγησης εκβάσεων υγείας και παρουσιάζουμε τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα, εννοιολογικά και πρακτικά, κάθε μεθόδου.

7.1.1. Ανάλυση κόστους-οφέλους: προσέγγιση ή ανάλυση;

Σε περιστασιακές συζητήσεις ίσως είναι λογικό να αναφερόμαστε σε όλες τις τεχνικές αξιολόγησης αυτού του βιβλίου, με τον όρο *ανάλυση κόστους-οφέλους*. Σ' ένα από τα πρώτα του άρθρα, το οποίο άσκησε σημαντική επιρροή, ο Williams (1974) χρησιμοποίησε τη φράση *προσέγγιση*

κόστους-οφέλους για να περιγράψει τον τρόπο σκέψης που προσκομίζει η οικονομική επιστήμη στην αξιολόγηση της υγειονομικής περιθάλψης, όπου το πρόβλημα ορίζεται με βάση την παραγωγική σχέση ανάμεσα στις εισροές πόρων και στις εκροές υγείας. Όταν, όμως, ορίζουμε την ανάλυση κόστους-οφέλους (CBA) ως συγκεκριμένη τεχνική αξιολόγησης, πρέπει να είμαστε περισσότερο ακριβείς. Όπως φαίνεται στο Πλαίσιο 7.1., η CBA συγκρίνει τις προεξοφλημένες μελλοντικές ροές πρόσθετων οφελών από το πρόγραμμα με τα πρόσθετα κόστη του. Η διαφορά ανάμεσα στις δύο αυτές ροές αποτελεί το κοινωνικό όφελος από το πρόγραμμα. Με απλά λόγια, στόχος της ανάλυσης είναι να προσδιορίσει αν το όφελος από ένα πρόγραμμα υπερβαίνει το κόστος που προξενεί, δηλαδή αν υπάρχει καθαρό κοινωνικό όφελος, το οποίο καθιστά σαφές ότι ένα πρόγραμμα αξίζει τον κόπο. Παρόλα αυτά, όπως θα εξετάσουμε στη συνέχεια, ο ακριβής κανόνας για τη λήψη αποφάσεων στο πλαίσιο της CBA θα εξαρτηθεί από το γενικό πλαίσιο της αξιολόγησης, και ιδίως από το αν οι πόροι κατανέμονται στο πλαίσιο ενός δεδομένου προϋπολογισμού

Πλαίσιο 7.1.

Ανάλυση κόστους-οφέλους: διατύπωση σε αναζήτηση δεδομένων

Με δεδομένες $i = 1, \dots, I$ πιθανές επενδύσεις:

$$NSB_i = \sum_{t=1}^n \frac{b_i(t) - c_i(t)}{(1+r)^{t-1}}$$

NSB_i = καθαρό κοινωνικό όφελος από το πρόγραμμα i (προεξοφλημένο)

$b_i(t)$ = οφέλη (σε χρηματικούς όρους) που προκύπτουν κατά το έτος t

$c_i(t)$ = κόστος (σε χρηματικούς όρους) κατά το έτος t

$1/(1+r)$ = συντελεστής προεξόφλησης με ετήσιο επιτόκιο r

n = διάρκεια ζωής προγράμματος

Κύριος στόχος της CBA είναι να εντοπίσει προγράμματα όπου $NSB > 0$. Θα ήταν επίσης χρήσιμο, όσον αφορά τον καταμερισμό στο πλαίσιο ενός δεδομένου προϋπολογισμού, να κατατάσσουμε τα προγράμματα ανάλογα με το NSB τους. Το κύριο ζήτημα για τη CBA υγειονομικής περιθάλψης είναι η αποτίμηση των εκβάσεων της υγείας σε χρηματικούς όρους $b_i(t)$.

ή όχι. (Pauly 1995). Εναλλακτικά μπορούμε να πούμε ότι ο λόγος οφέλους-κόστους είναι μεγαλύτερος από τη μονάδα, παρόλο που η διατύπωση αυτή θεωρείται εν γένει προβληματική, επειδή η τοποθέτηση διάφορων κονδυλίων στον αριθμητή ή στον παρονομαστή μπορεί εύκολα να μεταβάλλει τον λόγο (δες Birch και Donaldson 1987 και Πλαίσιο 2.4. Κεφαλαίου 2).

Πλαίσιο 7.2.

Συγκρίσεις κόστους, τιτλοφορούμενες ως CBA: εμβολιασμός κατά του κοκίτη

Στη μελέτη του Korlan και συν. (1979) σχετικά με τον εμβολιασμό κατά του κοκίτη, το κόστος μετρήθηκε με βάση το κόστος πρώτων υλών για το εμβόλιο, τη θεραπεία των επιπλοκών από τον εμβολιασμό και τη θεραπεία των περιπτώσεων κοκίτη που προέκυψαν παρά τον εμβολιασμό. Όλα τα παραπάνω ονομάστηκαν κόστος εντός προγράμματος. Ως όφελος ορίστηκε κάθε εξοικονόμηση ιατρικού κόστους, χάρη στην αποτροπή του κοκίτη και των επακόλουθών του. Αυτό ονομάστηκε κόστος εκτός προγράμματος. Οι συγγραφείς υπολόγισαν τον ακόλουθο δείκτη:

$$\frac{\text{κόστος εκτός προγράμματος}}{\text{κόστος εντός προγράμματος}} = \frac{1.866.153 \text{ δολάρια}}{720.862 \text{ δολάρια}} = 2,6:1$$

Αυτό σημαίνει ότι τα οφέλη υπερκέρασαν το κόστος κατά 2,6 φορές. Η διατύπωση, όμως, αυτή δεν είναι σύμφωνη με τον σύγχρονο ορισμό της CBA, αφού δεν έγινε καμία προσπάθεια για να αποτιμηθούν σε χρηματικούς όρους τα αποτελέσματα του προγράμματος εμβολιασμού για την υγεία. Τα οφέλη έχουν προσδιοριστεί μόνο ως εξοικονομήσεις κόστους. Σκεφτείτε τι θα συνέβαινε αν ο παραπάνω δείκτης υπολειπόταν της μονάδας, δηλαδή, αν το κόστος του προγράμματος αυξανόταν, προσφέροντας όμως οφέλη για την υγεία. Χρησιμοποιώντας αυτό το είδος μερικής αξιολόγησης, θα εφαρμόζαμε μόνο προγράμματα που εξοικονομούν κόστος.

Η CBA αποτελεί πλήρη οικονομική αξιολόγηση, επειδή πρέπει να μετρηθούν και να αποτιμηθούν οι εκροές του προγράμματος. Ωστόσο, συχνά στη βιβλιογραφία της υγείας γίνονται σημαντικά σφάλματα όσον

αφορά την ονοματοθεσία, καθώς κάποιες μελέτες που συγκρίνουν μόνο το κόστος ενός προγράμματος (δηλαδή, αποτελούν μερικές αξιολογήσεις) ιδιοποιούνται τον όρο «ανάλυση κόστους-οφέλους». Σε μια πρόσφατη επισκόπηση της βιβλιογραφίας, ο Zarnke και συν. (1997) ανακάλυψε ότι το 60% των μελετών που διατείνονταν ότι αποτελούσαν CBA, ήταν στην ουσία συγκρίσεις κόστους, στο πλαίσιο των οποίων δεν γινόταν καμία προσπάθεια να αποτιμηθούν τα οφέλη σε χρηματικούς όρους. Όπως φαίνεται στο πλαίσιο 7.2., ο περιορισμός της ανάλυσης κόστους-οφέλους στη σύγκριση κόστους μπορεί να αποβεί παραπλανητικός όσον αφορά την κατανομή των πόρων, αφού θα θεωρούνται άξια λόγου μόνο όσα προγράμματα οδηγούν σε εξοικονόμηση κόστους.

7.1.2. Το ερώτημα της CBA: αξίζει τον κόπο το πρόγραμμα;

Όπως είδαμε σε προηγούμενα κεφάλαια, οι CEA και CUA είναι κατάλληλες για την κατανομή ενός δεδομένου προϋπολογισμού σε ανταγωνιστικά προγράμματα, έτσι ώστε να μεγιστοποιείται η μονάδα μέτρησης της αποτελεσματικότητας που έχει επιλεχθεί (έτη ζωής που σώθηκαν, κερδισμένα QALY, κερδισμένα HYE). Ωστόσο, αυτό σημαίνει ότι για κάθε εναλλακτική λύση πρέπει να υπάρχουν πλήρη και συγκρίσιμα δεδομένα. Προϋποθέτει, επίσης, μια τυπική διαδικασία περιοδικής κατανομής προϋπολογισμού, κατά τη διάρκεια της οποίας όλα τα προγράμματα αξιολογούνται ταυτοχρόνως – οι παραπάνω προϋποθέσεις σπανίως συντρέχουν στον χώρο της υγειονομικής περίθαλψης. Πιο συχνά, τα προγράμματα ξεετάζονται ένα-ένα ή λίγα-λίγα κάθε φορά, ενώ οι αποφάσεις πρέπει να λαμβάνονται χωρίς την πολυτέλεια της πληρότητας των δεδομένων για κάθε εναλλακτική λύση. Ομολογουμένως, σ' αυτή την «τμηματική» διαδικασία λήψης αποφάσεων, η CBA πλεονεκτεί σαφώς σε σχέση με τις CEA/CUA.

Δεδομένου ότι είναι δύσκολο να αποδοθούν χρηματικές αξίες στις εκβάσεις της υγείας, πράγμα το οποίο περιγράφουμε στη συνέχεια, είναι χρήσιμο να σκιαγραφήσουμε μερικές από τις βασικές διαφορές ανάμεσα στη CBA και στις τεχνικές ανάλυσης κόστους-αποτελεσματικότητας και κόστους-χρησιμότητας. Όπως είδαμε, σε περιπτώσεις όπου δεν παρατηρείται επικράτηση, όπου δηλαδή, όταν αυξάνεται το κόστος, το νέο πρόγραμμα δίνει καλύτερες εκβάσεις, τόσο η CEA όσο και η CUA μάς δίνουν το τίμημα για την επίτευξη ενός συγκεκριμένου στόχου, είτε αυτός αφορά το πρόσθετο κόστος ενός κερδισμένου έτους ζωής, μιας διάγνωσης ή ενός κερδισμένου QALY. Εκείνο που δεν μπορούν να μας πουν η CEA και

η CUA, είναι αν ένας τέτοιος στόχος αξίζει τον κόπο να επιτευχθεί, με δεδομένο το κόστος ευκαιρίας των πόρων που αναλώνονται. Άρα, προκειμένου να λάβουμε αποφάσεις χρησιμοποιώντας τη CEA και την CUA, πρέπει να επικαλεσθούμε κάποιο έξωθεν κριτήριο αξίας, είτε χρησιμοποιώντας τις αξίες που προκύπτουν από τους πίνακες βαθμολογίας κόστους ανά QALY είτε κάποιες δημοσιευμένες τιμές κατωφλιού, οι οποίες είναι συχνά αυθαίρετες (Κεφάλαιο 9). Τόσο η CEA όσο και η CUA αποφεύγουν να εντάξουν στην ανάλυση τη χρηματική αποτίμηση των εκβάσεων υγείας. Ωστόσο, αν ο αρμόδιος για τη λήψη αποφάσεων θέλει, σε τελική ανάλυση, να λάβει οποιαδήποτε απόφαση σχετικά με την κατανομή των πόρων χρησιμοποιώντας δεδομένα CEA/CUA, πρέπει (σιωπηρά ή ρητά) να αποδώσει χρηματική αξία στις εκβάσεις υγείας, καθώς και σε κάθε άλλο όφελος που προκύπτει από το πρόγραμμα.

Το γεγονός ότι σε τελική ανάλυση τόσο οι CEA/CUA όσο και η CBA προϋποθέτουν την χρηματική αποτίμηση των εκβάσεων υγείας, έχει κάνει κάποιους συγγραφείς (Phelps και Mushlin 1991) να υποστηρίξουν ότι οι μέθοδοι αυτές είναι σχεδόν ισοδύναμες. Ωστόσο, υπάρχει θεμελιώδης διαφορά σε φιλοσοφικό επίπεδο. Σύμφωνα με τον Sugden και τον Williams (1979), η CEA και η CUA βασίζονται σε μια φιλοσοφία «λήψης αποφάσεων», στο πλαίσιο της οποίας αιρετοί ή διορισμένοι αρμόδιοι για τη λήψη αποφάσεων προχωρούν σε επισκόπηση των πορισμάτων και λαμβάνουν αποφάσεις με βάση τις σχετικές αξίες που αποδίδονται σε ανταγωνιστικά προγράμματα και στόχους. Αντιθέτως, η φιλοσοφική διατύπωση της CBA γίνεται με βάση τις αρχές της οικονομικής της ευημερίας, όπου σχετική πηγή αξίας θεωρείται ο κάθε επιμέρους καταναλωτής. Συνεπώς, βασική αρχή της CBA είναι ότι οι επιμέρους καταναλωτές θεωρούνται ως η σχετική πηγή χρηματικής αξίας για τις εκβάσεις των προγραμμάτων. Το ζήτημα αυτό αναλύεται περαιτέρω στο Κεφάλαιο 9.

7.1.3. Η CBA έχει ευρύτερο πεδίο εφαρμογής από τις CEA/CUA

Από πολλές απόψεις, το πεδίο εφαρμογής της CBA είναι ευρύτερο από εκείνο των CEA/CUA. Επειδή η CBA μετατρέπει κάθε κόστος και όφελος σε χρήμα, δεν περιορίζεται στο να συγκρίνει μόνο προγράμματα εντός του τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, αλλά μπορεί να χρησιμοποιηθεί (αν και όχι δίχως προβλήματα) για να ληφθούν αποφάσεις σχετικά με την κατανομή των πόρων τόσο στο εσωτερικό των τομέων της οικονομίας όσο και μεταξύ τους (Drummond και Stoddart 1995). Μερικοί αναλυτές έχουν προσπαθήσει να χρησιμοποιήσουν την έννοια της προθυμίας πλη-

ρωμής προκειμένου να συγκρίνουν διάφορα προγράμματα υγείας με άλλα (Olsen και Donaldson 1997a). Στο πλαίσιο, μάλιστα, της οικονομικής αξιολόγησης του δημόσιου τομέα, η εφαρμογή της CBA σε τομείς όπως οι μεταφορές και το περιβάλλον έχει μακρόχρονη ιστορία (Sugden and Williams 1979) και αποτελεί την πλέον χρησιμοποιούμενη μορφή οικονομικής αξιολόγησης. Αντιθέτως, η CEA και η CUA περιορίζονται, κατ' ανάγκη, στη σύγκριση προγραμμάτων υγειονομικής περίθαλψης, τα οποία παράγουν παρεμφερείς μονάδες έκβασης, όπως τα QALY. Η CEA και η CUA αφορούν κυρίως ζητήματα αποδοτικότητας της παραγωγής, όπου οι τελικές εκροές περιορίζονται στα οφέλη ως προς την υγεία. Αντιθέτως, η CBA έχει ευρύτερο πεδίο εφαρμογής και μπορεί να διατυπώνει ερωτήματα αποδοτικότητας της κατανομής, επειδή αποδίδει σχετικές τιμές σε στόχους που αφορούν ή όχι την υγεία, προκειμένου να προσδιορίσει ποιοι στόχοι αξίζει να επιτευχθούν όταν οι εναλλακτικές χρήσεις των πόρων είναι δεδομένες. Άρα, καθορίζει ποια προγράμματα είναι άξια λόγου.

Μερικοί ερευνητές έχουν αποπειραθεί να εκφράσουν ποσοτικά κάποια άσχετα με την υγεία οφέλη, τα οποία αποκομίζουν οι καταναλωτές από τα προγράμματα υγειονομικής περίθαλψης. Ένα τέτοιο όφελος είναι η «αξία του καθησυχασμού», η οποία προκύπτει από τη γνώση μιας εξέτασης ή μιας διαδικασίας. Ο Donaldson και ο Shackley (1997) έχουν ονομάσει αυτή την πηγή αξίας «χρησιμότητα διαδικασίας» (ώστε να ξεχωρίζει από τη χρησιμότητα των εκβάσεων της υγείας), ενώ στις μελέτες του Donaldson και συν. (1995), του Donaldson και συν. (1997b) μπορεί να βρεθεί μια εφαρμογή, με στόχο να εκφραστεί ποσοτικά η χρηματική αξία της επιβεβαίωσης και της πληροφόρησης. Με αυτό τον τρόπο θα μπορούσε να διατυπωθεί και η ανάλυση της προθυμίας πληρωμής των εγκύων γυναικών για ένα πρόσθετο (μη διαγνωστικό) υπερηχογράφημα (Berwick και Weinstein 1985). Ωστόσο, μια άλλη πτυχή αυτού του ζητήματος είναι ότι αν ένα άτομο εκδηλώνει άγχος επειδή κανείς δεν το καθησυχάζει κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής αγωγής, τότε αυτό το άγχος θα πρέπει να μετρηθεί ως κλονισμός της ψυχολογικής του ευημερίας, άρα θα αποτελεί και μετρήσιμο συστατικό της ποιότητας ζωής ή της χρησιμότητας.

Ένα ακόμα αντίθετο γνώρισμα των CEA/ CUA και της CBA είναι ότι, κατά κανόνα, οι πρώτες εστιάζονται κυρίως στον πελάτη. Σε μια κλινική αξιολόγηση, η CEA εστιάζει κατά κανόνα στην προσδοκώμενη έκβαση υγείας για όσους ασθενείς υποβάλλονται σε αγωγή. Όπως υποστηρίζουν ο Labelle και ο Hurley (1992), το τυπικό πλαίσιο CEA/CUA δεν συνυπολογίζει όσες επιδράσεις διαχέονται σε άλλα πρόσωπα (θετικές ή αρνητικές) και οι οποίες στην οικονομική θεωρία είναι γνωστές ως *εξωτερικοί*

παράγοντες (*externalities*). (Θεωρητικά είναι δυνατόν να συνυπολογιστούν οι επιδράσεις αυτές από τις CEA/CUA, στην πράξη, όμως, αυτό δεν έχει επιτευχθεί). Αντίθετα, όπως θα εξετάσουμε στη συνέχεια, το πλαίσιο της CBA μπορεί να εκφράσει ποσοτικά αυτές τις επιδράσεις, χρησιμοποιώντας τεχνικές βασισμένες στην έννοια της προθυμίας πληρωμής. Η συνολική προθυμία πληρωμής της κοινωνίας για ένα νέο φάρμακο για το AIDS ισούται με το άθροισμα της αξίας που προκύπτει απευθείας για τους ασθενείς, αλλά και της αξίας που προσδίδουν άλλοι (προς το παρόν όχι ασθενείς) στη νέα θεραπεία.

7.2. Απόδοση χρηματικών αξιών στις εκβάσεις υγείας

Υπάρχουν τρεις μέθοδοι για να αποτιμώνται χρηματικά οι εκβάσεις της υγείας: (1) η μέθοδος του ανθρώπινου κεφαλαίου, (2) η μέθοδος των αποκαλυπτόμενων προτιμήσεων και (3) η μέθοδος των δεδομένων προτιμήσεων ως προς την προθυμία πληρωμής (ενδεχόμενη αποτίμηση). Εξετάζουμε καθεμία απ' αυτές τις μεθόδους και επισκοπούμε τα δυνατά και τα αδύνατα σημεία τους σε θεωρητικό και πρακτικό επίπεδο. Όπως φαίνεται από τα αποσπάσματα που παρατίθενται στο Πλαίσιο 7.3., το ζήτημα της προσπάθειας να αποδοθούν ρητές χρηματικές αξίες στις εκβάσεις, στο πλαίσιο της CBA, ήταν και παραμένει αμφιλεγόμενο. Εκείνο

Πλαίσιο 7.3.

Η ρητορική της απόδοσης χρηματικών αξιών στην υγεία

«Το κύριο μειονέκτημα του πλαισίου κόστους-οφέλους είναι η ανάγκη να αποτιμώνται με χρηματικές μονάδες τόσο η ανθρώπινη ζωή όσο και η ποιότητά της. Πολλοί αρμόδιοι για τη λήψη αποφάσεων το θεωρούν αυτό δύσκολο ή αντιδεοντολογικό ή δεν εμπιστεύονται όσες αναλύσεις βασίζονται σε τέτοιου είδους αποτιμήσεις». (Weinstein και Fineberg 1980, σελ. 240)

«Το να έχει εκπαιδευθεί κανείς στην ιατρική, στη νοσηλευτική ή σε κάποια άλλη από τις επιστήμες “πρώτης γραμμής” και, στη συνέχεια, να βρίσκεται αντιμέτωπος με έναν ψυχρό ορθολογιστή οικονομολόγο, ο οποίος αποδίδει χρηματικές αξίες στην ανθρώπινη ζωή, θεωρείται από πολλούς κατάρα». (Mooney 1992).

που συχνά παραβλέπουμε, όμως, είναι ότι τέτοιου είδους αποτιμήσεις γίνονται (συχνά σιωπηρά) κάθε μέρα, όταν τα άτομα, αλλά και οι κοινωνίες λαμβάνουν αποφάσεις με τις οποίες κάποιοι στόχοι σχετικοί με την υγεία αντισταθμίζονται με άλλα οφέλη.

7.2.1. Η μέθοδος του ανθρώπινου κεφαλαίου

Η αξιοποίηση ενός προγράμματος υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να θεωρηθεί ως επένδυση στο ανθρώπινο κεφάλαιο ενός ατόμου. Όταν μετράμε την απόδοση της επένδυσης αυτής, η αξία του υγιούς χρόνου, ο οποίος παράγεται, μπορεί να εκφραστεί ποσοτικά με βάση την ανανεωμένη ή βελτιωμένη παραγωγή του ατόμου στον χώρο της αγοράς. Έτσι, η μέθοδος του ανθρώπινου κεφαλαίου προσδίδει χρηματικές σταθμίσεις στον υγιή χρόνο, χρησιμοποιώντας τα ημερομίσθια που επικρατούν στην αγορά, η δε αξία του προγράμματος εκτιμάται με βάση την τρέχουσα αξία των μελλοντικών κερδών. Αυτή η μέθοδος αποτίμησης των καταστάσεων υγείας χρησιμοποιείται επί πολλά χρόνια (δες Mushkin και συν. 1978). Μπορούμε να διακρίνουμε ανάμεσα σε δύο χρήσεις της έννοιας του ανθρώπινου κεφαλαίου: (1) ως «αποκλειστική» βάση για την αποτίμηση κάθε πτυχής των βελτιώσεων στην υγεία και (2) ως μέθοδο

Πλαίσιο 7.4.

CBA με χρήση της μεθόδου του ανθρώπινου κεφαλαίου: εμβολιασμός κατά της ερυθράς.

Η μελέτη εξέτασε το κόστος και τα αποτελέσματα από τον εμβολιασμό κατά της ερυθράς. Τα αποτελέσματα δεν περιλάμβαναν μόνο το αποφευχθέν ιατρικό κόστος που σχετίζεται με σύνδρομα οξείας και συγγενούς ερυθράς, αλλά και τη μείωση της οικονομικής παραγωγικότητας που προκύπτει, εξαιτίας αναπηρίας ή πρόωρου θανάτου. Προκειμένου να αποδώσουν χρηματική αξία στη μείωση της παραγωγικότητας, οι συγγραφείς υπολόγισαν τις μέσες ισόβιες αποδοχές και εκτίμησαν το σύνολο των αποδοχών που θα χάνονταν αν δεν εφαρμοζόταν πρόγραμμα εμβολιασμού κατά της ερυθράς. Ανακάλυψαν ότι το κόστος του προγράμματος ανερχόταν σε 28.937.400 δολάρια, ενώ η αξία της χαμένης παραγωγικότητας ανερχόταν σε 9.521.200 δολάρια και στις δύο ιατρικές περιπτώσεις. (Schoenbaum και συν. 1976).

αποτίμησης «μέρους» των οφελών από τις παρεμβάσεις υγειονομικής περίθαλψης, όπου τα δεδομένα περί κερδών χρησιμοποιούνται μόνο ως μέσο για να υπολογίζονται οι μεταβολές στην παραγωγικότητα. Για να μάθετε περισσότερα για τη μέθοδο του ανθρώπινου κεφαλαίου, στο πλαίσιο της CBA υγειονομικής περίθαλψης, εξετάστε το παράδειγμα εμβολιασμού κατά της ερυθράς, το οποίο παρατίθεται στο Πλαίσιο 7.4.

Η μέθοδος του ανθρώπινου κεφαλαίου παρουσιάζει δυσκολίες μέτρησης. Πρώτον, αν και θεωρητικά τα ημερομίσθια αντανακλούν την οριακή παραγωγικότητα του εργαζόμενου, συχνά στις αγορές εργασίας εμφανίζονται ατέλειες. Έτσι, τα ημερομίσθια ενδέχεται να αντανακλούν, μεταξύ άλλων, ανισότητες όπως αυτές που σχετίζονται με τη φυλή ή το φύλο. Δεύτερον, αν η μελέτη διεξάγεται από την οπτική γωνία της κοινωνίας, ο αναλυτής θα πρέπει να λάβει υπόψη την αξία του υγιούς χρόνου, ο οποίος κερδίζεται και δεν πωλείται έναντι ημερομισθίου. Εδώ προκύπτει η γενική κατηγορία των προβλημάτων που αφορούν τον τρόπο με τον οποίο οι οικονομολόγοι αποδίδουν σκιώδεις τιμές στους μη διατιθέμενους στην αγορά πόρους. Έστω ότι ένα άτομο που ασχολείται με το νοικοκυριό, υποβάλλεται σε θεραπεία και είναι πλέον σε θέση να επιστρέψει στα καθήκοντα της φροντίδας των παιδιών του, πράγμα το οποίο δεν μπορούσε προηγουμένως να κάνει. Υπάρχουν δύο τρόποι για να αποδοθεί σκιώδης τιμή στον χρόνο του ατόμου αυτού: (1) σύμφωνα με τη θεωρία του κόστους ευκαιρίας, η αξία αυτής της κατ' οίκον παραγωγής πρέπει να είναι τουλάχιστον ίση με κείνη την οποία θα αποκόμιζε από την αγορά εργασίας, ειδικά αν το άτομο αυτό θα είχε προτιμήσει να εισέλθει στην αγορά εργασίας. Άρα, ο χρόνος θα αποτιμηθεί ανάλογα με το ημερομίσθιο που το άτομο έχει αποποιηθεί, (2) σύμφωνα με την προσέγγιση του κόστους αντικατάστασης, θα γίνει μια προσπάθεια να εκφραστεί ποσοτικά το κόστος που προκύπτει από την αντικατάσταση του ατόμου αυτού στο σπίτι, με υπηρεσίες που προσφέρονται στην αγορά (καθαρισμός, φύλαξη παιδιών κ.λπ.). Οι δύο αυτές μέθοδοι έχουν χρησιμοποιηθεί στο πλαίσιο μελετών αποτίμησης του χρόνου ατόμων που ασχολούνται με το νοικοκυριό. Δες Klarman (1967) σχετικά με το κόστος ευκαιρίας και Weisbrod (1968) σχετικά με το κόστος αντικατάστασης.

7.2.2. Ανθρώπινο κεφάλαιο και η οικονομική της ευημερίας

Πέρα από τα πρακτικά προβλήματα μέτρησης που προκαλεί, η μέθοδος του ανθρώπινου κεφαλαίου δέχθηκε κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1970 επιθέσεις από οικονομολόγους, οι οποίοι υποστήριζαν ότι αυτή η

μέθοδος αποτίμησης των βελτιώσεων στην υγεία, με βάση την παραγωγή, ήταν αντίθετη με το θεωρητικό θεμέλιο της ανάλυσης κόστους-οφέλους από την πλευρά της οικονομικής της ευημερίας. Η πιο αξιοσημείωτη συνεισφορά σ' αυτή την ανταλλαγή απόψεων ήταν εκείνη του Mishan (1971).

Παρόλο που το βιβλίο αυτό απευθύνεται σε ένα ακροατήριο αποτελούμενο από άτομα που επιθυμούν να χρησιμοποιήσουν την οικονομική αξιολόγηση για πρακτικούς σκοπούς, είναι χρήσιμο να αφιερώσουμε λίγες γραμμές προκειμένου να εξηγήσουμε μερικά από τα θεμέλια της CBA στην οικονομική της ευημερίας (για λεπτομερέστερη εννοιολογική προσέγγιση, δες Johansson, 1995). Πρώτον, η οικονομική της ευημερίας αποτελεί έναν κλάδο της οικονομίας, ο οποίος μπορεί να ασχολείται με δεοντολογικά ζητήματα επειδή ενσωματώνει συγκεκριμένες αξιολογικές κρίσεις. Αντιθέτως, το μεγαλύτερο μέρος της οικονομικής επιστήμης είναι *θετικό*, επειδή πραγματοποιεί προβλέψεις χωρίς αξιολογικές κρίσεις (αυξάνοντας την τιμή ενός προϊόντος θα μειωθεί η ζήτησή του). Τι εννοούμε εδώ με την έννοια αξιολογική κρίση; Διαβάστε προσεκτικά το Πλαίσιο 7.5., όπου παρατίθενται οι δύο βασικές αξιολογικές κρίσεις της οικονομικής της ευημερίας. Η πρόταση (και κρίση) είναι ότι η κοινωνική ευημερία *πρέπει* να περιλαμβάνει την ευημερία των ατόμων και ότι τα άτομα *πρέπει* να θεωρούνται η καλύτερη πηγή πληροφόρησης όσον αφορά την ίδια την ευημερία τους. Επιπλέον, γίνεται η υπόθεση ότι η κατανομή των πόρων κατευθύνεται από τις δυνάμεις μιας ανταγωνιστικής αγοράς, η οποία βρίσκεται σε κατάσταση ισορροπίας και ότι η τρέχουσα (δηλαδή, πριν από το πρόγραμμα) εισοδηματική κατανομή είναι ορθή. Οι προτάσεις αυτές αποτελούν το θεμέλιο των αρχών του Pareto, οι οποίες παρουσιάζονται στο Πλαίσιο 7.5. και οι οποίες κατέχουν εξέχουσα θέση στην ανάλυση κόστους-οφέλους. Πιο συγκεκριμένα, η CBA κατέστη λειτουργική χάρη στη σύγχρονη επανερμηνεία των αρχών του Pareto από τους βρετανούς οικονομολόγους Nicholas Kaldor (1939) και Sir John Hicks (1939, 1941), όπου τα οφέλη από το πρόγραμμα αποτιμώνται χρησιμοποιώντας ένα τεστ αποζημίωσης και τις αρχές της προθυμίας πληρωμής.

*Πλαίσιο 7.5.**Οι αρχές του Pareto εν συντομία*

Ο Vilfredo Pareto –κοινωνιολόγος του 19ου αιώνα– είναι γνωστός για τις απόψεις του σχετικά με τις γενικές αρχές αξιολόγησης της οικονομικής πολιτικής. Το έργο του βασίστηκε στις αρχές αποδοτικότητας του ωφελιμισμού, ο οποίος εστιάζεται μάλλον στο «μεγαλύτερο όφελος για όσο το δυνατόν περισσότερους», παρά σε ζητήματα κατανομής ή κοινωνικής δικαιοσύνης. Το ερώτημα που το Pareto επεδίωκε να απαντήσει, ήταν: Πώς μπορούμε να κρίνουμε αν η κοινωνία ως σύνολο ωφελείται από μια πολιτική ή ένα πρόγραμμα;

Βασικές υποθέσεις

1. Η κοινωνική ευημερία αποτελείται από την ευημερία (ή τις χρησιμότητες) κάθε επιμέρους μέλους της κοινωνίας.
2. Τα άτομα αποτελούν τους καλύτερους κριτές της ίδιας της ευημερίας τους (κυριαρχία του καταναλωτή).

Αρχές

1. *Πραγματική κατά Pareto βελτίωση*: Μια πολιτική που βελτιώνει την κατάσταση ενός ή περισσότερων ατόμων χωρίς να επιδεινώνει την κατάσταση κανενός.
2. *Δυνητική κατά Pareto βελτίωση*: (κριτήριο Kaldor-Hicks): Μια πολιτική που δημιουργεί χαμένους και κερδισμένους ως προς την ευημερία, αν όμως οι κερδισμένοι μπορούν να αποζημιώσουν τους χαμένους, χωρίς να επιδεινωθεί η δική τους κατάσταση μετά την αλλαγή, τότε ολόκληρη η κοινωνία έχει ωφεληθεί. Επειδή η αποζημίωση αυτή δεν είναι απαραίτητο να καταβληθεί πραγματικά, η αρχή αυτή εγείρει κάποια ζητήματα κοινωνικής δικαιοσύνης σχετικά με το ποιος κερδίζει και ποιος χάνει.

Για να επανέλθουμε στις επικρίσεις κατά της προσέγγισης του ανθρωπίνου κεφαλαίου, ο Mishan (1971) επισήμανε ότι η μέθοδος αποτίμησης δεν ήταν σύμφωνη με τις αρχές της οικονομικής της ευημερίας (δες Πλαίσιο 7.5.), επειδή δίνει μια στενή άποψη των αποτελεσμάτων ενός προγράμματος ως προς τη χρησιμότητα, περιορίζοντάς τα στις επιπτώσεις στην παραγωγικότητα της εργασίας. Η οικονομική της ευημερίας ενσωματώνει μια πιο θεμελιώδη και σημαντική έννοια της αξίας, σύμφωνα με την οποία οι καταναλωτές που βγαίνουν κερδισμένοι από το πρόγραμμα είναι πρόθυμοι να θυσιάσουν κάτι προκειμένου να το απολαύσουν. Η CBA επικεντρώνεται

σ' αυτήν τη συλλογική προθυμία πληρωμής (δηλαδή, την προθυμία να θυσιάσει κανείς άλλα αγαθά και υπηρεσίες), αναγνωρίζοντας ότι δεν θα επωφεληθούν όλοι οι καταναλωτές και ότι κάποιοι ίσως να βγουν χαμένοι και να πρέπει να αποζημιωθούν. Η συνεισφορά του Mishan ήταν ότι μετατόπισε το επίκεντρο της αντιπαράθεσης και της πρακτικής μέτρησης στη χρηματική αποζημίωση, την οποία απαιτούν τα άτομα εξαιτίας της επιδείνωσης της υγείας τους, ή στο ποσό το οποίο θα ήταν διατεθειμένα να πληρώσουν για τη βελτίωσή της.

Οι υποστηρικτές της σχολής Pareto, σχετικά με το τεστ αποζημίωσης, δεν αμέλησαν να επιστημονούν ότι η μελέτη θα πρέπει να επικεντρώνεται στις αποφάσεις που λαμβάνουν τα άτομα ως προς την υγεία και το χρήμα υπό καθεστώς αβεβαιότητας και όχι υπό καθεστώς βεβαιότητας (Jones-Lee 1976). Στο πλαίσιο ενός σεναρίου βεβαιότητας, ένα άτομο θα μπορούσε να ζητήσει απεριόριστη αποζημίωση, λόγω χάρη, για απώλεια ζωής, πράγμα που θα καθιστούσε τη CBA δύσχρηστη. Αντιθέτως, υποστηρίχθηκε ότι οι αποτιμήσεις θα πρέπει να γίνονται αντισταθμίζοντας τα χρηματικά μεγέθη με τον κίνδυνο για την υγεία. Με βάση αυτή την ιδέα, δηλαδή το να αποτιμάται η αποκαλούμενη «στατιστική» και όχι η πραγματική ζωή, προέκυψαν δύο είδη έρευνας. Η πρώτη περιλάμβανε τις μελέτες αποκαλυπτόμενης προτίμησης, οι οποίες εξετάζουν την αντιστάθμιση ημερομισθίου-κινδύνου. Η δεύτερη περιλάμβανε τις μελέτες δεδηλωμένης προτίμησης, στο πλαίσιο των οποίων εξετάζονται υποθετικά σενάρια και η προθυμία πληρωμής. Αυτό το δεύτερο είδος ερευνητικής μεθόδου έμεινε γνωστό ως ενδεχόμενη αποτίμηση.

7.2.3. Μελέτες αποκαλυπτόμενης προτίμησης

Έχουν δημοσιευθεί πολλές μελέτες ημερομισθίου-κινδύνου, στόχος των οποίων είναι να διερευνήσουν τη σχέση ανάμεσα σε συγκεκριμένους κινδύνους για την υγεία, οι οποίοι συνδέονται με επικίνδυνες εργασίες, και στα ημερομίσθια που απαιτούν τα άτομα για να αποδεχθούν τις εργασίες αυτές (Marin και Psacharopoulos 1982). Η προσέγγιση αυτή είναι σύμφωνη με το πλαίσιο της οικονομικής της ευημερίας που μόλις εξετάσαμε, αφού θεωρεί ότι οι ατομικές προτιμήσεις όσον αφορά την αξία του αυξημένου (ή μειωμένου) κινδύνου για την υγεία, όπως ο τραυματισμός κατά την εργασία, αποτελούν αντιστάθμισμα για την αύξηση (μείωση) του εισοδήματος, η οποία αντιπροσωπεύει κάθε άλλο αγαθό και υπηρεσία που ίσως να καταναλώνει το άτομο. Ένα παράδειγμα της προσέγγισης ημερομισθίου-κινδύνου παρατίθεται στο Πλαίσιο 7.6.

*Πλαίσιο 7.6.**Αξία στατιστικής ζωής**Παράδειγμα ημερομισθίου-κινδύνου*

«Έστω ότι οι εργασίες A και B είναι πανομοιότυπες, με τη διαφορά ότι οι εργαζόμενοι στην A αντιμετωπίζουν υψηλότερο ετήσιο κίνδυνο θανάσιμου τραυματισμού, έτσι ώστε κατά μέσο όρο σημειώνεται ένας παραπάνω εργασιακός θάνατος ανά έτος για κάθε 10.000 απασχολούμενους στην εργασία A σε σχέση με τη B, ενώ οι απασχολούμενοι στην εργασία A κερδίζουν 500 δολάρια περισσότερο ετησίως από εκείνους της εργασίας B. Άρα, η συνεπαγόμενη αξία της στατιστικής ζωής είναι 5 εκατομμύρια δολάρια για τους απασχολούμενους στην εργασία B, οι οποίοι είναι διατεθειμένοι να παραιτηθούν από 500 δολάρια ετησίως έναντι 1 στις 10.000 χαμηλότερου ετήσιου κινδύνου» (Fisher και συν. 1989).

Το δυνατό σημείο της προσέγγισης ημερομισθίου-κινδύνου είναι ότι βασίζεται σε πραγματικές καταναλωτικές επιλογές, οι οποίες περιλαμβάνουν την αντιστάθμιση υγείας και χρημάτων, και όχι σε υποθετικά σενάρια και δηλώσεις προτίμησης. Ωστόσο, το αδύνατο σημείο της είναι ότι οι εκτιμώμενες αξίες ποικίλλουν και η εκτίμηση φαίνεται να αφορά κάποια συγκεκριμένα γενικά πλαίσια και θέσεις εργασίας. Όταν χρησιμοποιούμε δεδομένα παρατηρήσεων, το πρόβλημα είναι πάντα ότι πρέπει να βγάλουμε άκρη μέσα από το πλήθος των παραγόντων που περιπλέκουν τη σχέση ανάμεσα στο ημερομίσθιο και στον κίνδυνο για την υγεία. Επιπλέον, για να χρησιμοποιήσουμε αυτήν τη σχέση σε μια συγκεκριμένη CBA ενός θεραπευτικού προγράμματος, πρέπει οπωσδήποτε να παρατηρήσουμε μια επαγγελματική επιλογή, όπου η αποζημίωση ή η πληρωμή εστιάζεται στη σχετική έκβαση υγείας. Ουσιαστικότερη ανησυχία προκαλεί το γεγονός ότι οι παρατηρούμενες αντισταθμίσεις κινδύνου-χρήματος ενδέχεται να μην αντανακλούν εκείνο το είδος προτιμήσεων που αποκαλύπτουν κάποια ορθολογική επιλογή και στις οποίες πιστεύουν οι οικονομολόγοι. Αυτό μπορεί να συμβαίνει επειδή στις αγορές εργασίας παρεμβάλλονται πλήθος ατέλειες, ενώ υπάρχουν και περιορισμοί στον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνονται τα άτομα τους επαγγελματικούς κινδύνους. Δεν είναι δυνατόν να προχωρήσουμε σε εκτενή επισκόπηση του όγκου των εργασιών που έχουν γίνει σ' αυτό τον τομέα. Όποιος, όμως,

αναγνώστης ενδιαφέρεται για μία αξιολόγηση επισκόπηση μπορεί να ανατρίξει στον Viscusi (1992).

Σ' αυτό το σημείο αξίζει να επισημάνουμε ότι υπάρχει άλλη μία αρχή αποτίμησης, η οποία θα μπορούσε να ονομαστεί αποκαλυπτόμενη προτίμηση, αλλά δεν βασίζεται στους επιμέρους καταναλωτές. Η προσέγγιση αυτή συνίσταται σε επισκόπηση παλαιότερων αποφάσεων, όπως οι δικαστικές αποφάσεις για αποζημιώσεις τραυματισμών, προκειμένου να εξαχθεί η ελάχιστη αξία που προσδίδει η κοινωνία (ή οι αιρετοί αντιπρόσωποί της) στις εκβάσεις υγείας (Mooney 1977). Στην πράξη, ωστόσο, πολλές από αυτές τις δικαστικές αποφάσεις βασίζονται στον υπολογισμό προεξοφλημένων ροών εισοδήματος με βάση το ανθρώπινο κεφάλαιο. Αν μετατοπίσουμε ελαφρά το εστιακό σημείο, μπορεί να μπούμε στον πειρασμό να χρησιμοποιήσουμε την επισκόπηση παλαιότερων αποφάσεων της κυβέρνησης σχετικά με τη χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης ως πηγή αποκαλυπτόμενης προτίμησης, προκειμένου να προσδιορίσουμε τις χρηματικές αξίες που προσδίδονται στις εκβάσεις υγείας. Ελλοχεύει, όμως, ο κίνδυνος της ταυτολογίας, αφού θα χρησιμοποιήσουμε παλαιότερες αποφάσεις για μελλοντικές αναλύσεις, πιστεύοντας ότι για να ληφθούν αυτές οι αποφάσεις κάποια ορθολογική διεργασία είχε όντως αποκαλύψει τις αξίες που προσδίδει η κοινωνία στις εκβάσεις της υγείας.

7.2.4. Μελέτες ενδεχόμενης αποτίμησης

Όπως υποδεικνύει και το όνομα, οι μελέτες ενδεχόμενης αποτίμησης εφαρμόζουν ερευνητικές μεθόδους προκειμένου να θέσουν στους ερωτώμενους υποθετικά σενάρια σχετικά με το αξιολογούμενο πρόγραμμα ή πρόβλημα. Ζητείται από τους ερωτώμενους να σκεφτούν το ενδεχόμενο να υπάρχει πραγματική αγορά για το πρόγραμμα ή το όφελος για την υγεία και να αποκαλύψουν το μέγιστο ποσό που θα ήταν διατεθειμένοι να πληρώσουν για ένα τέτοιο πρόγραμμα ή όφελος. Γιατί ενδιαφερόμαστε για τη μέγιστη προθυμία για πληρωμή; Ας εξετάσουμε την απλή απόφαση ενός καταναλωτή να αγοράσει μια σοκολάτα. Ένα μέτρο της αξίας την οποία προσδίδει στη σοκολάτα είναι το μέγιστο ποσό που θα ήταν διατεθειμένος να πληρώσει. Η διαφορά ανάμεσα στην αξία αυτή και στην τιμή, την οποία πρέπει να πληρώσει στην αγορά, είναι γνωστή ως καταναλωτικό πλεόνασμα. Στην περίπτωση, βέβαια, προϊόντων όπως η σοκολάτα δεν είναι ανάγκη να προσλάβει κανείς υψηλόμισθους οικονομολόγους για να διεξάγουν επίσημη ανάλυση κόστους-οφέλους. Κάθε καταναλωτής κάνει τον υπολογισμό αυτό με το μυαλό του. Ωστόσο, η

λογική αυτή μεταφέρεται στις μελέτες ενδεχόμενης αποτίμησης για μη αγοραία αγαθά, όπως τα προγράμματα υγειονομικής περίθαλψης, όπου για λόγους συλλογικής χρηματοδότησης προσπαθούμε να εκτιμήσουμε την αξία σε σχέση με το κόστος. Άρα, στις μελέτες ενδεχόμενης αποτίμησης ζητάμε από τους καταναλωτές να συλλογιστούν τι θα ήταν διατεθειμένοι να πληρώσουν, δηλαδή ποια άλλα αγαθά θα ήταν διατεθειμένοι να θυσιάσουν για να αποκομίσουν τα οφέλη του προγράμματος αν βρίσκονταν στην αγορά.

Εδώ θεωρούμε ότι τα οφέλη από τα προγράμματα υγείας ορίζονται με πολύ γενικό τρόπο. Κάποια από αυτά μπορεί να αφορούν βελτιώσεις στην κατάσταση της υγείας, ενώ άλλα μπορεί να αφορούν ιδιότητες όπως η αξία της πληροφόρησης ή η αξία που προσδίδεται στη διαδικασία της περίθαλψης (Donaldson και Shackley, 1997). Αυτό ακριβώς το σύνολο καταναλωτικού πλεονάσματος – το οποίο μπορεί να είναι μεγάλο, μικρό, θετικό ή αρνητικό – των ατόμων αποτελεί τη βάση του κόστους-οφέλους. Συνεπώς, από πολλές απόψεις οι μελέτες CBA, οι οποίες βασίζονται στην ενδεχόμενη αξιολόγηση και στις δηλώσεις περί προθυμίας πληρωμής, μπορούν να θεωρηθούν απόπειρες να υποκατασταθούν –υποθετικά έστω– όσες αγορές απουσιάζουν. Αυτό γίνεται σε μια προσπάθεια να μετρήσουμε τη βασική καταναλωτική ζήτηση και αποτίμηση για τα μη αγοραία κοινωνικά αγαθά, όπως τα προγράμματα υγειονομικής περίθαλψης.

Προτού εξετάσουμε τη χρήση των μεθόδων ενδεχόμενης αποτίμησης στην υγειονομική περίθαλψη, πρέπει να αναγνωρίσουμε το γεγονός ότι η ανάγκη να συμπεριλαμβάνεται στη CBA η αποτίμηση των κερδών και των ζημιών ως προς την υγεία προέκυψε από άλλους δημόσιους τομείς, όπως οι μεταφορές και το περιβάλλον. Πράγματι, μεγάλο μέρος του πρωτοποριακού έργου όσον αφορά τις μεθόδους ενδεχόμενης αποτίμησης έγινε στο πλαίσιο της ανάλυσης κόστους-οφέλους για τις μεταφορές, από οικονομολόγους όπως ο Jones-Lee (1976). Στο πλαίσιο 7.7. παρουσιάζεται ένα παράδειγμα ερωτήματος ενδεχόμενης αποτίμησης. Το ζητούμενο είναι να εκτιμηθεί η χρηματική αξία της απώλειας ζωής στο γενικό πλαίσιο της οδικής ασφάλειας. Όπως είναι φανερό, σημαντικό πλεονέκτημα αυτού του παραδείγματος είναι ο ρεαλισμός, αφού περιλαμβάνει μιαν ευνόητη επιλογή που έχουν αντιμετωπίσει πολλοί άνθρωποι – αν και με ελαφρώς μικρότερη ακρίβεια ως προς τον κίνδυνο θανάτου! Άρα, στο παράδειγμα αυτό δεν είναι δύσκολο να φανταστούμε ποιο είναι το ενδεχόμενο, αφού υπάρχουν αγορές αυτοκινήτων όπου η τιμή σχετίζεται με κάποια χαρακτηριστικά ασφαλείας (αν συμπεριλαμβάνεται ή όχι αερόσακος). Μ' αυτό το παράδειγμα, μάλιστα, μπορεί κανείς ακό-

μα και να συγκρίνει δεδογμένες και αποκαλυπτόμενες προτιμήσεις με βάση πραγματικά δεδομένα της αγοράς.

Πλαίσιο 7.7.

Αξία στατιστικής ζωής: παράδειγμα ενδεχόμενης αποτίμησης της οδικής ασφαλείας.

«Εστω ότι αγοράζετε μια συγκεκριμένη μάρκα αυτοκινήτου. Αν θέλετε, μπορείτε να επιλέξετε να εγκαταστήσετε στο αυτοκίνητο ένα νέο χαρακτηριστικό ασφαλείας με πρόσθετο κόστος. Οι δύο επόμενες ερωτήσεις αφορούν το πρόσθετο ποσό που είστε προετοιμασμένοι να πληρώσετε για κάποια διαφορετικά χαρακτηριστικά ασφαλείας. Πρέπει να έχετε κατά νου το ποσό που μπορείτε να δαπανήσετε.

»Όπως ήδη αναφέραμε, ο κίνδυνος να σκοτωθεί ένας οδηγός αυτοκινήτου σε δυστύχημα είναι 10 προς 100.000. Μπορείτε να διαλέξετε να εγκαταστήσετε το χαρακτηριστικό ασφαλείας στο αυτοκίνητό σας, πράγμα που θα μειώσει στο μισό τον κίνδυνο να σκοτωθεί ο οδηγός, δηλαδή στο 5 προς 100.000. Λαμβάνοντας υπόψη το ποσό που μπορείτε προσωπικά να δαπανήσετε, ποιο είναι το μέγιστο ποσό που θα ήσαστε προετοιμασμένοι να πληρώσετε για να εγκαταστήσετε στο αυτοκίνητό σας αυτό το χαρακτηριστικό ασφαλείας;» (Jones-Lee και συν. 1985).

Υποθετικό παράδειγμα

Τρέχων κίνδυνος θανάτου χωρίς το χαρακτηριστικό ασφαλείας	= 10 στις 100.000
Νέος κίνδυνος με το χαρακτηριστικό ασφαλείας	= 5 στις 100.000
Μείωση κίνδυνου (dR)	= 5 στις 100.000
Μέγιστο επιπλέον ποσό που είστε διατεθειμένοι να πληρώσετε (dV)	= 50 στερλίνες
Συνεπαγόμενη αξία ζωής	= dV/dR
	= 50 στερλίνες/ 5×10^{-5}
	= 1 εκατ. στερλίνες

Πλαίσιο 7.8.

Χρήση ερωτημάτων ως προς την προθυμία πληρωμής και την προθυμία αποδοχής στο πλαίσιο της επανορθωτικής και της ισοδύναμης μεταβολής. Πηγή: O'Brien και Gafni, 1996

Χρονική σκοπιά και κατάσταση προγράμματος		Ο καταναλωτής χάνει ή κερδίζει χρησιμότητα από τη μεταβολή πριν-μετά;	Επανορθωτική Μεταβολή (CV)	Ισοδύναμη Μεταβολή (EV)
Πριν	Μετά		Δολάρια +/- που απαιτούνται μετά την αλλαγή προκειμένου να εξισωθεί η χρησιμότητα με εκείνη που υπήρχε πριν από την αλλαγή	Δολάρια +/- που απαιτούνται πριν από την αλλαγή προκειμένου να εξισωθεί η χρησιμότητα με εκείνη που υπάρχει μετά την αλλαγή
Κανένα πρόγραμμα	Πρόγραμμα A	Κέρδος	A ₁ Προθυμία πληρωμής (WTP): Το μέγιστο ποσό που πρέπει να αφαιρεθεί από τον κερδισμένο προκειμένου να διατηρηθεί το τρέχον (πριν) επίπεδο χρησιμότητας.	A ₃ Προθυμία αποδοχής (WTA): Το ελάχιστο ποσό που πρέπει να καταβληθεί στους δυνητικά κερδισμένους προκειμένου να παραιτηθούν από το κέρδος και να εξισωθεί η χρησιμότητα με εκείνη που θα υπήρχε μετά την αλλαγή.
	Πρόγραμμα		A ₂ Προθυμία αποδοχής (WTA): Το ελάχιστο ποσό που πρέπει να καταβληθεί στον ζημιωμένο προκειμένου να διατηρηθεί το τρέχον (πριν) επίπεδο χρησιμότητας.	A ₄ Προθυμία πληρωμής (WTP): Το μέγιστο ποσό που πρέπει να αφαιρεθεί από τον δυνητικά ζημιωμένο προκειμένου να παραιτηθεί από τη ζημία και να εξισωθεί η χρησιμότητα με εκείνη που θα υπήρχε μετά την αλλαγή.

Κανένα πρόγραμμα	Πρόγραμμα	Ζημία	B ₁ Προθυμία αποδοχής (WTA): Το ελάχιστο ποσό που πρέπει να καταβληθεί στον ζημιωμένο προκειμένου να διατηρηθεί το τρέχον (πριν) επίπεδο χρησιμότητας.	B ₃ Προθυμία πληρωμής (WTP): Το μέγιστο ποσό που πρέπει να αφαιρεθεί από τον δυνητικά ζημιωμένο προκειμένου να παραιτηθεί από τη ζημία και να εξισωθεί η χρησιμότητα με εκείνη που θα υπήρχε μετά την αλλαγή.
		Κέρδος	B ₂ Προθυμία πληρωμής (WTP): Το μέγιστο ποσό που πρέπει να αφαιρεθεί από τον κερδισμένο προκειμένου να διατηρηθεί το τρέχον (πριν) επίπεδο χρησιμότητας.	B ₄ Προθυμία αποδοχής (WTA): Το ελάχιστο ποσό που πρέπει να καταβληθεί στους δυνητικά κερδισμένους προκειμένου να παραιτηθούν από το κέρδος και να εξισωθεί η χρησιμότητα με εκείνη που θα υπήρχε μετά την αλλαγή.

Ένα ακόμα σύνολο από εννοιολογικές διακρίσεις παρουσιάζεται στο Πλαίσιο 7.8. Οι μελέτες μπορούν να αξιοποιήσουν εκείνη την έννοια της χρησιμότητας, η οποία αφορά είτε την επανορθωτική είτε την ισοδύναμη μεταβολή. Μπορούν, επίσης, να τεθούν ερωτήματα σχετικά με την προθυμία πληρωμής (WTP) ή την προθυμία αποδοχής (WTA), ανάλογα με το αν ένα πρόγραμμα εισάγεται ή καταργείται. Στο Πλαίσιο 7.8., κάτω από την έννοια επανορθωτικής μεταβολής και όσον αφορά την εισαγωγή ενός προγράμματος για ένα άτομο που βελτιώνει τη θέση του χάρη στο πρόγραμμα αυτό, θα θέλαμε να βρούμε το μέγιστο ποσό που πρέπει να αφαιρεθεί από τον κερδισμένο προκειμένου να διατηρηθεί το τρέχον (πριν από το πρόγραμμα) επίπεδο χρησιμότητας. Αυτό το ποσό θα ήταν το μέγιστο που θα ήταν διατεθειμένα τα άτομα να πληρώσουν προκειμένου να προχωρήσει το πρόγραμμα. Αντιθέτως, η ισοδύναμη μεταβολή για το ίδιο άτομο θα ήταν το ελάχιστο ποσό που πρέπει να καταβληθεί σε αυτό το δυνητικά κερδισμένο άτομο προκειμένου να αποποιηθεί το κέρδος και να εξισώσει τη χρησιμότητά του με εκείνη που θα υπήρχε μετά την αλλαγή. Άρα, η ισοδύναμη μεταβολή είναι το ελάχιστο ποσό που θα ήταν διατεθειμένο το άτομο να δεχθεί ως αποζημίωση για να παραιτηθεί από

το πρόγραμμα. Μια πιο επακριβής ανάλυση της προέλευσης και εξέταση αυτών των εννοιών μπορεί κανείς να βρει στη μελέτη του Johansson (1995). Το εν λόγω κείμενο περιλαμβάνει, επίσης, ανάλυση των συνθηκών κάτω από τις οποίες οι έννοιες αυτές αποδίδουν ίδιες χρηματικές αξίες. Όπως υποδεικνύουν οι επισκοπήσεις μελετών, οι οποίες περιλαμβάνουν χρηματική αποτίμηση των οφελών από τα προγράμματα υγείας, η πλειοψηφία των μελετών αυτών χρησιμοποιεί την έννοια της προθυμίας πληρωμής με βάση ένα γενικό πλαίσιο, το οποίο περιλαμβάνει την εισαγωγή ενός προγράμματος και την επανορθωτική μεταβολή (Diener και συν. 1997).

Πλαίσιο 7.9.

Μελέτες ενδεχόμενης αποτίμησης στον χώρο της υγειονομικής περίθαλψης

Ακολουθούν μερικά παραδείγματα δημοσιευμένων μελετών ενδεχόμενης αποτίμησης στον χώρο της υγειονομικής περίθαλψης. Οι περισσότερες από αυτές αποτελούν μελέτες σκοπιμότητας ή πιλοτικές μελέτες WTP και όχι πλήρεις μελέτες CBA.

Thompson (1986)	– νέο φάρμακο για την αρθρίτιδα
Appel και συν. (1990)	– μη ιονικά μέσα αντιδιαστολής
Donaldson (1990)	– φροντίδα για την τρίτη ηλικία
Berwick και Weinstein (1985)	– υπέρηχοι κατά την εγκυμοσύνη
Johannesson και Jönsson (1991)	– μείωση υπέρτασης/χοληστερίνης
Neumann και Johannesson (1994)	– γονιμοποίηση σε δοκιμαστικό σωλήνα
O'Brien και Viramontes (1994)	– χρόνια αποφρακτική πνευμονική νόσος
O'Brien και συν. (1995)	– νέο αντικαταθλιπτικό φάρμακο
Ryan και συν. (1997)	– προγεννητική φροντίδα

7.2.5. Μελέτες ενδεχόμενης αποτίμησης στην υγειονομική περίθαλψη

Τα τελευταία χρόνια έχει σημειωθεί ραγδαία αύξηση του αριθμού των μελετών ενδεχόμενης αποτίμησης, οι οποίες δημοσιεύονται στο πλαίσιο της βιβλιογραφίας της υγειονομικής περίθαλψης. Στο Πλαίσιο 7.9. παραθέτουμε μερικά παραδείγματα αυτών των μελετών, καθώς και της πολυ-

μορφίας των κλινικών τομέων που έχουν μελετηθεί και που ποικίλλουν από την αρθρίτιδα μέχρι την κατάθλιψη και τη γονιμοποίηση σε δοκιμαστικό σωλήνα. Θα πρέπει, ωστόσο, να επισημανθεί ότι οι περισσότερες από τις δημοσιευμένες μελέτες ενδεχόμενης αποτίμησης είναι από τη φύση τους πειραματικές και προσπαθούν να διερευνήσουν ζητήματα που αφορούν το εφικτό της μέτρησης και όχι να αποτελέσουν πλήρεις αξιολογήσεις προγραμμάτων με χρήση CBA. Αυτή η επιφυλακτική υιοθέτηση της ενδεχόμενης αποτίμησης οφείλεται εν μέρει σε κάποιες από τις εγγενείς δυσκολίες που χαρακτηρίζουν τη μέτρηση της προθυμίας πληρωμής και εν μέρει σε κάποιες συνεχιζόμενες εννοιολογικές διαφωνίες σχετικά με το τι ερωτήματα θα πρέπει να τίθενται και από ποιον στο πλαίσιο των μελετών ενδεχόμενης αποτίμησης που διεξάγονται στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Στο επόμενο υποκεφάλαιο εξετάζονται κάποιοι από τους θεωρητικούς και πρακτικούς παράγοντες που αντιμετωπίζει όποιος αναλυτής επιδιώξει να σχεδιάσει μια μελέτη ενδεχόμενης αποτίμησης για να αποτιμήσει τα οφέλη από ένα πρόγραμμα υγειονομικής περίθαλψης. Στόχος είναι να γίνει επισκόπηση και σύνοψη των ζητημάτων αυτών.

7.3. Τι μπορεί να εννοούμε με τον όρο «προθυμία πληρωμής»;

Η εφαρμογή μεθόδων για τη μέτρηση της προθυμίας πληρωμής (WTP) αποτελεί έναν τομέα της οικονομικής αξιολόγησης της υγείας, ο οποίος προσφέρεται για ανάπτυξη. Δεν πρέπει, όμως, να ξεχνάμε ότι η WTP αποτελεί τεχνική μέτρησης και ότι εκείνο που προσδιορίζει τη χρησιμότητά της ως προς την ανάλυση κόστους-οφέλους είναι το πώς και το γιατί εφαρμόζεται. Οι επισκοπήσεις μελετών WTP στον χώρο της υγειονομικής περίθαλψης έχουν αποκαλύψει μεγάλες διαφορές ως προς το ποιες ερωτήσεις τίθενται, από ποιον και πώς (O'Brien και Gafni 1996). Συνεπώς υπάρχει διαφωνία για το πώς θα πρέπει να μετρείται η WTP και πώς τέτοιου είδους μετρήσεις μπορούν να ενσωματωθούν στην ανάλυση κόστους-οφέλους.

Πλαίσιο 7.10.

Τι μπορεί να εννοούμε με τον όρο «προθυμία πληρωμής»;

<i>Εκτίμηση</i>	<i>Τρεις τρόποι για να καθοριστεί ένα αγαθό για αποτίμηση WTP με βάση τα οφέλη για την υγεία</i>	<i>Άλλα στοιχεία που αφορούν τη μέτρηση του οφέλους από το πρόγραμμα και θα μπορούσαν¹ να ενταχθούν στην αποτίμηση της WTP</i>
W	Μια βέβαιη έκβαση υγείας	} Μελλοντικές εξοικονομήσεις κόστους υγειονομικής περίθαλψης +/- Παραγωγικά κέρδη και εισοδηματικές επιπτώσεις
W*	Μια θεραπεία με αβέβαιη έκβαση	
W**	Πρόσβαση σε ένα πρόγραμμα θεραπείας, του οποίου η μελλοντική χρήση και οι εκβάσεις του είναι αβέβαιες	

¹Σημείωση: Η πρωταρχική μέθοδος για τη χρηματική αποτίμηση αυτών των οφελών που δεν αφορούν την υγεία, θα ήταν να χρησιμοποιήσουμε τις αγοραίες τιμές (ημερομίσθια, όσον αφορά την παραγωγή). Θεωρητικά, ωστόσο, το σενάριο της ενδεχόμενης αποτίμησης θα μπορούσε να αναφέρεται σε μίαν εντελώς ιδιωτικοποιημένη αγορά για όλα τα αγαθά και τις υπηρεσίες. Έτσι, ο ερωτώμενος θα πρέπει να δηλώσει ποια είναι η συνολική προθυμία πληρωμής του, με βάση όλα τα αποτελέσματα του προγράμματος.

Στο υποκεφάλαιο αυτό διερευνάμε διαφορετικούς τρόπους με τους οποίους μπορεί να καθοριστεί και να μετρηθεί η έννοια της WTP, προκειμένου να συμπεριληφθεί σε μίαν ανάλυση κόστους-οφέλους στον χώρο της υγειονομικής περίθαλψης. Ένα απλό πλαίσιο παρατίθεται στο Πλαίσιο 7.10., όπου γίνεται διάκριση ανάμεσα σε αυτές καθαυτές τις βελτιώσεις στην υγεία και σε άλλες πηγές οφέλους, που θεωρητικά θα μπορούσαν όλες να αποτιμηθούν με βάση την WTP. Όσον αφορά το στοιχείο της υγείας, λαμβάνουμε επίσης υπόψη και τη φύση του αγαθού που καθορίζεται από μια μελέτη WTP, δίνοντας έμφαση στον ρόλο της αβεβαιότητας. Στα ακόλουθα υποκεφάλαια περιγράφουμε και απεικονίζουμε το πλαίσιο αυτό.

7.3.1. Σφαιρική έναντι περιορισμένης WTP

Υπάρχουν τρεις ευρείες κατηγορίες οφελών που μπορούν να προκύψουν από ένα πρόγραμμα υγειονομικής περίθαλψης: (1) άυλα οφέλη, τα οποία συνίστανται στην αξία αυτής καθ'αυτής της βελτιωμένης υγείας για τον επιμέρους καταναλωτή ενός προγράμματος, (2) μελλοντικά κόστη υγειονομικής περίθαλψης, τα οποία αποφεύγονται, (3) αύξηση του παραγωγικού προϊόντος επειδή βελτιώθηκε η κατάσταση της υγείας. «Περιορισμένη» προοπτική της προθυμίας πληρωμής είναι εκείνη που λέει ότι η έννοια αυτή θα πρέπει να χρησιμοποιείται μόνο για να αποτιμηθούν οι συνιστώσες του οφέλους για τις οποίες δεν υπάρχει καμία χρηματική αξία από άλλη αγοραία πηγή. Στο πλαίσιο αυτής της προσέγγισης, οι εκτιμήσεις WTP περιορίζονται στο να εκφράζουν ποσοτικά τη χρηματική αξία αυτών καθ'αυτών των μεταβολών στην υγεία, όπου κάθε εξοικονόμηση κόστους υγειονομικής περίθαλψης και κάθε παραγωγικό κέρδος που προκύπτει στο μέλλον αποτιμάται βάσει αγοραίων τιμών.

Μια εναλλακτική «σφαιρική» προοπτική του ζητήματος αυτού είναι να υποστηρίξουμε ότι σκοπός της μελέτης ενδεχόμενης αποτίμησης είναι να μάθουμε πώς ο επιμέρους καταναλωτής θα αποτιμούσε ένα συγκεκριμένο πρόγραμμα υγειονομικής περίθαλψης, σε έναν κόσμο όπου λειτουργούν ιδιωτικές αγορές και υπάρχουν ενδείξεις τιμών για όλα τα αγαθά και τις υπηρεσίες. Ωστόσο, προϋπόθεση για ενδεχόμενη αποτίμηση με αυτό το σενάριο ελεύθερης αγοράς είναι ότι θα ζητήσουμε από τον ερωτώμενο να λάβει υπόψη στην αποτίμησή του όσα μελλοντικά κόστη υγειονομικής περίθαλψης θα τον βάρυναν προσωπικά στον κόσμο της ιδιωτικής αγοράς, καθώς και τις σχετικές με την εργασία επιπτώσεις στο εισόδημα που προκύπτουν, εξαιτίας κακής υγείας ή θεραπείας. Έστω μια απόφαση για την αγορά ενός ακριβότερου, αλλά αποτελεσματικότερου φαρμάκου για το κρυολόγημα, χωρίς συνταγή από ένα φαρμακείο. Η απόφαση του καταναλωτή (και η προθυμία πληρωμής του) δεν θα καθοριστεί μόνο από τα αναμενόμενα οφέλη για την υγεία, αλλά εν μέρει και από την αντιστάθμιση του κόστους άλλων φαρμάκων, τα οποία ίσως να μην είναι ανάγκη πλέον να προμηθευτεί, αφού αγόρασε το ακριβότερο φάρμακο για το κρυολόγημα. Μπορεί, επίσης, να λάβει υπόψη και τα κόστη που σχετίζονται με την απουσία από την εργασία του, προκειμένου να αποφασίσει αν θα αγοράσει ή όχι το ακριβότερο φάρμακο. Συνεπώς, σ' αυτό το παράδειγμα απλής καταναλωτικής αγοράς υπό καθεστώς ελεύθερου ανταγωνισμού, η προθυμία μου να πληρώσω για ένα φάρμακο δεν αποτελεί συνάρτηση μόνο των οφελών για την υγεία μου,

αλλά και της μελλοντικής εξοικονόμησης εξόδων που πρέπει να εξοφλούνται άμεσα, καθώς και των επιπτώσεων στο εισόδημα, εξαιτίας της απουσίας από την εργασία μου. Αναλογικά, αυτός ο τρόπος σκέψης μπορεί να μεταφερθεί σε ενδεχόμενες αγορές προγραμμάτων υγειονομικής περίθαλψης, τα οποία καλύπτονται από τις ασφάλειες ή τη φορολογία.

Όπως εξετάσαμε παραπάνω και παρουσιάσαμε στο Πλαίσιο 7.10., η έννοια των ενδεχόμενων αγορών είναι πολύ ισχυρή και μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να αποδοθούν χρηματικές αξίες σε κάθε πτυχή του οφέλους που προκύπτει από ένα πρόγραμμα υγειονομικής περίθαλψης και όχι απλώς στην αξία της ίδιας της υγείας. Μολονότι αυτές οι σφαιρικές και περιορισμένες στρατηγικές αποτελούν εναλλακτικούς τρόπους για να προχωρήσουμε, πρέπει να αντιμετωπίσουμε με μεγάλη επιφύλαξη τον τρόπο με τον οποίο υποβάλλονται οι ερωτήσεις στα υποκείμενα της μελέτης και το αν υπάρχει πιθανότητα για διπλό υπολογισμό κάποιων οφελών από το πρόγραμμα. Όταν αξιολογούμε την προθυμία πληρωμής ενός ατόμου για ένα νέο φάρμακο κατά της υπέρτασης, πρέπει να δηλωθεί ρητά στον ερωτώμενο αν θα πρέπει να λάβει υπόψη τις επιπτώσεις στο εισόδημά του επειδή απουσίασε από την εργασία του λόγω της νόσου ή της θεραπείας της. Ο διπλός υπολογισμός θα μπορούσε να προκύψει αν, απαντώντας στις ερωτήσεις σχετικά με τη WTP, το άτομο είχε λάβει υπόψη τις επιπτώσεις στο εισόδημα, αλλά ο αναλυτής είχε και εκείνος αποτιμήσει κάποια παραγωγικά κέρδη με βάση στοιχεία για τα ημερομίσθια (δηλαδή, έχει κάνει υπολογισμό με βάση το ανθρώπινο κεφάλαιο).

7.3.2. Τι είδους αγαθά ή υπηρεσίες αποτιμάμε;

Ακόμα κι αν εστιάσουμε την προσοχή μας στην περιορισμένη μορφή της WTP, η οποία βασίζεται στα οφέλη για την υγεία, όπως φαίνεται στο πλαίσιο 7.10., υπάρχουν τουλάχιστον τρεις τρόποι για να προσδιοριστούν τα αγαθά ή οι υπηρεσίες που θα αποτιμήσουμε: (1) βρίσκουμε την προθυμία πληρωμής σε σχέση με μια συγκεκριμένη έκβαση υγείας (W), (2) βρίσκουμε την προθυμία πληρωμής για μια θεραπευτική αγωγή με αβέβαιες εκβάσεις για την υγεία (W^*), (3) βρίσκουμε την προθυμία πληρωμής για πρόσβαση σε ένα θεραπευτικό πρόγραμμα του οποίου τόσο η μελλοντική χρήση όσο και οι τελικές εκροές είναι αβέβαιες (W^{**}). Σύμφωνα με τη θεωρία περί ατέλειας της αγοράς υγειονομικής περίθαλψης, που διατύπωσε ο Arrow στο πλαίσιο της οικονομικής της ευημερίας (1963), η βασική διαφορά ανάμεσα στους τρεις αυτούς ορισμούς του αγα-

θού ή της υπηρεσίας που αποτιμάμε είναι η αβεβαιότητα. Η διαφορά μεταξύ W και W^* είναι ότι, όσον αφορά τις εκβάσεις μιας συγκεκριμένης θεραπευτικής αγωγής, εντάσσουμε την αβεβαιότητα στην πλευρά της προσφοράς. Όταν περνάμε στη W^{**} , περιλαμβάνουμε την αβεβαιότητα και στην πλευρά της ζήτησης, καθώς τίθενται στα άτομα ερωτήσεις σχετικά με την προθυμία τους να πληρώσουν για ένα πρόγραμμα υγειονομικής περίθαλψης, με δεδομένο ότι δεν είναι βέβαιο αν θα χρειαστούν ή θα ζητήσουν αυτή την υπηρεσία στο μέλλον.

Στις επόμενες παραγράφους εξετάζουμε αυτούς τους τρεις ορισμούς των αποτιμώμενων αγαθών ή υπηρεσιών, όπως παρουσιάζονται στο Πλαίσιο 7.10.

Αποτίμηση μιας βέβαιης έκβασης υγείας (W)

Συγγραφείς όπως ο Pauly (1995) έχουν υποδείξει ότι η εύρεση της «σκιώδους τιμής» ενός QALY μπορεί να αποτελέσει γέφυρα ανάμεσα στην ανάλυση κόστους-χρησιμότητας και στην ανάλυση κόστους-οφέλους. Έχουν γίνει, επίσης, και κάποιες εμπειρικές έρευνες στη σχέση ανάμεσα στις μετρήσεις καταστάσεων υγείας και στην WTP (Reed-Johnson 1994). Οι μελέτες που συγκαταλέγονται σ' αυτή την πρώτη χρήση της WTP για την αποτίμηση βέβαιων εκβάσεων υγείας περιλαμβάνουν την πρώτη εργασία του Thompson (1986). Στο πλαίσιο της εργασίας αυτής τέθηκαν σε άτομα με αρθρίτιδα ανοικτές ερωτήσεις σχετικά με το μέγιστο ποσό που θα ήταν διατεθειμένα να πληρώσουν προκειμένου να θεραπευτούν.

Αποτίμηση μιας θεραπευτικής αγωγής με αβέβαιες εκβάσεις (W^)*

Όπως έχουν υποδείξει συγγραφείς όπως ο Gafni (1991), ένας από τους λόγους για τους οποίους δεν μπορούμε απόλυτα να στηρίξουμε τις εκτιμήσεις WTP σε βέβαιες εκβάσεις υγείας, είναι ότι οι συνέπειες από τα προγράμματα υγειονομικής περίθαλψης είναι εγγενώς αβέβαιες. Συνεπώς, στο πλαίσιο της W^* στόχος της μέτρησης είναι να προσδιορίσει το μέγιστο ποσό το οποίο θα ήταν διατεθειμένος να πληρώσει ο ερωτώμενος προκειμένου να καταναλώσει ένα θεραπευτικό πρόγραμμα που η έκβαση δεν είναι βέβαιη, αλλά έχει καθορισμένες πιθανότητες. Μολονότι μπορεί κανείς να πολλαπλασιάσει συγκεκριμένες αξίες ως προς την υγεία (h) με τις πιθανότητες προκειμένου να επινοήσει τις προσδοκώμενες χρηματικές αξίες του προγράμματος, οι αξίες οι οποίες συλλέγονται άμεσα σε σχέση με τις αβέβαιες προοπτικές (W^*) θα ισούνται με τις προσδοκώμενες αξίες μόνο αν τα άτομα είναι ουδέτερα ως προς τον κίνδυνο όσον αφορά το εισόδημα και την υγεία.

Αποτίμηση της πρόσβασης σ' ένα θεραπευτικό πρόγραμμα (W^{**})

Στις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες παρατηρούμε ότι οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης χρηματοδοτούνται και παρέχονται με βάση τις ασφαλιστικές ή φορολογικές εισφορές. Αυτό αντανακλά ένα σημαντικό χαρακτηριστικό γνώρισμα της αγοράς υγειονομικής περίθαλψης, δηλαδή ότι η αρρώστια και η ζήτηση για υγειονομική περίθαλψη διακρίνονται από αβεβαιότητα. Τέτοιου είδους ασφαλιστικές ή φορολογικές ρυθμίσεις έχουν ως αποτέλεσμα ότι μέχρι τη στιγμή που παρέχεται μια υπηρεσία τα άτομα δεν βαρύνονται με το πλήρες κόστος της (αν υπάρχει). Έτσι, ο Gafni (1991) υποστήριξε ότι τα ερωτήματα που αφορούν την προθυμία πληρωμής θα πρέπει να διατυπώνονται έτσι ώστε να ενσωματώνουν αυτή την αβεβαιότητα στην πλευρά της ζήτησης. Συγκεκριμένα, στο Πλαίσιο 7.10. ορίζουμε τη W^{**} ως το μέγιστο ποσό που θα ήταν διατεθειμένο να πληρώσει ένα άτομο για να έχει πρόσβαση σε ένα θεραπευτικό πρόγραμμα, του οποίου η μελλοντική χρήση και οι θεραπευτικές εκβάσεις είναι αβέβαιες. Αυτή η υποθετική εκλογή μπορεί να χρησιμοποιεί τα αυξημένα ασφάλιστρα ή τη φορολογία ως μέσον πληρωμής για να εξασφαλίζεται η διαθεσιμότητα του προγράμματος. Άρα, γίνεται διάκριση ανάμεσα στην *ex post* προοπτική, όπως η W^* , όπου το άτομο που διεξάγει την αποτίμηση γνωρίζει ότι είναι καταναλωτής της θεραπείας και ότι η μόνη αβεβαιότητα αφορά την πιθανότητα να προκύψουν οι εκβάσεις, και την *ex ante* προοπτική, όπως η W^{**} , όπου το άτομο πρέπει να περιλαμβάνει στην αποτίμησή του την πιθανότητα έλευσης της νόσου και την ανάγκη παροχής της εν λόγω υπηρεσίας.

Στο Πλαίσιο 7.11. επεξηγούμε τη διαφορά ανάμεσα στην *ex post* και στην *ex ante* προοπτική, χρησιμοποιώντας ένα παράδειγμα τεχνητής γονιμοποίησης από τη μελέτη του Neumann και του Johannesson (1994). Επρόκειτο για μια μελέτη σε επίπεδο πληθυσμού, στο πλαίσιο της οποίας οι συγγραφείς διερεύνησαν την προθυμία πληρωμής για υπηρεσίες τεχνητής γονιμοποίησης, χρησιμοποιώντας ένα *ex post* σενάριο (αν υποθεθεί πρόβλημα γονιμότητας, πληρώνεις από την τσέπη σου) και ένα *ex ante* σενάριο (όπου ζητάμε από τα άτομα να υποθέσουν ότι έχουν πιθανότητα 10% να μην είναι γόνιμα και ότι μπορούν να αγοράσουν ασφαλιστική κάλυψη για τεχνητή γονιμοποίηση). Το αξιοσημείωτο από το Πλαίσιο 7.11. είναι ότι η συνεπαγόμενη αξία ανά στατιστικό βρέφος είναι πολύ μεγαλύτερη με βάση την *ex ante* προσέγγιση ή προσέγγιση με βάση το ασφαλιστικό πρόγραμμα (1,8 εκατομμύρια δολάρια), παρά με βάση την *ex post* ή προσέγγιση με βάση τον χρήστη (0,17 εκατομμύρια δολάρια). Αυτό συμβαίνει επειδή στην πρώτη περίπτωση τα άτομα ενσω-

ματώνουν πλέον στην αποτίμηση της πρόσβασής τους στο πρόγραμμα και την αποστρόφη τους για τον κίνδυνο.

Περαιτέρω στοιχεία για το πώς μπορούν να τεθούν στην πράξη τέτοιου είδους *ex ante* ερωτήματα, βασισμένα στην ασφάλεια, θα βρείτε στο Πλαίσιο 7.12., το οποίο έχει ληφθεί από την εργασία του O'Brien και συν. (1997).

Πλαίσιο 7.11.

Προθυμία πληρωμής για τεχνητή γονιμοποίηση

Η μελέτη αυτή επεξηγεί δύο διαφορετικές προσεγγίσεις όσον αφορά τη διατύπωση ερωτημάτων ενδεχόμενης αποτίμησης. Η *ex post* προσέγγιση ή προσέγγιση με βάση το χρήστη, αφορά το ποσό που θα πληρώσει κανείς τη στιγμή της κατανάλωσης. Η *ex ante* προσέγγιση ή προσέγγιση με βάση το ασφαλιστικό πρόγραμμα, αφορά το ποσό που θα πληρώσει κανείς για ασφαλιστική κάλυψη.

Ex post προοπτική (με βάση τον χρήστη)

- υποθέστε ότι δεν είστε γόνιμη και θέλετε να αποκτήσετε παιδιά
- εάν αγοραστεί, η τεχνητή γονιμοποίηση έχει πιθανότητα επιτυχίας 10%
- μέση WTP 17.730 δολάρια (για ποσοστό επιτυχίας 10%)
- 28.054 δολάρια (για ποσοστό επιτυχίας 25%)
- 43.576 δολάρια (για ποσοστό επιτυχίας 50%)

Ex ante προοπτική (με βάση το ασφαλιστικό πρόγραμμα)

- υποθέστε ότι έχετε πιθανότητα 10% να μην είστε γόνιμη
- η τεχνητή γονιμοποίηση έχει πιθανότητα επιτυχίας 10%
- μπορείτε να αγοράσετε ασφαλιστική κάλυψη για τεχνητή γονιμοποίηση
- μέση WTP 865 δολάρια

Συνεπαγόμενη WTP ανά στατιστικό βρέφος

- 177.730 (με βάση τον χρήστη)
- 1,8 εκατομμύρια δολάρια (με βάση το ασφαλιστικό πρόγραμμα)

Πηγή: Neumann and Johannesson (1994)

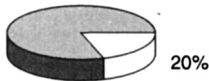
Πλαίσιο 7.12.**Παράδειγμα ex ante WTP με βάση το ασφαλιστικό πρόγραμμα**

Επιλογή Α: Το ασφαλιστικό σας πρόγραμμα καλύπτει τη χημειοθεραπεία

- Υποθέσατε ότι η πιθανότητα να πάθετε καρκίνο στα επόμενα 5 έτη είναι 1 στις 100
- Συνεχίζετε να πληρώνετε το τρέχον μηνιαίο ασφάλιστρο για υγειονομική περίθαλψη

Αν πάθετε καρκίνο:

- Υποβάλλεστε σε χημειοθεραπεία χωρίς GCSF
- Ύστερα από 6 κύκλους χημειοθεραπείας, η πιθανότητα να αναπτύξετε ουδετεροπενικό πυρετό είναι:



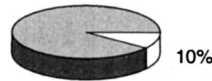
- Δεν μπορείτε να αγοράσετε GCSF ή να το καλύψετε με άλλο πρόγραμμα

Επιλογή Β: Το ασφαλιστικό σας πρόγραμμα καλύπτει τη χημειοθεραπεία και το GCSF.

- Υποθέσατε ότι η πιθανότητα να πάθετε καρκίνο στα επόμενα 5 έτη είναι 1 στις 100
- Πληρώνετε μηνιαίο συμπλήρωμα για να καλύψετε το GCSF επιπρόσθετα στο ασφάλιστρο για υγειονομική περίθαλψη

Αν πάθετε καρκίνο:

- Υποβάλλεστε σε χημειοθεραπεία με GCSF
- Ύστερα από 6 κύκλους χημειοθεραπείας, η πιθανότητα να αναπτύξετε ουδετεροπενικό πυρετό είναι:



- Δεν μπορείτε να αγοράσετε GCSF ή να το καλύψετε με άλλο πρόγραμμα

Αν το ασφαλιστικό σας πρόγραμμα δεν κάλυπτε σήμερα το GCSF (Επιλογή Α), θα σκεφτόσαστε να πληρώσετε αυξημένο ασφάλιστρο ώστε να το καλύπτει (Επιλογή Β);

Πηγή: Ο'Brien και συν. (1997).

Άτομα εγγεγραμμένα σε έναν οργανισμό υγείας των ΗΠΑ, ερωτήθηκαν αν ήταν διατεθειμένα να αναβαθμίσουν την ασφαλιστική τους κάλυψη έτσι ώστε να περιλαμβάνει ένα νέο φάρμακο υποστήριξης, το οποίο χρησιμοποιείται στην αντικαρκινική χημειοθεραπεία και είναι γνωστό ως GCSF. Το Πλαίσιο 7.12. δείχνει πώς διατυπώθηκαν τα ερωτήματα αυτά. Το όφελος από το φάρμακο αυτό είναι ότι περιορίζει τον κίνδυνο ουδε-

τεροπενικού πυρετού μετά τη χημειοθεραπεία. Στο παράδειγμα του Πλαισίου 7.12., ο περιορισμός του κινδύνου αυτού κυμαίνεται από 20% σε 10% κατά τη διάρκεια των έξι κύκλων χημειοθεραπείας. Χρησιμοποιήθηκε ένας αλγόριθμος «πλειοδοσίας» για να βρεθεί το μέγιστο επιπλέον μηνιαίο ασφάλιστρο που θα πλήρωναν τα άτομα ώστε η ασφάλειά τους να καλύπτει και το νέο φάρμακο.

Πώς συνδέονται οι W

Είναι σαφές ότι οι W του Πλαισίου 7.10. συνδέονται μεταξύ τους και ότι η φύση της σχέσης τους εξαρτάται, μεταξύ άλλων, από τις προτιμήσεις των ερωτώμενων ως προς τον κίνδυνο. Θα μπορούσε κανείς να μετρήσει χρηματικές αξίες για συγκεκριμένες εκβάσεις υγείας (W) και να τις πολλαπλασιάσει με τις πιθανότητές τους να προκύψουν, ώστε να υπολογίσει την προσδοκώμενη χρηματική αξία ενός θεραπευτικού προγράμματος. Ωστόσο, αυτή η προσδοκώμενη αξία θα αντιστοιχούσε στη μετρηθείσα *ex ante* αξία W^* μόνο στο βαθμό που, με βάση τις προτιμήσεις τους, τα άτομα είναι ουδέτερα ως προς τον κίνδυνο (όσον αφορά το εισόδημα και την υγεία). Όπως περιγράψαμε στο Κεφάλαιο 6, παρατηρούμε ότι τα άτομα διακρίνονται από αποστροφή για τον κίνδυνο, άρα η *ex ante* αξία θα είναι μικρότερη από την προσδοκώμενη. Αυτή η σχέση προτίμησης ως προς τον κίνδυνο ισχύει και για τη W^* σε σχέση με τη W^{**} , γεγονός το οποίο ανέλυσε πρόσφατα ο Johannesson (1996).

Ήδη εξετάσαμε τη σχέση ανάμεσα στην περιορισμένη έννοια της WTP (σ' αυτό το γενικό πλαίσιο W, W^* και W^{**}), η οποία εστιάζεται κυρίως στην αξία των οφελών υγείας, και στην πιο σφαιρική έννοια της WTP, στο πλαίσιο της οποίας ζητάμε από τον ερωτώμενο να αποτιμήσει κάθε όφελος, είτε σχετίζεται με την υγεία είτε όχι, με χρηματικούς όρους. Στο Σχήμα 2.2. αποκαλέσαμε W' την έννοια σφαιρικής ή ολόπλευρης προθυμίας πληρωμής. Στην πράξη είναι απίθανο να υπάρξουν πολλές μελέτες που θα αποπειραθούν να μετρήσουν τη W' . Θεωρητικά, όμως, αυτό θα μπορούσε να γίνει.

7.3.4. Άλλες πηγές χρησιμότητας για τη χρηματική αποτίμηση

Όπως εξετάσαμε προηγουμένως, το έργο του Donaldson και του Shackley (1997) έχει τονίσει τον ρόλο των άσχετων με την υγεία οφελών (πληροφορίες) που θα ενταχθούν στη WTP. Ανάλογα με το πρόγραμμα, μπορεί να υπάρχουν σημαντικές, άσχετες με την υγεία, πηγές (αν)ωφέλειας που πρέπει να συνυπολογιστούν.

Ο Arrow (1963) εντόπισε έναν ακόμα παράγοντα που οδηγεί στην ατέλεια της ιδιωτικής αγοράς υγειονομικής περίθαλψης και οφείλεται σε «διαχύσεις» ή σε εξωτερικούς παράγοντες. Η έννοια του εξωτερικού παράγοντα κατά την κατανάλωση υγειονομικής περίθαλψης ερμηνεύεται καλύτερα αν χρησιμοποιήσουμε το παράδειγμα μιας μεταδοτικής νόσου. Στο παράδειγμα αυτό κάποιος μπορεί να είναι διατεθειμένος να πληρώσει για να υποβληθεί κάποιος άλλος σε θεραπεία, έτσι ώστε να μειωθεί ο κίνδυνος μετάδοσης της νόσου στον ίδιο ή σε άλλους. Γενικότερα, μπορεί να υπάρχουν ανθρωπιστικού τύπου εξωτερικοί παράγοντες, όπου ένα άτομο αποκομίζει χρησιμότητα γνωρίζοντας ότι οι άλλοι μπορούν να έχουν πρόσβαση σε απαραίτητες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Οι επιπτώσεις των εξωτερικών παραγόντων στις μελέτες της προθυμίας πληρωμής είναι ότι το δειγματοληπτικό πλαίσιο της έρευνας πρέπει να επεκτείνεται σε όλα τα άτομα, η χρησιμότητα των οποίων επηρεάζεται από την εισαγωγή του προγράμματος. Όταν αξιολογούμε την WTP για ένα (προαιρετικό) νέο πρόγραμμα εμβολιασμού εναντίον μιας μεταδοτικής νόσου, θα πρέπει να αντλήσουμε ερευνητικά δείγματα από όλα τα άτομα που θα επωφεληθούν από το πρόγραμμα, έτσι ώστε να συμπεριλαμβάνεται το άμεσο όφελος για τους εμβολιαζόμενους και το έμμεσο όφελος για τους μη εμβολιαζόμενους, οι οποίοι όμως αντιμετωπίζουν πλέον μικρότερο κίνδυνο.

7.3.5. Ένα απλό παράδειγμα

Για να δείξουμε πώς θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν τα δεδομένα περί WTP σε μια ανάλυση κόστους-οφέλους, θα εξετάσουμε το γενικό πλαίσιο με βάση το οποίο ένας οργανισμός κοινωνικής ασφάλισης αποφασίζει αν θα εντάξει ένα νέο φάρμακο στο συνταγολόγιό του. Ας υποθέσουμε ότι διεξάγεται μια έρευνα WTP παρόμοια με κείνη που περιγράφουν ο O'Brien και συν. (1997) –την έρευνα για το GCSF, η οποία περιγράφεται στα Πλαίσια 7.12. και 7.13.– πάνω σε ένα δείγμα από εγγεγραμμένους στον οργανισμό. Το σενάριο της προθυμίας πληρωμής αφορούσε το μέγιστο πρόσθετο ασφαλιστρο που θα πλήρωναν οι ερωτώμενοι έτσι ώστε το φάρμακο να καλύπτεται από το ασφαλιστικό τους πρόγραμμα για μία πενταετία. Η πρώτη μας αποστολή θα ήταν να προβλέψουμε τη συνολική προθυμία πληρωμής (για το σύνολο των εγγεγραμμένων στον ασφαλιστικό οργανισμό) από το δείγμα, χρησιμοποιώντας ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης με βάση τα γνωστά χαρακτηριστικά του δείγματος και του πληθυσμού. Έστω ότι η (προεξοφλημένη) συνολική WTP για την πενταετία είναι 10 εκατομμύρια δολάρια. Εν μέρει, το κόστος

του προγράμματος αποτελεί συνάρτηση του αριθμού των ατόμων που θα υποβληθούν στη θεραπεία κατά τη διάρκεια της ίδιας χρονικής περιόδου, άρα πρέπει να προβλεφθεί και αυτό. Έστω ότι με βάση τις εκτιμήσεις το κόστος ανέρχεται σε 7 εκατομμύρια δολάρια, ενώ εξοικονομείται κόστος 2 εκατομμυρίων δολαρίων χάρη στη μη κατανάλωση πόρων υγειονομικής περίθαλψης από τα άτομα που υποβάλλονται στη θεραπεία, με καθαρό κόστος (προεξοφλημένο) 5 εκατομμυρίων δολαρίων. Για λόγους απλούστευσης, θα υποθέσουμε ότι δεν υπάρχουν απώλειες παραγωγικότητας ή ότι τα κέρδη αντισταθμίζονται με τις ζημιές. Με βάση αυτά τα δεδομένα, το πρόγραμμα έχει θετικό καθαρό όφελος 5 εκατομμυρίων δολαρίων (δηλαδή, 10 εκ. – 7 εκ. + 2 εκ.). Το πώς μπορούν να αξιοποιηθούν αυτές οι πληροφορίες προκειμένου να γίνει η κατανομή των πόρων, εξαρτάται από ένα σύνολο παραγόντων, ιδίως όμως από το αν οι πόροι κατανέμονται στο πλαίσιο ενός καθορισμένου ή ενός μη καθορισμένου προϋπολογισμού.

Αν το σενάριο προβλέπει μη καθορισμένο προϋπολογισμό, ο ασφαλιστικός οργανισμός ίσως αποφασίσει να προσθέσει το νέο πρόγραμμα και να αυξήσει τα ασφάλιστρα, αυξάνοντας έτσι τον προϋπολογισμό του. Σε μια ανταγωνιστική αγορά, αν αυτές οι οριακές αναπροσαρμογές στις καλύψεις, οι οποίες μπορεί να είναι αυξητικές ή μειωτικές, δεν αντανακλούν τις αξίες των καταναλωτών, τότε αυτοί (ή οι εργοδότες τους) μπορεί να προτιμήσουν να στραφούν σε άλλα προγράμματα. Το δεύτερο σενάριο προβλέπει ανάλυση κόστους-οφέλους με βάση την προθυμία πληρωμής στο πλαίσιο καθορισμένου προϋπολογισμού. Στην περίπτωση αυτή, η γνώση ότι το νέο πρόγραμμα προσφέρει θετικό καθαρό όφελος, έχει μερική αξία όσον αφορά την κατανομή των πόρων και την κατάταξη των υπηρεσιών με βάση τη σειρά προτεραιότητας. Για να εφαρμοστεί το νέο πρόγραμμα χωρίς διεύρυνση του προϋπολογισμού, τα κριτήρια αποδοτικότητας θα προϋπέθεταν την ταξινόμηση των υφιστάμενων προγραμμάτων με βάση το μέγεθος του καθαρού οφέλους τους, έτσι ώστε να διευκολύνεται η σύγκρισή τους με το νέο πρόγραμμα. Με βάση την αποδοτικότητα, θα πρέπει να αντικαταστήσουμε τα προγράμματα με χαμηλό καθαρό όφελος, με προγράμματα που προσφέρουν μεγαλύτερα καθαρά οφέλη. Η πρακτική δυσκολία αυτού του σεναρίου έγκειται στο ότι απαιτεί πλήθος δεδομένων και λειτουργεί κάνοντας σύγκριση με το καθαρό όφελος. Η ύπαρξη δεδομένων για το νέο πρόγραμμα αποτελεί αναγκαία, αλλά όχι ικανή συνθήκη για τη λήψη αποφάσεων περί κατανομής των πόρων.

7.4. Πρακτικά ζητήματα μέτρησης

7.1.4. Ζητήματα μεροληψίας και ακρίβειας

Όταν υπολογίζουμε την ενδεχόμενη αποτίμηση, στόχος μας είναι να λάβουμε ακριβείς και αμερόληπτες εκτιμήσεις σχετικά με την προθυμία πληρωμής. Το να θέσουμε ένα τέτοιο ερώτημα έτσι ώστε να μην είναι μόνο πιστευτό, αλλά και σαφές για τον ερωτώμενο, δεν είναι εύκολη δουλειά και είναι τουλάχιστον εξίσου περίπλοκο (ίσως και περισσότερο) με τις μετρήσεις της χρησιμότητας που περιγράψαμε στο Κεφάλαιο 6. Υπάρχουν δύο γενικές μορφές ερωτήσεων: οι ανοικτές και οι κλειστές. Οι ανοικτές ερωτήσεις θέτουν μια δύσκολη νοητική αποστολή στους περισσότερους ερωτώμενους, οι οποίοι δεν είναι κατά κανόνα συνηθισμένοι να αναλογίζονται το μέγιστο ποσό που θα πλήρωναν για κάτι. Η εμπειρία από την προσέγγιση αυτή υποδεικνύει ότι ενδέχεται να δώσει μη προκατειλημμένες εκτιμήσεις της προθυμίας πληρωμής, αφού ο ερωτώμενος δεν έχει «υποβολέα». Ωστόσο, είναι ιδιαίτερα ανακριβής, αφού η διαφοροποίηση ανάμεσα στις απαντήσεις είναι μεγάλη, ενώ πολλά άτομα αρνούνται να απαντήσουν ή δίνουν απαντήσεις διαμαρτυρίας (Johannesson 1996). Επίσης, δες Donaldson και συν. (1997c) σχετικά με την αξιολόγηση ανοικτών ερωτήσεων.

Οι κλειστές ερωτήσεις έχουν χρησιμοποιηθεί από τις μελέτες ενδεχόμενης αποτίμησης υγειονομικής περίθαλψης με δύο γενικές μορφές: παίγνια πλειοδοσίας, τα οποία έχουν στόχο να βρεθεί η μέγιστη αξία που αποδίδει το κάθε άτομο, και διαπροσωπικές έρευνες του τύπου «άμα σου κάνει». Στα παίγνια πλειοδοσίας χρησιμοποιούμε έναν προκαθορισμένο διερευνητικό αλγόριθμο για να πλειοδοτούμε ή να μειοδοτούμε, ανάλογα με την απάντηση που δίνει ο ερωτώμενος στη χρηματική αξία την οποία του υπαγορεύουμε. Θυμίζει δημοπρασία. Αν εσύ απαντήσεις «ναι» στα 50 δολάρια, εμείς θα ζητήσουμε μεγαλύτερο ποσό. Πες «όχι», και εμείς θα ζητήσουμε λιγότερα. Το παίγνιο πλειοδοσίας βελτιώνει σημαντικά την ακρίβεια της μέγιστης εκτιμηθείσας WTP σε σχέση με τις ανοικτές ερωτήσεις. Το τίμημα, όμως, μπορεί να είναι η εισαγωγή μεροληψίας στο σημείο εκκίνησης. Η μεροληψία αυτή είναι ένα είδος «φαινομένου πλαisiώσης», όπου οι απαντήσεις των ερωτώμενων επηρεάζονται από τα πρώτα νούμερα που θα εμφανιστούν κατά τη διάρκεια του παιγνίου πλειοδοσίας. Αρκετές μελέτες τόσο από τον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης όσο και από άλλους κλάδους έχουν ανακαλύψει ενδείξεις ότι υπάρχει μεροληψία σημείου εκκίνησης (Stalhammer 1997). Ωστόσο, το

πόρισμα αυτό δεν είναι αναμφισβήτητο, αφού άλλες μελέτες έχουν χρησιμοποιήσει παίγνια πλειοδοσίας και παρά τους εξονυχιστικούς ελέγχους δεν έχουν βρει καμία απόδειξη για την ύπαρξη τέτοιου είδους μεροληψίας (O'Brien και Visamontes 1994, O'Brien και συν. 1997).

Προκειμένου να αποσαφηνίσουμε αυτή την έννοια, παρουσιάζουμε στο Πλαίσιο 7.13. το παίγνιο πλειοδοσίας που χρησιμοποιήθηκε στην ίδια μελέτη για το GCSF των O'Brien και συν. (1977), η οποία αναφέρθηκε στο Πλαίσιο 7.12. Οι ερωτώμενοι εξετάστηκαν με βάση έναν από δύο πλειοδοτικούς αλγόριθμους. Η ανάλυση έδειξε ότι δεν μπορούσε να απορριφθεί η υπόθεση περί ανυπαρξίας μεροληψίας σημείου εκκίνησης.

Το δεύτερο είδος κλειστής ερώτησης αποτελεί προσέγγιση που χρησιμοποιείται ευρέως στην περιβαλλοντική οικονομική αξιολόγηση, όπου κατά κανόνα διεξάγονται μελέτες πάνω σε μεγάλους αριθμούς ατόμων προκειμένου να εξαχθούν αξίες σχετικά με κάποιο περιβαλλοντικό πρόβλημα ή πρόγραμμα. (Ένα αμφιλεγόμενο περιβαλλοντικό παράδειγμα, κατά το οποίο χρησιμοποιήθηκαν μέθοδοι ενδεχόμενης αποτίμησης, αφορούσε την αποτίμηση των φυσικών πόρων που κατέστρεψε η πετρελαιοκηλίδα του Exxon Valdez στα Στενά του Πρίγκιπα Γουλιέλμου). Η ουσία της προσέγγισης αυτής είναι ότι σε κάθε ερωτώμενο τίθεται μόνο μία ερώτηση («άμα σου κάνει»). Θα ήσουν διατεθειμένος να πληρώσεις επιπλέον 50 δολάρια τον μήνα σε φόρους γι' αυτό το πρόγραμμα – ναι/όχι; Το χρηματικό ποσό που προτείνεται σε κάθε άτομο, επιλέγεται τυχαία από μια ακολουθία. Έτσι, λόγου χάρη, το επόμενο πρόσωπο μπορεί να ερωτηθεί αν είναι διατεθειμένο να πληρώσει 100 δολάρια και ούτω καθεξής. Στη συνέχεια, τα δεδομένα αναλύονται χρησιμοποιώντας οικονομετρικές τεχνικές, όπως η ανάλυση πιθανότητας, για να προσδιοριστεί η καμπύλη πλειοδοσίας – δηλαδή, η ποσοτική σχέση ανάμεσα στην αναλογία των ατόμων που αποδέχονται/απορρίπτουν την προσφορά σε διαφορετικά επίπεδα πλειοδοσίας. Ολοκληρώνοντας μαθηματικά την περιοχή κάτω από αυτή την καμπύλη πλειοδοσίας, μπορεί κανείς να προσδιορίσει τη μέση προθυμία πληρωμής. Εναλλακτικά, μπορεί να εντοπίσει τη διάμεση προθυμία πληρωμής. Για μια εξέταση αυτής της προσέγγισης, στο πλαίσιο της υγειονομικής περίθαλψης, δες Johannesson (1996).

Πλαίσιο 7.13.

Αλγόριθμοι πλειοδοσίας που χρησιμοποιήθηκαν στο πλαίσιο της μελέτης WTP για το GCSF

Επίπεδο πλειοδοσίας	Κλίμακα πλειοδοσίας με βάση την ασφάλεια, δολάρια	Αλγόριθμος πλειοδοσίας 1	Αλγόριθμος πλειοδοσίας 2
1	1		
2	5		
3	10		
4	15		
5	25		
6	50		
7	100		

Σημειώσεις: Y = προθυμία να πληρώσει αυτή την προσφορά,

N = μη προθυμία να πληρώσει αυτή την προσφορά

Στα άτομα που αποδέχθηκαν το επίπεδο πλειοδοσίας 7, τέθηκε στη συνέχεια μια ανοικτή ερώτηση σχετικά με το μέγιστο ποσό που ήταν διατεθειμένα να πληρώσουν.

Πηγή: O'Brien και συν. (1977).

Η μέθοδος του τύπου «άμα σου κάνει» έχει χρησιμοποιηθεί με σχετική επιτυχία σε μελέτες ενδεχόμενης αποτίμησης από τον Johannesson (1994). Οι δυσκολίες της προσέγγισης αυτής έγκεινται στον προσδιορισμό της κατάλληλης ακολουθίας από την οποία θα ληφθούν δειγματοληπτικά οι προσφορές, καθώς επίσης και στο μεγάλο μέγεθος δείγματος που είναι απαραίτητο για να γίνει ακριβής εκτίμηση. Μια παραλλαγή αυτής της προσέγγισης, με την οποία αυξάνεται η ακρίβεια, είναι να τίθεται σε κάθε ερωτώμενο ένα δεύτερο ερώτημα σχετικά με μια (τυχαία) προσφορά. Ωστόσο, το αν η προσφορά αυτή θα είναι μικρότερη ή μεγαλύτερη, εξαρτάται από την απάντηση που δίνεται στο πρώτο ερώτημα. Στο μέλλον είναι πιθανόν οι συνεντεύξεις να γίνονται μέσω H/Y, έτσι ώστε να επιτυγχάνεται εύκολα η τυχαία επιλογή προσφορών (αρχική ή επόμενη). Ωστόσο, και πάλι παραμένει κάποιος κίνδυνος μεροληψίας,

επειδή ο αναλυτής πρέπει να επιλέξει την ακολουθία απ' όπου θα γίνει η δειγματοληψία των προσφορών.

7.4.2. Επιβεβαίωση της WTP μέσω ελέγχων πεδίου εφαρμογής

Είναι δυνατόν να επιβεβαιώσουμε τα ευρήματα μιας μελέτης WTP; Ο «χρυσός κανόνας» με τον οποίο θα θέλαμε να συγκρίνουμε την προβλεπόμενη από τις έρευνες ενδεχόμενης αποτίμησης WTP είναι αυτό που θα πλήρωναν *πραγματικά* οι καταναλωτές. Δυστυχώς, όσον αφορά τα περισσότερα οφέλη των προγραμμάτων τα οποία μελετάμε με μεθόδους ενδεχόμενης αποτίμησης, ίσως να μην υπάρχει *πραγματική αγορά*, άρα δεν μπορεί να εδραιωθεί εύκολα η *εγκυρότητα κριτηρίου*. Ωστόσο, υπάρχουν μερικοί χρήσιμοι έλεγχοι *παράγωγης εγκυρότητας*, η οποία μπορεί να εξεταστεί στο πλαίσιο των μελετών WTP. Σ' αυτό το πλαίσιο, το σκεπτικό της παράγωγης εγκυρότητας είναι να προσδιορίσουμε αν τα δεδομένα συμφωνούν με τις θεωρητικές έννοιες, οι οποίες θα πρέπει να είναι παρούσες αν όντως οι απαντήσεις ως προς την WTP μετρούν την αξία που εμείς θέλουμε.

Η οικονομική θεωρία μάς δίνει δύο απλά θεωρήματα («έννοιες»), τα οποία μπορούν να ελεγχθούν. Πρώτον, τα περισσότερα αγαθά χαρακτηρίζονται απ' αυτό που είναι γνωστό ως θετική εισοδηματική ελαστικότητα. Αυτό σημαίνει ότι, αν όλα τα υπόλοιπα παραμείνουν αμετάβλητα, η αύξηση του εισοδήματος των ερωτώμενων θα πρέπει να σχετίζεται με υψηλότερη WTP. Δεύτερον, όσο μεγαλύτερη είναι η ποσότητα ενός θετικά αποτιμώμενου αγαθού, το οποίο προσφέρεται από το υποθετικό πρόγραμμα, τόσο μεγαλύτερη θα είναι η WTP ενός ατόμου, παρόλο που η οριακή χρησιμότητα από τις πρόσθετες μονάδες οφέλους μάλλον θα μειώνεται.

Αυτήν τη δεύτερη αρχή έχουν υιοθετήσει σε μεγάλο βαθμό οι πρόσφατες κατευθυντήριες οδηγίες για μελέτες WTP στο πλαίσιο της αξιολόγησης περιβαλλοντικών καταστροφών (National Oceanic and Atmospheric Administration –NOAA– 1993). Η επιτροπή εμπειρογνομόνων της NOAA ονόμασε αυτές τις τεχνικές επιβεβαίωσης «ελέγχους πεδίου εφαρμογής», επειδή θεωρούμε πως η WTP θα πρέπει να διαφοροποιείται ανάλογα με το εύρος του οφέλους (ή της ζημίας) που προκύπτει από το υποθετικό πρόγραμμα. Οι έλεγχοι πεδίου εφαρμογής αποτελούν σημαντικό τμήμα της επιβεβαίωσης της WTP και έχουν συσταθεί από τις ευρωπαϊκές οδηγίες περί μελετών WTP, όπου στο πλαίσιο της έρευνας μπορεί, λόγου χάρη, να διαφοροποιηθεί η βαρύτητα του αποτελέσματος μιας θεραπείας ή κάποιου άλλου οφέλους για την υγεία (Johannesson και συν.

1996). Για παραδείγματα ελέγχων πεδίου εφαρμογής στις μελέτες WTP υγειονομικής περιθάλψης, δες Kartman και συν. (1996), Stalhammer and Johannesson (1996) και O'Brien και συν. (1997).

7.4.3. Πληρωμές και ευρύτερο περιβάλλον υγειονομικής περίθαλψης

Μία από τις βασικές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι μελέτες ενδεχόμενης αποτίμησης, είναι να γίνει το σενάριο αληθοφανές για τον ερωτώμενο. Ακόμα κι αν υιοθετήσουμε μιαν *ex ante* προοπτική με βάση το ασφαλιστικό πρόγραμμα, οι περισσότεροι καταναλωτές δεν θα είναι εξοικειωμένοι με την εξαγορά πρόσβασης σε ατομικά προγράμματα υγειονομικής περίθαλψης. Είναι πιθανόν ότι αυτά τα είδη σεναρίων πληρωμής θα φέρουν καλύτερα αποτελέσματα σε συστήματα υγείας όπως το αμερικανικό, όπου οι καταναλωτές είναι συνηθισμένοι να πληρώνουν άμεσα για υγειονομική περίθαλψη, παρά σε συστήματα υγείας όπως το βρετανικό, το οποίο αποτελεί σύστημα κοινωνικών παροχών με βάση τις φορολογικές εισφορές. Στη βιβλιογραφία της περιβαλλοντικής οικονομικής αξιολόγησης, το πρόβλημα λήψης αποφάσεων παίρνει συνήθως τη μορφή της υπερψήφισης ή της καταψήφισης μιας πρότασης για την εφαρμογή ενός προγράμματος, το οποίο θα συνοδεύεται από την αντίστοιχη φορολογική εισφορά. Σ' αυτό το πλαίσιο, οι ερωτώμενοι εστιάζουν την προσοχή τους στην ιδέα του δημοιψήφισματος και όχι σε μια πραγματική απόφαση για αγορά. Σε μερικά περιβάλλοντα, αυτό μπορεί να είναι πολύ πιο αληθοφανές για τον ερωτώμενο από το να λάβει υπόψη του τις ασφαλιστικές εισφορές.

7.5. Συμπεράσματα

Όπως υποδείξαμε στο κεφάλαιο αυτό, η ανάλυση κόστους-οφέλους είναι, τουλάχιστον θεωρητικά, η ισχυρότερη μέθοδος οικονομικής αξιολόγησης, επειδή μπορεί να δώσει άμεσες απαντήσεις σε ερωτήματα που αφορούν την αποδοτικότητα της κατανομής, πράγμα που δεν μπορούν να κάνουν οι άλλες τεχνικές. Το πλεονέκτημα, όμως, αυτό προκύπτει μόνον αφού ο αναλυτής έχει υπερβεί αρκετές δυσκολίες που έχουν να κάνουν με την απόδοση χρηματικής αξίας στα οφέλη του προγράμματος. Μεγάλο μέρος του κεφαλαίου επικεντρώθηκε σ' αυτό το ακανθώδες ζήτημα και περιγράψαμε πώς η εμπειρία από τις τεχνικές ενδεχόμενης αποτίμησης δημιούργησε νέο ενθουσιασμό για την εφαρμογή της WTP στην αξιολόγηση των προγραμμάτων υγειονομικής περίθαλψης. Μένει να

διαπιστώσουμε αν οι μέθοδοι αυτές εκπλήρωσαν τις υποσχέσεις που είχαν δώσει. Επισημάναμε ότι, παρόλο που έχουν εμφανιστεί στη βιβλιογραφία αρκετές μελέτες σκοπιμότητας, καθώς και πιλοτικές μελέτες, υπάρχουν ελάχιστες μελέτες CBA που χρησιμοποιούν τη WTP ως βάση για την αποτίμηση κάθε έκβασης.

Την περαιτέρω ανάπτυξη της ανάλυσης κόστους-οφέλους, στο πλαίσιο της υγειονομικής περίθαλψης, θα βοηθήσει η προσεκτική χρήση της γλώσσας και των ορισμών. Πολλές δημοσιευμένες μελέτες ονομάζονται μελέτες κόστους-οφέλους αν και προσφέρουν μερική αξιολόγηση, αφού συγκρίνουν τα άμεσα κόστη εντός και εκτός προγράμματος. Μια συνεπής χρήση της ονομασίας για τη μέθοδο θα συμβάλλει στο να εστιαστεί η προσοχή κάθε αναλυτή και χρήστη μελετών CBA στα ακριβή ζητήματα της θεωρίας και της εμπειρικής πράξης, τα οποία εξακολουθούν να αμφισβητούν αυτή τη μέθοδο.

7.6. Άσκηση: Σχεδιασμός μελέτης ενδεχόμενης αποτίμησης για μια νέα θεραπεία του καρκίνου των ωοθηκών

Σενάριο

Η κυβέρνηση προσπαθεί να αποφασίσει αν θα πρέπει να επιστρέφει τη δαπάνη για μια νέα θεραπεία του καρκίνου των ωοθηκών. Σχεδιάστε μια μελέτη προθυμίας πληρωμής, προκειμένου να διεξαχθεί ανάλυση κόστους-οφέλους γι' αυτήν τη νέα θεραπεία. Υποθέστε ότι η αγωγή αυτή θα θεραπεύσει από τον καρκίνο το 5% των γυναικών, αλλά θα επιφέρει παρενέργειες στην πλειοψηφία τους. Τα δεδομένα υποδεικνύουν ότι υπάρχουν κέρδη παραγωγικότητας, καθώς όλο και περισσότερες γυναίκες από την ομάδα των υποβαλλόμενων στη θεραπεία είναι σε θέση να επιστρέψουν στις εργασίες τους. Υπάρχουν, επίσης, και αντισταθμίσεις κόστους, καθώς στο μέλλον οι θεραπευμένες γυναίκες καταναλώνουν λιγότερες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης.

Συγκεκριμένα ερωτήματα:

1. Ποια στοιχεία οφέλους που προκύπτουν από το θεραπευτικό πρόγραμμα θα αποτιμούσατε χρησιμοποιώντας WTP; Λάβετε υπόψη τα υπέρ και τα κατά από τη χρήση μιας «σφαιρικής» εκτίμησης WTP για την αποτίμηση κάθε οφέλους από το πρόγραμμα, έναντι μιας «περιορισμένης» WTP για τα οφέλη ως προς την υγεία και τις αγοραίες τιμές άλλων στοιχείων οφέλους.

2. Πώς θα ορίζατε το αγαθό για το οποίο ζητάμε από τον ερωτώμενο να πληρώσει; Λάβετε υπόψη τις εναλλακτικές διατυπώσεις των W , W^* και W^{**} που εξετάσαμε σ' αυτό το κεφάλαιο. Ποιο μέσο πληρωμής είναι «πιστευτό» για καθεμία από τις διατυπώσεις αυτές;
3. Η πρόταση για το προσχέδιο της μελέτης είναι να γίνουν συνεντεύξεις με ένα δείγμα γυναικών που πάσχουν από καρκίνο των ωοθηκών. Θα περιλαμβάνατε και άλλα υποκείμενα στην έρευνα, και γιατί;

Λύσεις/Ιδέες

1. Χρησιμοποιώντας τη «σφαιρική προσέγγιση» που εξετάσαμε σ' αυτό το κεφάλαιο, θα θέταμε το πλαίσιο για το σενάριο της προθυμίας του ατόμου να πληρώσει για την ενδεχόμενη αγορά αυτής της νέας αγωγής, έτσι ώστε τα μελλοντικά κόστη και αποτελέσματα ως προς την απασχόληση να αποτελούν ατομική ευθύνη και να πρέπει να καλυφθούν άμεσα. Αν χρησιμοποιούσαμε την προσέγγιση αυτή και καθιστούσαμε σαφές ότι ο ερωτώμενος πρέπει να λάβει υπόψη αυτούς τους παράγοντες στην αξιολόγησή του, τότε δεν θα ήταν σωστό να χρησιμοποιήσουμε αγοραίες τιμές για να αποτιμήσουμε τις μελλοντικές εξοικονομήσεις κόστους υγειονομικής περίθαλψης ούτε ημερομίσθια για να αποτιμήσουμε τις επιπτώσεις στην παραγωγικότητα. Κάτι τέτοιο θα οδηγούσε σε διπλό υπολογισμό, επειδή έχουμε ζητήσει από το άτομο να λάβει υπόψη τους παράγοντες αυτούς, θεωρώντας ότι επικρατούν συνθήκες ελεύθερης αγοράς και οι παράγοντες αυτοί εμπίπτουν στην ατομική του ευθύνη. Στην πράξη, αυτή η «σφαιρική» προσέγγιση ενδέχεται να αποτελέσει δύσκολο νοητικό έργο για τον ερωτώμενο. Μια ευκολότερη μέθοδος θα ήταν να χρησιμοποιήσουμε αγοραίες τιμές για τις μελλοντικές επιπτώσεις στο κόστος και στην παραγωγικότητα, αλλά να χρησιμοποιήσουμε την προσέγγιση της προθυμίας πληρωμής μόνο για τα οφέλη που αφορούν την υγεία, δηλαδή την «περιορισμένη» προσέγγιση της WTP. Αν, ωστόσο, υιοθετήσουμε αυτή την προσέγγιση, πρέπει και πάλι να δηλώσουμε ρητά στον ερωτώμενο ότι δεν θα πρέπει να συμπεριλάβει στην αποτίμησή του τις εισοδηματικές επιπτώσεις που σχετίζονται με την απουσία από την εργασία ή τα μελλοντικά κόστη που σχετίζονται με τη νόσο.
2. Η βασική διαφορά ανάμεσα στις τρεις W έχει να κάνει με την ενσωμάτωση της αβεβαιότητας στις αποτιμήσεις μας. Ίσως η απλούστερη αποστολή θα ήταν να εκτιμήσουμε τις χρηματικές αξίες για

τις (βέβαιες) καταστάσεις υγείας που προκύπτουν κατά την αξιολόγηση. Γενικότερα, ωστόσο, θα ήταν πιο επιθυμητό να συμπεριλάβουμε την αβεβαιότητα όσον αφορά τις εκβάσεις, έτσι ώστε να ζητάμε από τα άτομα να αποτιμήσουν τη θεραπευτική αγωγή με βάση τις πιθανότητες ιαματικού οφέλους, αλλά και τις πιθανότητες βλάβης. Μία από τις δυσκολίες αφορά τον βαθμό στον οποίο οι πολλαπλές ιδιότητες των εκβάσεων και οι σχετικές πιθανότητες μπορούν να παρουσιαστούν με εύληπτο τρόπο στους ερωτώμενους. Το μέσο πληρωμής που θα υιοθετηθεί γι' αυτού του είδους τη χρηματική αποτίμηση θα πρέπει να είναι τα έξοδα άμεσης πληρωμής τη στιγμή της κατανάλωσης (η μεταβλητή συμμετοχή στην πληρωμή για ένα φάρμακο). Η δυσκολία που προκύπτει είναι ότι ίσως αυτό το μέσο πληρωμής να μη γίνει πιστευτό από τους ερωτώμενους, σε περίπτωση που η θεραπεία αποτελεί σημαντική ιατρική μέθοδο, η οποία κανονικά θα καλύπτεται από το σύστημα υγείας με μηδενικό κόστος για τον ασθενή. Ίσως η διατύπωση ενός τέτοιου ερωτήματος να προκαλέσει πολλές απαντήσεις διαμαρτυρίας από τους ερωτώμενους.

Η διατύπωση του ερωτήματος αποτίμησης για την εκτίμηση της W^{**} είναι ακόμα πιο πολύπλοκη. Εδώ πρέπει να παραθέσουμε στους ερωτώμενους πληροφορίες που αφορούν τόσο τις αβέβαιες εκβάσεις της θεραπείας όσο και την πιθανότητα να χρειαστούν οι ίδιοι τη θεραπεία αυτή στο μέλλον. Το πώς θα παρουσιάσουμε το μέσο πληρωμής ώστε να αντιμετωπισθεί η W^{**} , είναι εξίσου περίπλοκο και θα εξαρτάται από το σύστημα χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης με το οποίο είναι εξοικειωμένος ο ερωτώμενος. Σ' ένα ιδιωτικό, κυρίως, σύστημα ασφάλισης, ίσως είναι σημαντικότερο να ζητήσουμε από τον ερωτώμενο να λάβει υπόψη του τα πρόσθετα ασφάλιστρα που θα ήταν διατεθειμένος να πληρώσει προκειμένου να αποκτήσει κάλυψη και πρόσβαση στο θεραπευτικό πρόγραμμα. Σ' ένα σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, το οποίο χρηματοδοτείται κυρίως από φόρους, ίσως είναι απαραίτητο να διατυπώσουμε το ερώτημα με βάση τις πρόσθετες φορολογικές εισφορές (σε εθνικό ή σε τοπικό επίπεδο), οι οποίες θα καθιστούσαν δυνατή τη διάθεση του νέου θεραπευτικού προγράμματος.

3. Αν και ίσως έχει ενδιαφέρον να πάρουμε συνεντεύξεις από γυναίκες με καρκίνο των ωοθηκών, προκειμένου να εκτιμήσουμε τις W ή W^* , η συνολική προθυμία της κοινωνίας να πληρώσει, προϋποθέτει ευρύτερο δείγμα. Προκειμένου να εκτιμήσουμε την W^{**} , θα πρέπει να πάρουμε συνεντεύξεις και από γυναίκες που δεν πά-

σχουν επί του παρόντος από καρκίνο των ωοθηκών, αλλά κινδυνεύουν να νοσήσουν. Ίσως τα άτομα να είναι διατεθειμένα να διατηρήσουν την επιλογή της ύπαρξης αυτού του προγράμματος σε περίπτωση που θα το χρειαστούν στο μέλλον. Γενικότερα, υπάρχει και το ζήτημα των εξωτερικών παραγόντων ή της διάχυσης των οφελών σε άλλα μέλη του πληθυσμού, τα οποία δεν αντιμετωπίζουν τρέχοντα ή μελλοντικό κίνδυνο καρκίνου των ωοθηκών (άνδρες). Οι άνδρες μπορεί να είναι διατεθειμένοι να δεσμεύσουν επιπλέον ασφάλιστρα ή φόρους έτσι ώστε να καλύπτεται το πρόγραμμα θεραπείας του καρκίνου των ωοθηκών είτε επειδή τα κίνητρά τους είναι ιδιοτελή (δηλαδή, κινδυνεύουν οι γυναίκες και οι κόρες τους) είτε επειδή τα κίνητρά τους είναι γενικώς ανθρωπιστικά ή αλτρουιστικά και εκφράζουν γενικότερη εκτίμηση για την αξία των γυναικών.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Appel, L. J., Steinberg, E. P., Powe, N. R., Anderson, G. F., Dwyer, S. A., and Faden, R. R. (1990). Risk reduction from low osmolality contrast media. What do patients think it is worth? *Medical Care*, 28, 324-34.
- Arrow, K. (1963). Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review*, 53, 941-73.
- Berwick, D. M. and Weinstein, M. C. (1985). What do patients value? Willingness-to-pay for ultrasound in normal pregnancy. *Medical Care*, 23, 881-93.
- Birch, S., Donaldson, C. (1987). Applications of cost benefit analysis to health care departures from welfare economic theory. *J. Health Economics*, 6, 211-25.
- Diener, A., O'Brien, B., Gafni, A. (1997). *Contingent valuation studies in the health care literature: A review and classification*. [Manuscript].
- Donaldson, C. (1990). Willingness to pay for publicly-provided goods: a possible measure of benefit? *J. Health Economics*, 6, 103-18.
- Donaldson, C., Mapp, T., Farrar, S., Walker, A., Macphée, S. (1997). Assessing community values in health care: is the «willingness to pay» method feasible? *Health Care Analysis*, 5, 7-29.