

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

«ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΜΕΘΟΔΟΥ ΤΗΣ
ΕΝΔΕΧΟΜΕΝΗΣ ΑΠΟΤΙΜΗΣΗΣ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ
ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ»

Αφεντούλα Γ. Μαυροδή

Θεσσαλονίκη, Απρίλιος 2020

*Στον πατέρα μου, Γεώργιο Μαυροδή,
που κάποια στιγμή φοβήθηκε πως δεν θα είναι εδώ
για να το δει να συμβαίνει*

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

«ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΜΕΘΟΔΟΥ ΤΗΣ
ΕΝΔΕΧΟΜΕΝΗΣ ΑΠΟΤΙΜΗΣΗΣ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ
ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ»

Αφεντούλα Γ. Μαυροδή

Διδακτορική Διατριβή
που υποβλήθηκε στο τμήμα Οργάνωσης και Διοίκησης
Επιχειρήσεων του Πανεπιστημίου Μακεδονίας

Θεσσαλονίκη, Απρίλιος 2020

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

«ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΜΕΘΟΔΟΥ ΤΗΣ
ΕΝΔΕΧΟΜΕΝΗΣ ΑΠΟΤΙΜΗΣΗΣ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ
ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ»

Επιβλέπων: Βασίλειος Ο. Αλετράς, PhD
Καθηγητής
Τμήμα Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων
Πανεπιστήμιο Μακεδονίας

Μέλη Συμβουλευτικής Επιτροπής: Ανδρέας Κ. Γεωργίου, PhD
Καθηγητής
Τμήμα Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων
Πανεπιστήμιο Μακεδονίας

Γεώργιος Δ. Τσιότρας, PhD
Καθηγητής
Τμήμα Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων
Πανεπιστήμιο Μακεδονίας

Μέλη
Επταμελούς
Εξεταστικής
Επιτροπής:

Βασίλειος Αλετράς, Καθηγητής (Επιβλέπων)
Τμήμα Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων
Πανεπιστήμιο Μακεδονίας

Ανδρέας Γεωργίου, Καθηγητής
Τμήμα Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων
Πανεπιστήμιο Μακεδονίας

Γεώργιος Τσιότρας, Καθηγητής
Τμήμα Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων
Πανεπιστήμιο Μακεδονίας

Οδυσσέας Μοσχίδης, Καθηγητής
Τμήμα Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων
Πανεπιστήμιο Μακεδονίας

Δημήτριος Νιάκας, Καθηγητής
Τμήμα Ιατρικής
Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Μαρία Ράικου, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια
Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης
Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Θεολόγος-Μιχαήλ Χλέτσος, Καθηγητής
Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης
Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στο πλαίσιο της οικονομικής αξιολόγησης ιατρικών παρεμβάσεων, η Μέθοδος Ενδεχόμενης Αποτίμησης στοχεύει στην αποτίμηση των προτιμήσεων των ατόμων, μέσω της εκτίμησης της μέγιστης προθυμίας πληρωμής (Willingness-to-Pay, WTP) για μια παρέμβαση και της εκχώρησης χρηματικής αξίας σε ποιοτικά σταθμισμένα έτη ζωής (Quality-Adjusted Life-Years, QALYs), ορίζοντας, έτσι, ένα «κατώφλι» κόστους-αποτελεσματικότητας (cost-effectiveness threshold), το οποίο μπορεί δυνητικά να χρησιμοποιηθεί για την αποδοχή ή απόρριψη παρεμβάσεων σε ένα υγειονομικό σύστημα.

Αντικείμενο της παρούσας διδακτορικής έρευνας είναι: α) η ανάπτυξη, αξιολόγηση και εφαρμογή ενός ερευνητικού εργαλείου, το οποίο εκτιμά τη χρηματική αξία που αποδίδεται από τους Έλληνες πολίτες σε ένα QALY (προθυμία πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής, WTP per QALY), με βάση τη Μέθοδο Ενδεχόμενης Αποτίμησης, και εξετάζει τους καθοριστικούς παράγοντες και τα κίνητρα συμπεριφοράς που την επηρεάζουν, β) ο υπολογισμός της WTP per QALY για τον γενικό ελληνικό πληθυσμό, γ) η διερεύνηση της επίδρασης των υπό εξέταση καθοριστικών παραγόντων στο μέγεθος της WTP per QALY και στην πρόθεση καθαυτή πληρωμής, και δ) η διερεύνηση των κινήτρων ως προς την απροθυμία πληρωμής και το μέγεθος της δηλούμενης προθυμίας πληρωμής για μια βελτίωση στην κατάσταση της υγείας.

Το ερευνητικό εργαλείο (ερωτηματολόγιο) που διαμορφώθηκε αποτελούνταν από τέσσερις ενότητες: α) αξιολόγηση της τρέχουσας κατάστασης της υγείας με το εργαλείο EuroQoL-5D-3L, β) διερεύνηση της προθυμίας πληρωμής, με την υιοθέτηση της τεχνικής της επαναληπτικής υποβολής προσφορών, και των κινήτρων συμπεριφοράς, με τη χρήση προδιατυπωμένων φράσεων, γ) εξέταση καθοριστικών παραγόντων που επηρεάζουν την WTP per QALY, και δ) συλλογή δημογραφικών χαρακτηριστικών συμμετεχόντων. Η WTP per QALY υπολογίστηκε ως ο λόγος της ετήσιας δηλούμενης προθυμίας πληρωμής προς τη βελτίωση χρησιμότητας ενός ατόμου από την τρέχουσα κατάσταση της υγείας του σε

απόλυτη υγεία. Η διερεύνηση της επίδρασης των δημογραφικών χαρακτηριστικών στο μέγεθος της WTP per QALY και στην πρόθεση ενός ατόμου να πληρώσει για την υποθετική θεραπεία έγινε με τη χρήση πολλαπλής γραμμικής και λογιστικής παλινδρόμησης, αντίστοιχα. Η διερεύνηση των σχέσεων των κινήτρων και των υπόλοιπων καθοριστικών παραγόντων με το μέγεθος της WTP per QALY ή την πρόθεση πληρωμής έγινε με ανάλυση διασποράς (ANOVA) και στατιστικούς ελέγχους, όπως οι χ^2 , Kruskal-Wallis H, Mann-Whitney U.

Πριν τη βασική έρευνα διενεργήθηκε πιλοτική μελέτη ελέγχου της αξιοπιστίας του ερευνητικού εργαλείου μέσω της μεθόδου ελέγχου-επανελέγχου (test-retest). Οι ενδοταξιακοί συντελεστές (intraclass-correlation coefficients, ICCs) συνηγορούν υπέρ της αξιοπιστίας του εργαλείου για την αποτίμηση της προθυμίας πληρωμής, (ICC>0,6) και τις επιμέρους φράσεις που εξετάζουν τα κίνητρα των συμμετεχόντων (ICC>0,8) και τους καθοριστικούς παράγοντες που επηρεάζουν την WTP per QALY (ICC>0,8).

Στη βασική έρευνα συμμετείχε δείγμα τυχαίο και αντιπροσωπευτικό του γενικού ελληνικού πληθυσμού ως προς το φύλο, την ηλικία, και τη γεωγραφική περιφέρεια κατοικίας (N=1.342). Η συλλογή του δείγματος έγινε με τη χρήση της μεθόδου CATI (Computer-Assisted Telephone Interview). Από τα αποτελέσματα της βασικής έρευνας, προέκυψε ότι ο γενικός ελληνικός πληθυσμός είναι πρόθυμος να πληρώσει κατά μέσο όρο €26.280 για ένα QALY. Ως προς τους καθοριστικούς παράγοντες, διαπιστώθηκε πως το εισόδημα, η δυνατότητα πρόσβασης σε χρηματοδοτούμενες από το κράτος ή την υποχρεωτική ασφάλιση υγειονομικές δομές, η εμπειρία με κάποια σοβαρή ασθένεια και η συχνότητα άσκησης αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες που επηρεάζουν θετικά το μέγεθος της WTP per QALY. Επίσης, η επαγγελματική και οικογενειακή κατάσταση ενός ατόμου φάνηκε να επηρεάζει το μέγεθος της WTP per QALY. Ως προς τα κίνητρα συμπεριφοράς, η ανάλυση έδειξε πως τα άτομα που θεωρούν την αδυναμία να καλύψουν τις τρέχουσες ανάγκες ή τις φορολογικές υποχρεώσεις του νοικοκυριού τους ως ισχυρά κίνητρα που καθοδηγούν το μέγεθος της προθυμίας πληρωμής για μια βελτίωση στην υγεία τους, δήλωσαν χαμηλότερη WTP per QALY σε σύγκριση με όσους δεν θεωρούν τα

παραπάνω ως κίνητρα. Για τους μη πρόθυμους να πληρώσουν, η αδυναμία τους να καλύψουν το κόστος της υποθετικής θεραπείας και η θεώρηση πως το κόστος αυτό πρέπει να καλυφθεί από το κράτος ή τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης αποτέλεσαν τις κύριες αιτίες της αρνητικής τους στάσης απέναντι στην προθυμία πληρωμής για μια βελτίωση στην κατάσταση της υγείας τους. Τέλος, το επίπεδο εκπαίδευσης, το οικογενειακό εισόδημα και η ηλικία αποδείχθηκαν παράγοντες πρόβλεψης της πρόθεσης κάποιου να πληρώσει για μια βελτίωση στην κατάσταση της υγείας του.

Εν κατακλείδι, η παρούσα διδακτορική διατριβή συμβάλει στην κατανόηση της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής στο πλαίσιο των ελληνικών οικονομικών αξιολογήσεων και της λήψης αποφάσεων αποζημίωσης παρεμβάσεων, εκτιμώντας το ύψος αυτής και αποσαφηνίζοντας τους καθοριστικούς παράγοντες και τα κίνητρα που την επηρεάζουν.

Λέξεις κλειδιά: μέθοδος ενδεχόμενης αποτίμησης, προθυμία πληρωμής, ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής, κατώφλι κόστους-αποτελεσματικότητας.

ABSTRACT

Within the framework of economic evaluation of healthcare interventions, Contingent Valuation Method constitutes a technique used in order to elicit values related to people's preferences, such as the maximum willingness-to-pay (WTP) for an intervention, and assign a monetary value to Quality-Adjusted Life-Years (QALYs), setting a cost-effectiveness threshold for accepting or rejecting interventions in a healthcare system.

The present doctoral thesis aims at: a) developing, assessing and implementing a research tool for defining, using the Contingent Valuation Method, the monetary value attributed to a QALY (WTP per QALY) by Greek citizens, and examining determining factors and motives that might affect it, b) eliciting the WTP per QALY estimate for the general Greek population, c) investigating the impact of a number of determining factors on WTP per QALY and WTP probability, and d) examining the impact of motives on WTP per QALY and unwillingness to pay for a health improvement.

The research tool (questionnaire) developed consisted of four parts: a) current health state assessment using the EuroQoL-5D-3L tool, b) WTP elicitation using the iterative bidding technique, followed by assessment of participants' motives through pre-defined statements, c) assessment of WTP per QALY determining factors, and d) collection of information regarding participants' demographic characteristics. WTP per QALY was estimated as the ratio of the annual stated WTP over utility improvement from individual's current health to perfect health. Multiple linear regression and logistic regression were conducted to assess the effect of demographic characteristics on WTP per QALY and WTP probability, respectively. ANOVA, chi-square test, Kruskal-Wallis H and Mann-Whitney U tests were employed to investigate the relationships of motives and other determinants in question with WTP per QALY and WTP probability.

Prior to main research, a pilot test was conducted in order to assess the reliability of the research tool using the test-retest approach. Intraclass-correlation coefficients (ICCs) revealed a reliable research tool with respect to WTP elicitation ($ICC > 0.6$) and the pre-defined statements assessing participants' motives ($ICC > 0.8$) and WTP per QALY determining factors ($ICC > 0.8$).

A random sample, representative of the general Greek population with respect to gender, age and geographical region of residence, was employed in the main research ($N=1,342$). Computer-Assisted Telephone-Interview (CATI) method was adopted to ensure random sampling. Analysis revealed that the general Greek population is willing to pay on average €26.280 for a QALY. Regarding the determining factors assessed, income, access to healthcare services funded by the state or compulsory social security, experience with severe disease and exercise frequency affected WTP per QALY positively. Moreover, professional and marital status had, also, an impact on WTP per QALY. With respect to motives, analysis showed that individuals strongly considering inability to cover basic household needs or tax claims as motives guiding the size of their WTP for a health improvement, reported lower WTP per QALY values compared to those not viewing these aspects as motives. For individuals not willing to pay for a health improvement, their negative attitude was primarily explained by their inability to pay for the examined treatment and their belief that treatment cost should be covered by sick funds or the government, instead of them. Finally, educational level, household income and age were proven to be predictors of willingness-to-pay probability for a health improvement.

In conclusion, the present thesis contributes to the understanding of willingness-to-pay for a QALY, in the context of Greek economic evaluations and reimbursement decision-making, by eliciting its estimate and clarifying the determining factors and motives influencing it.

Keywords: contingent valuation method, willingness-to-pay, quality-adjusted life-year, cost-effectiveness threshold.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή μου, Καθηγητή κ. Βασίλειο Αλετρά, για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε και την ευκαιρία που μου έδωσε να συνεχίσω τις σπουδές μου σε διδακτορικό επίπεδο, τις συμβουλές του, την καθοδήγησή του και όλες τις επιστημονικά γόνιμες συζητήσεις μας χωρίς τις οποίες δεν θα μπορούσε να ολοκληρωθεί η παρούσα διατριβή. Τον ευχαριστώ βαθύτατα και θα του είμαι πάντα ευγνώμων για τον καθοριστικό του ρόλο και τη συμβολή του στην επιστημονική μου πορεία. Ο Καθηγητής κ. Βασίλειος Αλετράς στάθηκε όλα τα χρόνια της συνεργασίας μας, εξάίρετος δάσκαλος και μέντορας. Είναι τιμή μου να έχω δουλέψει δίπλα του.

Θα ήθελα, επίσης, να ευχαριστήσω τον Καθηγητή κ. Ανδρέα Γεωργίου, για την αγαστή μας συνεργασία, τις ιδέες του και τις καίριες σημασίας προτάσεις του στο πλαίσιο της διδακτορικής μου έρευνας. Ακόμα, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Καθηγητή κ. Γεώργιο Τσιότρα, ο οποίος πίστεψε στην προσπάθειά μου και προσέφερε χρήσιμες συμβουλές για τη διαμόρφωση της διατριβής μου.

Ευχαριστώ, επίσης, το Κοινωνικό Ίδρυμα «Αλέξανδρος Σ. Ωνάσης» για την οικονομική στήριξη που μου προσέφερε χορηγώντας μου τριετή υποτροφία αριστείας με την οποία κάλυψα το ερευνητικό κόστος της εμπειρικής μελέτης της διατριβής μου.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους γονείς μου, Γιώργο και Στέλλα, για όλα όσα μου έχουν διδάξει και όλα όσα μου έχουν προσφέρει απλόχερα ακόμα κι όταν είχαν ενδοιασμούς. Τον σύζυγό μου, Χρήστο, που με ενθάρρυνε να βρω τη δύναμη να συνεχίσω όταν απογοητευόμουν και με στήριξε όλα αυτά τα χρόνια με περίσσεια ανιδιοτέλεια. Τον γιό μου, Γιώργο, για την υπομονή του κατά τη διάρκεια των χαμένων ωρών παιχνιδιού. Την Αθηνά και τον Γιώργο γιατί χωρίς τη συμβολή τους θα ήταν αδύνατη η ολοκλήρωση της διατριβής μου.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	9
ABSTRACT	13
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	15
ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ	17
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ	20
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΕΥΡΥΤΕΡΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ	25
1.1 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ.....	25
1.2 ΣΤΟΧΟΙ ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ	28
1.3 ΠΡΩΤΟΤΥΠΙΑ ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ	29
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ.....	31
2.1 ΒΑΣΙΚΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ	32
2.1.1 Οικονομική Αξιολόγηση	32
2.1.2 Τεχνική δηλούμενης προτίμησης.....	34
2.1.3 Μέθοδος Ενδεχόμενης Αποτίμησης	35
2.1.4 Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής και προσδιορισμός χρησιμότητας μιας κατάστασης υγείας.....	41
2.1.5 Ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής.....	43
2.1.6 Καθοριστικοί παράγοντες προθυμίας πληρωμής και προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής.....	46
2.2 ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΕΝΔΕΧΟΜΕΝΗΣ ΑΠΟΤΙΜΗΣΗΣ.....	50
2.2.1 Οπτική γωνία.....	50
2.2.2 Περιγραφή σεναρίου.....	54
2.2.3 Πληθυσμός μελέτης	55
2.2.4 Τεχνική συλλογής δεδομένων	56
2.2.5 Μέθοδοι αποτίμησης.....	58
2.2.6 Μεροληψία στη μέθοδο ενδεχόμενης αποτίμησης.....	63
2.2.7 Συμπληρωματικές ερωτήσεις.....	68
2.3 ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΜΕΛΕΤΩΝ ΕΝΔΕΧΟΜΕΝΗΣ ΑΠΟΤΙΜΗΣΗΣ	69
2.4 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ	77
2.4.1 Ερευνητικές υποθέσεις διερεύνησης καθοριστικών παραγόντων και κινήτρων προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής	77
2.4.2 Ερευνητικές υποθέσεις διερεύνησης παραγόντων πρόβλεψης πρόθεσης πληρωμής.....	86
2.4.3 Ερευνητικές υποθέσεις διερεύνησης συσχέτισης καθοριστικών παραγόντων με την πρόθεση πληρωμής.....	87

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	91
3.1 ΠΡΩΤΟ ΣΤΑΔΙΟ: ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	92
Βήμα 1 – Επιλογή Πληθυσμού–Στόχου και Τεχνικής Συλλογής Δεδομένων.....	93
Βήμα 2 – Διαμόρφωση Ερευνητικού Εργαλείου.....	94
3.2 ΔΕΥΤΕΡΟ ΣΤΑΔΙΟ: ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ.....	118
Βήμα 3 – Πιλοτική Μελέτη.....	118
Βήμα 4 – Δειγματοληψία Βασικής Έρευνας.....	120
Βήμα 5 – Βασική Έρευνα.....	122
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	125
4.1 ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΡΟΘΥΜΙΑΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ ΓΙΑ ΕΝΑ ΠΟΙΟΤΙΚΑ ΣΤΑΘΜΙΣΜΕΝΟ ΕΤΟΣ ΖΩΗΣ.....	126
4.2 ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ.....	127
4.2.1 Ανάλυση δεδομένων πιλοτικής μελέτης.....	127
4.2.2 Αποτελέσματα πιλοτικής μελέτης.....	127
4.3 ΒΑΣΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ.....	132
4.3.1 Εγκυρότητα ερευνητικού εργαλείου.....	133
4.3.2 Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία.....	136
4.3.3 Εκτίμηση προθυμίας πληρωμής για μια υποθετική θεραπεία και προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής.....	157
4.3.4 Διερεύνηση καθοριστικών παραγόντων προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής.....	163
4.3.5 Διερεύνηση κινήτρων ως προς το μέγεθος της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής.....	175
4.3.6 Διερεύνηση επίδρασης ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υγειονομικές υπηρεσίες στο μέγεθος της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής.....	178
4.3.7 Διερεύνηση επίδρασης της χρησιμοποίησης των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών στο μέγεθος της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής.....	179
4.3.8 Διερεύνηση επίδρασης προσωπικής εμπειρίας με σοβαρή ασθένεια και προσωπικών υγιεινών συνηθειών στο μέγεθος της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής.....	181
4.3.9 Διερεύνηση παραγόντων πρόβλεψης πρόθεσης πληρωμής.....	183
4.3.10 Διερεύνηση συσχέτισης πρόθεσης πληρωμής με την ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υγειονομικές υπηρεσίες.....	191
4.3.11 Διερεύνηση συσχέτισης πρόθεσης πληρωμής με τον βαθμό χρησιμοποίησης και την ευκολία πρόσβασης σε υγειονομικές υπηρεσίες.....	194
4.3.12 Διερεύνηση συσχέτισης πρόθεσης πληρωμής με την προσωπική εμπειρία σοβαρής ασθένειας και τις προσωπικές υγιεινές συνήθειες.....	195
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	197
5.1 ΕΓΚΥΡΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΕΡΓΑΛΕΙΟΥ.....	198
5.2 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΥΠΟΟΜΑΔΩΝ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ.....	199

5.3	ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ ΠΡΟΘΥΜΙΑΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ ΓΙΑ ΕΝΑ ΠΟΙΟΤΙΚΑ ΣΤΑΘΜΙΣΜΕΝΟ ΕΤΟΣ ΖΩΗΣ.....	199
5.4	ΚΑΘΟΡΙΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΡΟΘΥΜΙΑΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ ΓΙΑ ΕΝΑ ΠΟΙΟΤΙΚΑ ΣΤΑΘΜΙΣΜΕΝΟ ΕΤΟΣ ΖΩΗΣ	209
5.5	ΚΙΝΗΤΡΑ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ	213
5.6	ΚΑΘΟΡΙΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΡΟΘΕΣΗΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ	215
5.7	ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΕΠΟΜΕΝΑ ΒΗΜΑΤΑ.....	217
	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	223
	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	227
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α.....	249
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β.....	257

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. ΚΑΘΟΡΙΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΡΟΘΥΜΙΑΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ ΓΙΑ ΜΙΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ.	48
ΠΙΝΑΚΑΣ 2. ΚΑΘΟΡΙΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΡΟΘΥΜΙΑΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ ΓΙΑ ΕΝΑ ΠΟΙΟΤΙΚΑ ΣΤΑΘΜΙΣΜΕΝΟ ΕΤΟΣ ΖΩΗΣ. .	49
ΠΙΝΑΚΑΣ 3. ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΜΕΘΟΔΩΝ ΑΠΟΤΙΜΗΣΗΣ.	60
ΠΙΝΑΚΑΣ 4. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΜΕΛΕΤΩΝ ΕΝΔΕΧΟΜΕΝΗΣ ΑΠΟΤΙΜΗΣΗΣ ΠΟΥ ΕΞΕΤΑΖΟΥΝ ΣΕΝΑΡΙΑ ΓΕΝΙΚΩΝ ΥΠΟΘΕΤΙΚΩΝ ΘΕΡΑΠΕΙΩΝ.	70
ΠΙΝΑΚΑΣ 5. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΜΕΛΕΤΩΝ ΕΝΔΕΧΟΜΕΝΗΣ ΑΠΟΤΙΜΗΣΗΣ ΠΟΥ ΕΞΕΤΑΖΟΥΝ ΣΕΝΑΡΙΑ ΓΕΝΙΚΩΝ ΥΠΟΘΕΤΙΚΩΝ ΘΕΡΑΠΕΙΩΝ.	72
ΠΙΝΑΚΑΣ 6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΜΕΛΕΤΩΝ ΕΝΔΕΧΟΜΕΝΗΣ ΑΠΟΤΙΜΗΣΗΣ ΠΟΥ ΕΞΕΤΑΖΟΥΝ ΣΕΝΑΡΙΑ ΓΕΝΙΚΩΝ ΥΠΟΘΕΤΙΚΩΝ ΘΕΡΑΠΕΙΩΝ.	74
ΠΙΝΑΚΑΣ 7. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΩΣ ΚΑΘΟΡΙΣΤΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΡΟΘΥΜΙΑΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ ΓΙΑ ΕΝΑ ΠΟΙΟΤΙΚΑ ΣΤΑΘΜΙΣΜΕΝΟ ΕΤΟΣ ΖΩΗΣ.	79
ΠΙΝΑΚΑΣ 8. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ ΚΙΝΗΤΡΩΝ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΟ ΜΕΓΕΘΟΣ ΤΗΣ ΠΡΟΘΥΜΙΑΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ ΓΙΑ ΕΝΑ ΠΟΙΟΤΙΚΑ ΣΤΑΘΜΙΣΜΕΝΟ ΕΤΟΣ ΖΩΗΣ.	82
ΠΙΝΑΚΑΣ 9. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΙΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΣΤΟ ΜΕΓΕΘΟΣ ΤΗΣ ΠΡΟΘΥΜΙΑΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ ΓΙΑ ΕΝΑ ΠΟΙΟΤΙΚΑ ΣΤΑΘΜΙΣΜΕΝΟ ΕΤΟΣ ΖΩΗΣ.	83
ΠΙΝΑΚΑΣ 10. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΤΟ ΜΕΓΕΘΟΣ ΤΗΣ ΠΡΟΘΥΜΙΑΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ ΓΙΑ ΕΝΑ ΠΟΙΟΤΙΚΑ ΣΤΑΘΜΙΣΜΕΝΟ ΕΤΟΣ ΖΩΗΣ.	84
ΠΙΝΑΚΑΣ 11. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ ΜΕ ΚΑΠΟΙΑ ΣΟΒΑΡΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΤΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΥΓΕΙΝΩΝ ΣΥΝΗΘΕΙΩΝ ΣΤΟ ΜΕΓΕΘΟΣ ΤΗΣ ΠΡΟΘΥΜΙΑΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ ΓΙΑ ΕΝΑ ΠΟΙΟΤΙΚΑ ΣΤΑΘΜΙΣΜΕΝΟ ΕΤΟΣ ΖΩΗΣ.	85
ΠΙΝΑΚΑΣ 12. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΠΡΟΒΛΕΨΗΣ ΠΡΟΘΕΣΗΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ.	86
ΠΙΝΑΚΑΣ 13. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ ΤΗΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ ΚΑΘΟΡΙΣΤΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΜΕ ΤΗΝ ΠΡΟΘΕΣΗ ΠΛΗΡΩΜΗΣ.	88
ΠΙΝΑΚΑΣ 14. ΚΛΙΜΑΚΑ ΥΓΕΙΑΣ EQ-5D-3L.	97
ΠΙΝΑΚΑΣ 15. ΕΙΔΗ ΜΕΡΟΛΗΨΙΑΣ ΠΟΥ ΕΝΤΟΠΙΖΟΝΤΑΙ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΑ ΜΕΛΕΤΗ ΕΝΔΕΧΟΜΕΝΗΣ ΑΠΟΤΙΜΗΣΗΣ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΙ ΜΕΤΡΙΑΣΗΣ ΤΟΥΣ ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟ ΤΟΥ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΕΡΓΑΛΕΙΟΥ.	107
ΠΙΝΑΚΑΣ 16. ΠΡΟΔΙΑΤΥΠΩΜΕΝΕΣ ΦΡΑΣΕΙΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ ΚΙΝΗΤΡΩΝ ΔΙΑΜΟΡΦΩΜΕΝΕΣ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ.	108
ΠΙΝΑΚΑΣ 17. ΑΠΟΤΥΠΩΣΗ ΚΑΘΟΡΙΣΤΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΠΡΟΘΥΜΙΑΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ ΓΙΑ ΕΝΑ ΠΟΙΟΤΙΚΑ ΣΤΑΘΜΙΣΜΕΝΟ ΕΤΟΣ ΖΩΗΣ (WTP PER QALY).	110
ΠΙΝΑΚΑΣ 18. ΠΡΟΔΙΑΤΥΠΩΜΕΝΕΣ ΦΡΑΣΕΙΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ ΚΙΝΗΤΡΩΝ.	117
ΠΙΝΑΚΑΣ 19. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ ΠΙΛΟΤΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΠΟΥ ΔΗΛΩΣΑΝ ΠΡΟΘΥΜΟΙ ΝΑ ΠΛΗΡΩΣΟΥΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΠΟΘΕΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ (N=71) ΚΑΙ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ ΠΟΥ ΔΗΛΩΣΑΝ ΜΗ ΠΡΟΘΥΜΟΙ ΝΑ ΠΛΗΡΩΣΟΥΝ (N=26).	128
ΠΙΝΑΚΑΣ 20. ΈΛΕΓΧΟΣ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ ΤΩΝ ΠΡΟΔΙΑΤΥΠΩΜΕΝΩΝ ΦΡΑΣΕΩΝ ΚΙΝΗΤΡΩΝ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΟ ΜΕΓΕΘΟΣ ΤΗΣ ΔΗΛΟΥΜΕΝΗΣ ΠΡΟΘΥΜΙΑΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΠΟΘΕΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.	129
ΠΙΝΑΚΑΣ 21. ΈΛΕΓΧΟΣ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ ΤΩΝ ΠΡΟΔΙΑΤΥΠΩΜΕΝΩΝ ΦΡΑΣΕΩΝ ΚΙΝΗΤΡΩΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΕΝΟΣ ΑΤΟΜΟΥ ΠΟΥ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΠΡΟΘΥΜΟ ΝΑ ΠΛΗΡΩΣΕΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΠΟΘΕΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.	130
ΠΙΝΑΚΑΣ 22. ΈΛΕΓΧΟΣ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ ΤΩΝ ΠΡΟΔΙΑΤΥΠΩΜΕΝΩΝ ΦΡΑΣΕΩΝ ΠΟΥ ΕΞΕΤΑΖΟΥΝ ΤΗ ΣΤΑΣΗ ΕΝΟΣ ΑΤΟΜΟΥ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ.	131
ΠΙΝΑΚΑΣ 23. ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΕΣ ΣΤΑΘΜΙΣΗΣ (POST SURVEY ADJUSTMENTS) ΓΙΑ ΝΑ ΕΠΙΤΕΥΧΘΕΙ Η ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ.	133

ΠΙΝΑΚΑΣ 24: ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΕΛΕΓΧΟΥ ΕΓΚΥΡΟΤΗΤΑΣ «ΓΝΩΣΤΩΝ ΟΜΑΔΩΝ».....	134
ΠΙΝΑΚΑΣ 25. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΣΥΝΟΛΙΚΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ, ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΕΥΤΙΚΟΥ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΟ ΦΥΛΟ, ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ (ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΗΣ ΣΤΑΘΜΙΣΗΣ ΗΛΙΚΙΑ Χ ΦΥΛΟ) ΚΑΙ ΤΗ ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ (ΣΤΡΩΜΑΤΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑ) (N=1.342).....	138
ΠΙΝΑΚΑΣ 26. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ ΜΕ ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΜΙΚΡΟΤΕΡΗ ΤΟΥ 1 (UTILITY<1) (N=931) ΚΑΙ ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΙΣΗ ΜΕ 1 (UTILITY = 1) (N=410).	141
ΠΙΝΑΚΑΣ 27. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΟΣΩΝ ΕΧΟΥΝ ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΜΙΚΡΟΤΕΡΗ ΤΟΥ 1 (UTILITY<1) ΚΑΙ ΕΙΝΑΙ ΠΡΟΘΥΜΟΙ ΝΑ ΠΛΗΡΩΣΟΥΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΠΟΘΕΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ (N=528) ΚΑΙ ΟΣΩΝ ΕΧΟΥΝ ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΜΙΚΡΟΤΕΡΗ ΤΟΥ 1 ΚΑΙ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΠΡΟΘΥΜΟΙ ΝΑ ΠΛΗΡΩΣΟΥΝ (N=395).	142
ΠΙΝΑΚΑΣ 28. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ ΣΤΟΥΣ ΕΠΙΜΕΡΟΥΣ ΒΑΘΜΟΥΣ ΣΥΜΦΩΝΙΑΣ ΜΕ ΤΙΣ ΠΡΟΔΙΑΤΥΠΩΜΕΝΕΣ ΦΡΑΣΕΙΣ ΚΙΝΗΤΡΩΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΩΣ ΠΡΟΣ ΜΕΓΕΘΟΣ ΤΗΣ ΔΗΛΟΥΜΕΝΗΣ ΠΡΟΘΥΜΙΑΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΠΟΘΕΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ (N=528).....	143
ΠΙΝΑΚΑΣ 29. ΣΧΕΣΕΙΣ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ ΜΕ ΤΟΥΣ ΒΑΘΜΟΥΣ ΣΥΜΦΩΝΙΑΣ ΤΩΝ ΠΡΟΔΙΑΤΥΠΩΜΕΝΩΝ ΦΡΑΣΕΩΝ ΚΙΝΗΤΡΩΝ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΟ ΜΕΓΕΘΟΣ ΤΗΣ ΠΡΟΘΥΜΙΑΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ ΓΙΑ ΕΝΑ ΠΟΙΟΤΙΚΑ ΣΤΑΘΜΙΣΜΕΝΟ ΕΤΟΣ ΖΩΗΣ.	145
ΠΙΝΑΚΑΣ 30. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ ΣΤΟΥΣ ΕΠΙΜΕΡΟΥΣ ΒΑΘΜΟΥΣ ΣΥΜΦΩΝΙΑΣ ΜΕ ΤΙΣ ΠΡΟΔΙΑΤΥΠΩΜΕΝΕΣ ΦΡΑΣΕΙΣ ΚΙΝΗΤΡΩΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΕΝΟΣ ΑΤΟΜΟΥ ΠΟΥ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΠΡΟΘΥΜΟ ΝΑ ΠΛΗΡΩΣΕΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΠΟΘΕΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ (N=395).....	146
ΠΙΝΑΚΑΣ 31. ΣΧΕΣΕΙΣ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ ΜΕ ΤΟΥΣ ΒΑΘΜΟΥΣ ΣΥΜΦΩΝΙΑΣ ΤΗΣ ΠΡΟΔΙΑΤΥΠΩΜΕΝΗΣ ΦΡΑΣΗΣ ΚΙΝΗΤΡΩΝ ΑΠΡΟΘΥΜΙΑΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΠΟΘΕΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ «Α _κ : ΔΕΝ ΠΕΡΙΣΣΕΥΟΥΝ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΜΟΥ ΧΡΗΜΑΤΑ ΓΙΑ ΝΑ ΠΛΗΡΩΣΩ ΓΙΑ ΑΥΤΗΝ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ».	149
ΠΙΝΑΚΑΣ 32. ΣΧΕΣΕΙΣ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ ΜΕ ΤΟΥΣ ΒΑΘΜΟΥΣ ΣΥΜΦΩΝΙΑΣ ΤΗΣ ΠΡΟΔΙΑΤΥΠΩΜΕΝΗΣ ΦΡΑΣΗΣ ΚΙΝΗΤΡΩΝ ΑΠΡΟΘΥΜΙΑΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΠΟΘΕΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ «Β _κ : ΤΟ ΚΟΣΤΟΣ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΑΥΤΗΣ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΚΑΛΥΦΘΕΙ ΑΠΟ ΤΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΜΟΥ ΤΑΜΕΙΟ Η ΤΟ ΚΡΑΤΟΣ ΚΑΙ ΟΧΙ ΑΠΟ ΕΜΕΝΑ».	150
ΠΙΝΑΚΑΣ 33. ΣΧΕΣΕΙΣ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ ΜΕ ΤΟΥΣ ΒΑΘΜΟΥΣ ΣΥΜΦΩΝΙΑΣ ΤΗΣ ΠΡΟΔΙΑΤΥΠΩΜΕΝΗΣ ΦΡΑΣΗΣ ΚΙΝΗΤΡΩΝ ΑΠΡΟΘΥΜΙΑΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΠΟΘΕΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ «Γ _κ : ΈΧΩ ΜΑΘΕΙ ΝΑ ΖΩ ΤΗΝ ΠΑΘΗΣΗ ΜΟΥ ΚΑΙ ΔΕΝ ΘΑ ΗΘΕΛΑ ΝΑ ΜΠΩ ΣΤΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΜΙΑΣ ΝΕΑΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ, ΑΚΟΜΑ ΚΙ ΑΝ ΑΥΤΗ ΜΕ ΚΑΝΕΙ ΕΝΤΕΛΩΣ ΚΑΛΑ».	151
ΠΙΝΑΚΑΣ 34. ΣΧΕΣΕΙΣ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ ΜΕ ΤΟΥΣ ΒΑΘΜΟΥΣ ΣΥΜΦΩΝΙΑΣ ΤΗΣ ΠΡΟΔΙΑΤΥΠΩΜΕΝΗΣ ΦΡΑΣΗΣ ΚΙΝΗΤΡΩΝ ΑΠΡΟΘΥΜΙΑΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΠΟΘΕΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ «Δ _κ : ΘΕΩΡΩ ΠΩΣ ΕΙΜΑΙ ΑΡΚΕΤΑ ΚΑΛΑ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΜΟΥ, ΩΣΤΕ ΝΑ ΜΗΝ ΜΟΥ ΕΙΝΑΙ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΗ ΚΑΠΟΙΑ ΝΕΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑ».	152
ΠΙΝΑΚΑΣ 35. ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΕΣΥ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΟΣΩΝ ΕΙΝΑΙ ΠΡΟΘΥΜΟΙ ΝΑ ΠΛΗΡΩΣΟΥΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΠΟΘΕΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ (N=528) ΚΑΙ ΟΣΩΝ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΠΡΟΘΥΜΟΙ ΝΑ ΠΛΗΡΩΣΟΥΝ (N=395).....	154
ΠΙΝΑΚΑΣ 36. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΒΑΘΜΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΤΟΥ ΕΣΥ ΑΠΟ ΟΣΟΥΣ ΕΙΝΑΙ ΠΡΟΘΥΜΟΙ ΝΑ ΠΛΗΡΩΣΟΥΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΠΟΘΕΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ (N=528) ΚΑΙ ΟΣΟΥΣ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΠΡΟΘΥΜΟΙ ΝΑ ΠΛΗΡΩΣΟΥΝ (N=395). Η ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΥΤΗ ΕΓΙΝΕ ΑΜΕΣΑ (ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ ΤΟΥΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟΥΣ 12 ΜΗΝΕΣ) ΚΑΙ ΕΜΜΕΣΑ (ΒΑΘΜΟΛΟΓΗΣΗ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ ΣΕ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ).	155
ΠΙΝΑΚΑΣ 37. ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΕ ΣΟΒΑΡΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΥΓΙΕΙΝΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΟΣΩΝ ΕΙΝΑΙ ΠΡΟΘΥΜΟΙ ΝΑ ΠΛΗΡΩΣΟΥΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΠΟΘΕΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ (N=528) ΚΑΙ ΟΣΩΝ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΠΡΟΘΥΜΟΙ ΝΑ ΠΛΗΡΩΣΟΥΝ (N=395).	156
ΠΙΝΑΚΑΣ 38. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΕΚΤΙΜΗΣΕΩΝ WTP ΚΑΙ WTP PER QALY (N=528).....	160
ΠΙΝΑΚΑΣ 39. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΕΚΤΙΜΗΣΕΩΝ WTP ΚΑΙ WTP PER QALY ΓΙΑ ΤΙΣ ΕΠΙΜΕΡΟΥΣ ΥΠΟΜΑΔΕΣ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ.	162

ΠΙΝΑΚΑΣ 40. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΟΛΛΑΠΛΗΣ ΓΡΑΜΜΙΚΗΣ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΞΕΤΑΣΗ ΤΩΝ ΚΑΘΟΡΙΣΤΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΟ ΜΕΓΕΘΟΣ ΤΗΣ ΠΡΟΘΥΜΙΑΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ ΓΙΑ ΕΝΑ ΠΟΙΟΤΙΚΑ ΣΤΑΘΜΙΣΜΕΝΟ ΕΤΟΣ ΖΩΗΣ (WTP PER QALY) (ΜΟΝΤΕΛΟ Α)	169
ΠΙΝΑΚΑΣ 41. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΠΑΝΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΤΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ ΠΟΛΛΑΠΛΗΣ ΓΡΑΜΜΙΚΗΣ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΥΠΟΟΜΑΔΕΣ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ _{INCOME} ΚΑΙ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ _{WITHIN_RANGE}	172
ΠΙΝΑΚΑΣ 42. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΠΑΝΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΤΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ ΠΟΛΛΑΠΛΗΣ ΓΡΑΜΜΙΚΗΣ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΥΠΟΟΜΑΔΕΣ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ _{CERTAINTY} ΚΑΙ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ _{INCOME_CERTAINTY}	173
ΠΙΝΑΚΑΣ 43. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΞΕΤΑΣΗ ΤΩΝ ΚΑΘΟΡΙΣΤΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΠΡΟΘΕΣΗ ΕΝΟΣ ΑΤΟΜΟΥ ΝΑ ΠΛΗΡΩΣΕΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΠΟΘΕΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	188

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ

ΣΧΗΜΑ 1. ΣΤΑΔΙΑ ΚΑΙ ΕΠΙΜΕΡΟΥΣ ΒΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ.	92
ΣΧΗΜΑ 2. ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑ ΚΑΤΑΝΟΜΗΣ ΤΩΝ ΕΚΤΙΜΗΣΕΩΝ ΤΗΣ ΠΡΟΘΥΜΙΑΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ (WTP) ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΡΟΘΥΜΙΑΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ ΓΙΑ ΕΝΑ ΠΟΙΟΤΙΚΑ ΣΤΑΘΜΙΣΜΕΝΟ ΕΤΟΣ ΖΩΗΣ (WTP PER QALY).	159
ΣΧΗΜΑ 3. ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ ΚΑΝΟΝΙΚΗΣ ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑΣ ΤΥΠΟΠΟΙΗΜΕΝΩΝ ΚΑΤΑΛΟΙΠΩΝ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗΣ (NORMAL PROBABILITY PLOTS OF REGRESSION STANDARDIZED RESIDUAS) ΓΙΑ ΤΗ ΜΗ ΜΕΤΑΣΧΗΜΑΤΙΣΜΕΝΗ (Α) ΚΑΙ ΤΗ ΛΟΓΑΡΙΘΜΙΚΑ ΜΕΤΑΣΧΗΜΑΤΙΣΜΕΝΗ (Β) ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΗ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ 'ΠΡΟΘΥΜΙΑ ΠΛΗΡΩΜΗΣ ΓΙΑ ΕΝΑ ΠΟΙΟΤΙΚΑ ΣΤΑΘΜΙΣΜΕΝΟ ΕΤΟΣ ΖΩΗΣ'.	166

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΕΥΡΥΤΕΡΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ

1.1 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ

Η παρούσα διδακτορική διατριβή εντάσσεται στην ευρύτερη ερευνητική περιοχή των Οικονομικών της Υγείας. Ο τομέας της υγείας αποτελεί έναν από τους κυριότερους της εθνικής οικονομίας, καθώς απορροφά σημαντικό ποσοστό του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (ΑΕΠ) (OECD, 2017) και είναι άρρηκτα συνδεδεμένος με τη διασφάλιση και τη διατήρηση του επιπέδου ζωής των πολιτών. Επιπλέον, συμβάλει στην οικονομική ανάπτυξη, καθώς διαφυλάσσει την υγεία των πολιτών και άρα την παραγωγικότητα του εργατικού δυναμικού της χώρας. Επομένως, είναι ιδιαίτερα σημαντική η χάραξη πολιτικών υγείας, σε κρατικό επίπεδο, με ξεκάθαρη στρατηγική και συγκεκριμένους στόχους που θα προάγουν και θα διασφαλίζουν στον πληθυσμό όσο το δυνατό μεγαλύτερο προσδόκιμο επιβίωσης και βελτιωμένη ποιότητα ζωής. Η επιστημονική

έρευνα, λοιπόν, στον κλάδο των Οικονομικών της Υγείας αποτελεί ενδεχομένως τον πιο ισχυρό μοχλό για τη διαμόρφωση συγκεκριμένων στρατηγικών και στοχευμένων υγειονομικών πολιτικών, καθώς προσφέρει τα απαραίτητα εργαλεία ανάπτυξης και υιοθέτησης μεθόδων που οδηγούν τόσο στην εξοικονόμηση πολύτιμων πόρων όσο και στη διασφάλιση της απρόσκοπτης παροχής ποιοτικών υγειονομικών υπηρεσιών.

Τα τελευταία χρόνια η μεγαλύτερη πρόκληση στον τομέα της υγείας είναι η βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας σε ένα περιβάλλον συνεχώς αυξανόμενων δημοσιονομικών περιορισμών (OECD, 2015). Δεδομένου αυτού και των πεπερασμένων υγειονομικών πόρων ενός κράτους, κύριος στόχος των πολιτικών υγείας είναι η διασφάλιση της βέλτιστης σχέσης μεταξύ του υγειονομικού οφέλους και του κόστους μιας θεραπευτικής αγωγής, τεχνολογίας, παρέμβασης ή ιατρικού προγράμματος, είτε για τον γενικό πληθυσμό, είτε για μια συγκεκριμένη κατηγορία ασθενών. Τις τελευταίες δεκαετίες σε αναπτυσσόμενες χώρες, όπως η Βρετανία (National Institute for Clinical Excellence, 2013) και η Αυστραλία (Paris και Belloni, 2014), οι αποφάσεις που λαμβάνονται από τους δημόσιους φορείς, στον τομέα της υγείας, σχετικά με την υιοθέτηση και αποζημίωση καινούριων παρεμβάσεων – και επομένως την κατανομή των πεπερασμένων πόρων – στηρίζονται στη χρήση μεθόδων οικονομικής αξιολόγησης (Tilling et al., 2016; Ryen και Svensson, 2015; Drummond et al., 2015). Να σημειωθεί ότι ως παρέμβαση θεωρούμε τις θεραπευτικές αγωγές, τις τεχνολογίες υγείας ή ακόμη και τα προγράμματα υγείας. Εφεξής, ο όρος παρέμβαση θα αναφέρεται σε όλα τα παραπάνω.

Στο πλαίσιο της οικονομικής αξιολόγησης, η Μέθοδος Ενδεχόμενης Αποτίμησης (Contingent Valuation Method - CVM) αποτελεί ένα εργαλείο, με το οποίο μπορούν να εκτιμηθούν αξίες που σχετίζονται με τις προτιμήσεις των πολιτών (Drummond et al., 2015; Berger et al., 2003; Gyrd-Hansen, 2003; Hirth et al., 2000). Πιο συγκεκριμένα, η μέθοδος αυτή στοχεύει στον καθορισμό της μέγιστης προθυμίας πληρωμής (Willingness To Pay – WTP) ενός πολίτη για μια παρέμβαση, η οποία δεν έχει καθορισμένη τιμή στην αγορά (Bobinac et al., 2010; Berger et al., 2003; Gyrd-Hansen, 2003; Hanley et al., 2003; Bateman et al., 2002; Hirth et al., 2000; O'Brien και Gafni, 1996). Εν συνεχεία, το μέγεθος της

προθυμίας πληρωμής συνδυάζεται με ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής που προσφέρει η αντίστοιχη παρέμβαση (Quality-Adjusted Life-Year – QALY). Η εκτίμηση αυτή της προθυμίας πληρωμής για ένα QALY συγκρίνεται, τελικώς, με ένα προκαθορισμένο «κατώφλι» (threshold) κόστους-αποτελεσματικότητας (cost-effectiveness threshold), προκειμένου να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητά της παρέμβασης ως προς το κόστος της και να αποφασισθεί η αποδοχή ή η απόρριψη της για αποζημίωση από το σύστημα υγείας (Claxton et al., 2015; Drummond et al., 2015; Bobinac et al., 2012). Ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής συνδυάζει τόσο την ποσότητα όσο και την ποιότητα ζωής ενός ατόμου (Drummond et al., 2015). Οι μελέτες ενδεχόμενης αποτίμησης οδηγούν, λοιπόν, στην εκτίμηση της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής (WTP per QALY), η οποία, εάν λαμβάνει υπόψη της τις προτιμήσεις του γενικού πληθυσμού, θα μπορούσε δυνητικά να χρησιμοποιηθεί ως «κατώφλι» κόστους-αποτελεσματικότητας, έναντι, του οποίου συγκρίνεται το κόστος ανά QALY των παρεμβάσεων (λόγος πρόσθετου κόστους-αποτελεσματικότητας, incremental cost-effectiveness ratio, ICER), προκειμένου να αποφασιστεί η αποζημίωσή τους ή μη από το σύστημα υγείας (Donaldson et al., 2011; Mason, Baker και Donaldson, 2008).

Τέλος, είναι σημαντικό να αναφερθεί πως η προθυμία πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής (WTP per QALY) επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από τα κίνητρα που υπαγορεύουν τις επιλογές των ατόμων. Διαφορετικά επίπεδα υγείας, διαφορετικοί μέθοδοι αποτίμησης της προθυμίας πληρωμής και διαφορετικά κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά ενδέχεται να σχετίζονται με διαφορετικά κίνητρα (Gyrd-Hansen, Kjaer και Nielsen, 2012; Sogaard, Lindholt και Gyrd-Hansen, 2012).

Στην Ελλάδα, η ανάγκη για ανάπτυξη κατάλληλων εργαλείων για την αποδοτική κατανομή των οικονομικών πόρων στον τομέα της υγείας είναι περισσότερο από ποτέ επιβεβλημένη, λαμβάνοντας υπόψη τόσο τις ριζικές αλλαγές στον τρόπο ζωής και το αυξημένο προσδόκιμο επιβίωσης, όσο και τις διογκωμένες ανάγκες που καλείται να καλύψει το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ), ως αποτέλεσμα των δυσμενών οικονομικών συνθηκών που βιώνει η εθνική οικονομία την τελευταία δεκαετία. Αντικείμενο, λοιπόν,

της παρούσας διδακτορικής έρευνας είναι η ανάπτυξη, αξιολόγηση και εφαρμογή ενός εργαλείου, το οποίο: α) θα εκτιμά τη χρηματική αξία που αποδίδεται από τους Έλληνες πολίτες σε ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής (QALY), και β) θα εξετάζει τους καθοριστικούς παράγοντες και τα κίνητρα που επηρεάζουν την προθυμία πληρωμής των Ελλήνων πολιτών.

1.2 ΣΤΟΧΟΙ ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ

Οι γενικοί στόχοι της παρούσας διατριβής είναι οι ακόλουθοι:

A) Η διαμόρφωση ενός εργαλείου το οποίο θα εκτιμά τη χρηματική αξία που αποδίδεται από τους Έλληνες πολίτες σε ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής (QALY) για μια γενική υποθετική θεραπεία, η οποία για όσο διάστημα χορηγείται μπορεί να τους μετακινήσει από την τρέχουσα κατάσταση υγείας σε κατάσταση απόλυτης (πλήρους) υγείας. Εν συνεχεία, το εργαλείο αυτό θα εξετάζει τους καθοριστικούς παράγοντες και τα κίνητρα που επηρεάζουν την προθυμία πληρωμής των Ελλήνων πολιτών για την υπό εξέταση θεραπεία.

B) Η αξιολόγηση της αξιοπιστίας του εργαλείου αυτού μέσω της μεθόδου του ελέγχου-επανελέγχου (test-retest).

Γ) Η εκτίμηση, για τον ελληνικό πληθυσμό, του μεγέθους της προθυμίας πληρωμής (WTP) για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής (Quality-Adjusted Life-Year, QALY).

Δ) Η διερεύνηση των καθοριστικών παραγόντων που επηρεάζουν τόσο το μέγεθος της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής (WTP per QALY), όσο και την πρόθεση καθαυτή προθυμίας πληρωμής.

E) Η διερεύνηση των κινήτρων των ατόμων ως προς την προθυμία τους να πληρώσουν ένα ορισμένο χρηματικό ποσό για ένα QALY.

ΣΤ) Η διερεύνηση των κινήτρων των ατόμων που δεν είναι πρόθυμα να πληρώσουν για μια βελτίωση στην κατάσταση της υγείας τους.

1.3 ΠΡΩΤΟΤΥΠΙΑ ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ

Στην Ελλάδα, η προθυμία πληρωμής του γενικού ελληνικού πληθυσμού για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής δεν έχει αποτιμηθεί. Για παράδειγμα, οι Kontodimopoulos και Niakas (2006) αναφέρουν ότι το 9,7% των νεφροπαθών τελικού σταδίου προτίθενται να πληρώσουν μέχρι €15.000 για μεταμόσχευση νεφρού, το 18,8% ακριβώς €15.000 και το 31% περισσότερα από €15.000. Ωστόσο, οι εκτιμήσεις αυτές αφορούν σε προθυμία πληρωμής ορισμένης ομάδας ασθενών (νεφροπαθών) για συγκεκριμένη παρέμβαση (μεταμόσχευση νεφρών) και δεν ανταποκρίνονται σε προθυμία πληρωμής γενικού πληθυσμού για ένα QALY. Επίσης, σε πρόσφατη ελληνική μελέτη (Mavrodi et al., 2017), η αποτίμηση της WTP per QALY έγινε βασιζόμενη στην προθυμία πληρωμής των ασθενών των εξωτερικών ιατρείων ενός μόνο νοσοκομείου της ηπειρωτικής Ελλάδας, γεγονός που περιορίζει τη γενίκευση των αποτελεσμάτων. Η απουσία μιας τέτοιας αποτίμησης από την ελληνική βιβλιογραφία έχει οδηγήσει στην υιοθέτηση της πρότασης του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), ο οποίος θέτει ως «κατώφλι» κόστους-αποτελεσματικότητας ποσό ίσο με μια έως τρεις φορές το εθνικό κατά κεφαλήν ΑΕΠ (Marseille et al., 2015), από τις ελληνικές οικονομικές αξιολογήσεις παρεμβάσεων (Terpos et al., 2019; Tzanetakos et al., 2018; Gourzoulidis et al., 2018; Makras et al., 2015). Ωστόσο, μέχρι στιγμής, δεν έχει εξεταστεί η καταλληλότητα του ορίου αυτού στο πλαίσιο της λήψης αποφάσεων μέσω οικονομικών αξιολογήσεων.

Η παρούσα διδακτορική διατριβή στοχεύει στην εκτίμηση της WTP per QALY για τον γενικό πληθυσμό της χώρας. Η έρευνα αυτή αποτελεί την πρώτη προσπάθεια αποτίμησης της WTP per QALY έχοντας ως ερευνητικό δείγμα τον γενικό πληθυσμό της Ελλάδας. Επίσης, η βιβλιογραφία έχει εντοπίσει ένα κενό ως προς τον εντοπισμό των κινήτρων που βρίσκονται πίσω από τις διαφορετικές τιμές της WTP per QALY και τονίζει

πως οι μελλοντικές έρευνες θα πρέπει να εξετάζουν και τα αίτια, δηλαδή το «γιατί» των απαντήσεων των συμμετεχόντων σε μια έρευνα (Gyrd-Hansen, Kjaer και Nielsen, 2012; Sogaard, Lindholt και Gyrd-Hansen, 2012). Στην παρούσα διδακτορική διατριβή, λοιπόν, θα εξεταστούν και τα κίνητρα των συμμετεχόντων ως προς το μέγεθος της δηλούμενης προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής, ενισχύοντας έτσι την πρωτοτυπία της έρευνας. Τα αποτελέσματα της έρευνας ενδεχομένως να μπορέσουν να βοηθήσουν στην κατανόηση του ύψους των χρηματικών ποσών που αποδίδονται σε ένα QALY, και τα οποία απαντώνται τόσο στη διεθνή βιβλιογραφία όσο και σε σχετικές μελέτες στον ελλαδικό χώρο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ

Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα ευρήματα της βιβλιογραφικής ανασκόπησης που πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο της παρούσας διδακτορικής διατριβής. Μέσω της βιβλιογραφικής ανασκόπησης κατέστη δυνατή η εμβάθυνση στη θεωρία της οικονομικής αξιολόγησης στον τομέα της υγείας και εντοπίστηκε το θεωρητικό κενό στη διεθνή και ελληνική βιβλιογραφία, το οποίο αποτέλεσε, όπως συζητήθηκε παραπάνω, τον κινητήριο μοχλό για τη διεξαγωγή της συγκεκριμένης έρευνας. Επίσης, με βάση τα ευρήματα της βιβλιογραφικής ανασκόπησης καθορίστηκε το πλαίσιο υλοποίησης της εμπειρικής μελέτης, καθώς και ο σχεδιασμός τόσο της τελευταίας όσο και του σχετικού ερευνητικού εργαλείου. Τέλος, στο δεύτερο αυτό κεφάλαιο παρατίθενται οι ερευνητικές υποθέσεις της παρούσας διατριβής, οι οποίες διαμορφώθηκαν με βάση τα εμπειρικά ευρήματα της βιβλιογραφίας και τις αναμενόμενες θεωρητικές συσχετίσεις.

2.1 ΒΑΣΙΚΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ

2.1.1 Οικονομική Αξιολόγηση

Στον τομέα της υγείας, η οικονομική αξιολόγηση (economic evaluation) ορίζεται από τους Drummond et al. (2015, σελ. 4) ως: η συγκριτική ανάλυση του κόστους και των επιπτώσεων εναλλακτικών τρόπων δράσης («the comparative analysis of alternative courses of action in terms of both their costs and consequences»). Όλες οι μέθοδοι οικονομικής αξιολόγησης περιλαμβάνουν κάποιου είδους σύγκριση μεταξύ εναλλακτικών παρεμβάσεων. Σε αυτό το πλαίσιο το κόστος αφορά στην αξία των πόρων που απαιτούνται για την κάλυψη μιας παρέμβασης και οι επιπτώσεις στα ιατρικά οφέλη που σχετίζονται με αυτήν την παρέμβαση (Gray et al., 2012). Τα διάφορα είδη κόστους και η μέτρησή τους σε χρηματικές μονάδες είναι παραπλήσια στις περισσότερες οικονομικές αξιολογήσεις. Αντίθετα, οι επιπτώσεις των εναλλακτικών παρεμβάσεων ενδέχεται να διαφέρουν σημαντικά ως προς το μέγεθος και τον τρόπο μέτρησής τους, η οποία μπορεί να είναι σε χρηματικούς ή μη χρηματικούς όρους (Drummond et al., 2015).

Η παραπάνω διαφορά έχει οδηγήσει στην ανάπτυξη διαφόρων μεθόδων οικονομικής αξιολόγησης προκειμένου να είναι εφικτή η σύγκριση εναλλακτικών παρεμβάσεων:

α) *Ανάλυση κόστους-αποτελέσματος (cost-consequence analysis)*. Η απλοϊκότερη μορφή οικονομικής αξιολόγησης. Τα κόστη και οι επιπτώσεις αξιολογούνται ξεχωριστά, η σύνθεση και ερμηνεία τους γίνεται από τον εκάστοτε αξιολογητή (Gray et al., 2012).

β) *Ανάλυση ελαχιστοποίησης κόστους (cost-minimisation analysis)*. Οι επιπτώσεις ή τα αποτελέσματα (health outcomes) των εναλλακτικών παρεμβάσεων είναι πανομοιότυπα και επομένως, προτιμάται εκείνη η παρέμβαση με το χαμηλότερο κόστος (Gray et al., 2012).

γ) *Ανάλυση κόστους-αποτελεσματικότητας (cost-effectiveness analysis)*. Αρχικά υπολογίζονται το κόστος και τα αποτελέσματα κάθε εναλλακτικής επιλογής. Έπειτα

υπολογίζονται οι διαφορές τόσο στο κόστος, όσο και στα αποτελέσματα μεταξύ των επιλογών αυτών. Η σχέση μεταξύ των διαφορών αυτών παρουσιάζεται ως κλάσμα (λόγος πρόσθετου κόστους-αποτελεσματικότητας, incremental cost-effectiveness ratio, ICER) (Morris, Devlin και Parkin, 2007).

δ) *Ανάλυση κόστους-χρησιμότητας (cost-utility analysis)*. Ως μονάδα μέτρησης των επιπτώσεων χρησιμοποιείται το QALY, το οποίο μετράει την επιβίωση ενός ατόμου ή πληθυσμού εκφρασμένη σε έτη ζωής που σταθμίζονται λαμβάνοντας όμως υπόψη και τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (health-related quality of life, HRQoL). Η χρήση των QALYs επιτρέπει τη σύγκριση μεταξύ των οικονομικών μελετών για εναλλακτικές παρεμβάσεις (Drummond et al., 2015).

ε) *Ανάλυση κόστους-οφέλους (cost-benefit analysis)*. Η μέθοδος αυτή αποδίδει χρηματική αξία όχι μόνο στις επιπτώσεις που έχει μια παρέμβαση στην υγεία ενός ατόμου αλλά και σε όλα τα οφέλη που σχετίζονται με αυτήν και τα οποία δεν αφορούν σε μεταβολές στην κατάσταση της υγείας του ατόμου. Με αυτόν τον τρόπο είναι εφικτές οι συγκρίσεις εναλλακτικών παρεμβάσεων που σχετίζονται με άλλους τομείς κρατικών δαπανών (Gray et al., 2012).

Στον τομέα των οικονομικών της υγείας είναι κοινώς αποδεκτή η χρήση μη χρηματικών μέσων, όπως είναι τα QALYs, για την αξιολόγηση των οφελών στην υγεία ενός ατόμου (Tilling et al., 2016; Wisløff et al., 2014; Morris, Devlin και Parkin, 2007; Smith και Richardson, 2005; Torrance, Boyle και Horwood, 1982). Η εκτεταμένη χρήση των QALYs, για την εκτίμηση των επιπτώσεων μιας παρέμβασης, έχει οδηγήσει αρκετές μελέτες οικονομικής αξιολόγησης να υιοθετήσουν τη μέθοδο της ανάλυσης κόστους-χρησιμότητας (Wisløff et al., 2014), με την τελευταία να θεωρείται, μάλιστα, επέκταση της μεθόδου κόστους-αποτελεσματικότητας (Drummond et al., 2015; McIntosh et al., 2010; Morris, Devlin και Parkin, 2007).

Στο πλαίσιο της οικονομικής αξιολόγησης, η εκτίμηση της χρηματικής αξίας των επιπτώσεων και των οφελών που έχει μια παρέμβαση στην υγεία ενός ατόμου γίνεται

κυρίως μέσω των ακόλουθων δύο τεχνικών: της αποκαλυφθείσας προτίμησης (revealed preference technique, RPT) και της δηλούμενης προτίμησης (stated preference technique, SPT) (Gray et al., 2012; Morris, Devlin και Parkin, 2007; Bateman et al., 2002). Η πρώτη αφορά στη συστηματική εξέταση των προτιμήσεων των ατόμων, όπως αυτές αποκαλύπτονται μέσω των αποφάσεων που λαμβάνουν και των πραγματικών τους επιλογών. Η δεύτερη αφορά στην αξία που δηλώνει κάποιος ότι αποδίδει σε ένα αγαθό/υπηρεσία ή επίπτωση (McIntosh et al., 2010; Morris, Devlin και Parkin, 2007; Bateman et al., 2002). Οι προσεγγίσεις αυτές χρησιμοποιήθηκαν αρχικά στο πλαίσιο των οικονομικών του περιβάλλοντος (environmental economics) και των οικονομικών των μεταφορών (transport economics) (Baker et al., 2010; Nocera, Telser και Bonato, 2003).

Στην αγορά υγειονομικής περίθαλψης, οι συνθήκες που θα την καθιστούσαν τέλεια (perfect market) παραβιάζονται συχνά λόγω του ρίσκου (risk), της αβεβαιότητας (uncertainty), των εξωτερικοτήτων (externalities), της ασύμμετρης πληροφόρησης (information asymmetry) και του ολιγοπωλίου (oligopoly) που την χαρακτηρίζουν. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα η πραγματική αξία που αποδίδεται σε μια παρέμβαση να μην μπορεί να αποκαλυφθεί μέσω των αποφάσεων που λαμβάνουν τα άτομα (McIntosh et al., 2010). Συνεπώς, χρησιμοποιούνται μέθοδοι όπως αυτή της δηλούμενης προτίμησης, προκειμένου να μετρηθεί η χρηματική αξία που αποδίδεται στην υγεία, η οποία αποτελεί ένα μη εμπορεύσιμο αγαθό (non-marketed good). Να σημειωθεί πως εδώ γίνεται αναφορά στην υγεία ως αποτέλεσμα της φροντίδας υγείας. Η φροντίδα υγείας αποτελεί ένα εμπορεύσιμο αγαθό, ωστόσο η υγεία ενός ατόμου όπως προκύπτει από τη φροντίδα που του παρέχεται δεν αποτελεί εμπορεύσιμο αγαθό.

2.1.2 Τεχνική δηλούμενης προτίμησης

Η τεχνική της δηλούμενης προτίμησης (stated preference technique, SPT) περιλαμβάνει τις εξής δύο μεθόδους: τη μέθοδο της μοντελοποίησης των επιλογών (choice modeling method, CMM) και τη μέθοδο της ενδεχόμενης αποτίμησης (contingent

valuation method, CVM). Η πρώτη στοχεύει στην ανάδειξη των προτιμήσεων των ατόμων ως προς συγκεκριμένα χαρακτηριστικά και ιδιότητες μιας παρέμβασης και περιλαμβάνει μεθόδους όπως η ανάλυση σύζευξης (conjoint analysis) και τα πειράματα διακριτών επιλογών (discrete-choice experiments). Η δεύτερη τεχνική στοχεύει στην χρηματική εκτίμηση του συνόλου ενός αγαθού ή υπηρεσίας και περιλαμβάνει μεθόδους όπως της ενδεχόμενης αποτίμησης (contingent valuation) (Gray et al., 2012; Bridges et al., 2007; Bridges, 2003).

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, η τεχνική της δηλούμενης προτίμησης έχει την αφετηρία της στα οικονομικά του περιβάλλοντος. Πιο συγκεκριμένα, στις αρχές της δεκαετίας του '90 το National Oceanic and Atmospheric Administration (NOAA) πάνελ διερεύνησε τη χρήση της μεθόδου της ενδεχόμενης αποτίμησης στο πλαίσιο της αξιολόγησης των ζημιών σε φυσικούς πόρους (Arrow et al., 1993), καταλήγοντας στο συμπέρασμα πως η μέθοδος αυτή παρουσιάζει αξιόπιστες εκτιμήσεις. Τέλος, η τεχνική της δηλούμενης προτίμησης υιοθετείται όταν απαιτείται η χρηματική εκτίμηση αγαθών/υπηρεσιών, τα οποία το άτομο που τα αξιολογεί δεν τα έχει χρησιμοποιήσει και ενδεχομένως δεν θα τα χρησιμοποιήσει ποτέ (non-use value) (Bateman et al., 2002).

2.1.3 Μέθοδος Ενδεχόμενης Αποτίμησης

Η μέθοδος της ενδεχόμενης αποτίμησης αποτελεί μια προσέγγιση της τεχνικής της δηλούμενης προτίμησης, η οποία έχει σχεδιαστεί για την άμεση εκτίμηση της ευημερίας που προσφέρει μια υπηρεσία, η οποία δεν υπάρχει ακόμα διαθέσιμη στην αγορά (non-market good). Στη μέθοδο αυτή ζητείται από τους συμμετέχοντες να σκεφτούν ένα υποθετικό σενάριο μιας αγοράς για την υπηρεσία αυτή. Εν συνεχεία, πρέπει να δηλώσουν την προθυμία πληρωμής (WTP) για να εξασφαλίσουν το όφελος από την υπηρεσία αυτή. Τέλος, το ποσό της προθυμίας πληρωμής χρησιμοποιείται για την εκτίμηση της αντιλαμβανόμενης αξίας αυτής της υπηρεσίας (Bateman et al., 2002).

Η μελέτη ενδεχόμενης αποτίμησης στηρίζεται στη νεοκλασική οικονομική θεωρία

και κατ' επέκταση θεωρεί πως οι καταναλωτές/χρήστες υπηρεσιών λαμβάνουν αποφάσεις ορθολογικά. Δεδομένου αυτού, αναμένεται η προθυμία πληρωμής που δηλώνουν τα άτομα να είναι μεγαλύτερη όταν η παρέμβαση οδηγεί σε περισσότερα οφέλη (π.χ. μεγαλύτερη βελτίωση της ποιότητας ζωής) (ευαισθησία στο σκοπό της μελέτης, *sensitivity to scope*) (Olsen, Donaldson και Pereira, 2004).

Η χρήση της μεθόδου της ενδεχόμενης αποτίμησης ως ένα μέσο απόδοσης χρηματικής αξίας στα οφέλη αγαθών που δεν έχουν σαφώς καθορισμένες καμπύλες ζήτησης χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά το 1958. Στο πλαίσιο της υγειονομικής φροντίδας, η μέθοδος εφαρμόστηκε πρώτη φορά σε μια μελέτη αποφυγής εμφραγμάτων το 1976 (McIntosh et al., 2010). Από το 1985 και μετά, παρατηρείται μεγάλη αύξηση των μελετών που χρησιμοποιούν τη μέθοδο της ενδεχόμενης αποτίμησης στον τομέα της υγείας (Nimdet et al., 2015; Ryen και Svensson, 2015; Lin et al., 2013; Smith και Sach, 2010; Smith, 2003; Olsen και Smith, 2001; Klose, 1999). Οι μελέτες αυτές καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα, ερευνώντας διαφορετικά συστήματα υγείας και κουλτούρες, διαφορετικές κλινικές περιοχές και ποικίλες παρεμβάσεις (Smith και Sach, 2010). Η εκτεταμένη αυτή χρήση έχει εντείνει τις συζητήσεις σχετικά με τη μεθοδολογική ποιότητα της μεθόδου. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι δεν υπάρχουν επίσημες οδηγίες για τον σχεδιασμό μιας μελέτης ενδεχόμενης αποτίμησης στο πλαίσιο της υγείας, με αποτέλεσμα οι μελέτες αυτές να βασίζονται στις δημοσιευμένες οδηγίες (Arrow et al., 1993) και σε σχετικές μελέτες στον τομέα των οικονομικών του περιβάλλοντος. Τα τελευταία χρόνια λόγω της ευρείας χρήσης της μελέτης ενδεχόμενης αποτίμησης στον τομέα της υγείας, υπάρχει εκτενής βιβλιογραφία, στην οποία μπορούν να στηριχτούν οι ερευνητές για τον σχεδιασμό σχετικών μελετών.

2.1.3.1 Κριτική της Μεθόδου Ενδεχόμενης Αποτίμησης

Η κριτική στη μελέτη ενδεχόμενης αποτίμησης εστιάζει κυρίως στην υποθετική φύση των ερωτήσεων (McIntosh et al., 2010), στην απουσία ευαισθησίας στο σκοπό της

μελέτης (Søgaard, Lindholt και Gyrd-Hansen, 2012; Olsen, Donaldson και Pereira, 2004), στις απαντήσεις διαμαρτυρίας μιας μερίδας συμμετεχόντων που είναι γνωστοί ως «αντιρρησίες» (protest responders) (Fonta, Ichoku και Kabubo-Mariara, 2010; Dalmau-Matarrodona, 2001) και στον εισοδηματικό περιορισμό των συμμετεχόντων (δυνατότητα πληρωμής της παρέμβασης – ability to pay) (O'Brien και Drummond, 1994).

Η μελέτη ενδεχόμενης αποτίμησης στηρίζεται σε μια υποθετική αγορά, στην οποία οι συμμετέχοντες δεν υποχρεούνται να πληρώσουν πράγματι τα ποσά που ισχυρίζονται ότι είναι πρόθυμοι να πληρώσουν (Foster, Bateman και Harley, 1997). Κατά συνέπεια, εκτός του ότι η πραγματική συμπεριφορά δεν αποτελεί αντικείμενο παρατήρησης (McIntosh et al., 2010), η δηλούμενη προθυμία πληρωμής ενδέχεται να μην αποτελεί καλή ένδειξη της πραγματικής προθυμίας πληρωμής (Diamond και Hausmann, 1994). Οι συμμετέχοντες δεν έχουν εμπειρία όσον αφορά στην παρέμβαση και επομένως, δεν έχουν ξεκάθαρες προτιμήσεις ως προς αυτήν, γεγονός που επηρεάζει την εγκυρότητα των απαντήσεών τους (Olsen, Røgeberg και Stavem, 2012).

Η προθυμία πληρωμής αναμένεται να είναι μεγαλύτερη όταν η παρέμβαση οδηγεί σε μεγαλύτερη βελτίωση της ποιότητας ζωής (ευαισθησία στον σκοπό της μελέτης, *sensitivity to scope*) (Olsen, Donaldson και Pereira, 2004). Ωστόσο, η αναμενόμενη αυτή συμπεριφορά δεν συναντάται πάντα, με αποτέλεσμα να γίνεται λόγος για έλλειψη ευαισθησίας της μελέτης ενδεχόμενης αποτίμησης στον σκοπό (*insensitivity to scope*), η οποία επηρεάζει την προθυμία πληρωμής (Søgaard, Lindholt και Gyrd-Hansen, 2012). Για παράδειγμα, οι Olsen, Røgeberg και Stavem (2012) σε έρευνά τους για την προθυμία πληρωμής ενός προγράμματος διακοπής του καπνίσματος κατέληξαν πως ο κυριότερος παράγοντας που επηρεάζει την προθυμία πληρωμής είναι το μέγεθος της αρχικής προσφοράς που παρουσιάζεται στους συμμετέχοντες κατά την εκτίμηση της χρηματικής αξίας του εν λόγω προγράμματος και όχι η επίδραση του προγράμματος στη βελτίωση της υγείας τους. Επίσης, σε σχετική έρευνα των Gyrd-Hansen, Kjaer και Nielsen (2012), μεγάλο μέρος των συμμετεχόντων εμφάνισαν έλλειψη ευαισθησίας στο σκοπό, δηλώνοντας την ίδια μέγιστη προθυμία πληρωμής για διαφορετικά επίπεδα βελτίωσης της υγείας.

Οι απαντήσεις διαμαρτυρίας (protest responses), αναφέρονται σε εκείνες τις περιπτώσεις στις οποίες οι συμμετέχοντες δηλώνουν απροθυμία πληρωμής ή μηδενική προθυμία πληρωμής. Η συμπεριφορά αυτή ενδέχεται να οφείλεται στα παρακάτω: α) οι συμμετέχοντες δεν μπορούν να εκτιμήσουν το μέγεθος της προθυμίας πληρωμής και δηλώνουν μηδενική προθυμία πληρωμής, β) δεν θέλουν, πράγματι, να πληρώσουν γι' αυτήν τη θεραπεία και δηλώνουν πως είναι διατεθειμένοι να πληρώσουν 0 ευρώ, ή γ) η απάντησή τους υποδηλώνει διαμαρτυρία για την πληρωμή της συγκεκριμένης παρέμβασης, καθώς θεωρούν πως είναι ευθύνη κάποιου άλλου, όπως του ΕΣΥ, να πληρώσει για αυτή (Fonta, Ichoku και Kabubo-Mariara, 2010; Mulvaney-Day, 2005; Dalmau-Matarrodona, 2001). Οι απαντήσεις διαμαρτυρίας πρέπει να εξετάζονται ενδελεχώς προκειμένου να διαπιστωθεί η αιτία πίσω από τη δυσαρέσκεια σχετικά με την πληρωμή όπως αυτή διατυπώνεται μέσω της άρνησης πληρωμής ή τη μηδενική πληρωμή (Frey και Pirscher, 2019; Gyrld-Hansen, 2016; Halstead, Luloff και Stevens, 1992).

Σε μια μελέτη ενδεχόμενης αποτίμησης είναι δύσκολο να διακρίνει κανείς τα άτομα που δεν είναι πρόθυμα να πληρώσουν για την υπό εξέταση παρέμβαση («αντιρρησίες») χωρίς τη συγκέντρωση ποιοτικών πληροφοριών. Η συγκέντρωση αυτών των πληροφοριών πραγματοποιείται, συνήθως, μέσω των συμπληρωματικών ερωτήσεων που ακολουθούν την αποτίμηση της προθυμίας πληρωμής (McIntosh et al., 2010; Bateman et al., 2002). Οι πληροφορίες αυτές ρίχνουν φως στον τρόπο σκέψης των συμμετεχόντων και διευκολύνουν το διαχωρισμό τους σε όσους απλά διαμαρτύρονται και όσους πραγματικά δεν είναι σε θέση να πληρώσουν για την παρέμβαση. Οι απαντήσεις όσων πράγματι δεν μπορούν να πληρώσουν για αυτή θεωρούνται τις περισσότερες φορές ως μηδενικές και συμπεριλαμβάνονται ως τέτοιες στην ανάλυση.

Ως προς τη μεταχείριση των απαντήσεων διαμαρτυρίας υπάρχει διχογνωμία (Frey και Pirscher, 2019). Ορισμένοι ερευνητές (Dziegielewska και Mendelsohn, 2007; Diamond και Hausman, 1994) θεωρούν πως πρέπει να εξαιρούνται από την ανάλυση, ενώ άλλοι πιστεύουν πως μια τέτοια προσέγγιση δεν είναι σωστή από στατιστικής απόψεως, καθώς αυτοί οι συμμετέχοντες μπορεί να έχουν διαφορετικά χαρακτηριστικά από το υπόλοιπο

δειγμα και η απομάκρυνσή τους να οδηγεί σε δειγματολογική μεροληψία (sample bias) (Fonta, Ichoku και Kabubo-Mariara, 2010; Dalmau-Matarrodona, 2001; Donaldson et al., 1998). Οι τελευταίοι μάλιστα έχουν παρουσιάσει εναλλακτικές προσεγγίσεις για τη μεταχείριση των συμμετεχόντων αυτών. Συγκεκριμένα, ο Dalmau-Matarrodona (2001), πρότεινε το μοντέλο διπλού εμποδίου (double-hurdle model) για τη μεταχείριση των απαντήσεων διαμαρτυρίας σε μελέτες ενδεχόμενης αποτίμησης. Με βάση το μοντέλο αυτό διαχωρίζεται η απόφαση ενός ατόμου να δώσει ή όχι μια απάντηση διαμαρτυρίας (εξίσωση συμμετοχής, participation equation) από την απόφαση του για το ύψος του ποσού που προτίθεται να πληρώσει για την υποθετική παρέμβαση (εξίσωση κατανάλωσης, consumption equation). Οι παράγοντες, λοιπόν, που επηρεάζουν την απόφασή ενός ατόμου να χρησιμοποιήσει την παρέμβαση (π.χ. κατάσταση υγείας) θεωρούνται ανεξάρτητοι από αυτούς που καθορίζουν την απόφασή του να πληρώσει ή όχι για την παρέμβαση (π.χ. εισόδημα, δημογραφικά χαρακτηριστικά). Αντίστοιχα, οι Donaldson et al. (1998) πρότειναν το μοντέλο Type II Tobit για τη μεταχείριση των απαντήσεων διαμαρτυρίας. Το μοντέλο αυτό επιτρέπει τη συνύπαρξη της πρόθεσης κάποιου να πληρώσει για μια παρέμβαση με το ποσό που είναι διατεθειμένος να πληρώσει. Στο πλαίσιο αυτό υπάρχουν παράμετροι που επηρεάζουν την πιθανότητα να καταγραφεί μια θετική αξία προθυμίας πληρωμής, και παράμετροι που καθορίζουν το μέγεθος της αξίας αυτής. Οι παραπάνω προσεγγίσεις διευκολύνουν το διαχωρισμό των «αντιρρησιών» από όσους πραγματικά δεν είναι σε θέση να πληρώσουν και επιτρέπουν την εκτίμηση του μεγέθους της προθυμίας πληρωμής για μια παρέμβαση λαμβάνοντας ή όχι υπόψη της απαντήσεις αυτών των συμμετεχόντων.

Τέλος, η δυνατότητα πληρωμής των συμμετεχόντων (ability to pay), καθιστά το προσωπικό ή οικογενειακό τους εισόδημα ως περιορισμό (O'Brien και Drummond, 1994) και επηρεάζει το μέγεθος της προθυμίας πληρωμής (Gyrd-Hansen, Kjaer και Nielsen, 2012; Smith και Richardson, 2005).

Παρά τα ζητήματα αυτά, η χρήση της μελέτης ενδεχόμενης αποτίμησης στον τομέα της υγείας είναι, όπως είδαμε και παραπάνω, ευρεία. Η ευελιξία και η

προσαρμοστικότητα της μεθόδου ως προς τον τρόπο απόδοσης χρηματικής αξίας, τον αριθμό και το είδος των αποτελεσμάτων που αξιολογούνται, την καθιστά προτιμότερη σε σχέση με τις άλλες τεχνικές στο πλαίσιο της οικονομικής αξιολόγησης (Fonta, Ichoku και Kabubo-Mariara, 2010; Hanley, Ryan και Wright, 2003). Επιπλέον, επιτρέπει την αποτίμηση υπηρεσιών με τις οποίες οι χρήστες έχουν ελάχιστη ή καθόλου προηγούμενη εμπειρία (McIntosh et al., 2010), γεγονός καθοριστικής σημασίας στον τομέα της υγείας, καθώς οι περισσότερες παρεμβάσεις πρέπει να αξιολογηθούν πριν τη διάθεσή τους στην αγορά. Τέλος, τα αποτελέσματα της μελέτης ενδεχόμενης αποτίμησης δεν παρουσιάζουν πολυπλοκότητα ή δυσκολία στην ερμηνεία τους, διευκολύνοντας, έτσι, τη χρήση τους στο πλαίσιο καθορισμού πολιτικών υγείας (Fonta, Ichoku και Kabubo-Mariara, 2010).

2.1.3.2 Χρήση της Μεθόδου Ενδεχόμενης Αποτίμησης

Στον τομέα της υγείας οι μελέτες ενδεχόμενης αποτίμησης αποτιμούν, όπως συζητήθηκε και παραπάνω, τη μέγιστη προθυμία πληρωμής για μια υγειονομική υπηρεσία/παρέμβαση. Στις περιπτώσεις εκείνες που οι μελέτες λαμβάνουν υπόψη τους τις προτιμήσεις του γενικού πληθυσμού, τα αποτελέσματά τους μπορούν να χρησιμοποιηθούν δυνητικά ως «κατώφλι» κόστους-αποτελεσματικότητας, έναντι, του οποίου συγκρίνονται το κόστος και τα οφέλη των παρεμβάσεων, προκειμένου να αποφασιστεί η επιλογή τους έναντι εναλλακτικών, ή η αποζημίωσή τους ή μη από το σύστημα υγείας (Donaldson et al., 2011; Mason, Baker και Donaldson, 2008). Στο πλαίσιο αυτό, λοιπόν, τα αποτελέσματα μιας μελέτης που υιοθετεί την προσέγγιση της ενδεχόμενης αποτίμησης μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως εργαλείο ανάλυσης προκειμένου να κατευθύνουν τις επιλογές μεταξύ εναλλακτικών παρεμβάσεων ή ως εργαλείο διαμόρφωσης κυβερνητικών πολιτικών για την ενσωμάτωση νέων ή την κατάργηση παλαιότερων παρεμβάσεων κατά τον κυβερνητικό σχεδιασμό. Μια ακόμα εφαρμογή τους είναι ως εργαλείο αξιολόγησης των κοινωνικών επιδράσεων που έχουν οι παρεμβάσεις, εντοπίζοντας τμήματα του γενικού πληθυσμού που ωφελούνται ή ζημιώνονται από αυτές και διαμορφώνοντας πολιτικές που απευθύνονται αποκλειστικά

σε αυτά. Τέλος, μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως εργαλείο αποφάσεων από οργανισμούς, όπως τα νοσοκομεία, προκειμένου να εντοπιστούν και να υιοθετηθούν οι παρεμβάσεις εκείνες που μπορούν να θεωρηθούν καταλληλότερες ως προς το κόστος και τα οφέλη που προσφέρουν (Hutton και Rehfuss, 2006).

2.1.4 Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής και προσδιορισμός χρησιμότητας μιας κατάστασης υγείας

Η «υγεία» ορίζεται από τον ΠΟΥ ως η κατάσταση πλήρους σωματικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας –«a state of complete physical, mental and social well-being, and not merely the absence of disease and infirmity» (World Health Organization, 1948). Σε μεταγενέστερη δήλωση του ΠΟΥ στο πλαίσιο των στόχων του προγράμματος «Υγεία για Όλους» γίνεται για πρώτη φορά αναφορά στην «ποιότητα ζωής» (Κοντοδημόπουλος, 2016, σελ. 6). Η ποιότητα ζωής αποτελεί ένα «πολυδιάστατο φαινόμενο, [το οποίο] εμπεριέχει [...] αντικειμενικούς δείκτες ανθρώπινης ανάπτυξης και κοινωνικής ευημερίας (π.χ. εισόδημα, διατροφή, μορφωτικό επίπεδο, ποιότητα κατοικίας, ποιότητα ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης), [καθώς και] τις υποκειμενικές αντιλήψεις των ατόμων για τη σωματική και ψυχική τους υγεία και την κοινωνική τους λειτουργικότητα» (Κοντοδημόπουλος, 2016, σελ. 6). Αναγνωρίζεται, λοιπόν, πως η ποιότητα ζωής χαρακτηρίζεται από μια ποικιλία διαστάσεων για την εκτίμηση των οποίων «απαιτούνται αντικειμενικοί δείκτες μέτρησης και σταθμισμένα εργαλεία» (Κοντοδημόπουλος, 2016, σελ. 7). Στο πλαίσιο της οικονομικής αξιολόγησης, εξετάζονται εκείνες οι πτυχές της ποιότητας ζωής που σχετίζονται με την υγεία, κι, έτσι, γίνεται λόγος για τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (health-related quality of life -HRQoL).

Τα εργαλεία μέτρησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής διακρίνονται σε γενικά (generic) και νοσολογικά εξειδικευμένα (disease-specific) εργαλεία. Τα πρώτα, όπως δηλώνει και η ονομασία τους, εστιάζουν σε γενικές διαστάσεις της υγείας, τόσο του γενικού πληθυσμού, όσο και νοσολογικών κατηγοριών ασθενών (π.χ. Επισκόπηση υγείας

Short Form 36 – SF-36, Euro-QoL-5D), ενώ τα δεύτερα εκτιμούν την επίδραση μιας συγκεκριμένης ασθένειας στο επίπεδο υγείας ενός ατόμου που πάσχει από αυτήν (π.χ. Asthma quality of life questionnaires/scales και European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire, EORTC QLQ-C30, για την αξιολόγηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής των ασθενών με άσθμα και καρκίνο, αντίστοιχα) (Κοντοδημόπουλος, 2016; Drummond et al., 2015; Gray et al., 2012).

Είναι σημαντικό να σημειωθεί πως τα εργαλεία αυτά περιλαμβάνουν ερωτήσεις προκειμένου να περιγραφεί η αντίληψη του ατόμου για την κατάσταση της υγείας του. Η «κατάσταση της υγείας που βιώνει [ένα] άτομο, τόσο στη διάρκεια μιας ασθένειας όσο και κατά τη θεραπεία της, σχετίζεται με ένα επίπεδο ποιότητας ζωής, [...], [στο οποίο αντιστοιχεί] μια τιμή που αντανακλά την ποιότητα ζωής που αντιστοιχεί σε αυτό το επίπεδο υγείας» (Κοντοδημόπουλος, 2016, σελ. 35). Η τιμή αυτή αποτελεί τιμή χρησιμότητας. Ο όρος χρησιμότητα (utility) αναφέρεται στο όφελος που αποκομίζει ένα άτομο από την κατανάλωση ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας (Κοντοδημόπουλος, 2016). Οι τιμές που αφορούν στον προσδιορισμό της χρησιμότητας των καταστάσεων υγείας κυμαίνονται συνήθως μεταξύ 0 και 1, όπου το 0 αντιστοιχεί στη χειρότερη κατάσταση υγείας (θάνατος) και το 1 στην καλύτερη κατάσταση υγείας (απόλυτη υγεία). Ορισμένες καταστάσεις υγείας ενδέχεται να παρουσιάζουν αρνητική χρησιμότητα, γεγονός που τις καθιστά χειρότερες από τον θάνατο (Υφαντόπουλος, 2018; Drummond et al., 2015).

Ο προσδιορισμός της χρησιμότητας μιας κατάστασης υγείας είναι εφικτή είτε με άμεσες (direct) είτε με έμμεσες (indirect) τεχνικές: στις πρώτες ανήκουν οι διαβαθμισμένες κλίμακες (rating scales), η μέθοδος του τυπικού παιγνίου (standard gamble) και η μέθοδος του χρονικού αντίρροπου (time trade off), και στις δεύτερες τα εργαλεία πολλαπλών χαρακτηριστικών (multi-attribute utility instruments). Οι διαβαθμισμένες κλίμακες αποτελούν εργαλεία μέτρησης, με τα οποία τα άτομα κατατάσσουν την κατάσταση της υγείας τους σε μια κλίμακα (π.χ. οπτική αναλογική κλίμακα – Visual Analogue Scale). Στη μέθοδο τυπικού παιγνίου ο συμμετέχων καλείται να επιλέξει μεταξύ εναλλακτικών, τα αποτελέσματα των οποίων φέρουν διαφορετικές

πιθανότητες να συμβούν και σχετίζονται με διαφορετικές καταστάσεις υγείας. Στη μέθοδο του χρονικού αντίρροπου, ο συμμετέχων καλείται να επιλέξει μεταξύ ενός καθορισμένου επιπέδου υγείας για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα και της πλήρους υγείας για μικρότερο χρονικό διάστημα – στην ουσία καλείται να επιλέξει μεταξύ ποιότητας και διάρκειας ζωής. Τέλος, με τα εργαλεία πολλαπλών χαρακτηριστικών τα άτομα χρησιμοποιούν ένα προκαθορισμένο γενικό σύστημα περιγραφής (ερωτηματολόγιο) για να δηλώσουν την κατάσταση της υγείας, στην οποία θεωρούν τα ίδια πως βρίσκονται. Στη συνέχεια, σε κάθε μια από τις καταστάσεις υγείας που περιγράφονται με αυτό το ερωτηματολόγιο αποδίδονται, με τη βοήθεια ενός ειδικά σχεδιασμένου αλγορίθμου, σταθμισμένες αξίες/βάρη που προέρχονται από τον γενικό πληθυσμό (συντελεστές στάθμισης). Έτσι διαμορφώνεται μια τελική τιμή, η οποία ταυτίζεται με τη χρησιμότητα (utility) που σχετίζεται με την εκάστοτε κατάσταση υγείας. Τα εργαλεία χρησιμότητας πολλαπλών χαρακτηριστικών διακρίνονται σε γενικά – με κυριότερα τα EuroQoL-5D, Quality of Wellbeing Index (QWB), Short Form SF-6D, 15 dimension instrument (15D), Assessment of Quality of Life (8 dimensions) (AQoL-8D) και το δείκτη χρησιμότητας (Health Utility Index, HUI) – και νοσολογικά εξειδικευμένα (π.χ. Health States-COPD) (Κοντοδημόπουλος, 2016; Brent, 2016; Gray et al., 2012; Morris, Devlin και Parkin, 2007; Drummond et al., 2015).

2.1.5 Ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής

Στο πλαίσιο της οικονομικής αξιολόγησης στον τομέα της υγείας, το QALY θεωρείται το πιο κατάλληλο μέσο μέτρησης του υγειονομικού οφέλους μιας ιατρικής παρέμβασης, καθώς συνδυάζει τη διάρκεια ζωής με την ποιότητά της, σταθμίζοντας τα έτη ζωής ενός ατόμου στην ποιότητα αυτής (Drummond et al., 2015; Pennington et al., 2015; Gray et al., 2012; Morris, Devlin και Parkin, 2007). Ο υπολογισμός ενός QALY γίνεται «πολλαπλασιάζοντας την τιμή χρησιμότητας με τα έτη ζωής, δηλαδή το χρόνο που το άτομο παραμένει στη συγκεκριμένη κατάσταση υγείας» (Κοντοδημόπουλος, 2016, σελ. 109). Με τη χρήση των QALYs διευκολύνονται οι αποφάσεις αποζημίωσης μιας ιατρικής

παρέμβασης καθώς τα υγειονομικά αποτελέσματα αυτών έχουν κοινή μονάδα μέτρησης (National Institute for Clinical Excellence, 2013).

Η απόδοση χρηματικής αξίας σε ένα QALY είναι μια αρκετά απαιτητική διαδικασία (Tilling et al., 2016). Τα τελευταία χρόνια έχουν πραγματοποιηθεί αρκετές μελέτες με στόχο την αποτίμηση ενός QALY, οι οποίες υιοθετούν τη μελέτη ενδεχόμενης αποτίμησης για τον προσδιορισμό της προθυμίας πληρωμής για ένα QALY. Οι μελέτες αυτές έχουν ως αντικείμενο είτε υποθετικές θεραπείες συγκεκριμένων ασθενειών (Haninger και Hammitt, 2011; Lieu et al., 2009; Byrne, O'Malley και Suarez, 2005), είτε γενικές υποθετικές θεραπείες, οι οποίες στοχεύουν στη βελτίωση της ποιότητας ή της διάρκειας ζωής και αντλούν δείγματα από ειδικούς πληθυσμούς (π.χ. ασθενείς ειδικών νοσολογικών κατηγοριών ή ασθενείς εξωτερικών ιατρείων νοσοκομείων) (Moradi et al., 2019; Mavrodi et al., 2017; Martín-Fernández et al., 2014; Gao et al., 2015; King et al., 2005) ή από τον γενικό πληθυσμό της χώρας διεξαγωγής της έρευνας (Igarashi, Goto και Yoneyama-Hirozane, 2019; Pennington et al., 2015; Bobinac et al., 2013; Robinson et al., 2013; Shiroiwa et al., 2013; Bobinac et al., 2012; Gyrd-Hansen και Kjaer, 2012; Donaldson et al., 2011; Zhao et al., 2011; Bobinac et al., 2010; Shiroiwa et al., 2010; Pinto-Prades, Loomes και Brey, 2009)¹.

Από τις παραπάνω μελέτες ξεχωρίζουν αυτές των Donaldson et al. (2011) και Pennington et al. (2015), λόγω της σημασίας τους ως προς το αντικείμενο και τον στόχο τους και την ευρεία πληθυσμιακή κάλυψη που επιτυγχάνουν, αντίστοιχα.

Η πρώτη (Donaldson et al., 2011) έλαβε χώρα στη Μεγάλη Βρετανία, κατά τη διάρκεια μιας περιόδου έντονων συζητήσεων σχετικά με την εμπειρική βάση και το ύψος του «κατωφλιού» κόστους-αποτελεσματικότητας που χρησιμοποιούνταν μέχρι τότε στις Βρετανικές οικονομικές αξιολογήσεις (Donaldson et al., 2011). Η μελέτη αυτή στόχευε στην εκτίμηση της κοινωνικής αξίας (social value) ενός QALY προκειμένου να εξεταστεί η καταλληλότητα του ύψους του «κατωφλιού» αυτού. Είναι σημαντικό να αναφερθεί πως η

¹ Τα χαρακτηριστικά και τα αποτελέσματα των μελετών αυτών παρουσιάζονται στην ενότητα «2.3 ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΜΕΛΕΤΩΝ ΕΝΔΕΧΟΜΕΝΗΣ ΑΠΟΤΙΜΗΣΗΣ».

Μεγάλη Βρετανία θεωρείται πρωτοπόρος στον καθορισμό του «κατωφλίου» κόστους-αποτελεσματικότητας. Επομένως, η εν λόγω μελέτη εξέτασης και εν δυνάμει αναθεώρησης του ύψους του «κατωφλίου» αυτού, καθίσταται ιδιαίτερα σημαντική στο πλαίσιο των μελετών ενδεχόμενης αποτίμησης. Η κοινωνική αξία ενός QALY εκτιμήθηκε με τρεις τρόπους: α) συνδυάζοντας την «αξία της αποφυγής μοιραίου θανάτου» (value of a prevented fatality), όπως αυτή χρησιμοποιείται στα οικονομικά των μεταφορών, με δεδομένα σχετικά με το προσδόκιμο ζωής, την ηλικία θανάτου και τη σχετική με την ηλικία ποιότητα ζωής, β) μέσω μιας έρευνας που συνδυάζει την προθυμία πληρωμής και τη χρησιμότητα, όπως αυτή προκύπτει από την αποφυγή συγκεκριμένων καταστάσεων υγείας που σχετίζονται με πόνους διαφορετικής διάρκειας και έντασης στο κεφάλι ή στο στομάχι – η προθυμία πληρωμής για ένα QALY που προκύπτει με βάση τα παραπάνω υπολογίζεται εν συνεχεία για το σύνολο των συμμετεχόντων (N=587) προκειμένου να καταλήξουν σε μια συγκεντρωτική (aggregated) μέση αξία για τον γενικό πληθυσμό –, και γ) μέσω της διερεύνησης της προθυμίας πληρωμής για ένα QALY, το οποίο κερδίζει κάποιο άλλο μέλος της κοινωνίας και όχι ο συμμετέχων². Η μελέτη αυτή δεν κατέληξε σε αδιάσειστα στοιχεία που να δικαιολογούν τη μετακίνηση του Βρετανικού «κατωφλίου» κόστους-αποτελεσματικότητας είτε προς τα πάνω είτε προς τα κάτω. Έδειξε, όμως, πως όταν μια μελέτη διερευνά την προθυμία πληρωμής και τη χρησιμότητα αντιπροσωπευτικού δείγματος του γενικού πληθυσμού, καταλήγει σε μια εκτίμηση WTP per QALY, η οποία μπορεί πράγματι να χρησιμοποιηθεί ως «κατώφλι» κόστους-αποτελεσματικότητας για την αποζημίωση ιατρικών παρεμβάσεων.

Η δεύτερη μελέτη (Pennington et al., 2015) ξεχωρίζει καθώς αποτελεί τη μεγαλύτερη διεθνή έρευνα των τελευταίων 20 ετών. Η μελέτη αυτή συγκέντρωσε δεδομένα από εννέα Ευρωπαϊκές χώρες (Ολλανδία, Μεγάλη Βρετανία, Γαλλία, Ισπανία, Σουηδία, Νορβηγία, Δανία, Πολωνία, Ουγγαρία) σε μια προσπάθεια εξέτασης της χρηματικής αξίας που αποδίδεται από τον γενικό πληθυσμό μιας χώρας σε συγκεκριμένα,

² Η εργασία των Donaldson et al. (2011) συνοψίζει τη μεθοδολογία και τα αποτελέσματα της έρευνας που πραγματοποιήθηκε στη Μεγάλη Βρετανία για την αποτίμηση της κοινωνικής αξίας ενός QALY. Οι εργασίες των Mason, Jones-Lee και Donaldson (2009) και Baker et al. (2010) παρουσιάζουν εκτενώς τη μεθοδολογία και τα αποτελέσματα της εν λόγω έρευνας.

εκφρασμένα σε QALYs, υγειονομικά οφέλη (Pennington et al., 2015). Τα οφέλη αυτά αφορούσαν σε ενίσχυση της ποιότητας ζωής ή παράταση της διάρκειας ζωής. Επίσης, οι συμμετέχοντες καλούνταν να ανταποκριθούν και σε ένα σενάριο επικείμενου, πρόωρου θανάτου. Η μελέτη αυτή κατέληξε πως το μέγεθος της προθυμίας πληρωμής ήταν μεγαλύτερο όταν το σενάριο έκανε λόγο για παράταση της διάρκειας ζωής ή επικείμενο, πρόωρο θάνατο.

2.1.6 Καθοριστικοί παράγοντες προθυμίας πληρωμής και προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής

Τα προσωπικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά ενός ατόμου, καθώς και η στάση του απέναντι στην υγεία, όπως αυτή εκφράζεται μέσω της χρήσης των υγειονομικών δομών, της ικανοποίησης από τις υγειονομικές υπηρεσίες και του τρόπου ζωής του, φαίνεται να επηρεάζουν τόσο το μέγεθος της προθυμίας πληρωμής (WTP) για μια παρέμβαση όσο και το μέγεθος της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής (WTP per QALY)³. Στους Πίνακες 1 και 2 παρουσιάζονται οι καθοριστικοί εκείνοι παράγοντες που εμφανίζονται συχνότερα στη βιβλιογραφία καθώς και η κατεύθυνση της επίδρασής τους στο μέγεθος της προθυμίας πληρωμής για μια παρέμβαση (Πίνακας 1) και της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής (Πίνακας 2).

Με βάση τα όσα παρουσιάζονται στους Πίνακες 1 και 2 πρέπει να σημειωθεί πως η κατεύθυνση της επίδρασης των καθοριστικών παραγόντων «ηλικία» και «εμπειρία με σοβαρή/χρόνια ασθένεια» στο μέγεθος της προθυμίας πληρωμής για μια παρέμβαση και της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής δεν είναι κοινή στις υπό εξέταση μελέτες (εμφάνιση τόσο θετικής όσο και αρνητικής επίδρασης). Η μη κοινή αυτή κατεύθυνση ενδέχεται να οφείλεται στα διαφορετικά λοιπά δημογραφικά και

³ Εφεξής, χάριν συντομίας, η προθυμία πληρωμής για μια παρέμβαση θα αναφέρεται, όπου κρίνεται προτιμότερο, με το αγγλικό ακρώνυμο 'WTP' και η προθυμία πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής με το αγγλικό ακρώνυμο 'WTP per QALY'.

κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των δειγμάτων, καθώς και στις διαφορετικές χώρες διεξαγωγής των ερευνών. Επίσης, όπως θα συζητηθεί και παρακάτω (§2.2.5), το μέγεθος της προθυμίας πληρωμής για μια παρέμβαση και κατ' επέκταση το μέγεθος της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής, επηρεάζεται και από τη μέθοδο αποτίμησης που υιοθετείται στο πλαίσιο της μελέτης ενδεχόμενης αποτίμησης.

Είναι σημαντικό, λοιπόν, κατά τον σχεδιασμό μιας μελέτης ενδεχόμενης αποτίμησης να λαμβάνονται υπόψη οι παράγοντες εκείνοι που ενδέχεται να επηρεάσουν το μέγεθος της προθυμίας πληρωμής για μια παρέμβαση και της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής. Να σημειωθεί ότι καθοριστικοί παράγοντες, όπως το εισόδημα και το επίπεδο υγείας, χρησιμοποιούνται, συχνά στο πλαίσιο της ανάλυσης της δομικής εγκυρότητας (construct validity), και πιο συγκεκριμένα της εγκυρότητας «γνωστών ομάδων» (known-groups validity), όπου εξετάζεται η επίδραση αυτών στο μέγεθος της προθυμίας πληρωμής για μια παρέμβαση (Bishop και Boyle, 2017).

Πίνακας 1. Καθοριστικοί παράγοντες προθυμίας πληρωμής για μια παρέμβαση.

Καθοριστικός παράγοντας	Επίδραση στο μέγεθος της προθυμίας πληρωμής για μια παρέμβαση
Ηλικία	Θετική επίδραση στο μέγεθος της προθυμίας πληρωμής για μια παρέμβαση (Alayli-Goebbels et al., 2014). Αρνητική επίδραση στο μέγεθος της προθυμίας πληρωμής για μια παρέμβαση (Lim et al., 2017; Sund και Svensson, 2017; Bobinac et al., 2010; Mason, Jones-Lee και Donaldson, 2009; Philips, Whyne και Avis, 2006; Gyrd-Hansen, 2003; Shackley και Donaldson, 2002).
Φύλο	Οι γυναίκες δηλώνουν χαμηλότερη σε μέγεθος προθυμία πληρωμής για μια παρέμβαση (Alayli-Goebbels et al., 2014; Bobinac et al., 2014).
Εκπαίδευση	Θετική επίδραση στο μέγεθος της προθυμίας πληρωμής για μια παρέμβαση (Lim et al., 2017; Sund και Svensson, 2017; Alayli-Goebbels et al., 2014; Shiroiwa et al., 2013; Bobinac et al., 2010; Philips, Whyne και Avis, 2006).
Οικογενειακή κατάσταση	Οι διαζευγμένοι και οι χήροι δηλώνουν μικρότερη σε μέγεθος προθυμίας πληρωμής για μια παρέμβαση σε σχέση με τους άγαμους (Lim et al., 2017).
Επαγγελματική κατάσταση	Οι φοιτητές δηλώνουν χαμηλότερη σε μέγεθος προθυμία πληρωμής για μια παρέμβαση σε σχέση με άλλες κατηγορίες επαγγέλματος (Bobinac et al., 2014).
Μέγεθος νοικοκυριού	Αρνητική επίδραση στο μέγεθος της προθυμίας πληρωμής για μια παρέμβαση (Bobinac et al., 2010).
Εισόδημα	Θετική επίδραση στο μέγεθος της προθυμίας πληρωμής για μια παρέμβαση (Lim et al., 2017; Sund και Svensson, 2017; Alayli-Goebbels et al., 2014; Bobinac et al., 2014; Shiroiwa et al., 2013; Bobinac et al., 2010; Philips, Whyne και Avis, 2006; Gyrd-Hansen, 2003; Shackley και Donaldson, 2002).
Κατάσταση υγείας	Αρνητική επίδραση στο μέγεθος της προθυμίας πληρωμής για μια παρέμβαση (Shiroiwa et al., 2013).
Ικανοποίηση από τη σχέση ιατρού-ασθενή	Θετική επίδραση στο μέγεθος της προθυμίας πληρωμής για μια παρέμβαση (Pavel, Chakrabarty και Gow, 2015).

Πίνακας 2. Καθοριστικοί παράγοντες προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής.

Καθοριστικός παράγοντας	Επίδραση στο μέγεθος της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής
Ηλικία	Θετική επίδραση στο μέγεθος της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής (Gao et al., 2015; Zhao et al., 2011; King et al., 2005). Αρνητική επίδραση στο μέγεθος της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής (Martín-Fernández et al., 2014; Bobinac et al., 2010; Shiroiwa et al., 2010).
Φύλο	Οι γυναίκες δηλώνουν χαμηλότερη σε μέγεθος προθυμία πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής (Nimdet και Ngorsuraches, 2015; Martín-Fernández et al., 2014).
Εκπαίδευση	Θετική επίδραση στο μέγεθος της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής (Moradi et al., 2019; Mavrodi et al., 2017; Martín-Fernández et al., 2014; Zhao et al., 2011; Bobinac et al., 2010; Shiroiwa et al. 2010).
Οικογενειακή κατάσταση	Οι έγγαμοι δηλώνουν χαμηλότερη (Zhao et al., 2011) σε μέγεθος προθυμία πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής σε σχέση με τους άγαμους.
Επαγγελματική κατάσταση	Οι υπάλληλοι και οι ελεύθεροι επαγγελματίες δηλώνουν χαμηλότερη σε μέγεθος προθυμία πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής σε σχέση με άλλες επαγγελματικές κατηγορίες (Shiroiwa et al., 2010). Οι εργαζόμενοι δηλώνουν υψηλότερη σε μέγεθος προθυμία πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής σε σχέση με τους ανέργους (Sund και Svensson, 2017; Zhao et al. 2011). Οι συνταξιούχοι δηλώνουν υψηλότερη προθυμία πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής σε σχέση με όσους εργάζονται ακόμα (King et al., 2005).
Μέγεθος νοικοκυριού	Αρνητική επίδραση στο μέγεθος της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής (Bobinac et al., 2010)
Εισόδημα	Θετική επίδραση στο μέγεθος της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής (Igarashi, Goto και Yoneyama-Hirozane, 2019; Moradi et al., 2019; Mavrodi et al., 2017; Gao et al., 2015; Nimdet και Ngorsuraches, 2015; Martín-Fernández et al., 2014; Zhao et al., 2011; Bobinac et al., 2010; Shiroiwa et al., 2010; King et al., 2005).
Εμπειρία με σοβαρή/χρόνια ασθένεια	Θετική επίδραση στο μέγεθος της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής (Mavrodi et al., 2017). Αρνητική επίδραση στο μέγεθος της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής (Moradi et al., 2019).

Καθοριστικός παράγοντας	Επίδραση στο μέγεθος της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής
Κάπνισμα	Αρνητική επίδραση στο μέγεθος της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά (Martín-Fernández et al., 2014).
Ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υγειονομικές υπηρεσίες	Θετική επίδραση στο μέγεθος της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής (Shiroiwa et al., 2010).
Συχνότητα χρήσης υγειονομικών υπηρεσιών	Θετική επίδραση στο μέγεθος της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής (Martín-Fernández et al., 2014).

2.2 ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΕΝΔΕΧΟΜΕΝΗΣ ΑΠΟΤΙΜΗΣΗΣ

Η επιτυχία μιας μελέτης ενδεχόμενης αποτίμησης απαιτεί τον ενδελεχή σχεδιασμό της. Αυτός βασίζεται στις παρακάτω συνιστώσες, τις οποίες πρέπει να λάβει υπόψη ο ερευνητής.

2.2.1 Οπτική γωνία

Το πρώτο στάδιο στον σχεδιασμό μιας μελέτης ενδεχόμενης αποτίμησης είναι ο καθορισμός της οπτικής γωνίας (perspective) της μελέτης, καθώς αυτή καθορίζει τη μορφή που θα πάρει η ερώτηση αποτίμησης της προθυμίας πληρωμής. Η οπτική γωνία μπορεί να είναι: α) η ατομική/προσωπική, όπου οι συμμετέχοντες είναι αυτοί που λαμβάνουν την υπηρεσία, το κόστος της οποίας καλύπτεται από τους ίδιους, ή/και β) η κοινωνική, όπου οι συμμετέχοντες καλούνται να δηλώσουν την προθυμία πληρωμής για μια υπηρεσία, η οποία είναι διαθέσιμη για όποιον τη χρειαστεί και την οποία ενδέχεται να χρειαστούν στο μέλλον και οι ίδιοι. Στο πλαίσιο της διεξαγωγής μελετών στον τομέα

της υγείας, οι Dolan et al. (2003) διακρίνουν την κοινωνική οπτική γωνία σε δύο επιμέρους κατηγορίες, ανάλογα με το άτομο στο οποίο απευθύνεται η υποθετική παρέμβαση: α) σε αμιγώς κοινωνική (social perspective), όπου η υποθετική παρέμβαση που καλείται να αποτιμήσει ο συμμετέχων είναι διαθέσιμη αποκλειστικά και μόνο σε άλλα (τρίτα) άτομα της κοινωνίας και δε θα χρησιμοποιηθεί από τον ίδιο, και β) σε κοινωνική χωρίς αποκλεισμούς (socially inclusive personal perspective), όπου η υποθετική θεραπεία είναι διαθέσιμη σε μια ομάδα ατόμων, στην οποία ανήκει ο συμμετέχων, κι επομένως ενδέχεται να χρησιμοποιήσει την παρέμβαση και ο ίδιος.

Οι περισσότερες μελέτες ενδεχόμενης αποτίμησης που πραγματοποιούνται στο πλαίσιο των οικονομικών της υγείας υιοθετούν την ατομική οπτική γωνία καθώς ζητάτε από τους συμμετέχοντες να αποτιμήσουν την προθυμία πληρωμής για μια παρέμβαση που επιφέρει αλλαγές στην προσωπική τους υγεία (Pennington et al., 2015; Ryen και Svensson, 2015; Bobinac et al., 2014; Robinson et al., 2013; Gyrd-Hansen και Kjaer, 2012; Bobinac et al., 2012; Zhao et al. 2011; Bobinac et al., 2010; King et al., 2005). Στις μελέτες αυτές, λοιπόν, η προθυμία πληρωμής αφορά στο ποσό από το οποίο – αν και προοριζόταν για ίδια κατανάλωση – προτίθενται τα άτομα να παραιτηθούν προκειμένου να το διαθέσουν για βελτίωση της προσωπικής τους υγείας. Αντίθετα, όταν η μελέτη λαμβάνει υπόψη της την οπτική γωνία της κοινωνίας η προθυμία πληρωμής αφορά στο ποσό από το οποίο – αν και προοριζόταν για ίδια κατανάλωση – προτίθενται τα άτομα να παραιτηθούν προκειμένου να το διαθέσουν για να συμβάλουν σε υγειονομικό όφελος που αφορά στο σύνολο της κοινωνίας και το οποίο ενδέχεται να μην καρπωθούν ποτέ οι ίδιοι. Με την τελευταία αυτή προσέγγιση εκτιμάται η κοινωνική αξία (social value) ενός QALY (Bobinac et al., 2013), και η παρέμβαση που αποτιμάται προσφέρει βελτίωση στην κατάσταση της υγείας, την οποία καρπώνεται είτε ένα τρίτο πρόσωπο της κοινωνίας, είτε τόσο ένα τρίτο πρόσωπο όσο και ο συμμετέχων (Igarashi, Goto και Yoneyama-Hirozane, 2019; Bobinac et al., 2013; Donaldson et al., 2011; Shiroiwa et al., 2010).

Στα ερευνητικά εργαλεία των μελετών ενδεχόμενης αποτίμησης, η ερώτηση αποτίμησης της προθυμίας πληρωμής όταν υιοθετείται η ατομική οπτική γωνία είναι

αρκετά ξεκάθαρη, καθώς ζητάτε από τους συμμετέχοντες να δηλώσουν το ύψος της προθυμίας πληρωμής για μια υποθετική παρέμβαση που οδηγεί σε βελτίωση της δικής τους υγείας ή σε πλήρη αποκατάσταση αυτής. Αντίθετα, όταν λαμβάνεται υπόψη η οπτική γωνία της κοινωνίας, οι ερωτήσεις εκμείωσης της εκτίμησης της κοινωνικής αξίας ενός QALY ποικίλουν.

Για παράδειγμα, στο πλαίσιο εκτίμησης της κοινωνικής αξίας ενός QALY, οι Bobinas et al. (2013) εξέτασαν την προθυμία πληρωμής για μια υποθετική θεραπεία, η οποία απαλείφει τον κίνδυνο επιδείνωσης της υγείας του γενικού πληθυσμού εξαιτίας ενός ιού που ενδέχεται να προσβάλει τουλάχιστον τον μισό πληθυσμό της Ολλανδίας. Εναλλακτικά οι Shiroiwa et al. (2010), εκτίμησαν την κοινωνική αξία ενός QALY βασιζόμενοι στο ποσό που δήλωσαν οι συμμετέχοντες πως θεωρούν ότι πρέπει να πληρώσει η κοινωνία (δηλ. το κράτος) προκειμένου να χορηγηθεί σε όποιον τη χρειάζεται μια θεραπεία, η οποία σε περίπτωση σοβαρής ασθένειας που απειλεί άμεσα τη ζωή ενός ατόμου οδηγεί σε παράταση της ζωής του κατά ένα έτος, κατά το οποίο βρίσκεται σε απόλυτη υγεία. Οι Donaldson et al. (2011) ακολούθησαν τρεις διαφορετικές προσεγγίσεις προκειμένου να αξιολογήσουν την κοινωνική αξία ενός QALY: ι) εκτίμηση της προθυμίας πληρωμής με βάση την υφιστάμενη αξία προθυμίας πληρωμής για την αποφυγή μοιραίου θανάτου, όπως αυτή έχει εκτιμηθεί στο πλαίσιο της λήψης αποφάσεων από το Βρετανικό Υπουργείο Μεταφορών (UK Department of Transport), ιι) εκτίμηση της προθυμίας πληρωμής για την αποφυγή συγκεκριμένων καταστάσεων υγείας αντλώντας δείγμα από τον γενικό πληθυσμό της χώρας, και ιιι) εκτίμηση της προθυμίας πληρωμής για ένα QALY που κερδίζει κάποιο άλλο μέλος της κοινωνίας κι όχι ο συμμετέχων. Στο πλαίσιο της τελευταίας προσέγγισης, οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να ανταποκριθούν σε έναν αριθμό σεναρίων που περιγράφουν θεραπείες που προσφέρουν συγκεκριμένη βελτίωση στην υγεία ενός ατόμου, το οποίο έχει συγκεκριμένη ηλικία και επίπεδο υγείας, προκειμένου να αποδώσουν βάρη σε QALYs που αφορούν σε ορισμένες ομάδες ασθενών (π.χ. παιδιά, ηλικιωμένοι, βαριά άρρωστοι). Τέλος, οι Igarashi, Goto και Yoneyama-Hirozane (2019) εκτίμησαν την προθυμία πληρωμής τόσο από την αμιγώς κοινωνική οπτική όσο κι από την κοινωνική χωρίς αποκλεισμούς οπτική. Στη μελέτη αυτή ζητήθηκε από τους

συμμετέχοντες να αποτιμήσουν μια θεραπεία, η οποία οδηγεί από μια συγκεκριμένη κατάσταση υγείας σε πλήρη αποκατάσταση της υγείας. Στο σενάριο με την αμιγώς κοινωνική οπτική, οι συμμετέχοντες έπρεπε να δηλώσουν την προθυμία πληρωμής για την εν λόγω θεραπεία, η οποία θα χορηγηθεί αποκλειστικά σε ένα τρίτο άτομο της κοινωνίας που την έχει ανάγκη και όχι στους ίδιους. Αντίθετα, στο σενάριο με την κοινωνική χωρίς αποκλεισμούς οπτική, κλήθηκαν να δηλώσουν την προθυμία πληρωμής για να χορηγηθεί η θεραπεία αυτή τόσο στους ίδιους εάν τη χρειαστούν, όσο και σε άλλα άτομα της κοινωνίας που τη χρειάζονται. Να σημειωθεί ότι από τις παραπάνω έρευνες, αυτές των Shiroiwa et al. (2010) και των Igarashi, Goto και Yoneyama-Hirozane (2019) εξέτασαν την προθυμία πληρωμής όχι μόνο υπό το πρίσμα της κοινωνίας αλλά και από την ατομική οπτική.

Μια διαφορετική προσέγγιση αποτίμησης μιας βελτίωσης στην κατάσταση της υγείας, υπό το πρίσμα της κοινωνίας, είναι αυτή που παρουσιάζεται από τους Richardson et al. (2014). Οι τελευταίοι εστίασαν στην εκτίμησης της προθυμίας πληρωμής ενός ατόμου για μια υπηρεσία σε σχέση με την αντίστοιχη για μια άλλη υπηρεσία (Σχετική Κοινωνική Προθυμία Πληρωμής, Relative Social Willingness to Pay). Το σενάριο της συγκεκριμένης μελέτης ζητούσε από τους συμμετέχοντες να υποθέσουν πως είναι μέλη μιας κυβερνητικής επιτροπής, η οποία αποφασίζει για το ποσό που πρόκειται να διατεθεί για κάθε ιατρική υπηρεσία, και καλούνταν να μοιράσουν ένα ορισμένο ποσό μεταξύ δύο υπηρεσιών – όπου η μια βελτιώνει την υγεία ενός ατόμου, ενώ η δεύτερη την αποκαθιστά πλήρως. Τα ποσά που θα διαθέσουν για κάθε υπηρεσία πρέπει να υποδηλώνουν την αξία που αποδίδουν στα υγειονομικά οφέλη που λαμβάνονται από την κάθε μια. Σύμφωνα με τους ίδιους, το σενάριο αυτό προσφέρει, έναντι των κλασικών ερωτηματολογίων που χρησιμοποιούνται στις μελέτες ενδεχόμενης πληροφόρησης, πρόσθετη πληροφόρηση ως προς τις προτιμήσεις των ατόμων, οι οποίες θα έπρεπε ενδεχομένως να λαμβάνονται υπόψη κατά τη διαμόρφωση των δημόσιων πολιτικών υγείας.

Τέλος, μια ακόμα διάκριση της οπτικής γωνίας (είτε ατομικής, είτε κοινωνικής) των μελετών ενδεχόμενης αποτίμησης στο πλαίσιο της υγείας είναι σε εκ των προτέρων (ex-

ante) και εκ των υστέρων (ex-post). Η διάκριση αυτή λαμβάνει υπόψη το επίπεδο βεβαιότητας που σχετίζεται με την ανάγκη για την υποθετική παρέμβαση. Συγκεκριμένα, το σενάριο μιας μελέτης ενδεχόμενης αποτίμησης ενδέχεται να περιγράφει μια κατάσταση αβεβαιότητας ως προς τη μελλοντική χρήση της υποθετικής παρέμβασης (εκ των προτέρων οπτική γωνία, ex-ante) ή βεβαιότητας ως προς την άμεση ανάγκη αυτής (εκ των υστέρων οπτική γωνία, ex-post) (Dolan et al., 2003).

2.2.2 Περιγραφή σεναρίου

Το επόμενο στάδιο στον σχεδιασμό μιας μελέτης ενδεχόμενης αποτίμησης είναι η περιγραφή του υπό εξέταση σεναρίου. Το σενάριο περιλαμβάνει πληροφορίες σχετικά με την παρέμβαση που εξετάζεται. Σε μια μελέτη ενδεχόμενης αποτίμησης ζητείται από τους συμμετέχοντες να αξιολογήσουν μια παρέμβαση που δεν είναι διαθέσιμη στην αγορά. Επομένως, οι συμμετέχοντες δεν είναι εξοικειωμένοι με την υπηρεσία που αξιολογούν κι επομένως, δεν έχουν τη δυνατότητα να διαμορφώσουν προτιμήσεις σχετικά με αυτήν πριν τη μελέτη. Γι' αυτόν τον λόγο το υπό εξέταση σενάριο πρέπει να είναι ρεαλιστικό, να περιλαμβάνει όλες τις απαραίτητες πληροφορίες και να είναι πλήρως κατανοητό (Bridges, 2003; Smith, 2003). Πολλές φορές αυτό αναφέρεται στη βιβλιογραφία ως εγκυρότητα περιεχομένου (content validity) και σχετίζεται με το περιεχόμενο του ερευνητικού εργαλείου και τυχόν συμπληρωματικού υλικού που προσκομίζουν οι ερευνητές. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να παρουσιαστεί σωστά το υπό εξέταση σενάριο, διότι διαφορετικά ενδέχεται να υπάρχουν παρερμηνείες ή οι συμμετέχοντες να μην πάρουν στα σοβαρά την όλη διαδικασία και κατ' επέκταση να μην είναι ορθά τα δεδομένα που έχουν συλλεχθεί (Kling, Phaneuf και Zhano, 2012; McIntosh et al., 2010; Bridges et al., 2007).

Για να διασφαλιστεί η ορθή περιγραφή του υπό εξέταση σεναρίου πρέπει να γίνουν τα εξής: 1) έλεγχος του σεναρίου ώστε να περιλαμβάνει όλες τις απαραίτητες πληροφορίες, όπως λεπτομέρειες για τα χαρακτηριστικά της παρέμβασης (π.χ. τα οφέλη που προσφέρει), τον πάροχο, τον τρόπο διάθεσης και πληρωμής της, και 2) εξασφάλιση

της ορθής επικοινωνίας των παραπάνω, ούτως ώστε οι συμμετέχοντες να μπορούν να κατανοήσουν και να επεξεργαστούν αυτές τις πληροφορίες προκειμένου να αποδώσουν μια χρηματική αξία στην παρέμβαση (Boyle, 2017; Smith και Sach, 2010; Smith, 2003).

Στο πλαίσιο της περιγραφής του σεναρίου είναι ιδιαίτερα σημαντικό να διευκρινιστεί το μέσο πληρωμής (payment vehicle) της παρέμβασης. Πιο συγκεκριμένα, πρέπει να διευκρινίζεται αν η πληρωμή θα γίνει μέσω επιπρόσθετης φορολογίας, δωρεάς, ή με εξ' ολοκλήρου ιδιωτική συμμετοχή (out-of-pocket payment), ή αν θα είναι σε μηνιαία ή ετήσια βάση ή αν η πληρωμή θα γίνει εφ' άπαξ, διότι αυτές οι επιλογές αποτελούν προεκτάσεις που επηρεάζουν τις απαντήσεις των συμμετεχόντων (Gyrd-Hansen, 2016; Gyrd-Hansen, Jensen και Kjaer, 2014; Smith και Sach, 2010). Το μέσο και τα διαστήματα πληρωμής πρέπει να είναι εύκολα κατανοητά για τους συμμετέχοντες, να σχετίζονται με το υπό εξέταση σενάριο και να επεξηγούνται επαρκώς, ούτως ώστε η αξία που θα αποδώσουν τα άτομα στην παρέμβαση να αντανακλά τα πραγματικά οφέλη από αυτήν. Η επιλογή του κατάλληλου μέσου πληρωμής εξαρτάται από το περιβάλλον (σύστημα υγείας) μέσα στο οποίο διενεργείται η έρευνα (Boyle 2017; McIntosh et al., 2010).

Τέλος, πρέπει να σημειωθεί ότι η τελική μορφή του σεναρίου και η ακριβής διαμόρφωση της ερώτησης αποτίμησης της προθυμίας πληρωμής καθορίζονται, όπως συζητήθηκε στην προηγούμενη ενότητα, από την οπτική γωνία (perspective) της μελέτης.

2.2.3 Πληθυσμός μελέτης

Σε μια μελέτη ενδεχόμενης αποτίμησης όλα τα άτομα που θα επωφεληθούν από την παρέμβαση πρέπει να συμπεριληφθούν στον πληθυσμό (Bateman et al., 2002). Αρκετές φορές ο αριθμός των ατόμων αυτών είναι μεγάλος οπότε απαιτείται αντιπροσωπευτικό δείγμα αυτού του πληθυσμού. Σε αρκετές μελέτες ενδεχόμενης αποτίμησης ορίζεται, ως πληθυσμός της μελέτης, συγκεκριμένη ομάδα ασθενών (Gao et al., 2015; Martín-Fernández et al., 2014; Brandt, Vásquez Lavín και Hanemann, 2012; Smith και Sach, 2010; Philips, Whyne, και Avis, 2006; Byrne, O'Malley και Suarez, 2005; King et

al., 2005; Frew, Whynes και Wolstenholme, 2003; Whynes, Frew και Wolstenholme, 2003). Αυτό συμβαίνει λόγω της ευκολίας πρόσβασης στα συγκεκριμένα άτομα (πληθυσμός ευκολίας, convenient population). Στο πλαίσιο της οικονομικής αξιολόγησης η ανάλυση των οφελών και η αποτίμηση μιας παρέμβασης κρίνεται σκόπιμο να αντανακλά τις προτιμήσεις του γενικού πληθυσμού μιας χώρας. Ειδικότερα, όταν η μελέτη εστιάζει σε ένα σύστημα υγείας που χρηματοδοτείται μέσω της φορολογίας (tax-financed health system), και επομένως, ο γενικός πληθυσμός είναι αυτός που σηκώνει το βάρος του κόστους για την παροχή υγειονομικής περίθαλψης, είναι ορθότερο να ληφθούν υπόψη οι προτιμήσεις αυτού (National Institute for Clinical Excellence, 2013). Έτσι, πληθώρα ερευνών ορίζει ως πληθυσμό της μελέτης τον γενικό πληθυσμό (Nimdet και Ngorsuraches, 2015; Pennington et al., 2015; Bobinac et al., 2013; Robinson et al., 2013; Shiroiwa et al., 2013; Bobinac et al., 2012; Gyrd-Hansen και Kjaer, 2012; Baker et al., 2010; Bobinac et al., 2010; Shiroiwa et al., 2010; Pinto-Prades, Loomes και Brey, 2009; Gyrd-Hansen, 2003).

2.2.4 Τεχνική συλλογής δεδομένων

Η επιλογή της κατάλληλης τεχνικής συλλογής δεδομένων (survey method) σε μια μελέτη ενδεχόμενης αποτίμησης επηρεάζει το κόστος της έρευνας (Boyle, 2017), καθώς και την επιλογή της μεθόδου αποτίμησης που μπορεί να χρησιμοποιηθεί (Smith, 2006; Bateman et al., 2002). Οι προσωπικές συνεντεύξεις (face-to-face interviews) θεωρούνται ως η καλύτερη τεχνική για τη συλλογή των δεδομένων σε μια μελέτη ενδεχόμενης αποτίμησης, ειδικά όταν η παρέμβαση που αξιολογείται είναι πολύπλοκη. Με αυτήν την τεχνική μπορεί να χρησιμοποιηθεί οποιαδήποτε μέθοδος αποτίμησης – ακόμα και όσες στηρίζονται σε οπτικά βοηθήματα (visual aids), όπως η κάρτα πληρωμής (βλ. §2.2.5) –, καθώς και να γίνει εκτενής ποιοτική έρευνα εάν κριθεί απαραίτητο. Υπάρχει, ωστόσο, ο κίνδυνος ο συμμετέχων να επηρεαστεί από τη σχέση με τον συνεντευξιαστή (interviewer bias) ή να είναι διστακτικός να απαντήσει σε προσωπικές ερωτήσεις (π.χ. χρήση απαγορευμένων ουσιών, κατανάλωση αλκοόλ, κλπ) (Kempf και Remington, 2007; Frew, Wolstenholme και Whynes, 2004). Οι τηλεφωνικές συνεντεύξεις προσφέρουν μια

οικονομικότερη και λιγότερο χρονοβόρα εναλλακτική τεχνική σε σχέση με τις προσωπικές συνεντεύξεις (Boyle, 2017; Bowling, 2005; Bateman et al., 2002). Οι τηλεφωνικές συνεντεύξεις διατηρούν τα βασικά πλεονεκτήματα των προσωπικών συνεντεύξεων: δυνατότητα χρήσης αρκετών από τις μεθόδους αποτίμησης και δυνατότητα παροχής διευκρινίσεων (Bowling, 2005). Επιπλέον, επιτρέπουν καλύτερη γεωγραφική κάλυψη από τις άλλες τεχνικές συλλογής δεδομένων, όταν πραγματοποιούνται μέσω τυχαίων ψηφιακών τηλεφωνικών κλήσεων (random-digit dialing) (Wolter, Chowdhury και Kelly, 2009). Ωστόσο, χαρακτηρίζονται από τη μη δυνατότητα χρήσης οπτικών βοηθημάτων (visual aids), καθώς και από χαμηλότερο ποσοστό ανταπόκρισης (response rate) σε σχέση με τις προσωπικές συνεντεύξεις (Wolter, Chowdhury και Kelly, 2009; Kempf και Remington, 2007). Οι μελέτες που πραγματοποιούνται μέσω ηλεκτρονικού (διαδικτυακές έρευνες) ή παραδοσιακού ταχυδρομείου είναι ακόμα πιο οικονομικές από τις τηλεφωνικές συνεντεύξεις και μπορούν να συγκεντρώσουν δεδομένα από μεγαλύτερα σε αριθμό δείγματα. Ωστόσο, με τις τεχνικές αυτές μπορούν να χρησιμοποιηθούν ορισμένες μόνο μέθοδοι αποτίμησης, υπάρχει περιορισμός ως προς τις λεπτομέρειες και τις διευκρινίσεις που μπορούν να δοθούν κατά την περιγραφή του σεναρίου (Υφαντόπουλος, 2018; Boyle, 2017). Ακόμα, οι διαδικτυακές έρευνες εμπεριέχουν δειγματολογική μεροληψία (sample bias), καθώς η συμμετοχή περιορίζεται μόνο σε άτομα που διαθέτουν ηλεκτρονικό ταχυδρομείο κι έχουν πρόσβαση στο διαδίκτυο μέσω κάποιου ηλεκτρονικού μέσου (π.χ. υπολογιστή, κινητό, tablet) (Bowling, 2005), μεροληψία μη απόκρισης (non response bias), καθώς μόνο ορισμένα από τα άτομα που καλούνται να συμμετάσχουν αποφασίζουν θετικά ως προς αυτό, και τέλος, χαρακτηρίζονται από σφάλμα μέτρησης (measurement error), το οποίο σχετίζεται με την ικανότητα των συμμετεχόντων να απαντήσουν με ακρίβεια και αξιοπιστία στις ερωτήσεις (Watson et al., 2019). Τέλος, οι μελέτες που πραγματοποιούνται μέσω παραδοσιακού ταχυδρομείου παρουσιάζουν χαμηλότερο ποσοστό ανταπόκρισης σε σχέση με τις άλλες τεχνικές συλλογής δεδομένων (Kanya et al., 2009; Fricker και Schonlau, 2002).

2.2.5 Μέθοδοι αποτίμησης

Η μέθοδος αποτίμησης (elicitation method) αφορά στον τρόπο με τον οποίο διαμορφώνονται οι ερωτήσεις που εκμαιεύουν τη χρηματική αξία που αποδίδεται σε μια παρέμβαση. Η επιλογή της κατάλληλης μεθόδου αποτίμησης είναι καίριας σημασίας καθώς μπορεί να επηρεάσει το μέγεθος και την αξιοπιστία της χρηματικής αξίας που θα καταγραφεί. Οι μέθοδοι αποτίμησης που απαντώνται συχνότερα στον τομέα της υγείας (Nimdet et al., 2015; Lin et al., 2013; Diener, O'Brien και Gafni, 1998) παρουσιάζονται εν συντομία παρακάτω.

α) Ερώτηση ανοιχτού τύπου (open-ended question). Αποτελεί την πιο απλή μέθοδο αποτίμησης. Ζητείται απλά η χρηματική αξία που αποδίδεται σε μια ιατρική παρέμβαση χωρίς να παρουσιάζονται στον συμμετέχοντα συγκεκριμένες τιμές. Μια τέτοια ερώτηση θα μπορούσε να διατυπωθεί με τον παρακάτω τρόπο: «Ποιο είναι το μέγιστο ποσό που θα ήσασταν διατεθειμένος να πληρώσετε προκειμένου να είναι διαθέσιμη σε εσάς η υπό εξέταση θεραπεία;» (McIntosh et al., 2010).

β) Τεχνική επαναληπτικής υποβολής προσφορών (iterative bidding technique or bidding game). Η ερώτηση σχεδιάζεται έτσι ώστε να εισάγει το συμμετέχοντα σε μια πλειοδοτική διαδικασία. Παρουσιάζεται μια αρχική προσφορά/τιμή (first-bid). Ανάλογα με το αν ο συμμετέχων τη δεχτεί ή όχι, η προσφορά/τιμή αυξάνεται ή μειώνεται, αντίστοιχα, έως ότου φτάσει στη μέγιστη προθυμία πληρωμής για μια παρέμβαση. Γίνεται αντιληπτό ότι απαιτείται αρκετή αλληλεπίδραση μεταξύ συμμετέχοντα και ερευνητή και γι' αυτό χρησιμοποιείται μόνο σε προσωπικές ή τηλεφωνικές συνεντεύξεις (McIntosh et al., 2010).

γ) Κάρτα πληρωμής ή κλίμακα πληρωμής (payment card/scale). Η μέθοδος αυτή αναπτύχθηκε από τους Mitchell και Carson τη δεκαετία του '80 ως μια εναλλακτική προσέγγιση της τεχνικής επαναληπτικής υποβολής προσφορών. Η μέθοδος αυτή, με τη βοήθεια οπτικού υλικού, παρουσιάζει μια λίστα τιμών, ξεκινώντας από τη μικρότερη και καταλήγοντας στη μεγαλύτερη, από την οποία ο συμμετέχων καλείται να διαλέξει την τιμή εκείνη που αντιστοιχεί στη μέγιστη προθυμία πληρωμής για την υπό εξέταση παρέμβαση.

Εάν η προθυμία πληρωμής ξεπερνάει τη μέγιστη δοθείσα τιμή, ακολουθεί ερώτηση ανοιχτού τύπου προκειμένου να καταγραφεί η μέγιστη επιθυμητή τιμή (McIntosh et al., 2010).

δ) Ερώτηση κλειστού τύπου ή διχοτομικής επιλογής ή διακριτή (Closed-ended/dichotomous choice/discrete question). Η ερώτηση κλειστού τύπου είναι σχεδιασμένη ούτως ώστε να οδηγεί σε μια απάντηση “ναι” ή “όχι”. Με τη μέθοδο αυτή παρουσιάζεται στο συμμετέχοντα μια τιμή και ερωτάται εάν είναι διατεθειμένος να πληρώσει αυτό το ποσό. Η μέθοδος αυτή θεωρείται πως προσομοιάζει καλύτερα από τις υπόλοιπες την πραγματικότητα, καθώς ο συμμετέχων έρχεται αντιμέτωπος με μια συγκεκριμένη τιμή όπως γίνεται και στην πραγματική ζωή όπου ως καταναλωτής καλείται να αποφασίσει για το αν θα αγοράσει ένα προϊόν/υπηρεσία βάσει μιας προσφερόμενης τιμής (McIntosh et al., 2010; Nocera, Telser και Bonato 2003). Η μέθοδος αυτή μπορεί να πάρει τη μορφή της μονής διχοτομικής επιλογής (single bounded dichotomous choice) (Arrow et al., 1993) ή με την προσθήκη μιας δεύτερης διχοτομικής ερώτησης να πάρει τη μορφή της διπλής διχοτομικής επιλογής (double bounded dichotomous choice) (Watson και Ryan, 2007).

ε) Ερώτηση κλειστού τύπου ακολουθούμενη από διευκρινιστική ερώτηση (closed ended with follow-up question). Αποτελεί επέκταση της μεθόδου αποτίμησης που βασίζεται σε ερώτηση κλειστού τύπου και χρησιμοποιείται προκειμένου να συγκεντρωθούν περισσότερες πληροφορίες. Έχει πλειοδοτική μορφή. Για παράδειγμα, «Ερώτηση Α. Θα ήσασταν πρόθυμος να πληρώσετε 100 ευρώ για τη θεραπεία; Εάν ναι πηγαίνετε στην ερώτηση Β, εάν όχι πηγαίνετε στην ερώτηση Γ. Ερώτηση Β. Θα ήσασταν πρόθυμος να πληρώσετε 200 ευρώ για τη θεραπεία, ναι ή όχι; Ερώτηση Γ. Θα ήσασταν πρόθυμος να πληρώσετε 50 ευρώ για τη θεραπεία, ναι ή όχι;» (McIntosh et al., 2010).

Κάθε μια από αυτές τις μεθόδους εμφανίζει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Ο Πίνακας 3 παρουσιάζει τα κυριότερα από αυτά.

Πίνακας 3. Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα μεθόδων αποτίμησης.

Μέθοδος Αποτίμησης	Πλεονεκτήματα	Μειονεκτήματα
Ερώτηση ανοιχτού τύπου (open-ended question)	<ul style="list-style-type: none"> • Απλή μέθοδος • Εύκολα εφαρμόσιμη • Αφήνει τον συμμετέχοντα ελεύθερο να δηλώσει τη μέγιστη προθυμία πληρωμής για μια παρέμβαση 	<ul style="list-style-type: none"> • Υψηλό ποσοστό μη απόκρισης (non-response rate) • Αφήνει περιθώριο για μηδενικές (zero responses), απόμακρες (outliers) ή αρνητικές απαντήσεις που δηλώνουν διαμαρτυρία για την υπό εξέταση θεραπεία (protest responses) • Λιγότερο αξιόπιστη καθώς ο συμμετέχων καλείται να αποδώσει ελεύθερα χρηματική αξία σε μια υποθετική θεραπεία με την οποία δεν είναι εξοικειωμένος
Τεχνική επαναληπτικής υποβολής προσφορών (iterative bidding technique or bidding game)	<ul style="list-style-type: none"> • Διευκολύνει τον συμμετέχοντα ως προς τη διαδικασία επιλογής • Ενθαρρύνει τον συμμετέχοντα να σκεφτεί προσεκτικά τις προτιμήσεις του 	<ul style="list-style-type: none"> • Μεροληψία σημείου εκκίνησης (βλ. § 2.2.6.1) • Μεγάλος αριθμός απόμακρων απαντήσεων (outliers) • Μεροληψία συναίνεσης (response acquiescence/‘yea-saying’ bias, βλ. §2.2.6.1) • Δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε έρευνες που πραγματοποιούνται μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου ή που συμπληρώνονται από τους ίδιους τους συμμετέχοντες
Κάρτα πληρωμής ή κλίμακα πληρωμής (payment card/scale)	<ul style="list-style-type: none"> • Σε σύγκριση με τις άλλες μεθόδους περιορίζει τον αριθμό των απόμακρων απαντήσεων (outliers) 	<ul style="list-style-type: none"> • Μεροληψία εύρους (βλ. §2.2.6.1) • Δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε έρευνες που πραγματοποιούνται με τη χρήση τηλεφωνικών συνεντεύξεων
Ερώτηση κλειστού τύπου ή διχοτομικής επιλογής ή διακριτή (Closed-ended/dichotomous)	<ul style="list-style-type: none"> • Προσομοιάζει καλύτερα από τις άλλες την πραγματικότητα • Τα αποτελέσματα θεωρούνται αρκετά 	<ul style="list-style-type: none"> • Αφήνει περιθώριο για αρνητικές απαντήσεις που δηλώνουν διαμαρτυρία για την υπό εξέταση θεραπεία (protest responses)

choice/discrete question) / Ερώτηση κλειστού τύπου ακολουθούμενη από διευκρινιστική ερώτηση (closed ended with follow-up question)

αξιόπιστα καθώς καταλήγουν σε ένα εύρος μέσα στο οποίο βρίσκεται η πραγματική αξία που αποδίδει ο συμμετέχων

- Τα αποτελέσματα θεωρούνται πιο αξιόπιστα γιατί ο συμμετέχων δεν μπορεί να επηρεάσει το μέγεθος της προθυμίας πληρωμής για μια παρέμβαση
- Περιορίζει τη στρατηγική μεροληψία
- Αποκλείει την ύπαρξη μεροληψίας σημείου εκκίνησης (ή εύρους), καθώς ο συμμετέχων καλείται να απαντήσει σε μια μόνο προσφερόμενη τιμή
- Όταν ακολουθεί διευκρινιστική ερώτηση θεωρείται πως βελτιώνει την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων

- Μεροληψία συναίνεσης (response acquiescence/‘yea-saying’ bias, βλ. §2.2.6.1)
- Μεροληψία σημείου εκκίνησης (βλ. §2.2.6.1)
- Προσφέρει περιορισμένη πληροφόρηση (παρουσιάζονται μία ή δύο συγκεκριμένες τιμές στο συμμετέχοντα από τις οποίες πρέπει να επιλέξει τη χρηματική αξία που ανταποκρίνεται στην προσωπική του εκτίμηση)
- Οι εμπειρικές μελέτες έχουν αποκαλύψει πως οδηγεί σε υψηλότερες αποτιμήσεις σε σχέση με τη μέθοδο της ερώτησης ανοιχτού-τύπου

Πηγές: Fonta, Ichoku και Kabubo-Mariara, 2010; Watson και Ryan, 2007; Whyne, Wolstenholme και Frew, 2004; Pearce et al., 2002; Smith και Sach, 2000; O’Brien et al., 1998; Donaldson, Thomas και Torgerson, 1997.

Τα μειονεκτήματα της μεθόδου, στην οποία η αποτίμηση γίνεται με ερώτηση ανοιχτού τύπου, οφείλονται στη δυσκολία που έχει ο συμμετέχων να εκτιμήσει την αξία μιας παρέμβασης, την οποία δε γνωρίζει καθόλου (Bateman et al., 2000). Γι' αυτόν τον λόγο όταν αξιολογούνται υπηρεσίες χωρίς προκαθορισμένες τιμές, οι μέθοδοι αποτίμησης που παρουσιάζουν διακριτές τιμές ή στηρίζονται σε επαναληπτικές προσφορές, θεωρούνται προτιμότερες (McNamee et al., 2010).

Αρκετές μελέτες έχουν εστιάσει στη σύγκριση των διαφορετικών μεθόδων αποτίμησης και κατέληξαν στο συμπέρασμα πως διαφορετικές μέθοδοι σχετίζονται με διαφορετικά αποτελέσματα/εκτιμήσεις. Πιο συγκεκριμένα, οι μέθοδοι που αποτιμούν άμεσα μια παρέμβαση, όπως η ερώτηση ανοιχτού τύπου και η κάρτα πληρωμής, δίνουν χαμηλότερες εκτιμήσεις σε σχέση με τις μεθόδους που οι αξίες εκμαιεύονται μέσω επιλογών (τεχνική επαναληπτικής υποβολής προσφορών, ερώτηση κλειστού τύπου/διχοτομικής επιλογής) (Ryan και Watson, 2009; Frew, Wolstenholme και Whynes, 2004; Ryan, Scott και Donaldson, 2004; Cameron et al., 2002). Τέλος, η τεχνική επαναληπτικής υποβολής προσφορών δίνει πιο ακριβείς εκτιμήσεις προθυμίας πληρωμής σε σχέση με την ερώτηση διχοτομικής επιλογής (Whitehead, 2002).

Βλέπουμε, λοιπόν, πως όλες οι μέθοδοι παρουσιάζουν πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα και πως σε όλες υπάρχει κάποια μορφή μεροληψίας που σχετίζεται με τον τρόπο εκμαίευσης της προθυμίας πληρωμής για την υπό εξέταση παρέμβαση. Λόγω των παραπάνω, είναι ιδιαίτερα σημαντικό σε κάθε μελέτη ενδεχόμενης αποτίμησης να εξετάζεται η αξιοπιστία (reliability) και η εγκυρότητα (validity) της μεθόδου που υιοθετείται (Bishop και Boyle, 2017; McNamee et al., 2010). Η αξιοπιστία σχετίζεται με τη συνέπεια που παρουσιάζει το ερευνητικό εργαλείο μιας μελέτης ενδεχόμενης αποτίμησης σε περίπτωση επανάληψης των μετρήσεων, χρησιμοποιώντας το ίδιο ακριβώς δείγμα ή διαφορετικά δείγματα με στατιστικώς ίδια χαρακτηριστικά (Settumba et al., 2018; Bishop και Boyle 2017; Morris, Devlin και Parkin, 2007; Shiell και Hawe, 2006; Onwujekwe, Fox-Rushby και Hanson, 2005; Smith, 2004; Loomis, 1989). Η αξιοπιστία αυτή είναι γνωστή ως αξιοπιστία ελέγχου-επανελέγχου (test-retest reliability). Η εγκυρότητα στοχεύει στην ανάλυση του βαθμού στον οποίο τα ευρήματα της μελέτης είναι συνεπή ως προς τις θεωρητικές προσδοκίες

(construct or theoretical validity) (Settumba et al., 2018; Bishop και Boyle, 2017; Bobinac et al., 2012; Kling, Phaneuf και Zhao, 2012; Morris, Devlin και Parkin, 2007; Phils, Whyne και Avis, 2006; Dalmau-Matarrodona, 2001; Klose, 1999).

2.2.6 Μεροληψία στη μέθοδο ενδεχόμενης αποτίμησης

Οι μέθοδοι αποτίμησης που συζητήθηκαν παραπάνω εμφανίζουν ορισμένα μεροληπτικά χαρακτηριστικά, τα οποία θα μπορούσαν να επηρεάσουν τα αποτελέσματα μιας έρευνας ενδεχόμενης αποτίμησης. Γι' αυτόν τον λόγο κρίνεται σκόπιμο να συζητηθούν εκτενώς τα διάφορα είδη μεροληψίας που σχετίζονται με τις μεθόδους αυτές, προκειμένου να ληφθούν υπόψη κατά τον σχεδιασμό της παρούσας διδακτορικής έρευνας και όσο είναι εφικτό να περιοριστούν⁴. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι η μεροληψία αποτελεί έναν από τους λόγους που παρατηρούνται αποκλίσεις μεταξύ της δηλούμενης προθυμίας πληρωμής ενός συμμετέχοντα σε μια μελέτη ενδεχόμενης αποτίμησης και της πραγματικής προθυμίας πληρωμής που χαρακτηρίζει την αγοραστική του συμπεριφορά (Onwujekwe, Hanson και Fox-Rushby, 2005).

2.2.6.1 Προσφερόμενες τιμές και μεροληψία

Με εξαίρεση τη μέθοδο αποτίμησης που βασίζεται σε ερώτηση ανοιχτού τύπου, όλες οι άλλες μέθοδοι παρουσιάζουν στους συμμετέχοντες ενδεικτικές τιμές, από τις οποίες επιλέγουν αυτή που ανταποκρίνεται περισσότερο στην προτίμησή τους. Οι τιμές αυτές από τη μια ενθαρρύνουν τους συμμετέχοντες να σκεφτούν τη μέγιστη προθυμία πληρωμής για μια παρέμβαση, από την άλλη, όμως, επηρεάζουν την απάντησή τους. Αυτό οφείλεται στο ότι ενδέχεται να αποδίδουν μεν σε μια παρέμβαση μια από αυτές τις τιμές, αλλά αυτή να μην ανταποκρίνεται στην πραγματική μέγιστη προθυμία πληρωμής τους. Η μεροληψία αυτή διακρίνεται σε

⁴ Στο «ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ» θα γίνει λόγος για τα είδη μεροληψίας που απαντώνται στη συγκεκριμένη έρευνα και θα συζητηθούν οι τρόποι περιορισμού τους.

προσκόλλησης-αγκίστρωσης (anchoring effect) και εύρους (range bias).

Η μεροληψία προσκόλλησης-αγκίστρωσης παρατηρείται κατά τη χρήση της τεχνικής της επαναληπτικής υποβολής προσφορών, της ερώτησης κλειστού τύπου και της κάρτας πληρωμής για την αποτίμηση της μέγιστης προθυμίας πληρωμής για μια παρέμβαση. Η μεροληψία προσκόλλησης-αγκίστρωσης διακρίνεται σε μεροληψία σημείου εκκίνησης (starting point bias) και μεροληψία συναίνεσης (response acquiescence ή 'yea-saying' bias). Η μεροληψία σημείου εκκίνησης συναντάται στην τεχνική της επαναληπτικής υποβολής προσφορών καθώς και στην τεχνική της διχοτομικής επιλογής. Αντίθετα, η μεροληψία συναίνεσης συναντάται τόσο στις παραπάνω δύο μεθόδους αποτίμησης, όσο και στην κάρτα πληρωμής.

Όταν υιοθετείται η τεχνική της επαναληπτικής υποβολής προσφορών ή διχοτομικής επιλογής, η μέγιστη προθυμία πληρωμής ενός συμμετέχοντα μπορεί να επηρεαστεί από την αρχική τιμή προσφοράς (μεροληψία σημείου εκκίνησης, starting point bias). Εν προκειμένω, η μεροληψία προκύπτει από την προσκόλληση-αγκίστρωση του συμμετέχοντα στην αρχική τιμή προσφοράς, καθώς ενδέχεται να θεωρεί πως αυτή αντιπροσωπεύει την πραγματική τιμή της υπό εξέταση παρέμβασης ή έστω μια τιμή πολύ κοντά στην πραγματική. Η μεροληψία σημείου εκκίνησης μπορεί να μετριάσει θέτοντας διαφορετικά σημεία εκκίνησης προσφορών (π.χ. εκκίνηση από τη μέγιστη ή την ελάχιστη προσφερόμενη τιμή στην περίπτωση της επαναληπτικής υποβολής προσφορών), στα οποία οι συμμετέχοντες εκτίθενται τυχαία. Με αυτόν τον τρόπο η επίδραση του ύψους της αρχικά προσφερόμενης τιμής στον μέσο όρο της προθυμίας πληρωμής ενδέχεται να περιορίζεται (McNamee et al., 2010). Αρκετές μελέτες προτείνουν και υιοθετούν την προσέγγιση αυτή των διαφορετικών σημείων εκκίνησης προκειμένου να μετριάσουν τη μεροληψία του σημείου εκκίνησης (Mavrodi et al., 2017; Gao et al., 2015; Martín-Fernández et al., 2014; Zhao et al., 2011; McNamee et al., 2010; Shiroiwa et al., 2010; Frew, Wolstenholme και Whyne, 2004).

Ο DeShazo (2002) σε μελέτη διερεύνησης των προβλημάτων που ενδέχεται να παρουσιάζουν οι μέθοδοι αποτίμησης της προθυμίας πληρωμής, οι οποίες εμπριέχουν επαναληπτική υποβολή προσφορών ή διχοτομική επιλογή, εξέτασε την ευαισθησία αυτών ως προς το σημείο εκκίνησης των προσφορών. Βασιζόμενος στη

θεωρία της προβολικής ανίχνευσης (prospect theory) των Kahneman και Tversky (1979)⁵, ο DeShazo (2002) πρότείνει ως πιο αντιπροσωπευτική της πραγματικής προθυμίας πληρωμής εκείνη που προκύπτει όταν οι προσφερόμενες τιμές ξεκινούν από τη μέγιστη, δίνοντας γι' αυτό την παρακάτω εξήγηση: Όταν οι προσφερόμενες τιμές ακολουθούν μειούμενη πορεία, μια αρνητική απάντηση ως προς την αρχικά προσφερόμενη μέγιστη τιμή οδηγεί σε μια μικρότερη προσφερόμενη τιμή. Έτσι, δημιουργείται στο συμμετέχοντα η αίσθηση πως κερδίζει από την αρχική αρνητική του απάντηση, καθώς μειώνεται το προσφερόμενο ποσό και είναι πιθανότερο η τελική του απάντηση να είναι πιο κοντά στο ύψος της πραγματικής προθυμίας πληρωμής. Αντίθετα, όταν οι προσφερόμενες τιμές ακολουθούν αυξανόμενη πορεία, μια αρνητική απάντηση ως προς την αρχικά προσφερόμενη τιμή οδηγεί σε επόμενη μεγαλύτερη προσφερόμενη τιμή. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να δημιουργείται στο συμμετέχοντα η αίσθηση πως χάνει από την αρχική αρνητική του απάντηση, να αγκιστρώνεται-προσκολλάται κατ' επέκταση στην αρχική τιμή (παρατηρείται το φαινόμενο «αγκίστρωσης» στην αρχική τιμή – anchoring effect) κι επομένως, η τελική του απάντηση να μην είναι αντιπροσωπευτική της πραγματικής προθυμίας πληρωμής (DeShazo, 2002).

Η μεροληψία συναίνεσης (response acquiescence/'yea-saying' bias) αναφέρεται στην περίπτωση εκείνη κατά την οποία οι συμμετέχοντες συμφωνούν να πληρώσουν ανεξαρτήτως του ύψους της προσφερόμενης τιμής ή της πραγματικής τους επιθυμίας (Yeung et al., 2006; Svedsaterm, 2000). Όπως συζητήθηκε στην προηγούμενη παράγραφο (§2.2.5), όταν χρησιμοποιείται ερώτηση κλειστού τύπου σε μια μελέτη ενδεχόμενης αποτίμησης, η προθυμία πληρωμής εμφανίζει υψηλότερη μέση τιμή σε σύγκριση με μελέτες όπου χρησιμοποιείται ερώτηση ανοιχτού τύπου. Αυτό το γεγονός αποδίδεται στη μεροληψία συναίνεσης (Frew, Wolstenholme και Whynes, 2003).

Η μεροληψία εύρους παρατηρείται σε έρευνες που υιοθετούν τη μέθοδο της

⁵ Με τη θεωρία προβολικής ανίχνευσης οι Kahneman και Tversky περιέγραψαν τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα λαμβάνουν αποφάσεις στην πράξη όταν υπάρχει αβεβαιότητα. Σύμφωνα με αυτήν τη θεωρία, τα άτομα προτιμούν ένα βέβαιο κέρδος (100% πιθανότητα να πραγματοποιηθεί) από ένα κέρδος, το οποίο έχει ίσο ή μικρότερο μέγεθος και μικρότερη πιθανότητα να πραγματοποιηθεί. Επίσης, τα άτομα τείνουν να υπερεκτιμούν μικρές πιθανότητες όταν αυτές συνδέονται με κέρδη μεγάλου μεγέθους. Το αντίθετο παρατηρείται όταν τα άτομα πρέπει να αξιολογήσουν ζημιές.

κάρτας πληρωμής. Σε αυτές η χρηματική αξία που αποδίδεται από τον κάθε συμμετέχοντα επηρεάζεται από το εύρος τιμών που έχουν προεπιλεγεί από τον εκάστοτε ερευνητή για τη διαμόρφωση της λίστας τιμών από την οποία καλούνται να επιλέξουν οι συμμετέχοντες (Whynes, Wolstenholme και Frew, 2004).

2.2.6.2 Στρατηγική μεροληψία

Μια άλλη μορφή μεροληψίας που εμφανίζεται σε μελέτες ενδεχόμενης αποτίμησης είναι η στρατηγική μεροληψία (strategic bias), όπου οι συμμετέχοντες υποτιμούν ή υπερτιμούν σκόπιμα το μέγεθος της προθυμίας πληρωμής για την υπό εξέταση παρέμβαση. Πιο συγκεκριμένα, εάν οι συμμετέχοντες θεωρούν πως θα πρέπει πράγματι να πληρώσουν το ποσό που αποδίδουν σε μια παρέμβαση, τότε είναι πιθανό να δηλώνουν μικρότερα ποσά (μειοδοτούν, underbid). Αντίθετα, εάν δεν πιστεύουν πως θα πρέπει τελικά να πληρώσουν το ποσό που δηλώνουν, αλλά θέλουν να επηρεάσουν την παροχή της παρέμβασης, ενδέχεται να δηλώνουν μεγαλύτερα ποσά (Hackl και Pruckner, 2005).

2.2.6.3 Υποθετική μεροληψία

Σε μια μελέτη ενδεχόμενης αποτίμησης η διαφορά μεταξύ της υποθετικής (δηλούμενης) και της πραγματικής (αποκαλυφθείσας) αξίας που αποδίδεται σε μια παρέμβαση είναι γνωστή ως υποθετική μεροληψία (hypothetical bias). Οι υποθετικές αξίες είναι συνήθως υψηλότερες από τις πραγματικές αξίες που αποδίδονται σε μια παρέμβαση (Kanya et al., 2019; Murphy, Steven και Weatherhead, 2005). Η μεροληψία, λοιπόν, προκύπτει από την υποθετική φύση της μελέτης ενδεχόμενης αποτίμησης και αποτελεί απειλή για την αξιοπιστία της. Μπορεί να μετριαστεί μέσω της προσωπικής εκτίμησης βεβαιότητας ως προς την απάντηση που προσφέρει κάποιος σε μια μελέτη ενδεχόμενης αποτίμησης ή του 'cheap talk', με το οποίο υπενθυμίζεται στους συμμετέχοντες να σκεφτούν ενδελεχώς την απάντησή τους (Bobinas, 2018; Champ, Moore and Bishop, 2009; Özdemir, Johnson και Hauber, 2009; Blumenschein et al., 2008). Μάλιστα η μελέτη των Champ, Moore και Bishop (2009)

καταλήγει πως η προσωπική εκτίμηση βεβαιότητα είναι πιο συνεπής από το ‘cheap talk’ στην εξάλειψη της υποθετικής μεροληψίας.

2.2.6.4 Σειρά ερωτήσεων και μεροληψία

Οι συμμετέχοντες σε μια μελέτη ενδεχόμενης αποτίμησης φαίνεται να επηρεάζονται από τη σειρά των αξιολογούμενων ερωτήσεων (question ordering bias), ειδικά όταν αυτές αποτελούν εναλλακτικές, ανταγωνιστικές μεταξύ τους, επιλογές. Αυτό οφείλεται κυρίως στην έλλειψη εμπειρίας με τις υπό εξέταση εναλλακτικές. Έτσι, όταν αποκαλύπτονται οι τιμές για τον καθορισμό της προθυμίας πληρωμής για την πρώτη εναλλακτική, αναπόφευκτα αυτό επηρεάζει την προθυμία πληρωμής για τη δεύτερη (McIntosh et al., 2010; Nocera, Telser και Bonato, 2003; Stewart et al., 2002).

2.2.6.5 Ενσωματωμένη επίδραση

Το φαινόμενο της ενσωματωμένης επίδρασης (embedding effect) εντοπίστηκε από τους Kahnemann και Knetsch (1992) και αναφέρεται στη δυσκολία που έχουν οι συμμετέχοντες σε μια μελέτη ενδεχόμενης αποτίμησης να ξεχωρίσουν τα χαρακτηριστικά της εκάστοτε εναλλακτικής υπό εξέταση θεραπείας από το γεγονός, αυτό καθ’ αυτό, της θεραπείας από μια ασθένεια. Πιο συγκεκριμένα, εάν κάποιος καλείται να αξιολογήσει δύο εναλλακτικές θεραπείες για την ίδια ασθένεια και αποδίδει την ίδια αξία και στις δύο, ενδέχεται να αξιολογεί γενικά τη θεραπεία από τη συγκεκριμένη ασθένεια και όχι τα διαφορετικά χαρακτηριστικά των υπό εξέταση εναλλακτικών (Svedsaterm, 2000).

2.2.6.6 Επίδραση «συναισθήματος ικανοποίησης»

Η επίδραση του «συναισθήματος ικανοποίησης» (‘warm-glow’ effect) εντοπίζεται όταν το μέγεθος της προθυμίας πληρωμής δεν αντικατοπτρίζει τις πραγματικές προτιμήσεις των συμμετεχόντων, αλλά τη γενική αποδοχή της υπό εξέταση παρέμβασης. Όταν ένα άτομο εκφράζει την προθυμία πληρωμής για μια

παρέμβαση, βιώνει ένα συναίσθημα ικανοποίησης ('warm-glow') ως προς το ότι συνεισφέρει σε έναν κοινό σκοπό (στην εφαρμογή μιας θεραπείας), γεγονός που ενδέχεται να επηρεάσει την απάντησή του (McIntosh et al., 2010; Nocera, Telser και Bonato, 2003).

2.2.7 Συμπληρωματικές ερωτήσεις

Σε μια μελέτη ενδεχόμενης αποτίμησης, εκτός από την προθυμία πληρωμής για την υπό εξέταση παρέμβαση είναι ιδιαίτερα σημαντικό να συγκεντρωθούν πληροφορίες σχετικά με τη συμπεριφορά των συμμετεχόντων και τα κίνητρα που κρύβονται πίσω από το ύψος της χρηματικής αξίας που αποδίδουν (Ryen και Svensson, 2015). Οι συμπληρωματικές ερωτήσεις που ακολουθούν την ερώτηση προθυμίας πληρωμής (follow-up questions) αποτελούν έναν ενδεδειγμένο τρόπο συγκέντρωσης των σχετικών αυτών πληροφοριών (Bateman et al., 2002; Pearce et al., 2002). Αυτές οι ερωτήσεις μπορεί να είναι ανοιχτού τύπου ή σαφώς διατυπωμένες φράσεις, στις οποίες καλείται ο κάθε συμμετέχων να ανταποκριθεί ή από τις οποίες επιλέγει αυτές που ανταποκρίνονται στις δικές του προτιμήσεις (McIntosh et al., 2010; Bateman et al., 2002). Ο προσεκτικός σχεδιασμός των ερωτήσεων αυτών είναι απαραίτητος προκειμένου να εξασφαλιστούν έγκυρες απαντήσεις, οι οποίες θα χρησιμοποιηθούν κατά την ανάλυση των δεδομένων.

2.3 ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΜΕΛΕΤΩΝ ΕΝΔΕΧΟΜΕΝΗΣ ΑΠΟΤΙΜΗΣΗΣ

Στους πίνακες που ακολουθούν παρουσιάζονται τα επιμέρους χαρακτηριστικά (Πίνακας 4), οι μεθοδολογικές προσεγγίσεις (Πίνακας 5) και τα αποτελέσματα (Πίνακας 6) μελετών ενδεχόμενης αποτίμησης που έχουν πραγματοποιηθεί τα τελευταία 20 έτη (από το 2000 και μετά). Δεδομένου ότι η παρούσα έρευνα στοχεύει στον καθορισμό της προθυμίας πληρωμής των Ελλήνων πολιτών για ένα QALY μέσω της εξέτασης ενός σεναρίου που περιγράφει μια γενική υποθετική θεραπεία, στους πίνακες που ακολουθούν παρατίθενται μόνο οι μελέτες εκείνες στις οποίες εξετάζονται σενάρια που αφορούν σε γενικές υποθετικές θεραπείες βελτίωσης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής ή παράτασης της διάρκειας ζωής των συμμετεχόντων και όχι σε νοσολογικά εξειδικευμένες υποθετικές θεραπείες.

Πίνακας 4. Χαρακτηριστικά μελετών ενδεχόμενης αποτίμησης που εξετάζουν σενάρια γενικών υποθετικών θεραπειών.

Μελέτη	Χώρα διεξαγωγής	Έτος διεξαγωγής	Πληθυσμός μελέτης	Μέγεθος δείγματος (N)	Οπτική γωνία
King et al., 2005	ΗΠΑ	2001, 2004	Ειδικός	391	Ατομική
Pinto-Prades, Loomes και Brey, 2009	Ισπανία	2007	Γενικός	892	Ατομική
Bobinac et al., 2010	Ολλανδία	2008	Γενικός	1.091	Ατομική
Shiroiwa et al., 2010	Μεγάλη Βρετανία, Αυστραλία, Ιαπωνία, Κορέα, ΗΠΑ, Ταϊβάν	2007, 2008	Γενικός	5.500	Ατομική, Κοινωνική
Donaldson et al. 2011	Μεγάλη Βρετανία	2004	Γενικός	996	Ατομική, Κοινωνική
Zhao et al., 2011	Κίνα	2009	Ειδικός Γενικός	632	Ατομική
Bobinac et al., 2012	Ολλανδία	2008	Γενικός	1.091	Ατομική
Gyrd-Hansen και Kjaer, 2012	Δανία	2005	Γενικός	1.724	Ατομική
Bobinac et al., 2013	Ολλανδία	2010	Γενικός	1.004	Κοινωνική
Robinson et al., 2013	Ολλανδία, Γαλλία, Μεγάλη Βρετανία, Ισπανία, Σουηδία, Νορβηγία, Δανία, Πολωνία, Ουγγαρία	2010	Γενικός	21.896	Ατομική
Shiroiwa et al., 2013	Ιαπωνία	2011	Γενικός	2.283	Ατομική

Μελέτη	Χώρα διεξαγωγής	Έτος διεξαγωγής	Πληθυσμός μελέτης	Μέγεθος δείγματος (N)	Οπτική γωνία
Bobinac et al., 2014	Ολλανδία	2012	Γενικός	1.004	Ατομική
Martín-Fernández et al., 2014	Ισπανία	2011	Ειδικός	662	Ατομική
Nimdet και Ngorsuraches, 2015	Ταϊλάνδη	2014	Γενικός	554	Ατομική
Gao et al., 2015	Κίνα	2012	Ειδικός	456	Ατομική
Pennington et al., 2015	Ολλανδία, Γαλλία, Μεγάλη Βρετανία, Ισπανία, Σουηδία, Νορβηγία, Δανία, Πολωνία, Ουγγαρία	2010	Γενικός	17.657	Ατομική
Mavrodi et al., 2017	Ελλάδα	2016	Ειδικός	200	Ατομική
Igarashi, Goto και Yoneyama-Hirozane, 2019	Ιαπωνία	2018	Γενικός	>1.000	Ατομική, Κοινωνική

Πίνακας 5. Μεθοδολογική προσέγγιση μελετών ενδεχόμενης αποτίμησης που εξετάζουν σενάρια γενικών υποθετικών θεραπειών.

Μελέτη	Τεχνική συλλογής δεδομένων	Υπό εξέταση σενάρια [N]	Μέθοδος αποτίμησης	Μέθοδος προσδιορισμού χρησιμότητας της κατάστασης υγείας
King et al., 2005	Προσωπική συνέντευξη	1	Τεχνική επαναληπτικής υποβολής προσφορών	Οπτική αναλογική κλίμακα/ Μέθοδος χρονικού αντίρροπου/ Μέθοδος τυπικού παιγνίου
Pinto-Prades, Loomes και Brey, 2009	Προσωπική συνέντευξη	13	Κάρτα πληρωμής	Μέθοδος τυπικού παιγνίου
Bobinac et al., 2010	Διαδικτυακή έρευνα	29	Ερώτηση ανοιχτού τύπου/ Κάρτα πληρωμής	EQ-5D/ Οπτική αναλογική κλίμακα
Shiroiwa et al., 2010	Διαδικτυακή έρευνα	4	Ερώτηση διχοτομικής επιλογής	Αξιολόγηση ενός επιπλέον έτους ζωής σε πλήρη υγεία
Donaldson et al. 2011	Προσωπική συνέντευξη	16	Κάρτα πληρωμής	Μέθοδος τυπικού παιγνίου/ EQ-5D
Zhao et al., 2011	Προσωπική συνέντευξη	2	Τεχνική επαναληπτικής υποβολής προσφορών	EQ-5D/ SF-6D
Bobinac et al., 2012	Διαδικτυακή έρευνα	29	Ερώτηση ανοιχτού τύπου/ Κάρτα πληρωμής	EQ-5D/ Οπτική αναλογική κλίμακα
Gyrd-Hansen και Kjaer, 2012	Προσωπική συνέντευξη	6	Ερώτηση διχοτομικής επιλογής/ Ερώτηση ανοιχτού τύπου	Μέθοδος χρονικού αντίρροπου

Μελέτη	Τεχνική συλλογής δεδομένων	Υπό εξέταση σενάρια [N]	Μέθοδος αποτίμησης	Μέθοδος προσδιορισμού χρησιμότητας της κατάστασης υγείας
Bobinac et al., 2013	Διαδικτυακή έρευνα	29	Κάρτα πληρωμής/ Ερώτηση ανοιχτού τύπου	EQ-5D
Robinson et al., 2013	Προσωπική συνέντευξη	8	Κάρτα πληρωμής	Μέθοδος χρονικού αντίρροπου/ Μέθοδος τυπικού παιγνίου
Shiroiwa et al., 2013	Διαδικτυακή έρευνα	16	Ερώτηση διπλής διχοτομικής επιλογής	EQ-5D
Bobinac et al., 2014	Διαδικτυακή έρευνα	29	Κάρτα πληρωμής/ Ερώτηση ανοιχτού τύπου	EQ-5D/ Οπτική αναλογική κλίμακα
Martín-Fernández et al., 2014	Προσωπική συνέντευξη	2	Τεχνική επαναληπτικής υποβολής προσφορών	EQ-5D/ Οπτική αναλογική κλίμακα
Nimdet και Ngorsuraches, 2015	Προσωπική συνέντευξη	1	Ερώτηση ανοιχτού τύπου	EQ-5D/ Οπτική αναλογική κλίμακα
Gao et al., 2015	Προσωπική συνέντευξη	2	Τεχνική επαναληπτικής υποβολής προσφορών	EQ-5D/ Οπτική αναλογική κλίμακα
Pennington et al., 2015	Προσωπική συνέντευξη	5	Κάρτα πληρωμής	Μέθοδος χρονικού αντίρροπου/ Οπτική αναλογική κλίμακα
Mavrodi et al., 2017	Προσωπική συνέντευξη	2	Τεχνική επαναληπτικής υποβολής προσφορών	EQ-5D/ Οπτική αναλογική κλίμακα
Igarashi, Goto και Yoneyama-Hirozane, 2019	Διαδικτυακή έρευνα	9	Ερώτηση διπλής διχοτομικής επιλογής	EQ-5D

Πίνακας 6. Αποτελέσματα μελετών ενδεχόμενης αποτίμησης που εξετάζουν σενάρια γενικών υποθετικών θεραπειών.

Μελέτη	Αποτέλεσμα μελέτης*	Αριθμός εκτιμήσεων WTP per QALY	Εύρος εκτιμήσεων WTP per QALY (€ 2019)	Μέση WTP per QALY (€ 2019)	Λόγος WTP per QALY προς κατά κεφαλήν ΑΕΠ κατά το έτος διεξαγωγής της μελέτης
King et al., 2005	[1]	12	16.239 – 41.834	30.215	0,32 – 0,81
Pinto-Prades, Loomes και Brey, 2009	[1]	37	5.464 – 147.432	36.753	0,26 – 3,91
Bobinac et al., 2010	[1]	6	11.421 – 29.148	18.738	0,25 – 0,64
Shiroiwa et al., 2010	[2]	24	23.439 – 85.917	51.424	0,81 – 4,82
Donaldson et al. 2011	[1,2]	16	16.168 – 56.590	34.722	0,45 – 1,56
Zhao et al., 2011	[1]	4	5.400 – 8.492	7.002	0,72 – 1,13
Bobinac et al., 2012	[1]	9	8.090 – 19.274	13.299	0,21 – 0,49
Gyrd-Hansen και Kjaer, 2012	[1]	14	3.375 – 119.547	43.121	0,07 – 2,59
Bobinac et al., 2013	[1]	6	60.249 – 218.028	109.302	3,42 – 5,40
Robinson et al., 2013	[1]	72	11.439 – 60.016	22.725	0,07 – 0,87
Shiroiwa et al., 2013	[1,2]	16	15.631 – 78.152	42.574	0,53 – 2,64
Bobinac et al., 2014	[1]	8	61.250 – 276.951	129.741	1,45 – 6,58

Μελέτη	Αποτέλεσμα μελέτης*	Αριθμός εκτιμήσεων WTP per QALY	Εύρος εκτιμήσεων WTP per QALY (€ 2019)	Μέση WTP per QALY (€ 2019)	Λόγος WTP per QALY προς κατά κεφαλήν ΑΕΠ κατά το έτος διεξαγωγής της μελέτης
Martín-Fernández et al., 2014	[1]	8	8.281 – 45.128	20.828	0,42 – 0,43
Nimdet και Ngorsuraches, 2015	[1]	2	7.225 – 7.273	7.249	1,60 – 1,61
Gao et al., 2015	[1]	4	1.711 – 9.290	5.632	0,33 – 1,80
Pennington et al., 2015	[1,2]	15	8.689 – 31.958	16.930	0,24 – 0,87
Mavrodi et al., 2017	[1]	4	2.437 – 2.740	2.592	0,14 – 0,15
Igarashi, Goto και Yoneyama-Hirozane, 2019	[1]	9	21.867 – 125.315	45.164	0,50 – 2,89

*Για τα αποτελέσματα των μελετών το [1] αντιστοιχεί σε 'Βελτίωση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής', και το [2] σε 'Παράταση της διάρκειας ζωής.'

Συμπερασματικά, οι περισσότερες από τις μελέτες ενδεχόμενης αποτίμησης που παρουσιάστηκαν παραπάνω έχουν πραγματοποιηθεί σε Ευρωπαϊκές χώρες, και κυρίως στη Μεγάλη Βρετανία και στην Ολλανδία. Αυτό ενδέχεται να οφείλεται στο γεγονός ότι οι χώρες αυτές υιοθετούν σε μεγάλη κλίμακα την προσέγγιση της οικονομικής αξιολόγησης για την αποζημίωση των παρεμβάσεων. Στο πλαίσιο αυτό, έχουν, μάλιστα, ιδρύσει οργανισμούς επιφορτισμένους αμιγώς με την αξιολόγηση του κόστους και της αποτελεσματικότητας παρεμβάσεων, βάσει της οποίας κάνουν συστάσεις ως προς το ποιες παρεμβάσεις πρέπει να αποζημιωθούν από το σύστημα υγείας (Nimdet et al., 2015; Mason, Baker και Donaldson, 2008). Ενδεικτικά, το Εθνικό Ινστιτούτο Κλινικής Αριστείας (National Institute for Clinical Excellence, NICE) στη Βρετανία και το Εθνικό Ινστιτούτο Φροντίδας Υγείας (The National Health Care Institute, Zorginstituut Nederland, ZIN) στην Ολλανδία αποτελούν τέτοιους οργανισμούς.

Ακόμα, οι μελέτες ενδεχόμενης αποτίμησης των τελευταίων 20 ετών, οι οποίες αποτιμούν γενικές υποθετικές θεραπείες, αντλούν κατά κύριο λόγο δείγματα από τον γενικό πληθυσμό της εκάστοτε χώρας διεξαγωγής της έρευνας και υιοθετούν την ατομική οπτική. Η προσωπική συνέντευξη και η διαδικτυακή έρευνα αποτελούν τις κυρίως προτιμώμενες τεχνικές συλλογής πρωτογενών δεδομένων, ενώ οι μέθοδοι αποτίμησης και προσδιορισμού της χρησιμότητας της κατάστασης της υγείας ποικίλουν. Τέλος, ο αριθμός αλλά και το εύρος των εκτιμήσεων της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής ποικίλουν στις μελέτες αυτές, με τη μέση WTP per QALY να κυμαίνεται από €2.050 μέχρι €129.741 (σε τιμές 2019). Οι διαφορές αυτές ενδέχεται να οφείλονται στα διαφορετικά δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στην εκάστοτε μελέτη (π.χ. σε χώρες με υψηλότερο κατά κεφαλή ΑΕΠ, οι μελέτες καταλήγουν σε υψηλότερες σε μέγεθος εκτιμήσεις για την WTP per QALY) ή/και στη μέθοδο αποτίμησης που χρησιμοποιείται.

2.4 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ

Οι ερευνητικές υποθέσεις της παρούσας διδακτορικής διατριβής διακρίνονται σε τρεις επιμέρους ομάδες: α) υποθέσεις που αφορούν στη διερεύνηση καθοριστικών παραγόντων και κινήτρων που επηρεάζουν το μέγεθος της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής, β) υποθέσεις που αφορούν στη διερεύνηση παραγόντων πρόβλεψης της πρόθεσης κάποιου να πληρώσει για την υποθετική θεραπεία, και γ) υποθέσεις που αφορούν στη διερεύνηση της συσχέτισης ορισμένων καθοριστικών παραγόντων με την πρόθεση κάποιου να πληρώσει για την υποθετική θεραπεία.

2.4.1 Ερευνητικές υποθέσεις διερεύνησης καθοριστικών παραγόντων και κινήτρων προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής

Με βάση τους καθοριστικούς παράγοντες, οι οποίοι σύμφωνα με τη βιβλιογραφία επηρεάζουν την προθυμία πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής (βλ. §2.1.6) διαμορφώθηκαν οι ερευνητικές υποθέσεις της ενότητας αυτής. Σε αυτό το σημείο πρέπει να σημειωθεί πως με βάση τα ευρήματα της βιβλιογραφικής ανασκόπησης δεν είναι πάντα ξεκάθαρη η κατεύθυνση της επίδρασης (αρνητική ή θετική) που έχουν ορισμένοι από αυτούς τους καθοριστικούς παράγοντες στο μέγεθος της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής. Κατά συνέπεια, για τις υποθέσεις δίνονται πιθανές ερμηνείες των αναμενόμενων αποτελεσμάτων. Αυτές βασίζονται είτε σε εμπειρικά ευρήματα της βιβλιογραφίας, είτε σε αναμενόμενες θεωρητικές συσχετίσεις.

Οι ερευνητικές υποθέσεις που τίθενται εδώ αφορούν: α) στα δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά που ενδέχεται να αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής και να επηρεάζουν το μέγεθός της (Υποθέσεις 1α-1η), β) στα κίνητρα που ενδέχεται να υπαγορεύουν το μέγεθος της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής (Υποθέσεις 2α-2γ), γ) στην ικανοποίηση ενός ατόμου από τις παρεχόμενες

υπηρεσίες του ΕΣΥ και στη στάση του απέναντι στις χρηματοδοτούμενες από το κράτος ή την υποχρεωτική ασφάλιση υγειονομικές υπηρεσίες που ενδέχεται να επηρεάζουν το μέγεθος της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής (Υποθέσεις 3α-3γ), δ) στη χρησιμοποίηση των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών, η οποία ενδέχεται να επηρεάζει το μέγεθος της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής (Υποθέσεις 4α και 4β), ε) στην προσωπική εμπειρία ενός ατόμου με κάποια σοβαρή ασθένεια που ενδέχεται να επηρεάζει το μέγεθος της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής (Υπόθεση 5), και στ) στις προσωπικές υγιεινές συνήθειες ενός ατόμου που ενδέχεται να επηρεάζουν το μέγεθος της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής (Υπόθεση 6). Οι υποθέσεις αυτές συνοψίζονται στους Πίνακες 7 έως 11.

Πίνακας 7. Ερευνητικές υποθέσεις διερεύνησης δημογραφικών και κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών ως καθοριστικούς παράγοντες προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής.

Υπόθεση	Ερμηνεία αναμενόμενου αποτελέσματος
<p>Υπόθεση 1α</p> <p>Η ηλικία αποτελεί καθοριστικό παράγοντα της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής.</p>	<p>Η κατεύθυνση της επίδρασης της ηλικίας στην προθυμία πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής δεν είναι σαφής. Το μέγεθος της προθυμίας πληρωμής ενδέχεται είτε να αυξάνεται (Gao et al., 2015; Zhao et al., 2011; King et al., 2005), είτε να μειώνεται (Martín-Fernández et al., 2014; Bobinac et al., 2010; Shiroiwa et al., 2010) καθώς αυξάνεται η ηλικία. Μια εκτιμηθείσα θετική επίδραση θα μπορούσε ενδεχομένως να οφείλεται στα εξής: Οι νέοι έχουν λιγότερα νοσήματα και περιορισμένη εμπειρία νοσηλείας, γεγονός που ενδέχεται να εξηγήει την απροθυμία τους να πληρώσουν υψηλά ποσά για την υποθετική θεραπεία που τους προσφέρει απόλυτη υγεία. Αντίθετα, άτομα μεγαλύτερης ηλικίας ενδέχεται να αντιλαμβάνονται καλύτερα τη σημασία της υγείας, να έχουν συνοδά νοσήματα και δυσάρεστες εμπειρίες από δομές υγείας και νοσηλεία, τα οποία μπορεί να τους καθιστούν πρόθυμους να πληρώσουν περισσότερα για την υποθετική θεραπεία. Από την άλλη πλευρά, μια ενδεχόμενη αρνητική παρατηρούμενη επίδραση μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι οι νέοι ενδέχεται να αποδίδουν υψηλότερη αξία στην καλή υγεία και να προτίθενται να πληρώσουν υψηλά ποσά για να τη διασφαλίσουν. Αντίθετα, οι ηλικιωμένοι έχουν συμβιβαστεί με την κατάσταση υγείας στην οποία βρίσκονται, αποδέχονται πιο εύκολα τυχόν επιδείνωση της υγείας τους και είναι πιο διστακτικοί στην υιοθέτηση νέων θεραπειών (Gyrd-Hansen, 2003). Τέλος, αξίζει να σημειωθεί πως η σχέση ηλικίας και μεγέθους προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής θα μπορούσε να είναι και καμπυλόγραμμη. Σε αυτήν την περίπτωση, μέχρι κάποια ηλικία (π.χ. την ηλικία συνταξιοδότησης) το μέγεθος της προθυμίας πληρωμής αναμένεται να αυξάνεται, ενδεχομένως εξαιτίας των οικονομικών απολαβών που ειθίσαι να αυξάνονται καθώς ωριμάζει ένα άτομο επαγγελματικά, και στη συνέχεια να μειώνεται όσο η ηλικία συνεχίζει να αυξάνεται, ενδεχομένως εξαιτίας της μείωσης που παρατηρείται στο εισόδημα λόγω συνταξιοδότησης ή αυξημένων οικογενειακών αναγκών.</p>

Υπόθεση 1β	Το φύλο αποτελεί καθοριστικό παράγοντα της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής, με τους άντρες να δηλώνουν υψηλότερη τιμή.	Οι γυναίκες αποστρέφονται τον κίνδυνο και τη χρηματική απώλεια περισσότερο απ' ό τι οι άντρες (risk-averse/loss-averse) (Carr και Steele, 2010; Eriksson και Simpson, 2010; Croson και Gneezy, 2009) με αποτέλεσμα να δηλώνουν μικρότερα ποσά προθυμίας πληρωμής όταν καλούνται να ανταποκριθούν σε υποθετικά σενάρια που εμπιρεύουν τύχη και ρίσκο (Wieland et al., 2014). Επομένως, στην παρούσα έρευνα αναμένεται οι άντρες να δηλώνουν υψηλότερα ποσά προθυμίας πληρωμής για την υποθετική υπό εξέταση θεραπεία και κατ' επέκταση για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής.
Υποθεση 1γ	Το μέγεθος του νοικοκυριού αποτελεί καθοριστικό παράγοντα της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής, με τον αριθμό των μελών του νοικοκυριού να παρουσιάζει αρνητική συσχέτιση με το μέγεθός της.	Αυτό ενδέχεται να οφείλεται στο γεγονός ότι νοικοκυριά με περισσότερα μέλη έχουν αυστηρότερο προϋπολογισμό σε σύγκριση με αντίστοιχα νοικοκυριά, τα οποία έχουν το ίδιο συνολικό οικογενειακό εισόδημα αλλά λιγότερα μέλη (Ahlheim and Schneider, 2013; Bobinac et al., 2010).
Υποθεση 1δ	Ο αριθμός των εργαζόμενων μελών του νοικοκυριού αποτελεί καθοριστικό παράγοντα της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής και παρουσιάζει θετική συσχέτιση με το μέγεθός της.	Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι περισσότερα εργαζόμενα μέλη σε ένα νοικοκυριό ενδέχεται να οδηγούν σε υψηλότερο συνολικό οικογενειακό εισόδημα και κατ' επέκταση να υπάρχει μεγαλύτερο διαθέσιμο κεφάλαιο από το οποίο μπορεί να καλυφθεί το κόστος της υποθετικής υπό εξέταση θεραπείας.
Υπόθεση 1ε	Το επίπεδο εκπαίδευσης αποτελεί καθοριστικό παράγοντα της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής και παρουσιάζει θετική συσχέτιση με το μέγεθός της.	Αυτό ενδέχεται να οφείλεται στο γεγονός ότι καθώς αυξάνονται τα έτη εκπαίδευσης ενός ατόμου, δηλαδή το επίπεδο εκπαίδευσής του, αυτό είναι σε θέση να κατανοήσει καλύτερα τη σημασία της βελτίωσης που προσφέρει η υποθετική θεραπεία στην κατάσταση της υγείας του. Μάλιστα, όσο υψηλότερο είναι το επίπεδο εκπαίδευσης, τόσο μεγαλύτερο είναι το ύψος της δηλούμενης προθυμίας πληρωμής (Xiong et al., 2018).
Υπόθεση 1στ	Η επαγγελματική κατάσταση αποτελεί καθοριστικό παράγοντα της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής, με τις διαφορετικές επαγγελματικές κατηγορίες να επηρεάζουν διαφορετικά το μέγεθός της.	Η επαγγελματική κατάσταση ενός ατόμου καθορίζει, μέχρι κάποιο βαθμό, το ύψος του εισοδήματός του αλλά και τη σταθερότητα της σχετική ροής αυτού (job security). Επομένως, ενδέχεται να επηρεάζει και το μέγεθος της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής. Η επίδραση των διαφορετικών επαγγελματικών κατηγοριών στο μέγεθος της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής δεν είναι σαφής. Η μελέτη των Shiroiwa et al. (2010) καταλήγει πως οι υπάλληλοι και οι ελεύθεροι επαγγελματίες δηλώνουν χαμηλότερη σε μέγεθος προθυμία πληρωμής

	<p>για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής. Άλλες μελέτες καταλήγουν στο γενικό συμπέρασμα πως οι εργαζόμενοι δηλώνουν υψηλότερη σε μέγεθος προθυμία πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής σε σχέση με τους ανέργους (Sund και Svensson, 2017; Zhao et al., 2011), και οι συνταξιούχοι δηλώνουν υψηλότερη προθυμία πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής σε σχέση με όσους εργάζονται ακόμα (King et al., 2005).</p>
<p>Υπόθεση 1ζ</p> <p>Η οικογενειακή κατάσταση αποτελεί καθοριστικό παράγοντα της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής, με τους έγγαμους να δηλώνουν χαμηλότερη τιμή σε σχέση με τους άγαμους, τους διαζευγμένους, ή τους χήρους.</p>	<p>Η οικογενειακή κατάσταση ενός ατόμου ενδέχεται να επηρεάζει τόσο το εισόδημα όσο και το ύψος των εξόδων του νοικοκυριού του. Ωστόσο, δεν είναι ξεκάθαρο ποια από τις εν λόγω κατηγορίες οικογενειακής κατάστασης έχει μεγαλύτερο διαθέσιμο οικογενειακό εισόδημα, καθώς ενδεικτικές παράμετροι όπως ο αριθμός των εργαζόμενων μελών, οι αυξημένες ή μη οικογενειακές υποχρεώσεις, η ύπαρξη επιπρόσθετων πηγών εισοδήματος πέραν της αμοιβής εργασίας, η καταβολή/είσπραξη διατροφής στην περίπτωση ενός διαζευγμένου, ενδέχεται να επηρεάζουν το διαθέσιμο εισόδημα ενός νοικοκυριού. Με βάση το εύρημα της έρευνας των Zhao et al. (2011), υποθέτουμε στην παρούσα διατριβή πως οι έγγαμοι δηλώνουν χαμηλότερη τιμή προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής σε σχέση με τις άλλες κατηγορίες, καθώς ενδέχεται να είναι σε θέση να διαθέσουν λιγότερα για την υποθετική υπό εξέταση θεραπεία, λόγω αυξημένων οικογενειακών υποχρεώσεων, σε σχέση με τους άγαμους, τους διαζευγμένους, ή τους χήρους.</p>
<p>Υπόθεση 1η</p> <p>Το ύψος του μηνιαίου οικογενειακού εισοδήματος αποτελεί καθοριστικό παράγοντα της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής και παρουσιάζει θετική συσχέτιση με το μέγεθός της.</p>	<p>Το εισόδημα αποτελεί τον κατεξοχήν καθοριστικό παράγοντα προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής. Το σύνολο των μελετών καταλήγουν στο συμπέρασμα πως, όπως αναμένεται βάσει της οικονομικής θεωρίας, το μέγεθος της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής αυξάνεται καθώς αυξάνεται το εισόδημα ενός ατόμου (Moradi et al., 2019; Mavrodi et al., 2017; Gao et al., 2015; Nimdet και Ngorsuraches, 2015; Martín-Fernández et al., 2014; Zhao et al., 2011; Bobinac et al., 2010; Shiroiwa et al., 2010; King et al., 2005).</p>

Πίνακας 8. Ερευνητικές υποθέσεις διερεύνησης κινήτρων ως προς το μέγεθος της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής.

	Υπόθεση	Ερμηνεία αναμενόμενου αποτελέσματος
Υπόθεση 2α	<p>Η αδυναμία ενός ατόμου να καλύψει τις βασικές ανάγκες του νοικοκυριού του παρουσιάζει αρνητική συσχέτιση με το μέγεθος της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής.</p>	<p>Οι δύο αυτές υποθέσεις σχετίζονται με τον περιορισμένο προϋπολογισμό των νοικοκυριών. Η δυσκολία ενός ατόμου να καλύψει, με το οικογενειακό του εισόδημα, βασικές ή λοιπές τρέχουσες ανάγκες του νοικοκυριού του, μπορεί να οφείλεται σε πραγματική αδυναμία πληρωμής (Smith, 2005) ή σε «τεχνητή» αδυναμία εξαιτίας της κατάρτισης «ειδικού» προϋπολογισμού για την κάλυψη μόνο των επιθυμητών του αναγκών (Thaler, 1999). Η αδυναμία αυτή οδηγεί, σε κάθε περίπτωση, σε περιορισμό του χρηματικού ποσού που ενδέχεται να μπορεί να διαθέσει για να καλύψει το κόστος της υποθετικής υπό εξέταση θεραπείας.</p>
Υπόθεση 2β	<p>Η αδυναμία ενός ατόμου να καλύψει τις φορολογικές ανάγκες του νοικοκυριού του παρουσιάζει αρνητική συσχέτιση με το μέγεθος της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής.</p>	
Υπόθεση 2γ	<p>Τα άτομα που θεωρούν πως, παρά το γεγονός ότι δεν έχουν απόλυτη υγεία, δε χρειάζονται άμεσα την υποθετική θεραπεία δηλώνουν χαμηλότερη τιμή προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής.</p>	<p>Η κατάσταση της υγείας ενός ατόμου ενδέχεται να επηρεάζει το μέγεθος της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής. Συγκεκριμένα, εάν ένα άτομο θεωρεί πως η υγεία του δεν βρίσκεται σε καλή κατάσταση, ενδέχεται να αποδίδει μεγαλύτερη αξία στην υγεία κι επομένως, να είναι πρόθυμο να πληρώσει μεγαλύτερο χρηματικό ποσό προκειμένου να του χορηγηθεί η υποθετική θεραπεία που θα αποκαταστήσει πλήρως την υγεία του. Αντίθετα, εάν ένα άτομο θεωρεί πως η υγεία του δεν είναι μεν τέλεια αλλά είναι σε καλή κατάσταση, ενδέχεται να μην ενδιαφέρεται να πληρώσει κάποιο υψηλό χρηματικό ποσό προκειμένου να του χορηγηθεί η εν λόγω υποθετική θεραπεία, καθώς νιώθει σχετικά καλά και θεωρεί πως δεν τη χρειάζεται άμεσα.</p>

Πίνακας 9. Ερευνητικές υποθέσεις διερεύνησης της επίδρασης της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υγειονομικές υπηρεσίες στο μέγεθος της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής.

Υπόθεση	Ερμηνεία αναμενόμενου αποτελέσματος
<p>Υπόθεση 3α</p> <p>Ο βαθμός ικανοποίησης ενός ατόμου από το ΕΣΥ παρουσιάζει αρνητική συσχέτιση με το μέγεθος της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής</p>	<p>Όταν ένα άτομο είναι δυσαρεστημένο από τις παρεχόμενες υγειονομικές υπηρεσίες, ενδέχεται να προτιμάται να πληρώσει μεγαλύτερα χρηματικά ποσά (ιδία συμμετοχή) για να του χορηγηθεί η υποθετική θεραπεία που θα του εξασφαλίσει απόλυτη υγεία. Με αυτόν τον τρόπο ενδέχεται να μη χρειαστεί να προσφύγει στις μη ικανοποιητικές για τον ίδιο υπηρεσίες του ΕΣΥ.</p>
<p>Υπόθεση 3β</p> <p>Η ικανοποίηση ενός ατόμου από την ισότητα πρόσβασης που έχουν οι Έλληνες πολίτες στις δημόσιες υγειονομικές υπηρεσίες ή στις υπηρεσίες που πληρώνει το ταμείο τους παρουσιάζει αρνητική συσχέτιση με το μέγεθος της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής.</p>	<p>Όταν ένα άτομο θεωρεί πως οι Έλληνες πολίτες δεν έχουν ίση πρόσβαση στις χρηματοδοτούμενες από το κράτος ή την υποχρεωτική ασφάλιση υγειονομικές υπηρεσίες, ενδέχεται να προτιμάται να πληρώσει μεγαλύτερα χρηματικά ποσά (ιδία συμμετοχή) για να του χορηγηθεί η υποθετική θεραπεία που θα του εξασφαλίσει απόλυτη υγεία. Με αυτόν τον τρόπο ενδέχεται να μην έρθει σε επαφή με τις δύσκολα προσβάσιμες, σύμφωνα με την άποψή του, υγειονομικές υπηρεσίες.</p>
<p>Υπόθεση 3γ</p> <p>Η αρνητική στάση ενός ατόμου απέναντι στην ποιότητα των δημόσιων υγειονομικών υπηρεσιών ή των υπηρεσιών που πληρώνουν τα ασφαλιστικά ταμεία σχετίζεται με μεγαλύτερο μέγεθος προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής.</p>	<p>Όταν ένα άτομο θεωρεί πως η ποιότητα του ιατρικού προσωπικού και των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών, οι οποίες χρηματοδοτούνται από το κράτος ή την υποχρεωτική ασφάλιση, δεν είναι υψηλή, ενδέχεται να προτιμάται να πληρώσει μεγαλύτερα χρηματικά ποσά (ιδία συμμετοχή) για να του χορηγηθεί η υποθετική θεραπεία που θα του εξασφαλίσει απόλυτη υγεία. Με αυτόν τον τρόπο δεν θα χρειαστεί να προσφύγει σε δημόσιες υγειονομικές υπηρεσίες χαμηλής, σύμφωνα με την άποψή του, ποιότητας.</p>

Πίνακας 10. Ερευνητικές υποθέσεις διερεύνησης της επίδρασης της χρησιμοποίησης των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών στο μέγεθος της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής.

Υπόθεση	Ερμηνεία αναμενόμενου αποτελέσματος
<p>Υπόθεση 4α</p> <p>Ο βαθμός χρησιμοποίησης του συστήματος υγείας παρουσιάζει θετική συσχέτιση με το μέγεθος της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής.</p>	<p>Όταν ένα άτομο χρησιμοποιεί συχνά το σύστημα υγείας, είτε για απλές εξετάσεις, είτε για νοσηλεία, ενδέχεται να προτίθεται να πληρώσει μεγαλύτερα χρηματικά ποσά (ιδία συμμετοχή) για να του χορηγηθεί η υποθετική θεραπεία που θα του εξασφαλίσει απόλυτη υγεία. Με αυτόν τον τρόπο θα περιορίσει τις επισκέψεις σε νοσοκομεία/κλινικές/ιατρεία, οι οποίες οδηγούν σε μείωση της ποιότητας της καθημερινότητάς του.</p>
<p>Υπόθεση 4β</p> <p>Η ευκολία πρόσβασης ενός ατόμου στις δημόσιες υγειονομικές υπηρεσίες ή στις υπηρεσίες που πληρώνει το ασφαλιστικό του ταμείο παρουσιάζει αρνητική συσχέτιση με το μέγεθος της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής.</p>	<p>Όταν ένα άτομο έχει εύκολη πρόσβαση στις χρηματοδοτούμενες από το κράτος ή την υποχρεωτική ασφάλιση υγειονομικές υπηρεσίες, ενδέχεται να μην προτίθεται να πληρώσει μεγάλα χρηματικά ποσά (ιδία συμμετοχή) για να του χορηγηθεί η υποθετική θεραπεία, καθώς μπορεί εύκολα να καταφύγει σε δημόσιες υγειονομικές δομές ή συμβεβλημένους με το ταμείο του ιατρούς, που του προσφέρουν εναλλακτικές, της υποθετικής θεραπείας, παρεμβάσεις για τη βελτίωση της υγείας του απέναντι στις οποίες είναι θετικά προσκείμενος.</p>

Πίνακας 11. Ερευνητικές υποθέσεις διερεύνησης της επίδρασης της προσωπικής εμπειρίας με κάποια σοβαρή ασθένεια και των προσωπικών υγιεινών συνηθειών στο μέγεθος της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής.

Υπόθεση	Ερμηνεία αναμενόμενου αποτελέσματος
<p>Υπόθεση 5</p> <p>Η προσωπική εμπειρία ενός ατόμου με μια σοβαρή ασθένεια παρουσιάζει θετική συσχέτιση με το μέγεθος της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής.</p>	<p>Η δυσάρεστη εμπειρία που έχει κάποιος με μια σοβαρή ασθένεια, είτε επειδή έχει νοσήσει ο ίδιος είτε επειδή έχει νοσήσει κάποιο άτομο του άμεσου οικογενειακού του περιβάλλοντος, ενδέχεται να τον οδηγήσει στο να αποδώσει μεγαλύτερη αξία στην υγεία κι επομένως, να είναι πρόθυμος να πληρώσει μεγαλύτερο χρηματικό ποσό (ιδία συμμετοχή) προκειμένου να του χορηγηθεί η υποθετική υπό εξέταση θεραπεία, η οποία θα αποκαταστήσει πλήρως την υγεία του.</p>
<p>Υπόθεση 6</p> <p>Οι προσωπικές υγιεινές συνήθειες ενός ατόμου παρουσιάζουν θετική συσχέτιση με το μέγεθος της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής.</p>	<p>Όταν ένα άτομο προσέχει την υγεία του, δηλαδή ακολουθεί καλή διατροφή, ασκείται συχνά, δεν έχει βλαβερές συνήθειες (π.χ. κατανάλωση μεγάλης ποσότητας αλκοόλ), επισκέπτεται τον ιατρό για τις τακτικές του εξετάσεις, ενδέχεται να αποδίδει μεγαλύτερη αξία στην υγεία κι επομένως, να προτίθεται να πληρώσει μεγαλύτερα χρηματικά ποσά (ιδία συμμετοχή) για την υποθετική θεραπεία, η οποία θα του διασφαλίσει απόλυτη υγεία. Ως προς την προσωπική συνήθεια του «καπνίσματος» αξίζει να σημειωθεί το εξής: οι καπνιστές ενδέχεται να θεωρούν πως η υγεία τους διατρέχει μεγάλο κίνδυνο λόγω της εξάρτησής τους κι επομένως, είναι διατεθειμένοι να πληρώσουν μεγαλύτερα χρηματικά ποσά προκειμένου να τους χορηγηθεί η υποθετική θεραπεία που θα αποκαταστήσει πλήρως την υγεία τους.</p>

2.4.2 Ερευνητικές υποθέσεις διερεύνησης παραγόντων πρόβλεψης πρόθεσης πληρωμής

Οι ερευνητικές υποθέσεις που τίθενται εδώ αφορούν στη διερεύνηση των δημογραφικών και κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών που ενδέχεται να αποτελέσουν παράγοντες πρόβλεψης της πρόθεσης ενός ατόμου να πληρώσει για την υποθετική θεραπεία. Η επιλογή των χαρακτηριστικών που εξετάστηκαν βασίστηκε στα ευρήματα δύο πρόσφατων ερευνών (Rajamoorthy et al., 2019; Yeο και Shafie, 2018), οι οποίες πραγματοποιήθηκαν στη Μαλαισία και διερεύνησαν τα δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων ως παράγοντες πρόβλεψης της πιθανότητας προθυμίας πληρωμής για δύο συγκεκριμένα εμβόλια (ηπατίτιδας Β και δάγκειου πυρετού). Οι υποθέσεις αυτές συνοψίζονται στον Πίνακα 12.

Πίνακας 12. Ερευνητικές υποθέσεις διερεύνησης παραγόντων πρόβλεψης πρόθεσης πληρωμής.

Υπόθεση	
Υπόθεση 7α	Η ηλικία αποτελεί παράγοντα πρόβλεψης της πρόθεσης κάποιου να πληρώσει για την υποθετική θεραπεία.
Υπόθεση 7β	Το φύλο αποτελεί παράγοντα πρόβλεψης της πρόθεσης κάποιου να πληρώσει για την υποθετική θεραπεία.
Υπόθεση 7γ	Το μέγεθος του νοικοκυριού αποτελεί παράγοντα πρόβλεψης της πρόθεσης κάποιου να πληρώσει για την υποθετική θεραπεία.
Υπόθεση 7δ	Ο αριθμός των εργαζόμενων μελών του νοικοκυριού αποτελεί παράγοντα πρόβλεψης της πρόθεσης κάποιου να πληρώσει για την υποθετική θεραπεία.
Υπόθεση 7ε	Το επίπεδο εκπαίδευσης αποτελεί παράγοντα πρόβλεψης της πρόθεσης κάποιου να πληρώσει για την υποθετική θεραπεία.
Υπόθεση 7στ	Η επαγγελματική κατάσταση αποτελεί παράγοντα πρόβλεψης της πρόθεσης κάποιου να πληρώσει για την υποθετική θεραπεία.
Υπόθεση 7ζ	Η οικογενειακή κατάσταση αποτελεί παράγοντα πρόβλεψης της πρόθεσης κάποιου να πληρώσει για την υποθετική θεραπεία.
Υπόθεση 7η	Η χρησιμότητα αποτελεί παράγοντα πρόβλεψης της πρόθεσης κάποιου να πληρώσει για την υποθετική θεραπεία.
Υπόθεση 7θ	Το ύψος του μηνιαίου οικογενειακού εισοδήματος αποτελεί παράγοντα πρόβλεψης της πρόθεσης κάποιου να πληρώσει για την υποθετική θεραπεία.

2.4.3 Ερευνητικές υποθέσεις διερεύνησης συσχέτισης καθοριστικών παραγόντων με την πρόθεση πληρωμής

Οι ερευνητικές αυτές υποθέσεις αφορούν στη διερεύνηση της συσχέτισης ορισμένων καθοριστικών παραγόντων με την πρόθεση ενός ατόμου να πληρώσει για την υποθετική θεραπεία. Οι καθοριστικοί παράγοντες που διερευνήθηκαν αφορούν: α) στην ικανοποίηση ενός ατόμου από το ΕΣΥ και στη στάση του απέναντι στην ποιότητα των χρηματοδοτούμενων από το κράτος ή την υποχρεωτική ασφάλιση υγειονομικών υπηρεσιών (Υποθέσεις 8α-8γ), β) στη χρησιμοποίηση των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών (Υποθέσεις 9α και 9β), γ) στην προσωπική εμπειρία με κάποια σοβαρή ασθένεια (Υπόθεση 10), και δ) στις προσωπικές υγιεινές συνήθειες (Υπόθεση 11). Δεδομένου ότι δεν έχει προηγηθεί μελέτη που να εξετάζει τη συσχέτιση αυτών των παραγόντων με την πρόθεση πληρωμής, κρίθηκε σκόπιμο να παρουσιαστούν πιθανές ερμηνείες για τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Οι ερμηνείες αυτές βασίζονται σε αναμενόμενες θεωρητικές συσχετίσεις. Οι υποθέσεις της ενότητας αυτής συνοψίζονται στον Πίνακα 13.

Πίνακας 13. Ερευνητικές υποθέσεις διερεύνησης της συσχέτισης καθοριστικών παραγόντων με την πρόθεση πληρωμής.

	Υπόθεση	Ερμηνεία αναμενόμενου αποτελέσματος
Υπόθεση 8α	Ο βαθμός ικανοποίησης ενός ατόμου από το ΕΣΥ παρουσιάζει αρνητική συσχέτιση με την πρόθεσή του να πληρώσει για την υποθετική θεραπεία.	Όταν ένα άτομο είναι δυσαρεστημένο από τις παρεχόμενες υγειονομικές υπηρεσίες, ενδέχεται να προτιμάται να πληρώσει για να του χορηγηθεί η υποθετική θεραπεία που θα του εξασφαλίσει απόλυτη υγεία, ούτως ώστε να μη χρειαστεί να προσφύγει στις μη ικανοποιητικές για τον ίδιο υπηρεσίες του ΕΣΥ.
Υπόθεση 8β	Η ικανοποίηση ενός ατόμου από την ισότητα πρόσβασης που έχουν οι Έλληνες πολίτες στις δημόσιες υγειονομικές υπηρεσίες ή στις υπηρεσίες που πληρώνει το ταμείο τους παρουσιάζει αρνητική συσχέτιση με την πρόθεσή του να πληρώσει για την υποθετική θεραπεία.	Όταν ένα άτομο θεωρεί πως οι Έλληνες πολίτες δεν έχουν ίση πρόσβαση στις χρηματοδοτούμενες από το κράτος ή την υποχρεωτική ασφάλιση υγειονομικές υπηρεσίες, ενδέχεται να προτιμάται να πληρώσει για να του χορηγηθεί η υποθετική θεραπεία που θα του εξασφαλίσει απόλυτη υγεία. Με αυτόν τον τρόπο ενδέχεται να μην έρθει σε επαφή με τις δύσκολα προσβάσιμες, σύμφωνα με την άποψή του, υγειονομικές υπηρεσίες.
Υπόθεση 8γ	Η αρνητική στάση ενός ατόμου απέναντι στην ποιότητα των δημόσιων υγειονομικών υπηρεσιών ή των υπηρεσιών που πληρώνουν τα ασφαλιστικά ταμεία σχετίζεται με την πρόθεσή του να πληρώσει για την υποθετική θεραπεία.	Όταν ένα άτομο θεωρεί πως η ποιότητα του ιατρικού προσωπικού και των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών, οι οποίες χρηματοδοτούνται από το κράτος ή την υποχρεωτική ασφάλιση, δεν είναι υψηλή, ενδέχεται να προτιμάται να πληρώσει για να του χορηγηθεί η υποθετική θεραπεία που θα του εξασφαλίσει απόλυτη υγεία. Με αυτόν τον τρόπο δεν θα χρειαστεί να προσφύγει σε δημόσιες υγειονομικές υπηρεσίες χαμηλής, σύμφωνα με την άποψή του, ποιότητας.
Υπόθεση 9α	Ο βαθμός χρησιμοποίησης του συστήματος υγείας παρουσιάζει θετική συσχέτιση με την πρόθεση κάποιου να πληρώσει για την υποθετική θεραπεία.	Όταν ένα άτομο χρησιμοποιεί συχνά το σύστημα υγείας, είτε για απλές εξετάσεις, είτε για νοσηλεία, ενδέχεται να προτιμάται να πληρώσει για να του χορηγηθεί η υποθετική θεραπεία που θα του εξασφαλίσει απόλυτη υγεία. Με αυτόν τον τρόπο θα περιορίσει τις επισκέψεις σε νοσοκομεία/κλινικές/ιατρεία, οι οποίες οδηγούν σε μείωση της ποιότητας της καθημερινότητάς του.
Υπόθεση 9β	Η ευκολία πρόσβασης ενός ατόμου στις δημόσιες υγειονομικές υπηρεσίες ή στις υπηρεσίες που πληρώνει το ασφαλιστικό του ταμείο παρουσιάζει αρνητική συσχέτιση με την	Όταν ένα άτομο έχει εύκολη πρόσβαση στις χρηματοδοτούμενες από το κράτος ή την υποχρεωτική ασφάλιση υγειονομικές υπηρεσίες, ενδέχεται να μην προτιμάται να πληρώσει για να του χορηγηθεί η υποθετική θεραπεία, καθώς μπορεί εύκολα να καταφύγει σε δημόσιες υγειονομικές δομές ή συμβεβλημένους με το ταμείο του ιατρούς

	<p>πρόθεση κάποιου να πληρώσει για την υποθετική θεραπεία.</p>	<p>που του προσφέρουν εναλλακτικές, της υποθετικής θεραπείας, παρεμβάσεις για τη βελτίωση της υγείας του, απέναντι στις οποίες είναι θετικά προσκείμενος.</p>
Υπόθεση 10	<p>Η προσωπική εμπειρία ενός ατόμου με μια σοβαρή ασθένεια παρουσιάζει θετική συσχέτιση με την πρόθεσή του να πληρώσει για την υποθετική θεραπεία.</p>	<p>Η δυσάρεστη εμπειρία που έχει κάποιος με μια σοβαρή ασθένεια, είτε επειδή έχει νοσήσει ο ίδιος είτε επειδή έχει νοσήσει κάποιο άτομο του άμεσου οικογενειακού του περιβάλλοντος, ενδέχεται να τον οδηγήσει να αποδώσει μεγαλύτερη αξία στην υγεία κι επομένως, να είναι πρόθυμος να πληρώσει προκειμένου να του χορηγηθεί η υποθετική υπό εξέταση θεραπεία, η οποία θα αποκαταστήσει πλήρως την υγεία του.</p>
Υπόθεση 11	<p>Οι προσωπικές υγιεινές συνήθειες ενός ατόμου παρουσιάζουν θετική συσχέτιση με την πρόθεσή του να πληρώσει για την υποθετική θεραπεία.</p>	<p>Όταν ένα άτομο προσέχει την υγεία του, δηλαδή ακολουθεί καλή διατροφή, ασκείται συχνά, δεν έχει βλαβερές συνήθειες (π.χ. κάπνισμα, κατανάλωση μεγάλης ποσότητας αλκοόλ), επισκέπτεται τον ιατρό για τις τακτικές του εξετάσεις, ενδέχεται να αποδίδει μεγαλύτερη αξία στην υγεία, κι επομένως, να προτίθεται να πληρώσει για την υποθετική θεραπεία, η οποία θα του διασφαλίσει απόλυτη υγεία.</p>

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η παρούσα έρευνα εκπονήθηκε σε δύο διακριτά στάδια: την προετοιμασία της έρευνας (Στάδιο 1) και την εμπειρική έρευνα (Στάδιο 2). Το πρώτο στάδιο απαρτίστηκε από δύο βήματα: την επιλογή του πληθυσμού-στόχου και της τεχνικής συλλογής δεδομένων (Βήμα 1), και τη διαμόρφωση του ερευνητικού εργαλείου (Βήμα 2). Η διαμόρφωση του ερευνητικού εργαλείου, το οποίο χρησιμοποιήθηκε στη βασική έρευνα, πραγματοποιήθηκε σε δυο επιμέρους φάσεις: στον σχεδιασμό αυτόν καθ' αυτόν του ερευνητικού εργαλείου (Φάση 1) και στον προέλεγχο/αναδιαμόρφωση του ερευνητικού εργαλείου (Φάση 2). Το δεύτερο στάδιο απαρτίστηκε από τρία βήματα: την πιλοτική μελέτη (Βήμα 3), τη δειγματοληψία της βασικής έρευνας (Βήμα 4) και τη βασική έρευνα (Βήμα 5). Το Σχήμα 1 που ακολουθεί παρουσιάζει τα δύο αυτά στάδια καθώς και τα επιμέρους βήματα του καθενός. Σε κάθε ενότητα που ακολουθεί παρατίθεται το Σχήμα 1, στο οποίο επισημαίνεται το εκάστοτε μεθοδολογικό στάδιο/βήμα που πραγματεύεται η ενότητα.

ΣΤΑΔΙΟ 1 – ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Βήμα 1: Επιλογή Πληθυσμού-Στόχου και Τεχνικής Συλλογής Δεδομένων

Βήμα 2: Διαμόρφωση Ερευνητικού Εργαλείου

Φάση 1: Σχεδιασμός Ερευνητικού Εργαλείου

Ενότητα Α. Αξιολόγηση της κατάστασης της υγείας

Ενότητα Β. Εξέταση της προθυμίας πληρωμής και των κινήτρων που καθορίζουν τη συμπεριφορά των συμμετεχόντων

B1. Υποθετικό σενάριο

B2. Μέθοδοι αποτίμησης προθυμίας πληρωμής

B3. Κίνητρα συμμετεχόντων

Ενότητα Γ. Εξέταση καθοριστικών παραγόντων που επηρεάζουν την WTP/QALY

Ενότητα Δ. Συλλογή δημογραφικών και κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών συμμετεχόντων

Φάση 2: Προέλεγχος και Αναδιαμόρφωση Ερευνητικού Εργαλείου

ΣΤΑΔΙΟ 2 – ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

Βήμα 3: Πιλοτική Μελέτη

Βήμα 4: Δειγματοληψία Βασικής Έρευνας

Βήμα 5: Βασική Έρευνα

Σχήμα 1. Στάδια και επιμέρους βήματα της διδακτορικής διατριβής.

3.1 ΠΡΩΤΟ ΣΤΑΔΙΟ: ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Το πρώτο στάδιο προηγήθηκε της εμπειρικής έρευνας και κρίθηκε απαραίτητο προκειμένου να σχεδιαστεί το ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε σε αυτή. Το ερευνητικό αυτό εργαλείο απαρτίστηκε από τέσσερις ενότητες: α) αξιολόγηση της τρέχουσας κατάστασης της υγείας των συμμετεχόντων, β) αποτίμηση της προθυμίας πληρωμής για την υποθετική θεραπεία και εξέταση των κινήτρων που καθορίζουν τη συμπεριφορά των συμμετεχόντων ως προς την προθυμία πληρωμής και το μέγεθος της χρηματικής αξίας που αποδίδουν στην υποθετική θεραπεία, γ) εξέταση καθοριστικών παραγόντων που επηρεάζουν την WTP per QALY, και δ) συλλογή δημογραφικών και κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων. Ακολουθεί περιγραφή των δύο βημάτων που απαρτίζουν το πρώτο στάδιο (Βήμα 1: Επιλογή Πληθυσμού-Στόχου και Τεχνικής Συλλογής Δεδομένων, Βήμα 2: Διαμόρφωση Ερευνητικού Εργαλείου), καθώς και των δύο φάσεων του δεύτερου βήματος (Φάση 1: Σχεδιασμός Ερευνητικού Εργαλείου, Φάση 2: Προέλεγχος και Αναδιαμόρφωση Ερευνητικού Εργαλείου). Η διαδικασία που ακολουθήθηκε για τη διαμόρφωση των ερωτήσεων που απαρτίζουν την εκάστοτε ενότητα του ερευνητικού εργαλείου περιγράφεται αναλυτικά στη Φάση 1 του Βήματος 2 παρακάτω.

Βήμα 1 – Επιλογή Πληθυσμού–Στόχου και Τεχνικής Συλλογής Δεδομένων

ΣΤΑΔΙΟ 1 – ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ
Βήμα 1: Επιλογή Πληθυσμού–Στόχου και Τεχνικής Συλλογής Δεδομένων Βήμα 2: Διαμόρφωση Ερευνητικού Εργαλείου Φάση 1: Σχεδιασμός Ερευνητικού Εργαλείου Ενότητα Α. Αξιολόγηση της κατάστασης της υγείας Ενότητα Β. Εξέταση της προθυμίας πληρωμής και των κινήτρων που καθορίζουν τη συμπεριφορά των συμμετεχόντων B1. Υποθετικό σενάριο B2. Μέθοδοι αποτίμησης προθυμίας πληρωμής B3. Κίνητρα συμμετεχόντων Ενότητα Γ. Εξέταση καθοριστικών παραγόντων που επηρεάζουν την WTP/QALY Ενότητα Δ. Συλλογή δημογραφικών και κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών συμμετεχόντων Φάση 2: Προέλεγχος και Αναδιαμόρφωση Ερευνητικού Εργαλείου
Βήμα 3: Πιλοτική Μελέτη Βήμα 4: Δειγματοληψία Βασικής Έρευνας Βήμα 5: Βασική Έρευνα

Ως πληθυσμός της παρούσας έρευνας ορίστηκε ο ενήλικος γενικός πληθυσμός της Ελλάδας. Η επιλογή αυτή έγινε λαμβάνοντας υπόψη: α) τους στόχους της διδακτορικής διατριβής, και β) τη φύση του ελληνικού συστήματος υγείας, το οποίο χρηματοδοτείται μέσω

φορολογίας και Κοινωνικής Ασφάλισης. Αυτό σημαίνει πως ο γενικός πληθυσμός είναι αυτός που πληρώνει για την παροχή υγειονομικής περίθαλψης, είτε άμεσα είτε έμμεσα, κι επομένως, οι προτιμήσεις αυτού πρέπει να ληφθούν υπόψη (National Institute for Clinical Excellence, 2013).

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, η επιλογή της τεχνικής συλλογής δεδομένων σε μια μελέτη ενδεχόμενης αποτίμησης επηρεάζει το κόστος της έρευνας (Boyle, 2017), καθώς και την επιλογή της μεθόδου αποτίμησης (Smith, 2006; Bateman et al., 2002). Δεδομένων των περιορισμένων οικονομικών πόρων, η εμπειρική έρευνα επιλέχθηκε να διεξαχθεί μέσω τηλεφωνικών συνεντεύξεων, οι οποίες: α) είναι οικονομικότερες σε σχέση με τις προσωπικές συνεντεύξεις (Boyle, 2017; Bowling, 2005; Bateman et al., 2002), β) παρέχουν καλύτερη γεωγραφική κάλυψη από τις άλλες τεχνικές (Wolter, Chowdhury και Kelly, 2009), στοιχείο ιδιαίτερα σημαντικό εάν λάβει κανείς υπόψη τους στόχους της παρούσας διδακτορικής έρευνας και την ανάγκη συγκέντρωσης δείγματος αντιπροσωπευτικού του γενικού πληθυσμού της χώρας ως προς το φύλο, την ηλικία και τη γεωγραφική περιφέρεια κατοικίας, γ) επιτρέπουν τη χρήση διαφόρων μεθόδων αποτίμησης της προθυμίας πληρωμής, και δ) αφήνουν περιθώριο για διευκρινιστικά σχόλια κατά τη διεξαγωγή των συνεντεύξεων, επιτρέποντας, έτσι, τη συλλογή των επιθυμητών δεδομένων (Bowling, 2005).

Η επιλογή του πληθυσμού-στόχου και της τεχνικής συλλογής δεδομένων είναι ιδιαίτερα σημαντική για τη διαμόρφωση του ερευνητικού εργαλείου (ερωτηματολόγιο). Το περιεχόμενο και η μορφή των ερωτήσεων είναι άμεσα

συνυφασμένα με το ποιος θα κληθεί να απαντήσει το ερωτηματολόγιο, καθώς και τον τρόπο με τον οποίο θα διεξαχθεί η μελέτη ενδεχόμενης αποτίμησης (Olson και Smyth, 2015; Bateman et al., 2002). Επίσης, το ποσοστό ανταπόκρισης σε μια μελέτη επηρεάζεται από την έκταση της έρευνας (survey length) και κατ' επέκταση την έκταση του ερευνητικού εργαλείου. Συγκεκριμένα, όσο μεγαλύτερη είναι η έκταση/διάρκεια μιας έρευνας, τόσο μικρότερο είναι το ποσοστό ανταπόκρισης (Holbrook, Krosnick και Pfent, 2008). Για να διασφαλιστεί, λοιπόν, υψηλό ποσοστό ανταπόκρισης και να περιοριστεί ο αριθμός των ατόμων που εγκαταλείπουν στα μισά την έρευνα (drop out rate), κρίθηκε σκόπιμο η εκάστοτε τηλεφωνική συνέντευξη να έχει όσο το δυνατόν μικρότερη διάρκεια, κι επομένως, το ερωτηματολόγιο να περιλαμβάνει τις απολύτως απαραίτητες σχετικές ερωτήσεις. Προκειμένου να συλλεγούν όλα τα απαραίτητα για τους σκοπούς της παρούσας διατριβής δεδομένα, το ερωτηματολόγιο έπρεπε να περιλαμβάνει 29 ερωτήσεις (για το περιεχόμενο και τη διαμόρφωση των ερωτήσεων αυτών, βλ. *Βήμα 2 – Διαμόρφωση Ερευνητικού Εργαλείου*). Η διάρκεια στην οποία αντιστοιχούν οι 29 αυτές ερωτήσεις είναι περίπου 8-10 λεπτά, ανάλογα με τις διευκρινίσεις που χρειάζεται ο εκάστοτε συμμετέχων. Επομένως, η μικρότερη δυνατή διάρκεια της εκάστοτε τηλεφωνικής συνέντευξης ήταν τα 8 λεπτά.

Βήμα 2 – Διαμόρφωση Ερευνητικού Εργαλείου

ΣΤΑΔΙΟ 1 – ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ
<p>Βήμα 1: Επιλογή Πληθυσμού-Στόχου και Τεχνικής Συλλογής Δεδομένων</p> <p>Βήμα 2: Διαμόρφωση Ερευνητικού Εργαλείου</p> <p>Φάση 1: Σχεδιασμός Ερευνητικού Εργαλείου</p> <p>Ενότητα Α. Αξιολόγηση της κατάστασης της υγείας</p> <p>Ενότητα Β. Εξέταση της προθυμίας πληρωμής και των κινήτρων που καθορίζουν τη συμπεριφορά των συμμετεχόντων</p> <p>B1. Υποθετικό σενάριο</p> <p>B2. Μέθοδοι αποτίμησης προθυμίας πληρωμής</p> <p>B3. Κίνητρα συμμετεχόντων</p> <p>Ενότητα Γ. Εξέταση καθοριστικών παραγόντων που επηρεάζουν την WTP/QALY</p> <p>Ενότητα Δ. Συλλογή δημογραφικών και κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών συμμετεχόντων</p> <p>Φάση 2: Προέλεγχος και Αναδιαμόρφωση Ερευνητικού Εργαλείου</p>
<p>Βήμα 3: Πιλοτική Μελέτη</p> <p>Βήμα 4: Δειγματοληψία Βασικής Έρευνας</p> <p>Βήμα 5: Βασική Έρευνα</p>

Με βάση την ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας και την εμπάθυση σε εργαλεία αντίστοιχων ερευνών διαμορφώθηκε ένα ερωτηματολόγιο για τη συλλογή των πρωτογενών δεδομένων της έρευνας. Αυτό περιελάμβανε συνολικά τέσσερις

ενότητες (Α-Δ). Όπως έχει αναφερθεί παραπάνω, ο σχεδιασμός του ερωτηματολογίου είναι καίριας σημασίας σε μια μελέτη ενδεχόμενης αποτίμησης, καθώς μέσω αυτού συλλέγονται όλα τα απαραίτητα δεδομένα. Οι πληροφορίες και οι ερωτήσεις που περιλαμβάνει πρέπει από τη μια να είναι συνεπείς ως προς την επιστημονική και

ειδική γνώση και από την άλλη να γίνονται εύκολα κατανοητές από τους συμμετέχοντες, οι οποίοι δεν γνωρίζουν τίποτα για την υπό εξέταση θεραπεία (Bridges, 2003; Smith, 2003).

Στην παρούσα διατριβή η διαμόρφωση του ερωτηματολογίου έγινε σε δύο φάσεις. Στην πρώτη φάση σχεδιάστηκε η αρχική έκδοση του ερωτηματολογίου και στη δεύτερη πραγματοποιήθηκε ο προέλεγχος της αρχικής αυτής έκδοσης. Ο προέλεγχος (βλ. Φάση 2: Προέλεγχος και Αναδιαμόρφωση Ερευνητικού Εργαλείου παρακάτω) οδήγησε σε αναθεώρηση του ερωτηματολογίου. Το αναθεωρημένο ερωτηματολόγιο αποτέλεσε το ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε στη βασική έρευνα. Στο ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α παρουσιάζεται αυτούσιο το ερευνητικό εργαλείο της βασικής έρευνας της παρούσας διατριβής.

Φάση 1– Σχεδιασμός Ερευνητικού Εργαλείου

ΣΤΑΔΙΟ 1 – ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ
<p>Βήμα 1: Επιλογή Πληθυσμού-Στόχου και Τεχνικής Συλλογής Δεδομένων</p> <p>Βήμα 2: Διαμόρφωση Ερευνητικού Εργαλείου</p> <p>Φάση 1: Σχεδιασμός Ερευνητικού Εργαλείου</p> <p>Ενότητα Α. Αξιολόγηση της κατάστασης της υγείας</p> <p>Ενότητα Β. Εξέταση της προθυμίας πληρωμής και των κινήτρων που καθορίζουν τη συμπεριφορά των συμμετεχόντων</p> <p>B1. Υποθετικό σενάριο</p> <p>B2. Μέθοδοι αποτίμησης προθυμίας πληρωμής</p> <p>B3. Κίνητρα συμμετεχόντων</p> <p>Ενότητα Γ. Εξέταση καθοριστικών παραγόντων που επηρεάζουν την WTP/QALY</p> <p>Ενότητα Δ. Συλλογή δημογραφικών και κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών συμμετεχόντων</p> <p>Φάση 2: Προέλεγχος και Αναδιαμόρφωση Ερευνητικού Εργαλείου</p>
<p>Βήμα 3: Πιλοτική Μελέτη</p> <p>Βήμα 4: Δειγματοληψία Βασικής Έρευνας</p> <p>Βήμα 5: Βασική Έρευνα</p>

Το ερευνητικό εργαλείο της παρούσας διδακτορικής διατριβής αποτελούνταν από τέσσερις ενότητες: Α) Αξιολόγηση της κατάστασης της υγείας, Β) Εξέταση της προθυμίας πληρωμής για την υποθετική θεραπεία και των κινήτρων που καθορίζουν τη

συμπεριφορά των συμμετεχόντων, Γ) Εξέταση των καθοριστικών παραγόντων που επηρεάζουν την WTP per QALY, και Δ) Συλλογή δημογραφικών και κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων. Παρακάτω περιγράφεται αναλυτικά κάθε ενότητα ξεχωριστά.

Να σημειωθεί σε αυτό το σημείο πως με βάση τους στόχους της παρούσας διδακτορικής διατριβής κρίθηκε σκόπιμο να διαμορφωθεί ένα δομημένο ερωτηματολόγιο (structured questionnaire), στο οποίο το σύνολο των ερωτήσεων είναι προαποφασισμένο και οι συμμετέχοντες καλούνται να ανταποκριθούν επιλέγοντας από ένα σύνολο προκαθορισμένων απαντήσεων. Έτσι, το

ερωτηματολόγιο αποφασίστηκε να αποτελείται από ερωτήσεις κλειστού τύπου και πολλαπλής επιλογής (με εξαίρεση μια ερώτηση ανοικτού τύπου, η οποία είχε ως στόχο να αντλήσει πληροφορίες για το εύρος της προθυμίας πληρωμής των συμμετεχόντων για την υποθετική θεραπεία) (Ghauri και Grønhaug, 2010). Δεδομένου του αντικειμένου της παρούσας έρευνας, το περιεχόμενο των ερωτήσεων του ερευνητικού εργαλείου είχε ως στόχο την αποτίμηση της υποθετικής θεραπείας και την ανάδειξη της επίδρασης των κινήτρων και των παραγόντων στο μέγεθος της δηλούμενης προθυμίας πληρωμής. Τέλος, δεδομένου του πληθυσμιακού στόχου της διδακτορικής διατριβής (γενικός ελληνικός πληθυσμός), η διατύπωση των ερωτήσεων ήταν απαραίτητο να γίνει με όσο το δυνατόν απλές και κατανοητές λέξεις για να περιοριστούν τα προβλήματα κατά τη διεξαγωγή της έρευνας.

Ενότητα Α. Αξιολόγηση της κατάστασης της υγείας

ΣΤΑΔΙΟ 1 – ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ
<p>Βήμα 1: Επιλογή Πληθυσμού-Στόχου και Τεχνικής Συλλογής Δεδομένων Βήμα 2: Διαμόρφωση Ερευνητικού Εργαλείου Φάση 1: Σχεδιασμός Ερευνητικού Εργαλείου Ενότητα Α. Αξιολόγηση της κατάστασης της υγείας Ενότητα Β. Εξέταση της προθυμίας πληρωμής και των κινήτρων που καθορίζουν τη συμπεριφορά των συμμετεχόντων Β1. Υποθετικό σενάριο Β2. Μέθοδοι αποτίμησης προθυμίας πληρωμής Β3. Κίνητρα συμμετεχόντων Ενότητα Γ. Εξέταση καθοριστικών παραγόντων που επηρεάζουν την WTP/QALY Ενότητα Δ. Συλλογή δημογραφικών και κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών συμμετεχόντων Φάση 2: Προέλεγχος και Αναδιαμόρφωση Ερευνητικού Εργαλείου</p>
<p>Βήμα 3: Πιλοτική Μελέτη Βήμα 4: Δειγματοληψία Βασικής Έρευνας Βήμα 5: Βασική Έρευνα</p>

Η κατάσταση της υγείας των συμμετεχόντων επιλέχθηκε να μετρηθεί με το εργαλείο EuroQoL-5D-3L (EQ-5D-3L), το οποίο χρησιμοποιείται ευρέως σε μελέτες ενδεχόμενης αποτίμησης (Moradi et al., 2017; Sund και Svensson, 2017; Nimdet και Ngorsuraches, 2015;

Alayli-Goebbels et al., 2014; Martín-Fernández et al., 2014; Bobinac et al., 2013; Shiroiwa et al., 2013; Bobinac et al., 2012; Zhao et al., 2011; Bobinac et al., 2010; Gyrd-Hansen, 2003). Το εργαλείο αυτό αποτελείται από πέντε διαστάσεις: κινητικότητα, αυτοεξυπηρέτηση, συνηθισμένες δραστηριότητες, πόνος ή δυσφορία, άγχος ή θλίψη. Σε κάθε διάσταση υπάρχουν τρία επίπεδα που σχετίζονται με «κανένα πρόβλημα», «μερικά προβλήματα» και «σοβαρά προβλήματα». Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να επιλέξουν το επίπεδο εκείνο που ανταποκρίνεται στην κατάσταση της υγείας τους την ημέρα συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου (Brent, 2016). Στον Πίνακα 14 παρουσιάζονται οι πέντε αυτές διαστάσεις, όπως συμπεριλήφθηκαν στο ερευνητικό εργαλείο της παρούσας διδακτορικής διατριβής.

Η κατάσταση της υγείας, όπως προκύπτει από τις απαντήσεις σε αυτές τις διαστάσεις, μετατρέπεται μέσω ενός ειδικά σχεδιασμένου αλγορίθμου σε χρησιμότητα (utility value). Η χρησιμότητα παίρνει τιμές από το 0 (θάνατος) έως το 1 (απόλυτη υγεία). Ορισμένες καταστάσεις υγείας ενδέχεται να συνδέονται με αρνητική χρησιμότητα. Οι καταστάσεις αυτές θεωρούνται χειρότερες από τον θάνατο (0). Για παράδειγμα, η χειρότερη κατάσταση υγείας που μετράται με το συγκεκριμένο εργαλείο (3333) έχει, με βάση τον Βρετανικό αλγόριθμο και τους σχετικούς Βρετανικούς σταθμιστές (UK tariffs), χρησιμότητα ίση με -0.594, η οποία είναι χειρότερη από τον θάνατο (Κοντοδημόπουλος, 2016; Gray et al., 2012).

Πίνακας 14. Κλίμακα υγείας EQ-5D-3L.

	Επίπεδο 1: Κανένα Πρόβλημα	Επίπεδο 2: Μερικά Προβλήματα	Επίπεδο 3: Σοβαρά Προβλήματα
Κινητικότητα	Δεν έχετε κανένα πρόβλημα στο περπάτημα	Έχετε μερικά προβλήματα στο περπάτημα	Είστε καθηλωμένος/η στο κρεβάτι
Αυτοεξυπηρέτηση	Δεν έχετε κανένα πρόβλημα με την αυτοεξυπηρέτησή σας (πλένεστε/ ντύνεστε μόνος/η σας)	Έχετε μερικά προβλήματα στο να πλένεστε ή να ντύνεστε	Είστε ανίκανος/η να πλυθείτε ή να ντυθείτε μόνος/η σας
Συνηθισμένες Δραστηριότητες	Δεν έχετε κανένα πρόβλημα στο να εκτελείτε τις συνηθισμένες σας δραστηριότητες	Έχετε μερικά προβλήματα στο να εκτελείτε τις συνηθισμένες σας δραστηριότητες	Είστε ανίκανος/η να εκτελείτε τις συνηθισμένες σας δραστηριότητες
Πόνος ή δυσφορία	Δεν έχετε καθόλου πόνο ή δυσφορία	Έχετε μέτριο πόνο ή δυσφορία	Έχετε υπερβολικό πόνο ή δυσφορία
Άγχος ή θλίψη	Δεν έχετε άγχος ή θλίψη	Έχετε μέτριο άγχος ή θλίψη	Έχετε υπερβολικό άγχος ή θλίψη

Αριθμός έγκρισης χρήσης από το EuroQol Research Foundation ID 24089.

Η επιλογή του συγκεκριμένου εργαλείου στηρίχθηκε στα παρακάτω:

- 1) Στην παρούσα διδακτορική διατριβή στόχος ήταν ο καθορισμός της χρηματικής αξίας ενός ποιοτικά σταθμισμένου έτους ζωής για τον γενικό ελληνικό πληθυσμό. Επομένως, οι συμμετέχοντες ανήκαν στον γενικό πληθυσμό της χώρας κι όχι σε κάποια συγκεκριμένη νοσολογική ομάδα, κι έπρεπε να δηλώσουν την κατάσταση της υγείας τους την ημέρα συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου κι όχι να αποδώσουν χρηματική αξία σε προκαθορισμένες καταστάσεις υγείας. Αυτό επιτυγχάνεται με τη χρήση γενικών εργαλείων χρησιμότητας πολλαπλών χαρακτηριστικών (multi-attribute utility instruments), με τα οποία τα άτομα χρησιμοποιούν ένα προκαθορισμένο γενικό σύστημα περιγραφής για να δηλώσουν την κατάσταση της υγείας στην οποία θεωρούν τα ίδια πως βρίσκονται.
- 2) Από τα κυριότερα γενικά εργαλεία πολλαπλών χαρακτηριστικών, όπως αυτά καταγράφηκαν στην παράγραφο 2.1.4 παραπάνω, τα QWB, AQoL και HUI δεν έχουν αποδοθεί στα ελληνικά, γεγονός που αποκλείει τη χρήση τους στην παρούσα έρευνα. Αντίθετα, τα εργαλεία 15D, SF-6D και EQ-5D έχουν αποδοθεί στην ελληνική γλώσσα. Εμπειρικές μελέτες που αφορούν στον γενικό πληθυσμό της χώρας έχουν καταδείξει την αξιοπιστία και την εγκυρότητα των εργαλείων 15D και EQ-5D για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής στην Ελλάδα (Anagnostopoulos et al., 2013; Kontodimopoulos et al., 2008). Ενώ, έχουν εκπονηθεί και αρκετές εμπειρικές μελέτες με δείγματα από την Ελλάδα που συγκρίνουν τα χαρακτηριστικά του SF-6D με άλλα γενικά (Kontodimopoulos et al., 2012; Kontodimopoulos et al., 2011; Kontodimopoulos et al., 2009) ή νοσολογικά εξειδικευμένα (Kontodimopoulos et al., 2018) εργαλεία μέτρησης χρησιμότητας, οι οποίες όμως δεν διερευνούν την αξιοπιστία και εγκυρότητα αυτού του εργαλείου. Επομένως, λαμβάνοντας υπόψη την αποδεδειγμένη αξιοπιστία και εγκυρότητα των εργαλείων για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής στην Ελλάδα, τα δύο επικρατέστερα

ήταν τα 15D και EQ-5D. Ωστόσο, η υιοθέτηση της τεχνικής των τηλεφωνικών συνεντεύξεων, ως μέθοδος συλλογής των δεδομένων, κατέστησε αναγκαία την αποφυγή ενός μακροσκελούς ερωτηματολογίου, προκειμένου να περιοριστεί ο αριθμός των ατόμων που εγκαταλείπουν στα μισά την έρευνα (Bowling, 2005). Για τον λόγο αυτό κρίθηκε προτιμότερο να χρησιμοποιηθεί το EQ-5D, το οποίο εξετάζει πέντε μόνο διάστασεις για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής, έναντι του 15D, το οποίο εξετάζει δεκαπέντε διαστάσεις.

Ενότητα Β. Εξέταση της προθυμίας πληρωμής για την υποθετική θεραπεία και των κινήτρων συμπεριφοράς των συμμετεχόντων

ΣΤΑΔΙΟ 1 – ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ
Βήμα 1: Επιλογή Πληθυσμού-Στόχου και Τεχνικής Συλλογής Δεδομένων
Βήμα 2: Διαμόρφωση Ερευνητικού Εργαλείου
Φάση 1: Σχεδιασμός Ερευνητικού Εργαλείου
Ενότητα Α. Αξιολόγηση της κατάστασης της υγείας
Ενότητα Β. Εξέταση της προθυμίας πληρωμής και των κινήτρων που καθορίζουν τη συμπεριφορά των συμμετεχόντων
B1. Υποθετικό σενάριο
B2. Μέθοδοι αποτίμησης προθυμίας πληρωμής
B3. Κίνητρα συμμετεχόντων
Ενότητα Γ. Εξέταση καθοριστικών παραγόντων που επηρεάζουν την WTP/QALY
Ενότητα Δ. Συλλογή δημογραφικών και κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών συμμετεχόντων
Φάση 2: Προέλεγχος και Αναδιαμόρφωση Ερευνητικού Εργαλείου
Βήμα 3: Πιλοτική Μελέτη
Βήμα 4: Δειγματοληψία Βασικής Έρευνας
Βήμα 5: Βασική Έρευνα

Σε μια μελέτη ενδεχόμενης αποτίμησης είναι απαραίτητη η περιγραφή του υπό εξέταση σεναρίου, προκειμένου να τεθεί το πλαίσιο μέσα στο οποίο θα αξιολογηθεί η προθυμία πληρωμής για την υποθετική θεραπεία. Το σενάριο αυτό περιλαμβάνει όλες τις

απαραίτητες πληροφορίες για την υποθετική υπό εξέταση θεραπεία και ακολουθείται από την αποτίμηση της προθυμίας πληρωμής αυτής, μέσω της εκάστοτε επιλεγμένης μεθόδου και οπτικής γωνίας. Στην παρούσα μελέτη ενδεχόμενης αποτίμησης υιοθετήθηκε η ατομική οπτική γωνία, καθώς το υπό εξέταση σενάριο αφορούσε σε μια υποθετική θεραπεία, η οποία προσέφερε βελτίωση στην προσωπική υγεία των συμμετεχόντων (άμεση μετάβαση από την τρέχουσα κατάσταση υγείας σε απόλυτη (πλήρη) υγεία). Η αποτίμηση της προθυμίας πληρωμής έγινε με δύο τρόπους: α) την τεχνική της επαναληπτικής υποβολής προσφορών, και β) ερώτηση ανοιχτού τύπου για τον καθορισμό του εύρους της προθυμίας πληρωμής για την υποθετική θεραπεία.

Στόχος, μεταξύ άλλων, της παρούσας διατριβής ήταν ο εντοπισμός των κινήτρων ι) των συμμετεχόντων της έρευνας ως προς την προθυμία τους να

πληρώσουν ένα ορισμένο χρηματικό ποσό για ένα QALY, και ι) των συμμετεχόντων εκείνων που δεν είναι πρόθυμοι να πληρώσουν για την υποθετική θεραπεία (αντιρρησίες, protest responders). Για την εξέταση των κινήτρων αυτών χρησιμοποιήθηκε μια σειρά προδιατυπωμένων φράσεων, οι οποίες διαμορφώθηκαν με βάση τη βιβλιογραφική ανασκόπηση και οριστικοποιήθηκαν μέσω των απαντήσεων που έδωσαν οι συμμετέχοντες κατά τον προέλεγχο του ερωτηματολογίου. Οι φράσεις αυτές εντάχθηκαν στην Ενότητα Β του ερευνητικού εργαλείου.

Στις παραγράφους που ακολουθούν παρουσιάζονται το υπό εξέταση σενάριο (B1. Υποθετικό σενάριο), οι δύο μέθοδοι αποτίμησης που χρησιμοποιήθηκαν (B2. Μέθοδοι αποτίμησης προθυμίας πληρωμής), και οι προδιατυπωμένες φράσεις για την εξέταση των κινήτρων (B3. Κίνητρα συμμετεχόντων).

B1. Υποθετικό σενάριο

ΣΤΑΔΙΟ 1 – ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ
<p>Βήμα 1: Επιλογή Πληθυσμού-Στόχου και Τεχνικής Συλλογής Δεδομένων</p> <p>Βήμα 2: Διαμόρφωση Ερευνητικού Εργαλείου</p> <p>Φάση 1: Σχεδιασμός Ερευνητικού Εργαλείου</p> <p>Ενότητα Α. Αξιολόγηση της κατάστασης της υγείας</p> <p>Ενότητα Β. Εξέταση της προθυμίας πληρωμής και των κινήτρων που καθορίζουν τη συμπεριφορά των συμμετεχόντων</p> <p>B1. Υποθετικό σενάριο</p> <p>B2. Μέθοδοι αποτίμησης προθυμίας πληρωμής</p> <p>B3. Κίνητρα συμμετεχόντων</p> <p>Ενότητα Γ. Εξέταση καθοριστικών παραγόντων που επηρεάζουν την WTP/QALY</p> <p>Ενότητα Δ. Συλλογή δημογραφικών και κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών συμμετεχόντων</p> <p>Φάση 2: Προέλεγχος και Αναδιαμόρφωση Ερευνητικού Εργαλείου</p>
<p>Βήμα 3: Πιλοτική Μελέτη</p> <p>Βήμα 4: Δειγματοληψία Βασικής Έρευνας</p> <p>Βήμα 5: Βασική Έρευνα</p>

Στο σενάριο για την εξέταση της προθυμίας πληρωμής για την υποθετική θεραπεία, οι συμμετέχοντες καλούνταν να ανταποκριθούν σε ένα υποθετικό ερώτημα σχετικά με μια νέα θεραπεία διαθέσιμη στην αγορά. Τα στοιχεία του σεναρίου αυτού ήταν τα ακόλουθα:

- Η υποθετική θεραπεία δεν αποζημιώνεται από το Εθνικό Σύστημα Υγείας και δεν καλύπτεται από τα Ταμεία Κοινωνικής Ασφάλισης (π.χ. ΕΟΠΥΥ) ή από ιδιωτική ασφάλιση.
- Η υποθετική θεραπεία πρέπει να ακολουθηθεί σε καθημερινή βάση προκειμένου να ανακουφίσει από τα προβλήματα υγείας και τα συμπτώματα που έχει κάποιος και να τον βοηθήσει να αναρρώσει πλήρως (επίπεδο απόλυτης υγείας). Στην ουσία, η υποθετική θεραπεία βελτιώνει την τρέχουσα κατάσταση της υγείας ενός ατόμου (χρησιμότητα < 1) σε κατάσταση απόλυτης (πλήρους) υγείας (χρησιμότητα = 1).

- Η επίδραση της υποθετικής θεραπείας διαρκεί μόνο για το διάστημα που την ακολουθεί κάποιος. Επωφελείται, δηλαδή, κάποιος από την υποθετική θεραπεία μόνο για όσο διάστημα πληρώνει για αυτήν. Εάν κάποιος σταματήσει να πληρώνει για τη θεραπεία, τότε σταματάει η χορήγησή της κι επιστρέφει στην προηγούμενη κατάσταση υγείας.
- Η υποθετική αυτή θεραπεία δεν εμφανίζει καμία παρενέργεια και δεν εμπεριέχει κανένα ρίσκο.
- Μέσο πληρωμής (payment vehicle): Η πληρωμή της υποθετικής θεραπείας γίνεται εξ' ολοκλήρου με ιδιωτική συμμετοχή (out-of-pocket payment) από το συνολικό καθαρό οικογενειακό εισόδημα του εκάστοτε συμμετέχοντα: ο συμμετέχων πρέπει να λάβει υπόψη το εισόδημα που έχουν αθροιστικά όλα τα εργαζόμενα μέλη της οικογένειας, τα οποία διαμένουν στο ίδιο σπίτι, μετά την καταβολή φόρων, εισφορών ή κρατήσεων.
- Η πληρωμή της υποθετικής θεραπείας γίνεται σε μηνιαία βάση.

Όπως συζητήθηκε και παραπάνω, η συλλογή των πρωτογενών δεδομένων μέσω τηλεφωνικών συνεντεύξεων οδηγεί σε περιορισμό ως προς την έκταση του ερωτηματολογίου. Γι' αυτόν τον λόγο, η περιγραφή του υποθετικού σεναρίου στην αντίστοιχη ερώτηση του ερευνητικού εργαλείου ήταν συνοπτική και διαμορφώθηκε ως εξής:

«Θα ήθελα τώρα να σας θέσω ένα υποθετικό ερώτημα. Έστω ότι υπήρχε διαθέσιμη στην αγορά μια νέα θεραπεία, η οποία δεν καλυπτόταν από δημόσια ή ιδιωτική ασφάλιση. Υποθέστε ότι για όσο διάστημα ακολουθούσατε τη θεραπεία αυτή σας απάλλαξε από τα προβλήματα υγείας σας, δεν είχατε κανένα σύμπτωμα και ήσασταν απόλυτα υγιής χωρίς καμία παρενέργεια και κανένα ρίσκο. Θα ήσασταν διατεθειμένος/η να πληρώσετε για αυτήν από το καθαρό οικογενειακό σας εισόδημα; Ναι ή Όχι;»

Η ερώτηση αυτή, εκτός του ότι περιέγραφε το υπό εξέταση σενάριο, λειτουργούσε και ως ερώτηση φίλτρου (screening question) προκειμένου να διακριθούν οι συμμετέχοντες σε αυτούς που προτίθενται να πληρώσουν για την

υποθετική θεραπεία και σε αυτούς που δεν προτίθενται να πληρώσουν (protest responders). Αντίστοιχες ερωτήσεις φίλτρου έχουν παρατηρηθεί σε αρκετές μελέτες εκτίμησης της προθυμίας πληρωμής (Braun, Rehdanz και Schmidt, 2016; Nimdet et al., 2015; Robinson et al., 2013; Donaldson et al., 2011; Baker et al., 2010; Watson και Ryan, 2007; Onwujekwe, Fox-Rushby και Hanson, 2005).

Ως προς την επιλογή του μέσου καταβολής της πληρωμής (payment vehicle) στο υποθετικό σενάριο (ιδιωτική συμμετοχή, OOP) πρέπει να σημειωθούν τα εξής. Το ελληνικό σύστημα υγείας είναι μικτό: Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ), Ταμεία Κοινωνικής Ασφάλισης και Ιδιωτική Ασφάλιση. Το 2017, το 27,5% των υγειονομικών δαπανών καλύφθηκε από κρατική χρηματοδότηση, το 33,3% από υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση, το 4,2% από ιδιωτική ασφάλιση και το 34,8% από εξ' ολοκλήρου ιδιωτική συμμετοχή (OOP) των νοικοκυριών (OECD, 2019; Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία, 2017α). Δεδομένης της φύσης του συστήματος, η ιδιωτική συμμετοχή και η φορολογία αποτελούν κατάλληλα μέσα καταβολής της πληρωμής σε μια μελέτη ενδεχόμενης αποτίμησης. Ωστόσο, σε προηγούμενη ελληνική μελέτη (Mavrodi et al., 2017) δεν παρατηρήθηκαν διαφορές ως προς τη μέση τιμή της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής όταν η καταβολή γινόταν με ιδιωτική συμμετοχή ή μέσω φορολογίας. Το εύρημα αυτό, σε συνδυασμό με το γεγονός ότι περίπου το ένα τρίτο των υγειονομικών δαπανών καλύπτεται από ιδιωτική συμμετοχή των νοικοκυριών (OOP payments), καθιστώντας, επομένως, την τελευταία αντιπροσωπευτικό μέσο καταβολής, οδήγησαν στην απόφαση να χρησιμοποιηθεί στην παρούσα έρευνα μόνο η ιδιωτική συμμετοχή ως μέσο πληρωμής της υποθετικής θεραπείας. Γενικά, η ιδιωτική συμμετοχή αποτελεί το πιο συχνά εμφανιζόμενο μέσο καταβολής της πληρωμής σε μελέτες ενδεχόμενης αποτίμησης (Smith και Sach, 2010), γεγονός που οφείλεται κυρίως στο ότι οι περισσότερες μελέτες διενεργούνται σε χώρες στις οποίες μεγάλο μέρος των υγειονομικών δαπανών καλύπτονται από τους ίδιους τους πολίτες. Η φορολογία ως μέσο καταβολής της πληρωμής για την υποθετική θεραπεία θεωρείται προβληματική, καθώς ενδέχεται να δημιουργήσει ανασφάλεια στους συμμετέχοντες ως προς το κατά πόσο άλλα άτομα θα πληρώσουν πράγματι για τη θεραπεία (Baker, Robinson και Smith, 2007). Στην Ελλάδα, η δυσπιστία των πολιτών απέναντι σε οποιαδήποτε υποβολή νέας φορολογίας, εξαιτίας της βαριάς

φορολογικής επιβάρυνσης των τελευταίων ετών, την καθιστά ακόμα πιο προβληματική ως μέσο πληρωμής.

Ακόμα, ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να δηλώσουν το μέγεθος της προθυμίας πληρωμής για την υποθετική θεραπεία λαμβάνοντας υπόψη το συνολικό οικογενειακό κι όχι το προσωπικό τους εισόδημα. Με αυτόν τον τρόπο εξασφαλίστηκε πως κάθε συμμετέχων θα ήταν σε θέση να απαντήσει την ερώτηση, ακόμα και εάν δεν έχει προσωπικό εισόδημα (Bateman et al., 2002). Επίσης, έγινε λόγος για το καθαρό (disposable) εισόδημα, καθώς αυτό είναι στη διάθεσή τους προς χρήση.

Τέλος, για την πληρωμή της υποθετικής θεραπείας επιλέχθηκε η μηνιαία καταβολή (Gao et al., 2015), η οποία ταυτίζεται με το διάστημα καταβολής συντάξεων και μισθών στην Ελλάδα, καθιστώντας έτσι ευκολότερο για τους συμμετέχοντες να εκτιμήσουν το ποσό που έχουν στη διάθεσή τους και από το οποίο θα πρέπει να καταβάλουν την πληρωμή για την υποθετική θεραπεία.

B2. Μέθοδοι αποτίμησης προθυμίας πληρωμής

ΣΤΑΔΙΟ 1 – ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ
Βήμα 1: Επιλογή Πληθυσμού-Στόχου και Τεχνικής Συλλογής Δεδομένων Βήμα 2: Διαμόρφωση Ερευνητικού Εργαλείου Φάση 1: Σχεδιασμός Ερευνητικού Εργαλείου Ενότητα Α. Αξιολόγηση της κατάστασης της υγείας Ενότητα Β. Εξέταση της προθυμίας πληρωμής και των κινήτρων που καθορίζουν τη συμπεριφορά των συμμετεχόντων B1. Υποθετικό σενάριο B2. Μέθοδοι αποτίμησης προθυμίας πληρωμής B3. Κίνητρα συμμετεχόντων Ενότητα Γ. Εξέταση καθοριστικών παραγόντων που επηρεάζουν την WTP/QALY Ενότητα Δ. Συλλογή δημογραφικών και κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών συμμετεχόντων Φάση 2: Προέλεγχος και Αναδιαμόρφωση Ερευνητικού Εργαλείου
Βήμα 3: Πιλοτική Μελέτη Βήμα 4: Δειγματοληψία Βασικής Έρευνας Βήμα 5: Βασική Έρευνα

Στην παρούσα έρευνα η προθυμία πληρωμής αποτιμήθηκε με δύο τρόπους: α) με την τεχνική της επαναληπτικής υποβολής προσφορών, και β) με μια ερώτηση ανοιχτού τύπου για τον καθορισμό ενός εύρους προθυμίας πληρωμής για την υποθετική θεραπεία.

Η πρώτη τεχνική επιλέχθηκε ως η βασική μέθοδος αποτίμησης. Η επιλογή της τεχνικής της επαναληπτικής υποβολής προσφορών έναντι των άλλων μεθόδων αποτίμησης βασίστηκε στα παρακάτω:

- ι) Δεδομένου ότι η υποθετική θεραπεία που αξιολογείται απευθύνεται στο σύνολο του πληθυσμού και προσφέρει αποκατάσταση σε απόλυτη υγεία, δεν ήταν δυνατό να την αντιστοιχίσουμε με κάποια ήδη υπάρχουσα στην αγορά και τιμολογημένη θεραπεία. Επομένως, δεν ήταν εφικτό να αποδοθούν στην

υποθετική θεραπεία συγκεκριμένες τιμές και κατ' επέκταση να υιοθετηθεί η μέθοδος της διχοτομικής επιλογής (McNamee et al., 2010).

ii) Η υιοθέτηση της μεθόδου των τηλεφωνικών συνεντεύξεων για τη συλλογή των δεδομένων της έρευνας απέκλεισε τη χρήση της κάρτας πληρωμής, καθώς δεν μπορούν μέσω τηλεφώνου να παρουσιαστούν οπτικά ερεθίσματα, όπως η κλίμακα στην κάρτα πληρωμής (Bateman et al., 2002),

Επομένως, η τεχνική της επαναληπτικής υποβολής προσφορών, η οποία μπορεί να χρησιμοποιηθεί μέσω τηλεφώνου και ενθαρρύνει τον συμμετέχοντα να σκεφτεί τις προτιμήσεις του, καθώς αυτός υποβάλλεται σε μια σειρά αυξανόμενων ή μειούμενων προσφερόμενων τιμών κι όχι σε δύο μόνο ορισμένες τιμές όπως στην ερώτηση διχοτομικής επιλογής, κρίθηκε καταλληλότερη, σε σχέση με τις άλλες μεθόδους, για την παρούσα έρευνα.

Η βασική αυτή τεχνική αποτίμησης ακολουθήθηκε από μια ερώτηση ανοιχτού τύπου ως προς το ελάχιστο και το μέγιστο ποσό που θα ήταν διατεθειμένοι να πληρώσουν οι συμμετέχοντες για τη χορήγηση της υποθετικής θεραπείας. Με αυτόν τον τρόπο συλλέχθηκαν επιπλέον στοιχεία για το μέγεθος της προθυμίας πληρωμής των συμμετεχόντων.

Στην τεχνική επαναληπτικής υποβολής προσφορών (iterative bidding technique/bidding game), η χαμηλότερη προσφερόμενη τιμή ήταν €1 και η υψηλότερη €8.192. Ξεκινώντας από τη χαμηλότερη προσφερόμενη τιμή για κάθε θετική απάντηση, το επόμενο ποσό πληρωμής διπλασιαζόταν μέχρις ότου δοθεί από τον εκάστοτε συμμετέχοντα μια αρνητική απάντηση. Αντίστοιχα, ξεκινώντας από την υψηλότερη προσφερόμενη τιμή για κάθε αρνητική απάντηση, η επόμενη πληρωμή υποδιπλασιαζόταν μέχρις ότου δοθεί μια θετική απάντηση (Gao et al., 2015; Martín-Fernández et al., 2014; Zhao et al., 2011; King et al., 2005). Στη βιβλιογραφία, στο πλαίσιο της μεθόδου αυτής, η υψηλότερη προσφερόμενη τιμή ορίζεται από τους ερευνητές ως το δεκαπλάσιο του καθαρού μηνιαίου εθνικού διαθέσιμου εισοδήματος (net monthly national disposable income) (Gao et al., 2015; King et al., 2005). Την περίοδο ολοκλήρωσης του σχεδιασμού του ερευνητικού εργαλείου (Μάιος 2018) και

έναρξης του προελέγχου του (Αύγουστος 2018), το καταγεγραμμένο καθαρό ετήσιο εθνικό διαθέσιμο εισόδημα ανερχόταν σε €13.991 και το, αντίστοιχο, μηνιαίο άγγιζε τα €1.166 (Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία, 2017β). Αποφασίστηκε, λοιπόν, να οριστεί ως μέγιστη προσφερόμενη τιμή, εκείνο το ποσό που είναι πλησιέστερο στο δεκαπλάσιο του καταγεγραμμένου καθαρού μηνιαίου εθνικού διαθέσιμου εισοδήματος χωρίς όμως να το ξεπερνάει. Τέλος, πρέπει να σημειωθεί πως με τυχαία επιλογή (randomisation) οι μισοί συμμετέχοντες της έρευνας απάντησαν στην ερώτηση του μεγέθους της προθυμίας πληρωμής έχοντας ως αρχική προσφερόμενη τιμή το μικρότερο ποσό, ενώ οι άλλοι μισοί το μεγαλύτερο ποσό. Αυτό έγινε για να λάβουμε υπόψη μας την επίδραση που έχει η μεροληψία σημείου εκκίνησης (starting point bias) που χαρακτηρίζει αυτήν την τεχνική αποτίμησης, στον μέσο όρο της εκτιμηθείσας WTP per QALY (Mavrodi et al., 2017; Gao et al., 2015; Martín-Fernández et al., 2014; Zhao et al., 2011; McNamee et al., 2010; Shiroiwa et al., 2010; Frew, Wolstenholme και Whyntes, 2004).

Την εκτίμηση της προθυμίας πληρωμής για την υποθετική θεραπεία ακολούθησε μια ερώτηση σχετικά με τη βεβαιότητα των συμμετεχόντων ως προς την απάντησή τους (Bobinac, 2018; Sund και Svensson, 2017; Pennington et al., 2015; Martínez-Espiñeira και Lyssenko, 2012; Bobinac et al., 2010; Blomquist, Blumenschein, και Johannesson, 2009; Blumenschein et al., 2008; Watson και Ryan, 2007; Berrens et al., 2002; Blumenschein et al., 2001). Η ερώτηση αυτή διαμορφώθηκε ως εξής:

Από το 0 έως το 10, όπου το 0 σημαίνει πως δεν είστε καθόλου σίγουρος/η και το 10 πως είστε απόλυτα σίγουρος/η, πόσο σίγουρος/η είστε ότι θα πληρώνετε 'X' ευρώ το μήνα για να σας χορηγηθεί η θεραπεία αυτή άμεσα;
(Σημείωση: το 'X' ανταποκρίνεται στο μέγεθος της προθυμίας πληρωμής όπως αυτό δηλώθηκε στην προηγούμενη ερώτηση αποτίμησης της προθυμίας πληρωμής με την τεχνική της επαναληπτικής υποβολής προσφορών).

Η αβεβαιότητα που σχετίζεται με τις απαντήσεις που δίνουν οι συμμετέχοντες σε μια μελέτη ενδεχόμενης αποτίμησης μπορεί να εξηγήσει τη διαφορά μεταξύ της αξίας που δηλώνει κάποιος πως προτίθεται να πληρώσει και της αξίας που πραγματικά

θα πλήρωνε (υποθετική μεροληψία). Η ενσωμάτωση της αβεβαιότητας στις απαντήσεις της προθυμίας πληρωμής για την υποθετική θεραπεία μπορεί να καταστήσει τα αποτελέσματα μιας μελέτης ενδεχόμενης αποτίμησης περισσότερο συνεπή ως προς την πραγματική αξία που θα πλήρωνε κάποιος για την υπό εξέταση θεραπεία (Blumenschein et al., 2008).

Η ερώτηση ανοιχτού τύπου για τον καθορισμό του εύρους της προθυμίας πληρωμής για την υποθετική θεραπεία διαμορφώθηκε ως εξής (Braun et al., 2016):

«Για την ίδια υποθετική θεραπεία που συζητήσαμε παραπάνω...

Ποιο είναι το μέγιστο ποσό που θα ήσασταν διατεθειμένος/η να πληρώσετε κάθε μήνα για να σας χορηγηθεί η θεραπεία αυτή;

Ποιο είναι το ελάχιστο ποσό που θα ήσασταν διατεθειμένος/η να πληρώσετε κάθε μήνα για να σας χορηγηθεί η θεραπεία αυτή;»

Με την ερώτηση αυτή γίνεται προσπάθεια: ι) να εξεταστεί το κατά πόσο το μέγεθος της προθυμίας πληρωμής για την υποθετική θεραπεία που δηλώνει ο εκάστοτε συμμετέχων με την τεχνική της επαναληπτικής υποβολής προσφορών βρίσκεται εντός του εύρους αυτού, και ιι) να εντοπιστούν τυχόν αλλαγές στη μέση τιμή και στη διάμεσο της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής όταν δεν συμπεριλαμβάνονται στις αναλύσεις οι απαντήσεις των συμμετεχόντων που δηλώνουν προθυμία πληρωμής το μέγεθος της οποίας βρίσκεται εκτός του εύρους αυτού. Τα παραπάνω θα διαχωρίσουν τα άτομα εκείνα που ενδέχεται να μην χαρακτηρίζονται από συνέπεια στις εκτιμήσεις τους και ενδεχομένως, να προτιμάται σε μελλοντικές μελέτες ο αποκλεισμός τους από την ανάλυση των δεδομένων.

Τέλος, είναι αρκετά σημαντικό να σημειωθούν, σε αυτό το σημείο, τα είδη μεροληψίας που ενδέχεται να υπάρχουν στην παρούσα μελέτη ενδεχόμενης αποτίμησης και τα οποία σχετίζονται με την προσέγγιση της μεθόδου αλλά και την επιλογή της τεχνικής αποτίμησης. Στον Πίνακα 15 αποτυπώνονται αυτά τα είδη μεροληψίας και, όπου υπάρχει δυνατότητα μετριάσής τους κατά τον σχεδιασμό του ερευνητικού εργαλείου, σχολιάζεται η σχετική προσέγγιση που υιοθετείται.

Πίνακας 15. Είδη μεροληψίας που εντοπίζονται στην παρούσα μελέτη ενδεχόμενης αποτίμησης και τρόποι μετριάσής τους κατά τον σχεδιασμό του ερευνητικού εργαλείου.

Είδος μεροληψίας	Τρόπος μετριάσης μεροληψίας
Μεροληψία συναίνεσης: οι συμμετέχοντες συμφωνούν να πληρώσουν ανεξαρτήτως του ύψους της προσφερόμενης τιμής ή της πραγματικής τους επιθυμίας να τους χορηγηθεί η υποθετική θεραπεία.	Δεδομένης της μεθόδου αποτίμησης που υιοθετήθηκε, (τεχνική επαναληπτικής υποβολής προσφορών) κατά την οποία η απάντηση στα προσφερόμενα ποσά έχει τη μορφή ναι/όχι, δεν είναι εφικτό να αποφευχθεί η μεροληψία συναίνεσης. Το τελευταίο αποτελεί περιορισμό της παρούσας διδακτορικής διατριβής (βλ. §5.7).
Μεροληψία σημείου εκκίνησης: η μέγιστη προθυμία πληρωμής για την υποθετική θεραπεία μπορεί να επηρεαστεί από την αρχική τιμή προσφοράς.	Τέθηκαν διαφορετικά σημεία εκκίνησης προσφερόμενων τιμών. Έτσι, με τυχαία επιλογή, οι μισοί συμμετέχοντες της έρευνας απάντησαν στην ερώτηση αποτίμησης της προθυμίας πληρωμής έχοντας ως αρχική προσφερόμενη τιμή το μικρότερο εξεταζόμενο ποσό, ενώ οι άλλοι μισοί το μέγιστο ποσό (Gao et al., 2015; Martín-Fernández et al., 2014; Zhao et al., 2011; McNamee et al., 2010; Shiroiwa et al., 2010; Frew, Wolstenholme και Whynes, 2004). Με αυτόν τον τρόπο ενδέχεται να περιορίστηκε η επίδραση του ύψους της αρχικά προσφερόμενης τιμής στον μέσο όρο της προθυμίας πληρωμής (McNamee et al., 2010).
Στρατηγική μεροληψία: σκόπιμη υποτίμηση ή υπερίμηση του μεγέθους της προθυμίας πληρωμής για την υποθετική θεραπεία.	Πριν την έναρξη της συνέντευξης δόθηκε στους συμμετέχοντες η διευκρίνιση πως η έρευνα αφορά σε διδακτορική διατριβή, ο σκοπός της είναι, επομένως, καθαρά ακαδημαϊκός και επιστημονικός, και οι απαντήσεις που θα δώσουν θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά στο πλαίσιο της διατριβής αυτής (Bateman et al., 2002). Δεδομένου αυτού, τυχόν στρατηγικές απαντήσεις δεν θα οδηγούσαν κάπου. Επίσης, η εξέταση των κινήτρων συμπεριφοράς των συμμετεχόντων ως προς το μέγεθος της προθυμίας πληρωμής εξετάζει το κατά πόσο τυχόν χαμηλά ποσά οφείλονται όντως σε αδυναμία πληρωμής ή σε κάποια ενδεχόμενη στρατηγική προσέγγιση. Τέλος, το γεγονός ότι το μέσο πληρωμής είναι η ιδιωτική συμμετοχή, περιορίζει τυχόν σκόπιμα υπερτιμημένες απαντήσεις.
Υποθετική μεροληψία: η διαφορά μεταξύ της υποθετικής (δηλούμενης) και της πραγματικής (αποκαλυφθείσας) αξίας που αποδίδεται στην υπό εξέταση θεραπεία.	Για να μετριάσει το φαινόμενο αυτό η ερώτηση της εκτίμησης της προθυμίας πληρωμής συνοδεύτηκε από μια ερώτηση σχετική με τη βεβαιότητα των συμμετεχόντων ως προς την απάντηση που δίνουν. Με αυτόν τον τρόπο καθίσταται εφικτή η διάκριση των εκτιμήσεων της προθυμίας πληρωμής με βάση τον βαθμό βεβαιότητας, με τις εκτιμήσεις των περισσότερο σίγουρων συμμετεχόντων να θεωρούνται πιο κοντά στην πραγματική αξία που αποδίδεται σε μια παρέμβαση (Blumenschein et al., 2001).

B3. Κίνητρα συμμετεχόντων

ΣΤΑΔΙΟ 1 – ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ
Βήμα 1: Επιλογή Πληθυσμού-Στόχου και Τεχνικής Συλλογής Δεδομένων Βήμα 2: Διαμόρφωση Ερευνητικού Εργαλείου Φάση 1: Σχεδιασμός Ερευνητικού Εργαλείου Ενότητα Α. Αξιολόγηση της κατάστασης της υγείας Ενότητα Β. Εξέταση της προθυμίας πληρωμής και των κινήτρων που καθορίζουν τη συμπεριφορά των συμμετεχόντων B1. Υποθετικό σενάριο B2. Μέθοδοι αποτίμησης προθυμίας πληρωμής B3. Κίνητρα συμμετεχόντων Ενότητα Γ. Εξέταση καθοριστικών παραγόντων που επηρεάζουν την WTP/QALY Ενότητα Δ. Συλλογή δημογραφικών και κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών συμμετεχόντων Φάση 2: Προέλεγχος και Αναδιαμόρφωση Ερευνητικού Εργαλείου
Βήμα 3: Πιλοτική Μελέτη Βήμα 4: Δειγματοληψία Βασικής Έρευνας Βήμα 5: Βασική Έρευνα

Η εξέταση των κινήτρων των συμμετεχόντων έγινε μέσω προδιατυπωμένων φράσεων, οι οποίες διαμορφώθηκαν με βάση τα ευρήματα της βιβλιογραφικής ανασκόπησης. Οι φράσεις αυτές παρουσιάζονται στον Πίνακα 16.

Πίνακας 16. Προδιατυπωμένες φράσεις εξέτασης κινήτρων διαμορφωμένες με βάση τη βιβλιογραφική ανασκόπηση.

Προδιατυπωμένες φράσεις εξέτασης κινήτρων συμμετεχόντων μη πρόθυμων να πληρώσουν	Βιβλιογραφική αναφορά
A) Θεωρώ πως είμαι αρκετά καλά στην υγεία μου, ώστε να μην μου είναι είναι απαραίτητη κάποια νέα θεραπεία.	(Robinson et al., 2013)
B) Θα γίνω καλύτερα σε λίγο καιρό, επομένως, δεν αξίζει να πληρώσω για αυτήν τη θεραπεία.	(Robinson et al., 2013)
Γ) Το κράτος ή το ασφαλιστικό μου ταμείο πρέπει να πληρώσει για αυτήν τη θεραπεία.	(Robinson et al., 2013; Dalmau-Matarrodona, 2001)
Δ) Δεν περισσεύουν χρήματα στην οικογένειά μου για να πληρώσω για αυτήν τη θεραπεία.	(Bobinac et al., 2010; Shackley και Donaldson, 2002; Dalmau-Matarrodona, 2001)
Προδιατυπωμένες φράσεις εξέτασης κινήτρων συμπεριφοράς ως της το μέγεθος της προθυμίας πληρωμής για την υποθετική θεραπεία	Βιβλιογραφική αναφορά
A) Το εισόδημα της οικογένειάς μου δεν μου επιτρέπει να πληρώσω περισσότερο.	(Alayli-Goebbels et al., 2014)
B) Είναι πιο σημαντικό για μένα να χρησιμοποιήσω το εισόδημά μου για να απολαύσω τη ζωή μου, παρά για να έχω καλή υγεία.	(Alayli-Goebbels et al., 2014)

Κατά τον αρχικό σχεδιασμό του ερωτηματολογίου διαμορφώθηκαν 4 φράσεις για τους συμμετέχοντες που δεν είναι να πρόθυμοι να πληρώσουν για την υποθετική θεραπεία και 2 για της συμμετέχοντες που είναι πρόθυμοι να πληρώσουν. Να σημειωθεί ότι οι προδιατυπωμένες φράσεις του Πίνακα 16 αναδιαμορφώθηκαν κατά τον προέλεγχο του ερευνητικού εργαλείου (βλ. Φάση 2 παρακάτω). Οι αναδιαμορφωμένες φράσεις ήταν εκείνες που εξετάστηκαν κατά τη βασική έρευνα (βλ. Πίνακα 18).

Ενότητα Γ. Εξέταση καθοριστικών παραγόντων που επηρεάζουν την WTP per QALY

ΣΤΑΔΙΟ 1 – ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ
<p>Βήμα 1: Επιλογή Πληθυσμού-Στόχου και Τεχνικής Συλλογής Δεδομένων Βήμα 2: Διαμόρφωση Ερευνητικού Εργαλείου Φάση 1: Σχεδιασμός Ερευνητικού Εργαλείου Ενότητα Α. Αξιολόγηση της κατάστασης της υγείας Ενότητα Β. Εξέταση της προθυμίας πληρωμής και των κινήτρων που καθορίζουν τη συμπεριφορά των συμμετεχόντων B1. Υποθετικό σενάριο B2. Μέθοδοι αποτίμησης προθυμίας πληρωμής B3. Κίνητρα συμμετεχόντων Ενότητα Γ. Εξέταση καθοριστικών παραγόντων που επηρεάζουν την WTP/QALY Ενότητα Δ. Συλλογή δημογραφικών και κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών συμμετεχόντων Φάση 2: Προέλεγχος και Αναδιαμόρφωση Ερευνητικού Εργαλείου</p>
<p>Βήμα 3: Πιλοτική Μελέτη Βήμα 4: Δειγματοληψία Βασικής Έρευνας Βήμα 5: Βασική Έρευνα</p>

Στην τρίτη ενότητα του ερευνητικού εργαλείου συμπεριλήφθηκε μια σειρά ερωτήσεων με τις οποίες εξετάστηκαν ορισμένοι καθοριστικοί παράγοντες, οι οποίοι σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, επηρεάζουν την WTP per QALY. Οι καθοριστικοί αυτοί παράγοντες

αφορούν στα εξής: α) στον βαθμό ικανοποίησης από το ΕΣΥ και στην αξιολόγηση των χρηματοδοτούμενων από το κράτος ή την υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση υγειονομικών υπηρεσιών, β) στον βαθμό χρησιμοποίησης του ΕΣΥ, και γ) στην προσωπική εμπειρία με κάποια σοβαρή ασθένεια και στις προσωπικές υγιεινές συνήθειες ενός ατόμου. Στον Πίνακα 17 παρουσιάζονται οι επιμέρους καθοριστικοί παράγοντες που συμπεριλήφθηκαν στο ερευνητικό εργαλείο της παρούσας διδακτορικής διατριβής καθώς και οι σχετικές ερωτήσεις όπως αυτές διαμορφώθηκαν κατά τον σχεδιασμό του εργαλείου (ερωτηματολόγιο).

Πίνακας 17. Αποτύπωση καθοριστικών παραγόντων προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής (WTP per QALY).

Καθοριστικός παράγοντας WTP per QALY	Ερώτηση
Ικανοποίηση από το ΕΣΥ και αξιολόγηση της στάσης ενός ατόμου απέναντι στις χρηματοδοτούμενες από το κράτος ή την υποχρεωτική ασφάλιση υγειονομικές υπηρεσίες	
Βαθμός ικανοποίησης από τις υπηρεσίες του ΕΣΥ (Shiroiwa et al., 2010)	<p>Πώς θα βαθμολογούσατε τις παρεχόμενες υπηρεσίες του Εθνικού Συστήματος Υγείας σε μια κλίμακα από το 0 έως το 10, όπου το 0 σημαίνει πως είστε εξαιρετικά δυσαρεστημένος/η και το 10 πως είστε εξαιρετικά ικανοποιημένος/η;</p>
Πρόσβαση στην υγεία (Gyrd-Hansen, 2016)	<p>Πόσο συμφωνείτε με την παρακάτω φράση; «Οι Έλληνες πολίτες έχουν ίση πρόσβαση σε δημόσιες υγειονομικές υπηρεσίες ή υπηρεσίες που πληρώνει το ταμείο τους;» Συμφωνώ σε μεγάλο βαθμό/ Συμφωνώ σε μέτριο βαθμό/ Συμφωνώ σε μικρό βαθμό/ Δεν συμφωνώ καθόλου</p> <p><u>Σημείωση</u> Εάν σας ζητηθεί διευκρίνιση: Με τον όρο «δημόσιες υγειονομικές υπηρεσίες ή υπηρεσίες που πληρώνει το ταμείο» εννοούμε τις υπηρεσίες που προσφέρονται από δημόσια νοσοκομεία, συμβεβλημένους με ασφαλιστικά ταμεία ιατρούς και κέντρα υγείας. Με τον όρο «πρόσβαση», εννοούμε τη χιλιομετρική απόσταση από ειδικό ιατρό νοσοκομείου/νοσοκομείο, χρόνο αναμονής από τη στιγμή που κλείνουν το ραντεβού μέχρι την επίσκεψη σε ιατρό του ασφαλιστικού τους ταμείου ή νοσοκομειακό ιατρό.</p>
Ποιότητα υγειονομικών υπηρεσιών (Gyrd-Hansen, 2016)	<p>Πόσο συμφωνείτε με την παρακάτω φράση; «Τα δημόσια νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας προσφέρουν υψηλής ποιότητας υγειονομικές υπηρεσίες;» Συμφωνώ σε μεγάλο βαθμό/ Συμφωνώ σε μέτριο βαθμό/ Συμφωνώ σε μικρό βαθμό/ Δεν συμφωνώ καθόλου</p> <p>Πόσο συμφωνείτε με την παρακάτω φράση; «Οι γιατροί των δημοσίων νοσοκομείων και των κέντρων υγείας εμπνέουν σεβασμό;» Συμφωνώ σε μεγάλο βαθμό/ Συμφωνώ σε μέτριο βαθμό/ Συμφωνώ σε μικρό βαθμό/ Δεν συμφωνώ καθόλου</p>
Χρήση ΕΣΥ	
Βαθμός χρησιμοποίησης δομών υγείας με ή χωρίς πληρωμή (Bateman et al., 2002)	<p>Κατά το τελευταίο έτος, πόσες φορές ... Α. επισκεφθήκατε για να εξετάσει εσάς τους ίδιους ιδιώτη ιατρό που πληρώσατε εσείς ή/και νοσηλευτήκατε σε ιδιωτική κλινική; (αριθμός)</p> <p><u>Σημείωση</u> Εάν σας ζητηθεί διευκρίνιση: εννοείται επίσκεψη σε ιδιωτικό ιατρείο ή/και σε απογευματινά εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείου, το κόστος της οποίας καλύπτεται από τον ίδιο/την ίδια. Δεν λαμβάνονται υπόψη οι διαγνωστικές εξετάσεις.</p>

	<p>Β. επισκεφθήκατε για να εξετάσει εσάς τους ίδιους ιατρό του ασφαλιστικού σας ταμείου, τον οποίο δεν πληρώσατε ή/και νοσηλευτήκατε σε δημόσιο νοσοκομείο; (αριθμός)</p> <p><u>Σημείωση</u> Εάν σας ζητηθεί διευκρίνιση: εννοείται επίσκεψη σε ιδιωτικό ιατρείο συμβεβλημένο με το ταμείο, ή/και σε πρωινά εξωτερικά ιατρεία, την οποία δεν πληρώνει ο/η ίδιος/α. Δεν λαμβάνονται υπόψη οι διαγνωστικές εξετάσεις.</p>
<p>Προσωπική εμπειρία πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας (Martín-Fernández et al., 2010)</p>	<p>Θα λέγατε πως η πρόσβαση που έχετε σε δημόσιες υγειονομικές υπηρεσίες ή υπηρεσίες που πληρώνει το ασφαλιστικό σας ταμείο, για παράδειγμα απόσταση από δημόσιο νοσοκομείο, χρόνος αναμονής από τη στιγμή που κλείνετε το ραντεβού μέχρι την επίσκεψη σε νοσοκομειακό ιατρό ή ιατρό συμβεβλημένο με το ασφαλιστικό σας ταμείο είναι;</p> <p>Πολύ εύκολη/Εύκολη/Δύσκολη/Πολύ δύσκολη</p>
<p>Προσωπική εμπειρία με σοβαρή ασθένεια και προσωπικές υγιεινές συνήθειες για τη διασφάλιση καλής υγείας</p>	
<p>Προσωπική εμπειρία σοβαρής ασθένειας (Bilcke, Hens και Beutels, 2017)</p>	<p>Θα λέγατε πως η προσωπική σας εμπειρία με κάποια σοβαρή ασθένεια (είτε επειδή έχετε νοσήσει εσείς ο/η ίδιος/η, είτε επειδή έχει νοσήσει κάποιο άτομο του άμεσου οικογενειακού σας περιβάλλοντος) είναι:</p> <p>Μεγάλη/ Μικρή/ Δεν έχω καμία προσωπική εμπειρία</p>
	<p>Σε τι βαθμό πιστεύετε ότι προσέχετε την υγεία σας (πηγαίνετε στον ιατρό, ακολουθείτε υγιεινή διατροφή, ασκείστε, δεν έχετε βλαβερές συνήθειες όπως κατανάλωση αλκοόλ);</p> <p>Σε μεγάλο βαθμό/ Σε μέτριο βαθμό/ Σε μικρό βαθμό/ Καθόλου</p>
<p>Προσωπικές υγιεινές συνήθειες</p>	<p>Είστε καπνιστής; Ναι/Όχι</p> <p>Με ποια συχνότητα αθλείστε; Όταν λέμε άθληση εννοούμε οποιαδήποτε μορφή άσκησης, συμπεριλαμβανομένου και του περπατήματος. Καθημερινά/1-3 φορές την εβδομάδα/ Μερικές φορές μέσα στον μήνα/ Ποτέ</p>

Σε αυτό το σημείο πρέπει να σημειωθεί πως η αξιολόγηση της στάσης ενός ατόμου απέναντι στις χρηματοδοτούμενες από το κράτος ή την υποχρεωτική ασφάλιση υγειονομικές υπηρεσίες έγινε με τη χρήση προδιατυπωμένων φράσεων, με τις οποίες οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να αξιολογήσουν μεταξύ άλλων την ποιότητα των ιατρών. Ο τελευταίος αυτός παράγοντας εκτιμήθηκε έμμεσα, καθώς η αξιολόγηση της ειδικής γνώσης και εξειδίκευσης των ιατρών είναι δύσκολη και υποκειμενική. Έτσι, αποφασίστηκε να χρησιμοποιηθεί ένα έμμεσο μέτρο ποιότητας (ο σεβασμός που εμπνέουν οι ιατροί στους ασθενείς), το οποίο θα ήταν ευκολότερο να αξιολογηθεί από τους συμμετέχοντες. Αντίστοιχα, η εκτίμηση του βαθμού χρησιμοποίησης του ΕΣΥ έγινε άμεσα μέσω της καταγραφής του αριθμού των επισκέψεων σε ιδιωτικές και

δημόσιες δομές υγείας και έμμεσα μέσω της προσωπικής εκτίμησης της πρόσβαση σε υγειονομικές υπηρεσίες χρηματοδοτούμενες από το κράτος ή την υποχρεωτική ασφάλιση.

Ενότητα Δ. Συλλογή δημογραφικών και κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών συμμετεχόντων

ΣΤΑΔΙΟ 1 – ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ
Βήμα 1: Επιλογή Πληθυσμού-Στόχου και Τεχνικής Συλλογής Δεδομένων Βήμα 2: Διαμόρφωση Ερευνητικού Εργαλείου Φάση 1: Σχεδιασμός Ερευνητικού Εργαλείου Ενότητα Α. Αξιολόγηση της κατάστασης της υγείας Ενότητα Β. Εξέταση της προθυμίας πληρωμής και των κινήτρων που καθορίζουν τη συμπεριφορά των συμμετεχόντων B1. Υποθετικό σενάριο B2. Μέθοδοι αποτίμησης προθυμίας πληρωμής B3. Κίνητρα συμμετεχόντων Ενότητα Γ. Εξέταση καθοριστικών παραγόντων που επηρεάζουν την WTP/QALY Ενότητα Δ. Συλλογή δημογραφικών και κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών συμμετεχόντων Φάση 2: Προέλεγχος και Αναδιαμόρφωση Ερευνητικού Εργαλείου
Βήμα 3: Πιλοτική Μελέτη Βήμα 4: Δειγματοληψία Βασικής Έρευνας Βήμα 5: Βασική Έρευνα

Η τέταρτη και τελευταία ενότητα του ερωτηματολογίου περιελάμβανε ερωτήσεις για τη συλλογή των δημογραφικών και κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων: φύλο, ηλικία, αριθμός ατόμων που ζουν μαζί στο σπίτι

(μέγεθος νοικοκυριού), αριθμός εργαζόμενων μελών του νοικοκυριού, επίπεδο εκπαίδευσης, επαγγελματική, οικογενειακή και οικονομική κατάσταση. Τέλος, καταγράφηκε εάν υποφέρουν από κάποια χρόνια πάθηση.

Οι ερωτήσεις που αφορούν στην οικονομική κατάσταση των συμμετεχόντων έχει παρατηρηθεί ότι ενδέχεται να παρουσιάσουν υψηλό ποσοστό μη απόκρισης (non-response rate) (10-60%) (Moore, Stinson και Welniak, 2000). Η χρήση κατηγοριών για την περιγραφή του εισοδήματος αποτελεί αποτελεσματική λύση αντιμετώπισης του υψηλού αυτού ποσοστού μη απόκρισης (van der Star και van den Berg, 2011). Έτσι, στην παρούσα έρευνα η οικονομική κατάσταση των συμμετεχόντων καταγράφηκε σε κλίμακες (Mavrodi et al., 2017; Martín-Fernández et al., 2014; Shackley και Donaldson, 2002), όπου οι συμμετέχοντες ερωτήθηκαν για το συνολικό καθαρό εισόδημα που έχει στη διάθεση της η οικογένειά τους σε μηνιαία βάση (Gao et al., 2015; Shiroiwa et al., 2013; Groot και van den Brink, 2008) κι έπρεπε να επιλέξουν μια από τις πέντε κατηγορίες που τους παρουσιάζονταν (άμεση εκτίμηση οικονομικής κατάστασης, κατηγορίες εισοδήματος).

Ακόμα, δεδομένης της φοροδιαφυγής στην Ελλάδα ⁶ κρίθηκε σκόπιμο να εξεταστεί εναλλακτικά η οικονομική κατάσταση των συμμετεχόντων μέσω τεσσάρων περιγραφικών φράσεων (έμμεση εκτίμηση οικονομικής κατάστασης) (Baker et al., 2010), οι οποίες ενδεχομένως προσφέρουν ορθότερη πληροφόρηση της πραγματικής οικονομικής κατάστασης του νοικοκυριού. Οι φράσεις αυτές ήταν οι ακόλουθες: «Δεν τα βγάζω πέρα», «Τα βγάζω πέρα με πολύ μεγάλες δυσκολίες», «Τα βγάζω πέρα αλλά δε μου μένουν και πολλά στην άκρη» και «Είμαι άνετος οικονομικά». Τα σχετικά οικονομετρικά μοντέλα (Μοντέλο Α και Β, βλ. §4.3.4 και §4.3.9, αντίστοιχα) που διαμορφώθηκαν στην παρούσα διδακτορική διατριβή, εκτιμήθηκαν δύο φορές λαμβάνοντας υπόψη ως ανεξάρτητη μεταβλητή για την οικονομική κατάσταση: α) τις κατηγορίες εισοδήματος (άμεση εκτίμηση), και β) τις φράσεις που περιγράφουν την οικονομική κατάσταση του νοικοκυριού (έμμεση εκτίμηση). Τα αποτελέσματα της οικονομετρικής ανάλυσης ήταν, και στις δύο αυτές περιπτώσεις, ίδια, με την οικονομική κατάσταση, είτε στην άμεση είτε στην έμμεση μορφή της, να αποτελεί καθοριστικό παράγοντα που επηρεάζει τόσο την προθυμία πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής όσο και την πρόθεση ενός ατόμου να πληρώσει για την υποθετική θεραπεία και μάλιστα με την ίδια κατεύθυνση. Επίσης, η εισαγωγή της έμμεσης εκτίμησης της οικονομικής κατάστασης, ως ανεξάρτητης μεταβλητής στο μοντέλο, οδήγησε στα ίδια αποτελέσματα και ως προς τους λοιπούς καθοριστικούς παράγοντες που επηρεάζουν την προθυμία πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής και την πρόθεση ενός ατόμου να πληρώσει για την υποθετική θεραπεία. Δεδομένου αυτού αποφασίστηκε να παρουσιαστούν στην παρούσα διδακτορική διατριβή τα οικονομετρικά μοντέλα, στα οποία εισήχθη ως ανεξάρτητη μεταβλητή η άμεση εκτίμηση της οικονομικής κατάστασης των συμμετεχόντων (κατηγορίες συνολικού καθαρού μηνιαίου οικογενειακού εισοδήματος).

⁶ Με βάση πρόσφατη μελέτη που διενεργήθηκε το 2016 από τη Διανέοσις σε συνεργασία με την Ernst & Young, στην οποία επιχειρήθηκε η σύνθεση των διαθέσιμων εκτιμήσεων φοροδιαφυγής στη βιβλιογραφία, η φοροδιαφυγή στην Ελλάδα αγγίζει το 6-9% του ΑΕΠ.

Φάση 2 – Προέλεγχος και Αναδιαμόρφωση Ερευνητικού Εργαλείου

ΣΤΑΔΙΟ 1 – ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ
Βήμα 1: Επιλογή Πληθυσμού-Στόχου και Τεχνικής Συλλογής Δεδομένων Βήμα 2: Διαμόρφωση Ερευνητικού Εργαλείου Φάση 1: Σχεδιασμός Ερευνητικού Εργαλείου Ενότητα Α. Αξιολόγηση της κατάστασης της υγείας Ενότητα Β. Εξέταση της προθυμίας πληρωμής και των κινήτρων που καθορίζουν τη συμπεριφορά των συμμετεχόντων B1. Υποθετικό σενάριο B2. Μέθοδοι αποτίμησης προθυμίας πληρωμής B3. Κίνητρα συμμετεχόντων Ενότητα Γ. Εξέταση καθοριστικών παραγόντων που επηρεάζουν την WTP/QALY Ενότητα Δ. Συλλογή δημογραφικών και κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών συμμετεχόντων Φάση 2: Προέλεγχος και Αναδιαμόρφωση Ερευνητικού Εργαλείου
Βήμα 3: Πιλοτική Μελέτη Βήμα 4: Δειγματοληψία Βασικής Έρευνας Βήμα 5: Βασική Έρευνα

Ο προέλεγχος του ερευνητικού εργαλείου κρίθηκε απαραίτητος προκειμένου να εξεταστεί ο βαθμός στον οποίο το ερωτηματολόγιο εμφάνιζε προβλήματα κατανόησης, καθώς και να γίνει μια πρώτη εξέταση των κινήτρων των συμμετεχόντων με βάση τις

προδιατυπωμένες φράσεις που σχεδιάστηκαν στην προηγούμενη φάση της έρευνας (Φάση 1, Πίνακας 16). Η συλλογή των απαραίτητων δεδομένων για τον προέλεγχο του ερωτηματολογίου έγινε με τη μέθοδο των ημιδομημένων συνεντεύξεων (semi-structured interviews). Ο προέλεγχος σε συνδυασμό με την ενδελεχή βιβλιογραφική ανασκόπηση που προηγήθηκε, αποσκοπούσαν στη διασφάλιση της αντιπροσωπευτικότητας των ερωτήσεων ως προς τους σκοπούς της διατριβής, δηλαδή την εξασφάλιση εγκυρότητας περιεχομένου (content validity) του ερευνητικού εργαλείου.

Η επιλογή των ημιδομημένων συνεντεύξεων οφείλεται στην ευέλικτη μορφή τους, η οποία επιτρέπει διευκρινίσεις κατά τη διάρκεια της συνέντευξης, προσαρμογή στις ιδιαιτερότητες του εκάστοτε συμμετέχοντα και εμβάθυνση στις ερωτήσεις εκείνες που επιθυμεί ο εκάστοτε συμμετέχων. Προτιμήθηκαν έναντι μιας ομάδας εμβάθυνσης (focus group) εξαιτίας της φύσης του υπό εξέταση σεναρίου – ενδέχεται κάποιος να διστάζει να μιλήσει για την υγεία του και την ικανότητά του να πληρώσει μπροστά σε άλλα άτομα κι αυτό να επηρεάσει τις απαντήσεις του – αλλά και της μη εξοικείωσης του πληθυσμού-στόχου του προελέγχου με μια τέτοιου είδους προσέγγιση (Champ, 2017).

Οι συμμετέχοντες που συμφώνησαν να λάβουν μέρος σε αυτή τη φάση της έρευνας είχαν ενημερωθεί λεπτομερώς για το πλαίσιο και τους στόχους της έρευνας και τους είχαν δοθεί διευκρινίσεις ως προς τη διατήρηση της ανωνυμίας τους (Champ, 2017). Κατά τη διάρκεια των ημιδομημένων συνεντεύξεων, οι συμμετέχοντες καλούνταν να μοιραστούν τις σκέψεις τους είτε μετά από κάθε ερώτηση (concurrent

think aloud interviews), είτε μετά τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου (retrospective think aloud interviews) (Hak, van der Veer και Ommundsen, 2006; Kuusela και Paul, 2000).

Οι συνεντεύξεις αυτές έλαβαν χώρα κατά τη διάρκεια δύο μηνών (Αύγουστος-Σεπτέμβριος 2018). Συνολικά πραγματοποιήθηκαν δεκαπέντε (15) ημιδομημένες προσωπικές συνεντεύξεις. Τα άτομα που συμμετείχαν στις ημιδομημένες συνεντεύξεις επελέγησαν από τον πληθυσμό με κριτήριο την ευκολία (δείγμα ευκολίας, convenience sample). Τα άτομα αυτά έφεραν διαφορετικά δημογραφικά χαρακτηριστικά προκειμένου να ελεγχθεί ο τρόπος ανταπόκρισης από μων διαφορετικού φύλου, ηλικίας και μορφωτικού επιπέδου στις ερωτήσεις του ερευνητικού εργαλείου.

Η ανάλυση των δεδομένων που συλλέχθηκαν από τις ημιδομημένες συνεντεύξεις οδήγησε σε αναθεώρηση του ερευνητικού εργαλείου. Καταρχάς εντοπίστηκε και διορθώθηκε πρόβλημα στη διατύπωση της ερώτησης που εξέταζε τον βαθμό χρησιμοποίησης των δομών υγείας με ή χωρίς πληρωμή. Επίσης, μέσω του προελέγχου οριστικοποιήθηκαν οι προδιατυπωμένες φράσεις για την εξέταση των κινήτρων των συμμετεχόντων. Κατά τον προέλεγχο του ερευνητικού εργαλείου οι συμμετέχοντες καλούνταν να επιλέξουν όσες από τις φράσεις του Πίνακα 16 ανταποκρίνονταν στα κίνητρα που υπαγορεύουν την επιλογή τους και να δηλώσουν ποια από αυτές τις φράσεις περιγράφει το ισχυρότερο για αυτούς κίνητρο. Τέλος, παρακινούνταν να συζητήσουν ελεύθερα οτιδήποτε άλλο δικαιολογούσε την απάντησή τους και δεν είχε συμπεριληφθεί στις προδιατυπωμένες φράσεις, υπενθυμίζοντάς τους πως δεν υπάρχει σωστή ή λάθος απάντηση (Smith, 2000). Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων σε αυτήν τη φάση της έρευνας διαμόρφωσαν τις φράσεις κινήτρων που χρησιμοποιήθηκαν στο τελικό ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε τόσο στην πιλοτική όσο και στη βασική έρευνα.

Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες που δεν ήταν διατεθειμένοι να πληρώσουν για την υποθετική θεραπεία (n=6), συμφώνησαν ομόφωνα πως οι φράσεις «Το κράτος ή το ασφαλιστικό μου ταμείο πρέπει να πληρώσει για αυτήν τη θεραπεία» και «Δεν περισσεύουν χρήματα στην οικογένειά μου για να πληρώσω για αυτήν τη θεραπεία»

περιγράφουν τα ισχυρότερα για αυτούς κίνητρα. Η φράση «Θεωρώ πως είμαι αρκετά καλά στην υγεία μου, ώστε να μην μου είναι απαραίτητη κάποια νέα θεραπεία» επιλέχθηκε από 4 άτομα. Ακόμα, 2 συμμετέχοντες ανέφεραν πως «έχουν μάθει να ζούνε με τη χρόνια πάθησή τους και δεν θέλουν να ακολουθήσουν κάποια νέα θεραπεία ακόμα κι αν τους κάνει καλά». Αντίστοιχα, οι συμμετέχοντες που ήταν πρόθυμοι να πληρώσουν (n=9), δήλωσαν ομόφωνα πως ο κυριότερος λόγος που δεν μπορούσαν να πληρώσουν περισσότερο είναι το ότι «δεν τους το επιτρέπει το εισόδημά τους». Το σημαντικότερο ήταν πως διευκρίνισαν ότι «εάν πλήρωναν περισσότερα δεν θα ήταν σε θέση να ικανοποιήσουν τις βασικές ανάγκες της οικογένειάς τους» (n=3) ή «θα μπορούσαν να πληρώσουν για τις βασικές ανάγκες της οικογένειάς τους αλλά μετά δεν θα μπορούσαν να πληρώσουν τους φόρους τους» (n=6). Ένα άτομο ανέφερε πως η βελτίωση της υγείας του από αυτή τη θεραπεία ήταν πολύ μικρή για τον ίδιο για να συμφωνήσει να πληρώσει γι' αυτήν. Η φράση «Είναι πιο σημαντικό για μένα να χρησιμοποιήσω το εισόδημά μου για να απολαύσω τη ζωή μου, παρά για να έχω καλή υγεία» δεν επιλέχθηκε από κανέναν. Τέλος, 4 άτομα δήλωσαν πως ένας ακόμα λόγος που δεν ήταν διατεθειμένοι να πληρώσουν περισσότερα ήταν ότι «παρά το γεγονός ότι δεν [είναι] απόλυτα υγιείς, δεν [ξέρουν] εάν τους χρειάζεται πράγματι αυτή η θεραπεία, άρα γιατί να [πληρώσουν] περισσότερο;».

Οι παραπάνω απαντήσεις οδήγησαν στην τελική διαμόρφωση τεσσάρων (4) φράσεων για την εξέταση των κινήτρων των μη πρόθυμων να πληρώσουν συμμετεχόντων και τριών (3) φράσεων για την εξέταση των κινήτρων ως προς το μέγεθος της δηλούμενης προθυμίας πληρωμής. Η αξιοπιστία των φράσεων αυτών εξετάστηκε κατά την πιλοτική μελέτη.

Οι φράσεις με τις οποίες διερευνήθηκαν στη βασική έρευνα τα κίνητρα που υπαγορεύουν την απροθυμία πληρωμής για την υποθετική θεραπεία, καθώς και οι φράσεις με τις οποίες διερευνήθηκαν τα κίνητρα συμπεριφοράς που υπαγορεύουν το μέγεθος της προθυμίας πληρωμής όσων είναι διατεθειμένοι να πληρώσουν παρουσιάζονται στον Πίνακα 18. Οι συμμετέχοντες καλούνταν να δηλώσουν τον βαθμό συμφωνίας με την εκάστοτε φράση διαλέγοντας ένα από τα τέσσερα προσφερόμενα επίπεδα συμφωνίας: «Συμφωνώ σε μεγάλο βαθμό», «Συμφωνώ σε μέτριο βαθμό», «Συμφωνώ σε μικρό βαθμό» και «Δεν συμφωνώ καθόλου».

Πίνακας 18. Προδιατυπωμένες φράσεις εξέτασης κινήτρων.

Προδιατυπωμένες φράσεις εξέτασης κινήτρων συμμετεχόντων μη πρόθυμων να πληρώσουν για την υποθετική θεραπεία

Προδιατυπωμένη φράση A_κ. Δεν περισσεύουν στην οικογένειά μου χρήματα για να πληρώσω για αυτήν τη θεραπεία.

Προδιατυπωμένη φράση B_κ. Το κόστος της θεραπείας αυτής πρέπει να καλυφθεί από το ασφαλιστικό μου ταμείο ή το κράτος κι όχι από εμένα.

Προδιατυπωμένη φράση Γ_κ. Έχω μάθει να ζω με την πάθησή μου και δεν θα ήθελα να μπω στη διαδικασία μιας νέας θεραπευτικής αγωγής, ακόμα κι αν αυτή με κάνει εντελώς καλά.

Προδιατυπωμένη φράση Δ_κ. Θεωρώ πως είμαι αρκετά καλά στην υγεία μου, ώστε να μην μου είναι απαραίτητη κάποια νέα θεραπεία.

Προδιατυπωμένες φράσεις εξέτασης κινήτρων συμπεριφοράς ως προς το μέγεθος της προθυμίας πληρωμής για την υποθετική θεραπεία

Προδιατυπωμένη φράση A_Μ. Εάν πληρώσω περισσότερα για αυτήν τη θεραπεία δεν θα μπορώ να καλύψω βασικές ανάγκες της οικογένειάς μου.

Προδιατυπωμένη φράση B_Μ. Εάν πληρώσω περισσότερα για αυτήν τη θεραπεία θα είμαι σε θέση να καλύψω βασικές ανάγκες της οικογένειάς μου αλλά δεν θα μπορώ να πληρώσω τους φόρους μου.

Προδιατυπωμένη φράση Γ_Μ. Παρά το γεγονός ότι δεν είμαι απόλυτα υγιής, δεν είμαι διατεθειμένος να πληρώσω περισσότερα γιατί δεν ξέρω εάν μου χρειάζεται πράγματι η συγκεκριμένη θεραπεία.

3.2 ΔΕΥΤΕΡΟ ΣΤΑΔΙΟ: ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

Το δεύτερο στάδιο της παρούσας διδακτορική διατριβής αφορά στην εμπειρική έρευνα που πραγματοποιήθηκε, η οποία απαρτίστηκε από την πιλοτική μελέτη, με την οποία εξετάστηκε η αξιοπιστία (reliability) του ερευνητικού εργαλείου, και τη βασική έρευνα. Οι στόχοι της παρούσας διδακτορικής διατριβής απαιτούν δείγμα επαρκές και τυχαίο, το οποίο πρέπει να αντληθεί από τον γενικό πληθυσμό της Ελλάδας. Εξαιτίας του απαραίτητου μεγέθους και της απαραίτητης τυχαιοποίησης του δείγματος, η συλλογή των πρωτογενών δεδομένων πραγματοποιήθηκε σε συνεργασία με το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο (ΕΠΙ) του Πανεπιστημίου Μακεδονίας προκειμένου να γίνει χρήση του ειδικά διαμορφωμένου λογισμικού επιλογής τυχαίων τηλεφωνικών αριθμών που διαθέτει καθώς και της τεχνογνωσίας ως προς τη διεξαγωγή ερευνών τέτοιας εμβέλειας.

Το δεύτερο αυτό στάδιο της διατριβής αποτελούνταν από τρία βήματα: την πιλοτική μελέτη (Βήμα 3), τη δειγματοληψία της βασικής έρευνας (Βήμα 4) και τη διεξαγωγή της βασικής έρευνας (Βήμα 5).

Βήμα 3 – Πιλοτική Μελέτη

ΣΤΑΔΙΟ 1 – ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ
Βήμα 1: Επιλογή Πληθυσμού-Στόχου και Τεχνικής Συλλογής Δεδομένων Βήμα 2: Διαμόρφωση Ερευνητικού Εργαλείου Φάση 1: Σχεδιασμός Ερευνητικού Εργαλείου Ενότητα Α. Αξιολόγηση της κατάστασης της υγείας Ενότητα Β. Εξέταση της προθυμίας πληρωμής και των κινήτρων που καθορίζουν τη συμπεριφορά των συμμετεχόντων B1. Υποθετικό σενάριο B2. Μέθοδοι αποτίμησης προθυμίας πληρωμής B3. Κίνητρα συμμετεχόντων Ενότητα Γ. Εξέταση καθοριστικών παραγόντων που επηρεάζουν την WTP/QALY Ενότητα Δ. Συλλογή δημογραφικών και κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών συμμετεχόντων Φάση 2: Προέλεγχος και Αναδιαμόρφωση Ερευνητικού Εργαλείου
ΣΤΑΔΙΟ 2 – ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ
Βήμα 3: Πιλοτική Μελέτη Βήμα 4: Δειγματοληψία Βασικής Έρευνας Βήμα 5: Βασική Έρευνα

Στόχος της πιλοτικής μελέτης ήταν ο εντοπισμός των αδυναμιών του ερευνητικού εργαλείου, όπως αυτό διαμορφώθηκε μετά τον προέλεγχο, και των σημείων εκείνων που επιδέχονται βελτίωσης τόσο στην έκφραση όσο και στο περιεχόμενο. Η πιλοτική μελέτη

διεξήχθη σε διάστημα ενός μηνός (Νοέμβριος 2018).

Αρχικός στόχος ως προς το μέγεθος του δείγματος της πιλοτικής μελέτης ήταν τα 100 άτομα (Paiva et al., 2014). Το τελικό μέγεθος ανήλθε σε 97 άτομα. Το δείγμα της πιλοτικής μελέτης ήταν τυχαίο και η συλλογή του έγινε μέσω τυχαίων ψηφιακών

τηλεφωνικών κλήσεων (random-digit dialing) στις σταθερές γραμμές των κατοίκων του Νομού Θεσσαλονίκης.

Οι συμμετέχοντες στην πιλοτική μελέτη κλήθηκαν να απαντήσουν στις ερωτήσεις του ερευνητικού εργαλείου, μέσω τηλεφωνικών συνεντεύξεων, δύο φορές. Ο έλεγχος της αξιοπιστίας του ερευνητικού εργαλείου μέσω της μεθόδου ελέγχου-επανελέγχου (test-retest) απαιτεί επαναληπτικές μετρήσεις. Η συμπλήρωση, λοιπόν, του ερωτηματολογίου δύο φορές αποσκοπούσε στη συγκέντρωση των σχετικών για τον έλεγχο της αξιοπιστίας δεδομένων⁷. Κατά το πρώτο στάδιο της πιλοτικής μελέτης (πρώτη συνέντευξη) ανταποκρίθηκαν 103 άτομα. Από αυτά, 97 δέχτηκαν να συμμετάσχουν και στο δεύτερο στάδιο (δεύτερη συνέντευξη) της πιλοτικής μελέτης. Πριν την έναρξη της συνέντευξης ο εκάστοτε συμμετέχων ενημερωνόταν για το πλαίσιο της έρευνας και εάν συμφωνούσε να συμμετάσχει δινόταν η διευκρίνιση πως οι πληροφορίες που θα συλλέγονταν κατά τη συνέντευξη θα ήταν ανώνυμες και θα χρησιμοποιούνταν αποκλειστικά και μόνο για επιστημονικούς σκοπούς. Μεταξύ των δύο συνεντεύξεων μεσολάβησε για τον εκάστοτε συμμετέχοντα διάστημα 2 εβδομάδων. Το παραπάνω διάστημα συνιστάται μεταξύ των επαναληπτικών αυτών μετρήσεων, καθώς θεωρείται επαρκές για να διασφαλιστεί ότι οι συμμετέχοντες δεν θυμούνται τις απαντήσεις που έδωσαν την πρώτη φορά (Streiner, Norman και Cairney, 2014).

⁷ Για τον τρόπο μέτρησης της αξιοπιστίας του ερευνητικού εργαλείου με τη μέθοδο ελέγχου-επανελέγχου (test-retest) βλ. §4.2.1.

Βήμα 4 – Δειγματοληψία Βασικής Έρευνας

ΣΤΑΔΙΟ 1 – ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ
Βήμα 1: Επιλογή Πληθυσμού-Στόχου και Τεχνικής Συλλογής Δεδομένων Βήμα 2: Διαμόρφωση Ερευνητικού Εργαλείου Φάση 1: Σχεδιασμός Ερευνητικού Εργαλείου Ενότητα Α. Αξιολόγηση της κατάστασης της υγείας Ενότητα Β. Εξέταση της προθυμίας πληρωμής και των κινήτρων που καθορίζουν τη συμπεριφορά των συμμετεχόντων B1. Υποθετικό σενάριο B2. Μέθοδοι αποτίμησης προθυμίας πληρωμής B3. Κίνητρα συμμετεχόντων Ενότητα Γ. Εξέταση καθοριστικών παραγόντων που επηρεάζουν την WTP/QALY Ενότητα Δ. Συλλογή δημογραφικών και κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών συμμετεχόντων Φάση 2: Προέλεγχος και Αναδιαμόρφωση Ερευνητικού Εργαλείου
ΣΤΑΔΙΟ 2 – ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ
Βήμα 3: Πιλοτική Μελέτη Βήμα 4: Δειγματοληψία Βασικής Έρευνας Βήμα 5: Βασική Έρευνα

Οι στόχοι της παρούσας διδακτορικής διατριβής απαιτούν δείγμα τυχαίο και προερχόμενο από τον γενικό ελληνικό πληθυσμό. Ακολουθώντας την προσέγγιση των εθνικών ερευνών που αντλούν δείγμα από τον γενικό πληθυσμό, η αντιπροσωπευτικότητα του

δείγματος της παρούσας έρευνας ορίστηκε ως προς το φύλο, την ηλικία και τη γεωγραφική περιφέρεια κατοικίας, χαρακτηριστικά για τα οποία οι συμμετέχοντες προσφέρουν αξιόπιστη/ορθή πληροφόρηση. Να σημειωθεί πως στις δειγματοληπτικές έρευνες, οι απαντήσεις των συμμετεχόντων σχετικά με άλλα δημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως η εκπαίδευση ή η κοινωνική τάξη ενδέχεται να διαφέρουν από τις αντίστοιχες που δίνουν στις εθνικές απογραφές, κι επομένως, ο υπολογισμός των συντελεστών στάθμισης (βλ. παρακάτω) βάσει της κατανομής στις επιμέρους κατηγορίες να μην είναι αξιόπιστος (National Centre for Research Methods, 2019).

Έτσι, για τη συλλογή του δείγματος της βασικής έρευνας πραγματοποιήθηκε, αρχικά, στρωματοποιημένη δειγματοληψία (stratified sampling, STRATA) με βάση τις γεωγραφικές περιφέρειες της Ελλάδας – ποσοστιαίος επιμερισμός του δείγματος ανάλογα με τον πληθυσμό της εκάστοτε γεωγραφικής περιφέρειας. Με αυτόν τον τρόπο εξασφαλίστηκε η αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος ως προς τη γεωγραφική περιφέρεια κατοικίας. Εν συνεχεία, εντός της εκάστοτε γεωγραφικής περιφέρειας (within STRATA), έγινε τυχαία επιλογή συμμετεχόντων (random sampling), οι οποίοι ακολούθως σταθμίστηκαν ως προς το φύλο και την ηλικία βάσει σχετικών συντελεστών στάθμισης.

Ακολουθώντας τη στρωματοποιημένη δειγματοληψία ως προς τις γεωγραφικές περιφέρειες, μετριάστηκε το σφάλμα κάλυψης (coverage error), το οποίο ενδέχεται να χαρακτηρίζει τις δειγματοληπτικές έρευνες όταν το δείγμα δεν αντιπροσωπεύει το σύνολο του πληθυσμού (Bateman et al., 2002). Αντίστοιχα, οι

συντελεστές στάθμισης που χρησιμοποιήθηκαν για να διασφαλιστεί η αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος ως προς το φύλο και την ηλικία (Πίνακας 23, §4.3), οδήγησαν σε διόρθωση του σφάλματος μη απόκρισης (non response error), το οποίο παρατηρείται εξαιτίας της μη ανταπόκρισης των ατόμων που απαιτούνται για να διασφαλιστεί η επιθυμητή αντιπροσωπευτικότητα (Champ, 2017; Lohr, 2010). Δεδομένου του αντικειμένου της διδακτορικής έρευνας, θα ήταν ιδιαίτερα σημαντικό να επιτευχθεί αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος και ως προς το εισόδημα. Ωστόσο, εξαιτίας της δομής που είχε η συγκεκριμένη ερώτηση (το εισόδημα των συμμετεχόντων δόθηκε βάσει κλιμάκων κι όχι ορισμένης αριθμητικής τιμής) δεν είναι εφικτό να επιτευχθεί αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος ως προς το εισόδημα των Ελλήνων πολιτών.

Η συλλογή του δείγματος έγινε με τη χρήση της μεθόδου CATI (Computer-Assisted Telephone Interview), η οποία επιτρέπει τη διεξαγωγή πολύπλοκων συνεντεύξεων και εξασφαλίζει μέσω των τυχαίων ψηφιακών τηλεφωνικών κλήσεων (random-digit dialing) στις οποίες βασίζεται, ίση πιθανότητα να επιλεγεί ένα άτομο για να συμμετάσχει στην έρευνα (Bateman et al., 2002). Με τη μέθοδο αυτή διασφαλίστηκε η τυχαιότητα του δείγματος. Οι τυχαίες αυτές τηλεφωνικές κλήσεις πραγματοποιήθηκαν αποκλειστικά σε σταθερές τηλεφωνικές γραμμές, προκειμένου να διασφαλιστεί η απαραίτητη, για την αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος, γεωγραφική κάλυψη.

Ο υπολογισμός του απαιτούμενου μεγέθους του δείγματος έγινε με τη χρήση του G*Power v.3.1.9.2. (a priori power analysis). Πιο συγκεκριμένα, για τη στατιστική ανάλυση διαφορών μεταξύ των ομάδων που θα διαμορφωθούν (έλεγχος διαφοράς δύο ανεξάρτητων μέσων, έλεγχος διαφοράς δύο ανεξάρτητων διαμέσων, έλεγχος Mann-Whitney U), όπου effect size $d=0,05$, $\alpha=0,05$ και statistical power=0,95, το δείγμα πρέπει να είναι μεγαλύτερο από 170 παρατηρήσεις. Αντίστοιχα, για να πραγματοποιηθεί πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση (multiple linear regression), όπου effect size $f^2=0,15$, $\alpha=0,05$, statistical power=0,95 και 20 παραμέτρους (predictors), το δείγμα πρέπει να έχει τουλάχιστον 75 παρατηρήσεις. Επίσης, για να πραγματοποιηθεί διχοτομική (λογιστική) παλινδρόμηση (binary (logistic) regression), όπου odds ratio 1.3, $\alpha=0,05$ και statistical power=0,95, το δείγμα πρέπει να έχει

τουλάχιστον 988 παρατηρήσεις. Επιπλέον, με βάση τα αποτελέσματα αντίστοιχων μελετών ενδεχόμενης αποτίμησης, κατά μέσο όρο ένα ποσοστό 12% των συμμετεχόντων αναμένεται να είναι απόλυτα υγιείς (χρησιμότητα=1) (Mavrodi et al., 2017; Martín-Fernández et al., 2014) – οι απαντήσεις αυτών δεν μπορούν να ληφθούν υπόψη για την εκτίμηση της WTP per QALY (για λεπτομέρειες βλ. §4.1) –, κι ένα ποσοστό 15% μη πρόθυμοι να πληρώσουν για την υποθετική θεραπεία (Nimdet και Ngorsuraches, 2015; Pennington et al., 2015; Alayli-Goebbels et al., 2014; Gyrd-Hansen, Jensen και Kjaer, 2014; Gyrd-Hansen και Kjaer, 2012). Με βάση όλα τα παραπάνω, το μέγεθος του δείγματος κρίθηκε σκόπιμο να ανέρχεται περίπου στα 1.300 άτομα. Αρκετές μελέτες ενδεχόμενης αποτίμησης παρουσιάζουν δείγμα μικρότερου ή αντίστοιχου μεγέθους, ενισχύοντας περαιτέρω την απόφαση για τον συγκεκριμένο αριθμό συμμετεχόντων στην παρούσα διδακτορική έρευνα (Martín-Fernández et al., 2014; Bobinac et al., 2013; Bobinac et al., 2010; Shirowa et al., 2010; Zhao et al., 2011; Pinto-Prades, Loomes, και Brey, 2009).

Βήμα 5 – Βασική Έρευνα

ΣΤΑΔΙΟ 1 – ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ
Βήμα 1: Επιλογή Πληθυσμού-Στόχου και Τεχνικής Συλλογής Δεδομένων Βήμα 2: Διαμόρφωση Ερευνητικού Εργαλείου Φάση 1: Σχεδιασμός Ερευνητικού Εργαλείου Ενότητα Α. Αξιολόγηση της κατάστασης της υγείας Ενότητα Β. Εξέταση της προθυμίας πληρωμής και των κινήτρων που καθορίζουν τη συμπεριφορά των συμμετεχόντων Β1. Υποθετικό σενάριο Β2. Μέθοδοι αποτίμησης προθυμίας πληρωμής Β3. Κίνητρα συμμετεχόντων Ενότητα Γ. Εξέταση καθοριστικών παραγόντων που επηρεάζουν την WTP/QALY Ενότητα Δ. Συλλογή δημογραφικών και κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών συμμετεχόντων Φάση 2: Προέλεγχος και Αναδιαμόρφωση Ερευνητικού Εργαλείου
ΣΤΑΔΙΟ 2 – ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ
Βήμα 3: Πιλοτική Μελέτη Βήμα 4: Δειγματοληψία Βασικής Έρευνας Βήμα 5: Βασική Έρευνα

Η βασική έρευνα διεξήχθη σε διάστημα 2 μηνών (Ιανουάριος-Φεβρουάριος 2019). Το σύνολο των ατόμων που απάντησαν σε τηλεφωνική κλήση ήταν 13.289. Από αυτούς μόνο 1.342 δέχτηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα (ποσοστό συμμετοχής 10,1%).

Συνολικά, λοιπόν, 1.342 άτομα συμμετείχαν στη βασική έρευνα της παρούσας διατριβής, ικανοποιώντας το επιθυμητό μέγεθος δείγματος, όπως αυτό ορίστηκε κατά τον σχεδιασμό της. Οι συμμετέχοντες επιλέχθηκαν τυχαία και συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο μέσω τηλεφωνικών συνεντεύξεων (μέθοδος CATI).

Πριν την έναρξη της συνέντευξης ο εκάστοτε συμμετέχων ενημερωνόταν για το πλαίσιο της έρευνας και μπορούσε να επιλέξει εάν επιθυμεί ή όχι να συμμετάσχει. Εάν συμφωνούσε να συμμετάσχει δινόταν η διευκρίνιση πως οι πληροφορίες που θα

συλλεγούν κατά τη συνέντευξη είναι ανώνυμες και χρησιμοποιούνται αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς.

Κατά τη διάρκεια της βασικής έρευνας, η οποία διεξήχθη σε συνεργασία με το ΕΠΙ του Πανεπιστημίου Μακεδονίας, η υποψήφια διδάκτορας επέβλεπε στενά τη διεξαγωγή των συνεντεύξεων. Στο πλαίσιο αυτό οι ερευνητές που ανέλαβαν τη διεξαγωγή των συνεντεύξεων είχαν λάβει τις απαραίτητες διευκρινίσεις προκειμένου να διασφαλιστεί η ορθή συλλογή των πρωτογενών δεδομένων. Αυτές αφορούσαν στους στόχους της διατριβής, και σε λεπτομέρειες ως προς τη χρήση των επιλεγμένων μεθόδων αποτίμησης της προθυμίας πληρωμής και τις επιμέρους ερωτήσεις που συμπεριλαμβάνονταν στο ερευνητικό εργαλείο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζονται η ανάλυση των πρωτογενών δεδομένων της πιλοτικής μελέτης και της βασικής έρευνας και τα σχετικά αποτελέσματα αυτών. Το πρώτο μέρος του κεφαλαίου αυτού, §4.1, εστιάζει στον τρόπο υπολογισμού της WTP per QALY, η οποία αποτέλεσε το κυριότερο εύρημα της διατριβής. Το δεύτερο μέρος, §4.2, εστιάζει στην ανάλυση των δεδομένων και στην παρουσίαση των αποτελεσμάτων της πιλοτικής μελέτης και το τρίτο, §4.3, στην ανάλυση των δεδομένων και στην παρουσίαση των αποτελεσμάτων της βασικής έρευνας. Η αποδοχή ή μη των ερευνητικών υποθέσεων που τέθηκαν στο πλαίσιο της παρούσας διατριβής (βλ. §2.4) διερευνήθηκε στο πλαίσιο της ανάλυσης των δεδομένων της βασικής έρευνας που περιγράφονται στις ενότητες 4.3.3 έως 4.3.12 του παρόντος κεφαλαίου.

Για το σύνολο των αναλύσεων η στατιστική σημαντικότητα ορίστηκε στο 5%. Οι αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν με τη χρήση του SPSS version 25.0. Τα διαγνωστικά τεστ των παλινδρομήσεων, καθώς και η επανεκτίμηση του μοντέλου πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης (Μοντέλο Α) με τη χρήση του συνεπούς εκτιμητή

σφαλμάτων ετεροσκεδαστικότητας (Heteroskedasticity-Consistent Error Estimator (HC3)) έγιναν με τη χρήση του STATA version 13.1.

4.1 ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΡΟΘΥΜΙΑΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ ΓΙΑ ΕΝΑ ΠΟΙΟΤΙΚΑ ΣΤΑΘΜΙΣΜΕΝΟ ΕΤΟΣ ΖΩΗΣ

Η WTP per QALY υπολογίστηκε ως ο λόγος της ετήσιας δηλούμενης προθυμίας πληρωμής (annual stated WTP) προς τη βελτίωση χρησιμότητας ενός ατόμου (utility improvement) από την τρέχουσα κατάσταση της υγείας του σε απόλυτη υγεία. Η βελτίωση χρησιμότητας ενός ατόμου υπολογίστηκε από τη σχέση «1 μείον την τρέχουσα χρησιμότητα», όπως αυτή εκτιμήθηκε με βάση τις απαντήσεις του εκάστοτε συμμετέχοντα στις ερωτήσεις του EQ-5D-3L (Mavrodi et al., 2017; Gao et al., 2015; Nimdet και Ngorsuraches, 2015; Martín-Fernández et al., 2014; Zhao et al., 2011). Οι απαντήσεις αυτές μετατράπηκαν σε χρησιμότητα (utility score) χρησιμοποιώντας τους σχετικούς Βρετανικούς σταθμιστές (UK Time-Trade-Off-based value set).

Όσοι συμμετέχοντες παρουσίασαν χρησιμότητα ίση με 1 (απόλυτη υγεία) εξαιρέθηκαν από το δείγμα που χρησιμοποιήθηκε για τον υπολογισμό της WTP per QALY. Αυτό έγινε για να αποφευχθεί η ύπαρξη μηδενικού QALY και απροσδιόριστων αποτελεσμάτων στην περίπτωση εκείνη όπου ο παρονομαστής στον παραπάνω λόγο ισούται με το μηδέν (Gao et al., 2015; Byrne, Malley και Suarez-Almazor, 2005). Από το δείγμα για τον υπολογισμό της WTP per QALY εξαιρέθηκαν, επίσης, οι συμμετέχοντες εκείνοι που έδωσαν αρνητική απάντηση στην ερώτηση φίλτρου ως προς την προθυμία τους αυτή καθαυτή να πληρώσουν για την υποθετική θεραπεία (Watson και Ryan, 2007). Επομένως, η ανάλυση βασίστηκε μόνο σε εκείνους τους συμμετέχοντες που δήλωσαν πρόθυμοι να πληρώσουν για την υποθετική θεραπεία και εξέφρασαν χρησιμότητα μικρότερη της μονάδας. Με βάση τον λόγο υπολογισμού, η WTP per QALY λαμβάνει υπόψη πληρωμές ενός μόνο έτους. Δεδομένου αυτού, στην ανάλυση δεν λήφθηκαν υπόψη η υπολειπόμενη διάρκεια ζωής (life expectancy) του εκάστοτε συμμετέχοντα και το επιτόκιο αναγωγής (discount rate). Η WTP per QALY εκτιμήθηκε αρχικά σε επίπεδο συμμετέχοντα (respondent level) και στη συνέχεια

υπολογίστηκε ο αριθμητικός μέσος όλων των παρατηρήσεων (mean-of-ratios).

4.2 ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Στο πλαίσιο της πιλοτικής μελέτης εντοπίστηκαν οι αδυναμίες του ερευνητικού εργαλείου, καθώς και τα σημεία εκείνα των ερωτήσεων που επιδέχονταν βελτίωση ως προς την έκφραση και το περιεχόμενό τους. Επίσης, πραγματοποιήθηκε ο έλεγχος αξιοπιστίας του εργαλείου με τη μέθοδο ελέγχου-επανελέγχου (test-retest).

4.2.1 Ανάλυση δεδομένων πιλοτικής μελέτης

Κατά την πιλοτική μελέτη οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν το αναθεωρημένο, μετά τον προέλεγχο, ερωτηματολόγιο σε δύο χρονικές στιγμές. Αυτό ήταν απαραίτητο προκειμένου να χρησιμοποιηθούν οι απαντήσεις τους για τον έλεγχο αξιοπιστίας του εργαλείου μέσω της μεθόδου ελέγχου-επανελέγχου (test-retest). Η αξιοπιστία ελέγχθηκε με τη χρήση του ενδοταξιακού συντελεστή (intra-class correlation coefficient, ICC) (Shiell και Hawe, 2006; Onwujekwe, Hanson και Fox-Rushby, 2005; Smith, 2004), όπου η τιμή 1 σημαίνει πως οι απαντήσεις είναι ακριβώς ίδιες (τέλεια αξιοπιστία), η τιμή 0,8 αντιπροσωπεύει καλή αξιοπιστία και η τιμή 0,6 αποδεκτή αξιοπιστία (Norman και Streiner, 2014). Στο πλαίσιο του ελέγχου αξιοπιστίας με τη χρήση του ενδοταξιακού συντελεστή, επιλέχθηκε το μοντέλο two-way mixed-effects και η προσέγγιση της «απόλυτης συμφωνίας» (absolute agreement). Επίσης, εξετάστηκαν οι διαφορές στο μέγεθος της WTP και στις εκτιμήσεις της WTP per QALY μεταξύ των δύο μετρήσεων με τη χρήση του Wilcoxon signed ranked test.

4.2.2 Αποτελέσματα πιλοτικής μελέτης

Στην πιλοτική μελέτη έλαβαν μέρος συνολικά 97 άτομα. Ο Πίνακας 19 παρουσιάζει τα αποτελέσματα της περιγραφικής στατιστικής ανάλυσης των δημογραφικών και κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων. Οι συμμετέχοντες της πιλοτικής μελέτης διακρίθηκαν σε δύο ομάδες, σε αυτούς που

είναι πρόθυμοι να πληρώσουν για την υποθετική θεραπεία και σε αυτούς που δεν είναι πρόθυμοι να πληρώσουν για την υποθετική θεραπεία.

Πίνακας 19. Δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων πιλοτικής μελέτης που δήλωσαν πρόθυμοι να πληρώσουν για την υποθετική θεραπεία (N=71) και συμμετεχόντων που δήλωσαν μη πρόθυμοι να πληρώσουν (N=26).

Δημογραφικά/Κοινωνικοοικονομικά Χαρακτηριστικά	Πρόθυμοι να πληρώσουν (N=71)	Μη πρόθυμοι να πληρώσουν (N=26)
Φύλο (γυναίκες) [N (%)]	50 (70,4)	16 (61,5)
Ηλικία [Μέση Τιμή (Τυπική Απόκλιση)]	44,8 (15,0)	46,3 (17,2)
Μέγεθος νοικοκυριού (αριθμός ατόμων) [Μέση Τιμή (Τυπική Απόκλιση)]	2,7 (1,0)	2,4 (0,7)
Αριθμός εργαζόμενων μελών νοικοκυριού [Μέση Τιμή (Τυπική Απόκλιση)]	1,4 (0,9)	1,2 (0,8)
Εκπαίδευση [αριθμός (%)]		
Απόφοιτος Γυμνασίου/Λυκείου,	15 (21,1)	7 (26,9)
Απόφοιτος Τεχνικής Εκπαίδευσης/Ι.Ε.Κ.	6 (8,5)	1 (3,8)
Απόφοιτος Α.Ε.Ι./Τ.Ε.Ι.	50 (70,4)	18 (69,2)
Επαγγελματική κατάσταση [N (%)]		
Δημόσιος υπάλληλος,	11 (15,5)	3 (11,5)
Ιδιωτικός υπάλληλος	22 (31,0)	2 (7,7)
Ελεύθερος επαγγελματίας	12 (16,9)	7 (26,9)
Φοιτητής	6 (8,5)	4 (15,4)
Συνταξιούχος	15 (21,1)	7 (26,9)
Άνεργος	5 (7,0)	3 (11,5)
Οικογενειακή κατάσταση [N (%)]		
Άγαμος	23 (32,4)	5 (19,2)
Έγγαμος	46 (64,8)	20 (76,9)
Διαζευγμένος/Χήρος	2 (2,8)	1 (3,8)
Καθαρό μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα [N (%)]		
Κάτω από €500	3 (4,2)	1 (3,8)
€500-€1.000	8 (11,3)	2 (7,7)
€1.001-€1.500	14 (19,7)	1 (3,8)
€1.501-€2.000	12 (16,9)	9 (34,6)
€2.001-€2.500	15 (21,1)	5 (19,2)
Πάνω από €2.500	18 (25,4)	6 (23,1)
Χρησιμότητα (utility) [Μέση Τιμή (Τυπική Απόκλιση)]	0,842 (0,137)	0,847 (0,123)

Με την ολοκλήρωση της πρώτης φάσης των συνεντεύξεων της πιλοτικής μελέτης διαπιστώθηκε πως δεν υπήρχαν δυσκολίες ως προς την κατανόηση των ερωτήσεων και τη συμπλήρωση του τελικού ερωτηματολογίου. Έτσι, μετά από

διάστημα 15 ημερών οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν ξανά σε αυτό. Τα δεδομένα που συγκεντρώθηκαν από τις δύο αυτές μετρήσεις χρησιμοποιήθηκαν για τον έλεγχο αξιοπιστίας του εργαλείου. Πιο συγκεκριμένα, με τη χρήση του ενδοταξιακού συντελεστή έγινε έλεγχος της αξιοπιστίας: α) των προδιατυπωμένων φράσεων κινήτρων ως προς το μέγεθος της δηλούμενης προθυμίας πληρωμής για την υποθετική θεραπεία, β) των προδιατυπωμένων φράσεων κινήτρων συμπεριφοράς όσων δεν είναι πρόθυμοι να πληρώσουν για την υποθετική θεραπεία, γ) των προδιατυπωμένων φράσεων που εξετάζουν τη στάση ενός ατόμου απέναντι στην πρόσβαση και στην ποιότητα των χρηματοδοτούμενων από το κράτος ή την υποχρεωτική ασφάλιση υγειονομικών υπηρεσιών, και δ) της κλίμακας με την οποία εκτιμήθηκε ο συνολικός βαθμός ικανοποίησης από το ΕΣΥ. Οι Πίνακες 20, 21 και 22 παρουσιάζουν τα αποτελέσματα του ελέγχου αξιοπιστίας.

Πίνακας 20. Έλεγχος αξιοπιστίας των προδιατυπωμένων φράσεων κινήτρων ως προς το μέγεθος της δηλούμενης προθυμίας πληρωμής για την υποθετική θεραπεία.

Προδιατυπωμένες φράσεις κινήτρων	Μέτρηση 1 Αριθμός (%) (N=71)	Μέτρηση 2 Αριθμός (%) (N=71)*	Ενδοταξιακός συντελεστής (95% ΔΕ)
Α_Μ. Εάν πληρώσω περισσότερα για αυτήν τη θεραπεία δεν θα μπορώ να καλύψω βασικές ανάγκες της οικογένειάς μου.			
Συμφωνώ σε μεγάλο βαθμό	14 (19,7)	7 (9,9)	0,901 (0,844, 0,937)
Συμφωνώ σε μέτριο βαθμό	27 (38,0)	34 (47,9)	
Συμφωνώ σε μικρό βαθμό	17 (23,9)	17 (23,9)	
Δεν συμφωνώ καθόλου	13 (18,3)	13 (18,3)	
Β_Μ. Εάν πληρώσω περισσότερα για αυτήν τη θεραπεία θα είμαι σε θέση να καλύψω βασικές ανάγκες της οικογένειάς μου αλλά δεν θα μπορώ να πληρώσω τους φόρους μου.			
Συμφωνώ σε μεγάλο βαθμό	24 (33,8)	19 (26,8)	0,856 (0,779, 0,908)
Συμφωνώ σε μέτριο βαθμό	26 (36,6)	28 (39,4)	
Συμφωνώ σε μικρό βαθμό	8 (11,3)	12 (16,9)	
Δεν συμφωνώ καθόλου	13 (18,3)	12 (16,9)	
Γ_Μ. Παρά το γεγονός ότι δεν είμαι απόλυτα υγιής, δεν είμαι διατεθειμένος να πληρώσω περισσότερα γιατί δεν ξέρω εάν μου χρειάζεται πράγματι η συγκεκριμένη θεραπεία.			
Συμφωνώ σε μεγάλο βαθμό	18 (25,4)	17 (23,9)	0,943 (0,911, 0,964)
Συμφωνώ σε μέτριο βαθμό	19 (26,8)	20 (28,2)	
Συμφωνώ σε μικρό βαθμό	20 (28,2)	22 (31,0)	
Δεν συμφωνώ καθόλου	14 (19,7)	12 (16,9)	

ΔΕ: Διάστημα Εμπιστοσύνης.

*Να σημειωθεί ότι στον πίνακα παρουσιάζονται οι απαντήσεις εκείνων των συμμετεχόντων που έλαβαν μέρος και στις δύο φάσεις της πιλοτικής μελέτης.

Με βάση τα αποτελέσματα του Πίνακα 20 το ερευνητικό εργαλείο παρουσιάζει πολύ καλή αξιοπιστία (ενδοταξιακοί συντελεστές > 0,8) ως προς τις προδιατυπωμένες φράσεις κινήτρων του μεγέθους της δηλούμενης προθυμίας πληρωμής για την υποθετική θεραπεία.

Πίνακας 21. Έλεγχος αξιοπιστίας των προδιατυπωμένων φράσεων κινήτρων συμπεριφοράς ενός ατόμου που δεν είναι πρόθυμο να πληρώσει για την υποθετική θεραπεία.

Προδιατυπωμένες φράσεις κινήτρων	Μέτρηση 1 Αριθμός (%) (N=26)	Μέτρηση 2 Αριθμός (%) (N=26)*	Ενδοταξιακός συντελεστής (95% ΔΕ)
Ακ. Δεν περισσεύουν στην οικογένειά μου χρήματα για να πληρώσω για αυτήν τη θεραπεία.			
Συμφωνώ σε μεγάλο βαθμό	7 (26,9)	7 (26,9)	
Συμφωνώ σε μέτριο βαθμό	5 (19,2)	7 (26,9)	0,893
Συμφωνώ σε μικρό βαθμό	8 (30,8)	7 (26,9)	(0,778, 0,950)
Δεν συμφωνώ καθόλου	6 (23,1)	5 (19,2)	
Βκ. Το κόστος της θεραπείας αυτής πρέπει να καλυφθεί από το ασφαλιστικό μου ταμείο ή το κράτος και όχι από εμένα.			
Συμφωνώ σε μεγάλο βαθμό	26 (100,0)	26 (100,0)	1,000
Γκ. Έχω μάθει να ζω με την πάθησή μου και δεν θα ήθελα να μπω στη διαδικασία μιας νέας θεραπευτικής αγωγής, ακόμα κι αν αυτή με κάνει εντελώς καλά.			
Συμφωνώ σε μεγάλο βαθμό	3 (11,5)	3 (11,5)	
Συμφωνώ σε μέτριο βαθμό	3 (11,5)	3 (11,5)	0,836
Συμφωνώ σε μικρό βαθμό	3 (11,5)	3 (11,5)	(0,667, 0,923)
Δεν συμφωνώ καθόλου	17 (65,4)	17 (65,4)	
Δκ. Θεωρώ πως είμαι αρκετά καλά στην υγεία μου, ώστε να μην μου είναι απαραίτητη κάποια νέα θεραπεία.			
Συμφωνώ σε μεγάλο βαθμό	11 (42,3)	12 (46,2)	
Συμφωνώ σε μέτριο βαθμό	8 (30,8)	6 (23,1)	0,886
Συμφωνώ σε μικρό βαθμό	3 (11,5)	2 (7,7)	(0,764, 0,947)
Δεν συμφωνώ καθόλου	4 (15,4)	6 (23,1)	

ΔΕ: Διάστημα Εμπιστοσύνης.

*Να σημειωθεί ότι στον πίνακα παρουσιάζονται οι απαντήσεις εκείνων των συμμετεχόντων που έλαβαν μέρος και στις δύο φάσεις της πιλοτικής μελέτης.

Με βάση τα αποτελέσματα του Πίνακα 21 το ερευνητικό εργαλείο παρουσιάζει αξιοπιστία ως προς τις προδιατυπωμένες φράσεις κινήτρων συμπεριφοράς ενός ατόμου που δεν είναι διατεθειμένο να πληρώσει για την υποθετική θεραπεία. Πιο συγκεκριμένα, το εργαλείο παρουσιάζει τέλεια αξιοπιστία ως προς τη

προδιατυπωμένη φράση κινήτρων «B_κ: Το κόστος της θεραπείας αυτής πρέπει να καλυφθεί από το ασφαλιστικό μου ταμείο ή το κράτος και όχι από εμένα», καλή αξιοπιστία για τις φράσεις A_κ και Δ_κ και αποδεκτή/καλή αξιοπιστία για τη φράση Γ_κ.

Πίνακας 22. Έλεγχος αξιοπιστίας των προδιατυπωμένων φράσεων που εξετάζουν τη στάση ενός ατόμου απέναντι στην πρόσβαση και στην ποιότητα των υγειονομικών υπηρεσιών.

Προδιατυπωμένες φράσεις	Μέτρηση 1 Αριθμός (%) (N=97)	Μέτρηση 2 Αριθμός (%) (N=97)*	Ενδοταξιακός συντελεστής (95% ΔΕ)
Οι Έλληνες πολίτες έχουν ίση πρόσβαση** σε δημόσιες υγειονομικές υπηρεσίες ή υπηρεσίες που πληρώνει το ταμείο τους***.			
Συμφωνώ σε μεγάλο βαθμό	13 (13,4)	13 (13,4)	0,940
Συμφωνώ σε μέτριο βαθμό	34 (35,1)	30 (30,9)	(0,910, 0,959)
Συμφωνώ σε μικρό βαθμό	35 (36,1)	37 (38,1)	
Δεν συμφωνώ καθόλου	15 (15,5)	17 (17,5)	
Τα δημόσια νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας προσφέρουν υψηλής ποιότητας υγειονομικές υπηρεσίες.			
Συμφωνώ σε μεγάλο βαθμό	19 (19,6%)	19 (19,6%)	0,915
Συμφωνώ σε μέτριο βαθμό	48 (49,5%)	49 (50,5%)	(0,876, 0,943)
Συμφωνώ σε μικρό βαθμό	22 (22,7%)	20 (20,6%)	
Δεν συμφωνώ καθόλου	8 (8,2%)	9 (9,3%)	
Οι γιατροί των δημοσίων νοσοκομείων και των κέντρων υγείας εμπνέουν σεβασμό.			
Συμφωνώ σε μεγάλο βαθμό	35 (36,1)	35 (36,1)	0,834
Συμφωνώ σε μέτριο βαθμό	51 (52,6)	55 (56,7)	(0,761, 0,885)
Συμφωνώ σε μικρό βαθμό	7 (7,2)	5 (5,2)	
Δεν συμφωνώ καθόλου	4 (4,1)	2 (2,1)	

ΔΕ: Διάστημα Εμπιστοσύνης.

*Να σημειωθεί ότι στον πίνακα παρουσιάζονται οι απαντήσεις εκείνων των συμμετεχόντων που έλαβαν μέρος και στις δύο φάσεις της πιλοτικής μελέτης. **Με τον όρο «πρόσβαση», εννοείται η χιλιομετρική απόσταση από ειδικό ιατρό νοσοκομείου/νοσοκομείο ή/και το χρόνο αναμονής από τη στιγμή που ορίζεται το ραντεβού μέχρι την επίσκεψη σε ιατρό ασφαλιστικού ταμείου ή νοσοκομειακό ιατρό.

***Με τον όρο «δημόσιες υγειονομικές υπηρεσίες ή υπηρεσίες που πληρώνει το ταμείο τους» εννοούνται οι υπηρεσίες που προσφέρονται από δημόσια νοσοκομεία, κέντρα υγείας και συμβεβλημένους με ασφαλιστικά ταμεία ιατρούς, δηλαδή τις χρηματοδοτούμενες από το κράτος ή την υποχρεωτική ασφάλιση υγειονομικές υπηρεσίες.

Με βάση τα αποτελέσματα του Πίνακα 22 το ερευνητικό εργαλείο παρουσιάζει πολύ καλή αξιοπιστία (ενδοταξιακοί συντελεστές > 0,8) ως προς τις προδιατυπωμένες φράσεις που εξετάζουν τη στάση ενός ατόμου απέναντι στις χρηματοδοτούμενες από

το κράτος ή την υποχρεωτική ασφάλιση υγειονομικές υπηρεσίες. Επίσης, καλή αξιοπιστία παρουσιάζει και η κλίμακα με την οποία εκτιμήθηκε ο συνολικός βαθμός ικανοποίησης από το ΕΣΥ [ενδοταξιακός συντελεστής=0,852 (95% ΔΕ: 0,786-0,898)].

Ως προς τις τιμές της WTP και της WTP per QALY, δεν παρουσιάστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των μετρήσεων των δύο μετρήσεων ($p>0,05$). Η ερώτηση του ερευνητικού εργαλείου για την αποτίμηση της υποθετικής θεραπείας με τη μέθοδο της επαναληπτικής υποβολής προσφορών παρουσίασε αποδεκτή αξιοπιστία, ενδοταξιακός συντελεστής 0,665 (95% ΔΕ: 0,513-0,777). Μετά την εξαίρεση των απόμακρων τιμών (outliers) από το δείγμα, παρατηρήθηκε βελτίωση της αξιοπιστίας της εν λόγω ερώτησης [ενδοταξιακός συντελεστής=0,928 (95% ΔΕ: 0,883-0,957)].

Τα αποτελέσματα της πιλοτικής μελέτης επιβεβαίωσαν την αξιοπιστία του ερευνητικού εργαλείου της παρούσας διδακτορικής διατριβής, εξασφαλίζοντας την έναρξη της βασικής έρευνας.

4.3 ΒΑΣΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

Συνολικά 1.342 άτομα συμμετείχαν στη βασική έρευνα. Από αυτούς οι 389 ήταν απόλυτα υγιείς (29,0%). Δεδομένου ότι οι συμμετέχοντες αυτοί δήλωσαν χρησιμότητα ίση με ένα (1), εξαιρέθηκαν από το δείγμα που χρησιμοποιήθηκε για την ανάλυση των πρωτογενών δεδομένων της βασικής έρευνας. Από τους 953 συμμετέχοντες, οι οποίοι δήλωσαν χρησιμότητα μικρότερη του ένα (1), οι 507 (53,2%) δήλωσαν πρόθυμοι να πληρώσουν για την υποθετική θεραπεία και οι 436 (45,8%) δήλωσαν μη πρόθυμοι να πληρώσουν. Τέλος, 10 άτομα (0,8%) που δήλωσαν πρόθυμα να πληρώσουν για την υποθετική θεραπεία δεν θέλησαν τελικά να την αποτιμήσουν.

Δεδομένου το δείγμα της διδακτορικής διατριβής κρίθηκε σκόπιμο να είναι αντιπροσωπευτικό του γενικού πληθυσμού της χώρας ως προς το φύλο και την ηλικία, προχωρήσαμε στη χρήση συντελεστών στάθμισης ως προς τα χαρακτηριστικά αυτά (Πίνακας 23), προκειμένου να αντισταθμιστεί η υπερδειγματοληψία ή η

υποδειγματοληψία ορισμένων παρατηρήσεων και να διασφαλιστεί η αντιπροσωπευτικότητά του (Champ, 2017; Lohr, 2010). Συνολικά, η αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος της παρούσας διατριβής ορίστηκε ως προς: α) τη γεωγραφική περιφέρεια κατοικίας, η οποία διασφαλίστηκε μέσω της στρωματοποιημένης δειγματοληψίας με βάση τις γεωγραφικές περιφέρειες της Ελλάδας, και β) το φύλο και την ηλικία του γενικού πληθυσμού της χώρας, η οποία διασφαλίστηκε μέσω της χρήσης των συντελεστών στάθμισης του Πίνακα 23.

Πίνακας 23. Συντελεστές στάθμισης (post survey adjustments) για να επιτευχθεί η αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος.

Ηλικία	Φύλο	
	Άνδρας	Γυναίκα
18-39	3,05	2,01
40-59	1,31	0,64
≥ 60	0,89	0,69

Ο υπολογισμός των συντελεστών στάθμισης του Πίνακα 23 έγινε λαμβάνοντας υπόψη τον αριθμό των Ελλήνων πολιτών σε κάθε μια από τις έξι επιμέρους κατηγορίες φύλου/ηλικίας και αντίστοιχα, τον αριθμό των συμμετεχόντων της παρούσας έρευνας σε κάθε μια από τις κατηγορίες αυτές. Στο ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β της παρούσας διατριβής παρουσιάζεται, με τη χρήση παραδείγματος, ο τρόπος υπολογισμού των συντελεστών στάθμισης. Μετά τη στάθμιση των παρατηρήσεων οι συμμετέχοντες που δήλωσαν πρόθυμοι να πληρώσουν για την υποθετική θεραπεία ανέρχονται στους 528 και οι μη πρόθυμοι στους 395. Για να διατηρηθεί η αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος, οι αναλύσεις έγιναν χρησιμοποιώντας το σταθμισμένο αριθμό παρατηρήσεων σε κάθε ομάδα.

4.3.1 Εγκυρότητα ερευνητικού εργαλείου

4.3.1.1 Έλεγχος εγκυρότητας ερευνητικού εργαλείου

Όπως έχει αναφερθεί και στο Κεφάλαιο 2 της παρούσας διδακτορικής

διατριβής, σε μια μελέτη ενδεχόμενης αποτίμησης είναι ιδιαίτερα σημαντικό να εξεταστεί η εγκυρότητα (validity) του ερευνητικού εργαλείου. Η εγκυρότητα αναφέρεται τόσο στην εγκυρότητα περιεχομένου (content validity), όσο και στη δομική εγκυρότητα (construct validity). Η εγκυρότητα του ερευνητικού εργαλείου εξετάζεται μέσω του ελέγχου συγκεκριμένων υποθέσεων (Bobinac et al., 2012; Mataria et al., 2004; Shackley και Donaldson, 2002; Dalmau-Matarrodona, 2001).

Ο ενδεδειγμένος σχεδιασμός των ερωτήσεων του ερευνητικού εργαλείου με βάση την εκτενή βιβλιογραφική ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε εξασφάλισε την αντιπροσωπευτικότητά τους ως προς τους σκοπούς της διατριβής και κατ' επέκταση διασφάλισε την εγκυρότητα έκφρασης και περιεχομένου του εργαλείου.

Στο πλαίσιο του ελέγχου δομικής εγκυρότητας εξετάστηκε κατά πόσο τα ευρήματα ανταποκρίνονται στις θεωρητικές προσδοκίες. Συγκεκριμένα, μέσω των σχετικών υποθέσεων που παρουσιάζονται στον Πίνακα 24, εξετάστηκε η εγκυρότητα «γνωστών ομάδων» (known-groups validity). Η αποδοχή των υποθέσεων αυτών, υποδεικνύει την εγκυρότητα του ερευνητικού εργαλείου.

Πίνακας 24: Υποθέσεις ελέγχου εγκυρότητας «γνωστών ομάδων».

	Περιγραφή	Αναμενόμενα αποτελέσματα	Έλεγχος
Υποθέσεις εγκυρότητας γνωστών ομάδων	Η προθυμία πληρωμής για την υποθετική θεραπεία είναι ευαίσθητη ως προς την ικανότητα πληρωμής των συμμετεχόντων	Υπόθεση 1α: Το ύψος του εισοδήματος των συμμετεχόντων παρουσιάζει θετική συσχέτιση με το μέγεθος της προθυμίας πληρωμής για την υποθετική θεραπεία	Υπόθεση 1α: Μη παραμετρικός έλεγχος Kruskal-Wallis H Test
		Υπόθεση 1β: Το μέγεθος της προθυμίας πληρωμής του συνόλου των παρατηρήσεων διαφέρει σημαντικά από το μέγεθος της προθυμίας πληρωμής όταν εξαιρούνται από το δείγμα παρατηρήσεις, στις οποίες η προθυμία πληρωμής που δηλώνεται είναι μεγαλύτερη του οικογενειακού εισοδήματος	Υπόθεση 1β: Μη παραμετρικός έλεγχος Mann-Whitney U Test

4.3.1.2 Αποτελέσματα ελέγχου εγκυρότητας ερευνητικού εργαλείου

Στο πλαίσιο του ελέγχου εγκυρότητας «γνωστών ομάδων» του ερωτηματολογίου εξετάστηκε ξεχωριστά κάθε υπόθεση του Πίνακα 24.

Υπόθεση εγκυρότητας «γνωστών ομάδων» 1α: Το ύψος του εισοδήματος των συμμετεχόντων παρουσιάζει θετική συσχέτιση με το μέγεθος της προθυμίας πληρωμής για την υποθετική θεραπεία. Ο μη παραμετρικός έλεγχος έδειξε πως υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά του μεγέθους της WTP μεταξύ των διαφορετικών υπό εξέταση ομάδων εισοδήματος ($p=0,001$). Πιο συγκεκριμένα, από τις ζευγαρωτές συγκρίσεις (pairwise comparisons) μεταξύ των ομάδων εισοδήματος προέκυψε ότι το ύψος του εισοδήματος των συμμετεχόντων παρουσιάζει θετική συσχέτιση με το μέγεθος της προθυμίας πληρωμής για την υποθετική θεραπεία ($p<0,05$), δηλαδή όσο μεγαλύτερο είναι το εισόδημα τόσο μεγαλύτερο είναι και το μέγεθος της WTP. Αυτό οδήγησε σε αποδοχή της υπόθεσης εγκυρότητας «γνωστών ομάδων» 1α.

Υπόθεση εγκυρότητας «γνωστών ομάδων» 1β: Το μέγεθος της προθυμίας πληρωμής του συνόλου των παρατηρήσεων διαφέρει σημαντικά από το μέγεθος της προθυμίας πληρωμής όταν εξαιρούνται από το δείγμα παρατηρήσεις, στις οποίες η προθυμία πληρωμής που δηλώνεται είναι μεγαλύτερη του οικογενειακού εισοδήματος. Η εκτίμηση της WTP για το σύνολο των παρατηρήσεων διαφέρει σημαντικά ($p=0,000$) από την αντίστοιχη εκτίμηση για εκείνες τις παρατηρήσεις όπου οι συμμετέχοντες δήλωσαν αξία προθυμίας πληρωμής ίση ή μικρότερη του μηνιαίου οικογενειακού τους εισοδήματος (εξαιρέθηκαν, δηλαδή, από το δείγμα οι παρατηρήσεις εκείνες όπου $WTP >$ του μηνιαίου οικογενειακού εισοδήματος), οδηγώντας σε αποδοχή της υπόθεσης εγκυρότητας 1β.

Η αποδοχή των υποθέσεων 1α και 1β, παραπάνω, συνηγορεί υπέρ της δομικής εγκυρότητας «γνωστών ομάδων» του ερευνητικού εργαλείου της παρούσας διδακτορικής διατριβής.

4.3.2 Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία

4.3.2.1 Περιγραφική στατιστική ανάλυση

Η περιγραφική ανάλυση των δημογραφικών και κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών έγινε για το συνολικό δείγμα, καθώς και για τις εξής τέσσερις υποομάδες που προκύπτουν από τα δεδομένα: ι) συμμετέχοντες με χρησιμότητα ίση με 1, ιι) συμμετέχοντες με χρησιμότητα μικρότερη του 1, ιιι) συμμετέχοντες πρόθυμοι να πληρώσουν για την υποθετική θεραπεία, ιιιι) συμμετέχοντες μη πρόθυμοι να πληρώσουν. Επίσης, πραγματοποιήθηκε περιγραφική ανάλυση των προδιατυπωμένων φράσεων κινήτρων ως προς το μέγεθος της δηλούμενης προθυμίας πληρωμής για την υποθετική θεραπεία και τη συμπεριφορά ενός ατόμου που δεν είναι πρόθυμο να πληρώσει για την υποθετική θεραπεία, καθώς και όλων των καθοριστικών παραγόντων που εξετάστηκαν.

Οι διαφορές στα δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά και στους λοιπούς καθοριστικούς παράγοντες μεταξύ όσων είναι πρόθυμοι να πληρώσουν για την υποθετική θεραπεία και όσων δεν είναι πρόθυμοι, εξετάστηκαν με τη χρήση των στατιστικών ελέγχων χ^2 και Mann-Whitney U, και του ελέγχου της διαμέσου ανεξάρτητων δειγμάτων (Independent Samples Median Test). Για τις προδιατυπωμένες φράσεις κινήτρων εξετάστηκαν οι σχέσεις των δημογραφικών και κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων με τους επιμέρους βαθμούς συμφωνίας. Η εξέταση αυτή έγινε με τον έλεγχο Kruskal-Wallis H για τις μεταβλητές ηλικία, μέγεθος νοικοκυριού, αριθμός εργαζόμενων μελών του νοικοκυριού και χρησιμότητα, και με το τεστ ανεξαρτησίας χ^2 για τις υπόλοιπες κατηγορικές μεταβλητές (φύλο, εκπαίδευση, επαγγελματική κατάσταση, οικογενειακή κατάσταση και μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα). Για τις στατιστικά σημαντικές σχέσεις που εντοπίστηκαν πραγματοποιήθηκε περαιτέρω ανάλυση post hoc προκειμένου να εξεταστούν σε βάθος οι σχέσεις αυτές (Bonferroni correction).

Κατά την παρουσίαση των αποτελεσμάτων της περιγραφικής στατιστικής ανάλυσης δε δίνονται οι ελλιπείς τιμές (missing values), καθώς αποτέλεσαν αμελητέο ποσοστό επί του συνόλου των παρατηρήσεων (0,1%-3,0%). Εξαιρέση αποτέλεσαν οι ελλιπείς τιμές στην ερώτηση του μηνιαίου καθαρού οικογενειακού εισοδήματος, οι

οποίες ανήλθαν στο 5,2% του συνόλου των παρατηρήσεων. Ωστόσο, χάριν ομοιομορφίας στην παρουσίαση των αποτελεσμάτων της περιγραφικής στατιστικής ανάλυσης, οι ελλειπείς τιμές δεν θα παρουσιαστούν ούτε για αυτήν τη μεταβλητή.

4.3.2.2 Αποτελέσματα περιγραφικής στατιστικής ανάλυσης

Δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων

Οι πίνακες που ακολουθούν παρουσιάζουν τα δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά του συνολικού δείγματος της βασικής έρευνας (Πίνακας 25), των συμμετεχόντων με χρησιμότητα=1 και <1 (Πίνακας 26) και των πρόθυμων και μη πρόθυμων συμμετεχόντων να πληρώσουν για την υποθετική θεραπεία (Πίνακας 27). Να σημειωθεί ότι οι απαντήσεις 22 συμμετεχόντων στις ερωτήσεις του EQ-5D-3L αντιστοιχούσαν σε χρησιμότητα μικρότερη του μηδενός ($utility < 0$), βρίσκονταν, δηλαδή, σύμφωνα με την αυτό-αξιολόγησή τους, κατά τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, σε κατάσταση χειρότερη από τον θάνατο.

Διαφαίνεται, λοιπόν, από τα αποτελέσματα του Πίνακα 25 πως το δείγμα ήταν πράγματι αντιπροσωπευτικό του γενικού ενήλικου ελληνικού πληθυσμού ως προς το φύλο, την ηλικία και τη γεωγραφική περιφέρεια κατοικίας (περιοχή διαμονής). Συγκεκριμένα, η ποσοστιαία κατανομή του ελληνικού πληθυσμού στις γεωγραφικές περιφέρειες της Ελλάδας κατά την τελευταία απογραφή του 2011 ήταν: Αττική-35,4%, Μακεδονία-20%, Θράκη-5,6%, Θεσσαλία-6,8%, Ήπειρος-3,1%, Στερεά Ελλάδα-5,1%, Πελοπόννησος-11,6%, Αιγαίο-4,7%, Ιόνιο-1,9% και Κρήτη-5,8%. (Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία, 2019). Επίσης, το 51% του ελληνικού πληθυσμού ήταν γυναίκες και ο μέσος όρος ηλικίας των Ελλήνων ήταν τα 41,9 έτη (Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία, 2019). Πέραν αυτών των χαρακτηριστικών, το δείγμα παρουσιάζει αντιπροσωπευτικότητα και ως προς το μέγεθος του νοικοκυριού – το μέσο μέγεθος του ελληνικού νοικοκυριού είναι 2,6 μέλη (Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία, 2019) – αλλά και τη χρησιμότητα – η μέση χρησιμότητα των Ελλήνων πολιτών είναι με βάση τη μελέτη των Kontodimopoulos et al. (2008) 0,80 (τυπική απόκλιση 0,27).

Πίνακας 25. Δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά συνολικού δείγματος, αντιπροσωπευτικού του ελληνικού πληθυσμού ως προς το φύλο, την ηλικία (συντελεστής στάθμισης ηλικία x φύλο) και τη γεωγραφική περιφέρεια κατοικίας (στρωματοποιημένη δειγματοληψία) (N=1.342).

Φύλο (γυναίκες) [N (%)]	685 (51,1)
Ηλικία [Μέση Τιμή (Τυπική Απόκλιση)]	43,2 (17,7)
Μέγεθος νοικοκυριού [Μέση Τιμή (Τυπική Απόκλιση)]	2,9 (1,3)
Εργαζόμενα μέλη νοικοκυριού [Μέση Τιμή (Τυπική Απόκλιση)]	1,3 (1,0)
Εκπαίδευση [N (%)]	
Καμία εκπαίδευση/Απόφοιτος Δημοτικού	109 (8,1)
Απόφοιτος Γυμνασίου/Λυκείου	482 (36,9)
Απόφοιτος Τεχνικής Εκπαίδευσης/ΙΕΚ	130 (9,7)
Ανώτατη (πανεπιστημιακή) εκπαίδευση	619 (46,2)
Επαγγελματική κατάσταση [N (%)]	
Δημόσιος υπάλληλος	125 (9,4)
Ιδιωτικός υπάλληλος	306 (23,1)
Συνταξιούχος	331 (25,0)
Ελεύθερος επαγγελματίας	259 (19,7)
Φοιτητής	96 (7,3)
Άνεργος	208 (15,8)
Οικογενειακή κατάσταση [N (%)]	
Άγαμος	409 (30,7)
Έγγαμος/Σύμφωνο συμβίωσης	775 (58,1)
Διαζευγμένος	64 (4,8)
Χήρος	85 (6,4)
Καθαρό μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα [N (%)]	
Κάτω από €500	152 (12,0)
€500-€1.000	441 (34,7)
€1.001-€1.500	340 (26,7)
€1.501-€2.000	185 (14,5)
€2.001-€2.500	76 (6,0)
Πάνω από €2.500	78 (6,1)
Χρησιμότητα (utility) [Μέση Τιμή (Τυπική Απόκλιση)]	0,774 (0,251)
Πάσχοντες από χρόνια πάθηση [N (%)]	451 (33,6)
Γεωγραφική περιφέρεια κατοικίας [N (%)]	
Αττική	472 (35,2)
Μακεδονία	274 (20,4)
Θράκη	71 (5,3)
Θεσσαλία	94 (7,0)
Ήπειρος	40 (3,0)
Στερεά Ελλάδα	68 (5,1)
Πελοπόννησος	152 (11,3)
Αιγαίο	58 (4,3)
Ιόνιο	27 (2,0)
Κρήτη	86 (6,4)

Ωστόσο, βρέθηκαν κάποιες αποκλίσεις όσον αφορά στην αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος ως προς ορισμένα δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά του γενικού πληθυσμού. Συγκεκριμένα, η ποσοστιαία κατανομή του ελληνικού πληθυσμού στα επιμέρους επίπεδα εκπαίδευσης ήταν, κατά την τελευταία απογραφή του 2011: Καμία Εκπαίδευση/Απόφοιτος Δημοτικού-38,1%, Απόφοιτος Γυμνασίου/Λυκείου-39,0%, Απόφοιτος τεχνικής εκπαίδευσης/IEK-5% και Απόφοιτος ανώτατης (πανεπιστημιακής) εκπαίδευσης-17,8% (Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία, 2019). Βλέπουμε, λοιπόν, πως με βάση τον γενικό ελληνικό πληθυσμό το δείγμα της παρούσας έρευνας υπεραντιπροσωπεύεται από απόφοιτους ανώτατης (πανεπιστημιακής εκπαίδευσης), ενώ υποαντιπροσωπεύεται από άτομα που δεν έχουν καμία εκπαίδευση ή έχουν αποφοιτήσει μόνο από το Δημοτικό. Αντίστοιχα, η ποσοστιαία κατανομή του ελληνικού πληθυσμού στις επιμέρους κατηγορίες οικογενειακής κατάστασης ήταν, κατά την τελευταία απογραφή του 2011: Άγαμοι-39%, Έγγαμοι-50,3%, Διαζευγμένοι-3,1% και Χήροι (7,6%) (Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία, 2019). Στο δείγμα, λοιπόν, της παρούσας έρευνας οι έγγαμοι υπεραντιπροσωπεύονται, ενώ οι άγαμοι υποαντιπροσωπεύονται. Ως προς την ποσοστιαία κατανομή του ελληνικού πληθυσμού στις επαγγελματικές κατηγορίες αξίζει να σημειωθούν τα παρακάτω. Οι ελεύθεροι επαγγελματίες αποτελούν το 30,1% του εργατικού δυναμικού (Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία, 2018α). Αντίστοιχα, οι δημόσιοι και οι ιδιωτικοί υπάλληλοι αποτελούν το 15% και 45%, αντίστοιχα, του εργατικού δυναμικού. Ακόμα, το ποσοστό της ανεργίας ανέρχεται στο 16,5%, οι συνταξιούχοι αγγίζουν το 28% του συνολικού ελληνικού πληθυσμού και το 3,6% των Ελλήνων είναι φοιτητές (Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία, 2019). Αν λάβουμε υπόψη μας πως οι συμμετέχοντες της παρούσας έρευνας που μπορούν να καταταχθούν στο εργατικό δυναμικό είναι 690 άτομα (ελεύθεροι επαγγελματίες N=259, ιδιωτικοί υπάλληλοι N=306 και δημόσιοι υπάλληλοι N=125), τότε το δείγμα παρουσιάζει αντιπροσωπευτικότητα ως προς τους δημόσιους ($125/690=0,18$ ή 18%) και τους ιδιωτικούς ($306/690=0,443$ ή 44,3%) υπαλλήλους, ενώ υπεραντιπροσωπεύεται από ελεύθερους επαγγελματίες ($259/690=0,38$ ή 38%). Ακόμα το δείγμα υπεραντιπροσωπεύεται από φοιτητές (7,3%), ενώ, το ποσοστό των συνταξιούχων και των ανέργων μπορεί να θεωρηθεί αντιπροσωπευτικό του γενικού ελληνικού πληθυσμού.

Εξαιτίας του τρόπου με τον οποίο μετρήθηκε το οικογενειακό εισόδημα των συμμετεχόντων (κλίμακες εισοδήματος κι όχι ορισμένη αριθμητική τιμή) δεν είναι εφικτό να συγκριθεί το διαθέσιμο οικογενειακό εισόδημα του δείγματος με το αντίστοιχο του μέσου ελληνικού νοικοκυριού, καθώς η πληροφόρηση για το τελευταίο δίνεται ως μέσος και όχι σε κλίμακες. Τέλος, οι πληροφορίες για το ποσοστό των Ελλήνων που πάσχουν από κάποια χρόνια πάθηση είναι συγκεχυμένες, καθώς ένα άτομο ενδέχεται να υποφέρει από περισσότερες της μιας χρόνιες παθήσεις. Ελλείψει της καταγραφής ενός απόλυτου αριθμού Ελλήνων που νοσούν από κάποια χρόνια πάθηση, δεν είναι εφικτό να εξεταστεί η αντιπροσωπευτικότητα ή μη του δείγματος της παρούσας έρευνας ως προς αυτό το χαρακτηριστικό.

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω, ένα σημαντικό σημείο που χρίζει διερεύνησης είναι η επίδραση των δημογραφικών και κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών που βρέθηκαν να διαφέρουν μεταξύ του δείγματος και του γενικού ελληνικού πληθυσμού στο μέγεθος της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής. Η διερεύνηση αυτή θα γίνει μέσω της οικονομετρικής ανάλυσης που θα ακολουθήσει (βλ. §4.3.4).

Πίνακας 26. Δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων με χρησιμότητα μικρότερη του 1 (utility<1) (N=931) και χρησιμότητα ίση με 1 (utility = 1) (N=410).

	Χρησιμότητα < 1	Χρησιμότητα = 1	p-value
Φύλο (γυναίκες) [N (%)]	513 (55,0)	172 (42,0)	0,000 ^α
Ηλικία			
[Μέση Τιμή (Τυπική Απόκλιση)]	49,5 (17,4)	48,4 (18,3)	0,274 ^β
[Διάμεσος (Ενδοταξιακό Εύρος)]	50,0 (29,0)	49,0 (32,0)	0,322 ^γ
Μέγεθος νοικοκυριού			
[Μέση Τιμή (Τυπική Απόκλιση)]	2,9 (1,3)	2,9 (1,2)	0,875 ^β
[Διάμεσος (Ενδοταξιακό Εύρος)]	3,0 (2,0)	3,0 (2,0)	0,688 ^γ
Εργαζόμενα μέλη νοικοκυριού			
[Μέση Τιμή (Τυπική Απόκλιση)]	1,3 (1,0)	1,4 (1,0)	0,011 ^β
[Διάμεσος (Ενδοταξιακό Εύρος)]	1,0 (2,0)	1,0 (1,0)	0,010 ^γ
Εκπαίδευση [N (%)]			
Καμία/Απόφοιτος Δημοτικού	77 (8,2)	32 (7,8)	
Απόφοιτος Γυμνασίου/ Λυκείου	342 (36,7)	141 (34,4)	
Απόφοιτος Τεχνικής Εκπαίδευσης/IEK	96 (10,3)	34 (8,3)	0,376 ^α
Ανώτατη (πανεπιστημιακή) εκπαίδευση	416 (44,7)	203 (49,4)	
Επαγγελματική κατάσταση [N (%)]			
Δημόσιος υπάλληλος	73 (8,0)	52 (12,8)	
Ιδιωτικός υπάλληλος	214 (23,3)	91 (22,4)	
Συνταξιούχος	233 (25,4)	98 (24,1)	
Ελεύθερος επαγγελματίας	184 (20,0)	75 (18,5)	0,093 ^α
Φοιτητής	59 (6,4)	37 (9,1)	
Άνεργος	156 (17,0)	52 (12,8)	
Οικογενειακή κατάσταση [N (%)]			
Άγαμος	267 (28,9)	141 (34,5)	
Έγγαμος	554 (60,0)	220 (53,9)	0,091 ^α
Διαζευγμένος	40 (4,3)	25 (6,1)	
Χήρος	63 (6,8)	23 (5,5)	
Καθαρό μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα [N (%)]			
Κάτω από €500	121 (13,7)	32 (8,2)	
€500-€1.000	332 (37,5)	108 (28,1)	
€1.001-€1.500	232 (26,2)	108 (28,1)	
€1.501-€2.000	118 (13,3)	67 (17,4)	0,000 ^α
€2.001-€2.500	43 (4,8)	33 (8,6)	
Πάνω από €2.500	40 (4,6)	37 (9,7)	
Πάσχοντες από χρόνια πάθηση [N (%)]	349 (37,5)	140 (34,2)	0,225 ^α

^αΕλεγχος χ^2 , $\alpha=0,05$, ^βΕλεγχος Mann-Whitney U, $\alpha=0,05$, ^γΕλεγχος διαμέσου ανεξάρτητων δειγμάτων (Independent Samples Median Test), $\alpha=0,05$.

Από τα αποτελέσματα του Πίνακα 26 διαφαίνεται πως οι συμμετέχοντες που είναι απόλυτα υγιείς διαφέρουν από τους υπόλοιπους ως προς το φύλο, τον αριθμό των εργαζόμενων μελών στο νοικοκυριό τους, και το μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα.

Πίνακας 27. Δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά όσων έχουν χρησιμότητα μικρότερη του 1 ($utility < 1$) και είναι πρόθυμοι να πληρώσουν για την υποθετική θεραπεία (N=528) και όσων έχουν χρησιμότητα μικρότερη του 1 και δεν είναι πρόθυμοι να πληρώσουν (N=395).

	Πρόθυμοι να πληρώσουν	Μη πρόθυμοι να πληρώσουν	p-value
Φύλο (γυναίκες) [N (%)]	281 (53,2)	227 (57,5)	0,133 ^α
Ηλικία			
[Μέση Τιμή (Τυπική Απόκλιση)]	46,2 (16,6)	53,9 (17,7)	0,000 ^β
[Διάμεσος (Ενδοταξιακό Εύρος)]	46,0 (16,6)	55,7 (26,0)	0,000 ^γ
Μέγεθος νοικοκυριού			
[Μέση Τιμή (Τυπική Απόκλιση)]	3,0 (1,3)	2,8 (1,3)	0,018 ^β
[Διάμεσος (Ενδοταξιακό Εύρος)]	3,0 (2,0)	3,0 (2,0)	0,033 ^γ
Εργαζόμενα μέλη νοικοκυριού			
[Μέση Τιμή (Τυπική Απόκλιση)]	1,4 (1,0)	1,1 (1,0)	0,000 ^β
[Διάμεσος (Ενδοταξιακό Εύρος)]	1,0 (1,0)	1,0 (2,0)	0,000 ^γ
Εκπαίδευση [N (%)]			
Καμία εκπαίδευση/Απόφοιτος Δημοτικού	19 (3,7)	56 (14,2)	
Απόφοιτος Γυμνασίου/Λυκείου	179 (33,9)	161 (40,8)	0,000 ^α
Απόφοιτος τεχνικής εκπαίδευσης/IEK	55 (10,4)	40 (10,1)	
Ανώτατη (πανεπιστημιακή) εκπαίδευση	274 (52,0)	138 (34,9)	
Επαγγελματική κατάσταση [N (%)]			
Δημόσιος υπάλληλος	45 (8,6)	26 (6,7)	
Ιδιωτικός υπάλληλος	130 (24,9)	83 (21,4)	
Συνταξιούχος	106 (20,1)	125 (31,6)	0,000 ^α
Ελεύθερος επαγγελματίας	122 (23,1)	58 (14,7)	
Φοιτητής	40 (7,7)	19 (4,9)	
Άνεργος	79 (15,0)	76 (19,2)	
Οικογενειακή κατάσταση [N (%)]			
Άγαμος	184 (35,1)	81 (20,8)	
Έγγαμος/Σύμφωνο συμβίωσης	304 (57,8)	246 (63,0)	0,000 ^α
Διαζευγμένοι	16 (3,0)	22 (5,7)	
Χήρος	22 (4,1)	41 (10,5)	
Καθαρό μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα [N (%)]			
Κάτω από €500	59 (11,6)	62 (16,7)	
€500-€1.000	160 (31,6)	169 (45,7)	
€1.001-€1.500	148 (29,1)	80 (21,6)	0,000 ^α
€1.501-€2.000	75 (14,9)	41 (11,2)	
€2.001-€2.500	35 (7,0)	7 (1,9)	
Πάνω από €2.500	30 (5,9)	11 (2,9)	
Χρησιμότητα (utility)			
[Μέση Τιμή (Τυπική Απόκλιση)]	0,695 (0,224)	0,647 (0,260)	0,003 ^β
[Διάμεσος (Ενδοταξιακό Εύρος)]	0,779 (0,192)	0,727 (0,349)	0,145 ^γ
Πάσχοντες από χρόνια πάθηση [N (%)]	191 (36,2)	154 (39,2)	0,301 ^α

^αΕλεγχος χ^2 , $\alpha=0,05$, ^βΕλεγχος Mann-Whitney U, $\alpha=0,05$, ^γΕλεγχος διαμέσου ανεξάρτητων δειγμάτων (Independent Samples Median Test), $\alpha=0,05$.

Από τα αποτελέσματα του Πίνακα 27 διαφαίνεται πως οι συμμετέχοντες που είναι πρόθυμοι να πληρώσουν για την υποθετική θεραπεία είναι μικρότεροι σε ηλικία, ζουν σε κατάτι μεγαλύτερα νοικοκυριά με περισσότερα εργαζόμενα μέλη και έχουν κάπως καλύτερη υγεία από αυτούς που δεν είναι πρόθυμοι να πληρώσουν. Επίσης, οι δύο αυτές υποομάδες διαφέρουν ως προς την κατανομή των παρατηρήσεων στις κατηγορίες εκπαίδευσης, επαγγελματικής και οικογενειακής κατάστασης και καθαρού μηνιαίου οικογενειακού εισοδήματος.

Κίνητρα συμπεριφοράς συμμετεχόντων

Ο Πίνακας 28 παρουσιάζει τη συχνότητα των απαντήσεων στους επιμέρους βαθμούς συμφωνίας με τις προδιατυπωμένες φράσεις κινήτρων που υπαγορεύουν τη συμπεριφορά των συμμετεχόντων ως προς το μέγεθος της δηλούμενης προθυμίας πληρωμής για την υποθετική θεραπεία.

Πίνακας 28. Συχνότητα απαντήσεων στους επιμέρους βαθμούς συμφωνίας με τις προδιατυπωμένες φράσεις κινήτρων συμπεριφοράς ως προς μέγεθος της δηλούμενης προθυμίας πληρωμής για την υποθετική θεραπεία (N=528).

Προδιατυπωμένες φράσεις κινήτρων	N (%)
Αμ. Εάν πληρώσω περισσότερα για αυτήν τη θεραπεία δεν θα μπορώ να καλύψω βασικές ανάγκες της οικογένειάς μου.	
Συμφωνώ σε μεγάλο βαθμό	282 (53,6)
Συμφωνώ σε μέτριο βαθμό	137 (26,0)
Συμφωνώ σε μικρό βαθμό	45 (8,6)
Δεν συμφωνώ καθόλου	63 (11,9)
Βμ. Εάν πληρώσω περισσότερα για αυτήν τη θεραπεία θα είμαι σε θέση να καλύψω βασικές ανάγκες της οικογένειάς μου αλλά δεν θα μπορώ να πληρώσω τους φόρους μου.	
Συμφωνώ σε μεγάλο βαθμό	246 (46,8)
Συμφωνώ σε μέτριο βαθμό	150 (28,5)
Συμφωνώ σε μικρό βαθμό	40 (7,7)
Δεν συμφωνώ καθόλου	89 (17,0)
Γμ. Παρά το γεγονός ότι δεν είμαι απόλυτα υγιής, δεν είμαι διατεθειμένος να πληρώσω περισσότερα γιατί δεν ξέρω εάν μου χρειάζεται πράγματι η συγκεκριμένη θεραπεία.	
Συμφωνώ σε μεγάλο βαθμό	224 (43,1)
Συμφωνώ σε μέτριο βαθμό	185 (35,6)
Συμφωνώ σε μικρό βαθμό	41 (8,0)
Δεν συμφωνώ καθόλου	69 (13,3)

Οι περισσότεροι συμμετέχοντες (53,6%) συμφώνησαν σε μεγάλο βαθμό ότι το μέγεθος της αξίας που αποδίδουν στην υποθετική θεραπεία καθορίζεται από την αδυναμία τους να καλύψουν βασικές ανάγκες της οικογένειάς τους εάν πληρώσουν ποσό μεγαλύτερο από αυτό που δηλώνουν. Επίσης, η αδυναμία τους να καλύψουν φορολογικές απαιτήσεις αποτελεί ένα ακόμα κίνητρο που επηρεάζει το μέγεθος της δηλούμενης προθυμίας πληρωμής για την υποθετική θεραπεία – 46,8% των συμμετεχόντων συμφώνησαν σε μεγάλο βαθμό με την αντίστοιχη φράση (B_M). Τέλος, το γεγονός ότι ένα άτομο ενδέχεται να μη γνωρίζει με σιγουριά εάν χρειάζεται πραγματικά τη συγκεκριμένη θεραπεία, φαίνεται να επηρεάζει το μέγεθος της δηλούμενης προθυμίας πληρωμής για την υποθετική θεραπεία – συνολικά, το 78,7% των συμμετεχόντων συμφώνησαν σε μεγάλο ή μέτριο βαθμό με τη σχετική φράση.

Για κάθε προδιατυπωμένη φράση εξετάστηκε η σχέση των δημογραφικών και κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων με τους βαθμούς συμφωνίας. Για τη φράση «Α_M: Εάν πληρώσω περισσότερα για αυτήν τη θεραπεία δεν θα μπορώ να καλύψω βασικές ανάγκες της οικογένειάς μου», η ανάλυση έδειξε ότι: α) υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ φύλου και βαθμού συμφωνίας ($p=0,008$), β) η διάμεσος του αριθμού των εργαζόμενων μελών του νοικοκυριού διαφέρει στατιστικώς σημαντικά μεταξύ των τεσσάρων βαθμών συμφωνίας ($p=0,036$), και γ) υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ εισοδήματος και βαθμού συμφωνίας ($p=0,002$). Για τη φράση κινήτρων «B_M: Εάν πληρώσω περισσότερα για αυτήν τη θεραπεία θα είμαι σε θέση να καλύψω βασικές ανάγκες της οικογένειάς μου αλλά δεν θα μπορώ να πληρώσω τους φόρους μου», η ανάλυση έδειξε ότι: α) η διάμεσος της χρησιμότητας διαφέρει στατιστικώς σημαντικά μεταξύ των τεσσάρων βαθμών συμφωνίας ($p=0,036$), και β) υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ εισοδήματος και βαθμού συμφωνίας ($p=0,001$). Τέλος, για τη φράση κινήτρων «Γ_M: Παρά το γεγονός ότι δεν είμαι απόλυτα υγιής, δεν είμαι διατεθειμένος να πληρώσω περισσότερα γιατί δεν σίγουρα εάν μου χρειάζεται πράγματι η συγκεκριμένη θεραπεία», η ανάλυση έδειξε ότι μόνο η διάμεσος της ηλικίας διαφέρει στατιστικώς σημαντικά μεταξύ των τεσσάρων βαθμών συμφωνίας ($p=0,012$). Τα αποτελέσματα της ανάλυσης post hoc για τα χαρακτηριστικά εκείνα που παρουσίασαν κάποια σχέση με τους βαθμούς συμφωνίας της εκάστοτε φράσης παρουσιάζονται στον Πίνακα 29.

Πίνακας 29. Σχέσεις δημογραφικών και κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών συμμετεχόντων με τους βαθμούς συμφωνίας των προδιατυπωμένων φράσεων κινήτρων ως προς το μέγεθος της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής.

Προδιατυπωμένη φράση	Χαρακτηριστικό*	Σχέσεις χαρακτηριστικών με τους επιμέρους βαθμούς συμφωνίας**
A_M : Εάν πληρώσω περισσότερα για αυτήν τη θεραπεία δεν θα μπορώ να καλύψω βασικές ανάγκες της οικογένειάς μου.	Φύλο	Οι συμμετέχοντες που συμφώνησαν σε μεγάλο βαθμό με τη φράση ήταν κατά κύριο λόγο γυναίκες (58,3%), ενώ όσοι δεν συμφώνησαν καθόλου ήταν κυρίως άντρες (65,2%).
	Αριθμός εργαζόμενων μελών	Στατιστικώς σημαντική διαφορά της διαμέσου του αριθμού των εργαζόμενων μελών μεταξύ των συμμετεχόντων που συμφώνησαν σε μεγάλο βαθμό (διάμεσος 1,0 άτομο) και των συμμετεχόντων που δήλωσαν έναν από τους άλλους τρεις βαθμούς συμφωνίας (μέσος όρος διαμέσου των άλλων τριών βαθμών συμφωνίας 2,0 άτομα).
	Εισόδημα	Οι συμμετέχοντες που συμφώνησαν σε μεγάλο βαθμό δήλωσαν στην πλειοψηφία τους καθαρό οικογενειακό εισόδημα μικρότερο από €1.000 (52,1%), ενώ όσοι δεν συμφώνησαν καθόλου δήλωσαν ως επί το πλείστον εισόδημα πάνω από €1.000 (70,5%).
B_M : Εάν πληρώσω περισσότερα για αυτήν τη θεραπεία θα είμαι σε θέση να καλύψω βασικές ανάγκες της οικογένειάς μου αλλά δεν θα μπορώ να πληρώσω τους φόρους μου.	Χρησιμότητα	Στατιστικώς σημαντική διαφορά της διαμέσου της χρησιμότητας των συμμετεχόντων που συμφώνησαν σε μεγάλο βαθμό (διάμεσος 0,727) και των συμμετεχόντων που δήλωσαν έναν από τους άλλους τρεις βαθμούς συμφωνίας (μέσος όρος διαμέσου των άλλων τριών βαθμών συμφωνίας 0,810).
	Εισόδημα	Οι συμμετέχοντες που συμφώνησαν σε μεγάλο βαθμό δήλωσαν ως επί το πλείστον καθαρό οικογενειακό εισόδημα μικρότερο από €1.000 (51,9%), ενώ όσοι δεν συμφώνησαν καθόλου δήλωσαν στην πλειοψηφία τους εισόδημα πάνω από €1.000 (75,2%).
Γ_M : Παρά το γεγονός ότι δεν είμαι απόλυτα υγιής, δεν είμαι διατεθειμένος να πληρώσω περισσότερα γιατί δεν ξέρω εάν μου χρειάζεται πράγματι η συγκεκριμένη θεραπεία	Ηλικία	Στατιστικώς σημαντική διαφορά της διαμέσου της ηλικίας μεταξύ των συμμετεχόντων που συμφώνησαν σε μεγάλο βαθμό (διάμεσος 48 έτη) και των συμμετεχόντων που δήλωσαν έναν από τους άλλους τρεις βαθμούς συμφωνίας (μέσος όρος διαμέσου των άλλων τριών βαθμών συμφωνίας 43 έτη).

*Παρουσιάζονται μόνο εκείνα τα δημογραφικά/κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά που εμφάνισαν στατιστικά σημαντική σχέση με τους βαθμούς συμφωνίας της εκάστοτε προδιατυπωμένης φράσης. **Παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης post hoc μόνο για τις στατιστικά σημαντικές σχέσεις που εντοπίστηκαν με τους επιμέρους βαθμούς συμφωνίας.

Ο Πίνακας 30 παρουσιάζει τη συχνότητα των απαντήσεων στους επιμέρους βαθμούς συμφωνίας με τις προδιατυπωμένες φράσεις κινήτρων που υπαγορεύουν τη συμπεριφορά ενός ατόμου που δεν είναι πρόθυμο να πληρώσει για την υποθετική θεραπεία.

Πίνακας 30. Συχνότητα απαντήσεων στους επιμέρους βαθμούς συμφωνίας με τις προδιατυπωμένες φράσεις κινήτρων συμπεριφοράς ενός ατόμου που δεν είναι πρόθυμο να πληρώσει για την υποθετική θεραπεία (N=395).

Προδιατυπωμένες φράσεις κινήτρων	N (%)
Ακ. Δεν περισεύουν στην οικογένειά μου χρήματα για να πληρώσω για αυτήν τη θεραπεία.	
Συμφωνώ σε μεγάλο βαθμό	241 (61,5)
Συμφωνώ σε μέτριο βαθμό	84 (21,5)
Συμφωνώ σε μικρό βαθμό	17 (4,4)
Δεν συμφωνώ καθόλου	50 (12,7)
Βκ. Το κόστος της θεραπείας αυτής πρέπει να καλυφθεί από το ασφαλιστικό μου ταμείο ή το κράτος και όχι από εμένα.	
Συμφωνώ σε μεγάλο βαθμό	301 (77,5)
Συμφωνώ σε μέτριο βαθμό	58 (15,0)
Συμφωνώ σε μικρό βαθμό	10 (2,7)
Δεν συμφωνώ καθόλου	19 (4,8)
Γκ. Έχω μάθει να ζω με την πάθησή μου και δεν θα ήθελα να μπω στη διαδικασία μιας νέας θεραπευτικής αγωγής, ακόμα κι αν αυτή με κάνει εντελώς καλά.	
Συμφωνώ σε μεγάλο βαθμό	85 (22,6)
Συμφωνώ σε μέτριο βαθμό	77 (20,5)
Συμφωνώ σε μικρό βαθμό	30 (7,9)
Δεν συμφωνώ καθόλου	184 (49,0)
Δκ. Θεωρώ πως είμαι αρκετά καλά στην υγεία μου, ώστε να μην μου είναι απαραίτητη κάποια νέα θεραπεία.	
Συμφωνώ σε μεγάλο βαθμό	200 (51,6)
Συμφωνώ σε μέτριο βαθμό	106 (27,3)
Συμφωνώ σε μικρό βαθμό	24 (6,3)
Δεν συμφωνώ καθόλου	58 (14,9)

Με βάση τα αποτελέσματα του Πίνακα 30, οι περισσότεροι συμμετέχοντες συμφώνησαν σε μεγάλο βαθμό ότι δύο από τις αιτίες για τις οποίες δεν είναι πρόθυμοι να πληρώσουν για την υποθετική θεραπεία είναι οι περιορισμένοι οικονομικοί τους πόροι (61,5%) και η αντίληψή τους πως το κόστος της θεραπείας πρέπει να καλυφθεί από κάποιον άλλο (77,5%). Επίσης, το γεγονός ότι η υγεία τους, σύμφωνα με τη δική τους εκτίμηση, είναι σε καλή κατάσταση τους κάνει απρόθυμους να πληρώσουν για

την υποθετική θεραπεία – το 51,6% των συμμετεχόντων συμφώνησε σε μεγάλο βαθμό με την αντίστοιχη φράση.

Για κάθε προδιατυπωμένη φράση εξετάστηκε η σχέση των δημογραφικών και κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων με τους βαθμούς συμφωνίας. Ως προς την προδιατυπωμένη φράση «Ακ: Δεν περισσεύουν στην οικογένειά μου χρήματα για να πληρώσω για αυτήν τη θεραπεία», η ανάλυση έδειξε ότι: α) υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του φύλου και του βαθμού συμφωνίας ($p=0,007$), β) η διάμεσος της ηλικίας διαφέρει στατιστικώς σημαντικά μεταξύ των τεσσάρων βαθμών συμφωνίας ($p=0,001$), γ) η διάμεσος του μεγέθους του νοικοκυριού διαφέρει στατιστικώς σημαντικά μεταξύ των τεσσάρων βαθμών συμφωνίας ($p=0,004$), δ) υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του αν κάποιος πάσχει ή όχι από κάποια χρόνια πάθηση και του βαθμού συμφωνίας ($p=0,020$), ε) η διάμεσος της χρησιμότητας διαφέρει στατιστικώς σημαντικά μεταξύ των τεσσάρων βαθμών συμφωνίας ($p=0,000$), στ) υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του επιπέδου εκπαίδευσης και του βαθμού συμφωνίας ($p=0,000$), ζ) υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης και του βαθμού συμφωνίας ($p=0,000$), και η) υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του επιπέδου του οικογενειακού εισοδήματος και του βαθμού συμφωνίας ($p=0,000$).

Για την προδιατυπωμένη φράση «Βκ: Το κόστος της θεραπείας αυτής πρέπει να καλυφθεί από το ασφαλιστικό μου ταμείο ή το κράτος και όχι από εμένα», η ανάλυση έδειξε ότι: α) υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του φύλου και του βαθμού συμφωνίας ($p=0,001$), β) η διάμεσος της ηλικίας διαφέρει στατιστικώς σημαντικά μεταξύ των τεσσάρων βαθμών συμφωνίας ($p=0,000$), γ) η διάμεσος της χρησιμότητας διαφέρει στατιστικώς σημαντικά μεταξύ των τεσσάρων βαθμών συμφωνίας ($p=0,042$), δ) υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του επιπέδου εκπαίδευσης και του βαθμού συμφωνίας με τη φράση ($p=0,008$), και ε) υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του επιπέδου του οικογενειακού εισοδήματος και του βαθμού συμφωνίας ($p=0,005$).

Ως προς την προδιατυπωμένη τη φράση «Γκ: Έχω μάθει να ζω με την πάθησή μου και δεν θα ήθελα να μπω στη διαδικασία μιας νέας θεραπευτικής αγωγής, ακόμα

κι αν αυτή με κάνει εντελώς καλά», η ανάλυση έδειξε ότι: α) η διάμεσος της ηλικίας διαφέρει στατιστικώς σημαντικά μεταξύ των τεσσάρων βαθμών συμφωνίας ($p=0,000$), και β) υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του επιπέδου εκπαίδευσης και του βαθμού συμφωνίας ($p=0,000$).

Τέλος, ως προς την προδιατυπωμένη φράση κινήτρων «Δκ: Θεωρώ πως είμαι αρκετά καλά στην υγεία μου, ώστε να μην μου είναι απαραίτητη κάποια νέα θεραπεία», η ανάλυση έδειξε ότι: α) η διάμεσος της ηλικίας διαφέρει στατιστικώς σημαντικά μεταξύ των τεσσάρων βαθμών συμφωνίας ($p=0,008$), β) υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του αν κάποιος πάσχει ή όχι από κάποια χρόνια πάθηση και του βαθμού συμφωνίας ($\chi^2(3)=56,434$, $p=0,000$), και γ) η διάμεσος της χρησιμότητας διαφέρει στατιστικώς σημαντικά μεταξύ των τεσσάρων βαθμών συμφωνίας με τη φράση ($p=0,000$).

Τα αποτελέσματα της ανάλυσης post hoc για τα χαρακτηριστικά εκείνα που παρουσίασαν κάποια σχέση με τους βαθμούς συμφωνίας της εκάστοτε φράσης παρουσιάζονται στους Πίνακες 31-34. Συγκεκριμένα ο Πίνακας 31 αφορά στην προδιατυπωμένη φράση «Ακ: Δεν περισσεύουν στην οικογένειά μου χρήματα για να πληρώσω για αυτήν τη θεραπεία», ο Πίνακας 32 στην προδιατυπωμένη φράση «Βκ: Το κόστος της θεραπείας αυτής πρέπει να καλυφθεί από το ασφαλιστικό μου ταμείο ή το κράτος και όχι από εμένα», ο Πίνακας 33 στην προδιατυπωμένη φράση «Γκ: Έχω μάθει να ζω με την πάθησή μου και δεν θα ήθελα να μπω στη διαδικασία μιας νέας θεραπευτικής αγωγής, ακόμα κι αν αυτή με κάνει εντελώς καλά», και ο Πίνακας 34 στην προδιατυπωμένη φράση «Δκ: Θεωρώ πως είμαι αρκετά καλά στην υγεία μου, ώστε να μην μου είναι απαραίτητη κάποια νέα θεραπεία».

Πίνακας 31. Σχέσεις δημογραφικών και κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών συμμετεχόντων με τους βαθμούς συμφωνίας της προδιατυπωμένης φράσης κινήτρων απροθυμίας πληρωμής για την υποθετική θεραπεία «Ακ: Δεν περισσεύουν στην οικογένειά μου χρήματα για να πληρώσω για αυτήν τη θεραπεία».

Χαρακτηριστικό*	Σχέσεις χαρακτηριστικών με τους επιμέρους βαθμούς συμφωνίας**
Φύλο	Οι συμμετέχοντες που συμφώνησαν σε μεγάλο βαθμό με τη φράση ήταν κατά κύριο λόγο γυναίκες (67,7%), ενώ όσοι δεν συμφώνησαν καθόλου ήταν κυρίως άντρες (60,2%).
Ηλικία	Στατιστικώς σημαντική διαφορά της διαμέσου της ηλικίας μεταξύ των συμμετεχόντων που συμφώνησαν σε μεγάλο βαθμό (διάμεσος 55 έτη) και των συμμετεχόντων που δήλωσαν έναν από τους άλλους τρεις βαθμούς συμφωνίας (μέσος όρος διαμέσου των άλλων τριών βαθμών συμφωνίας 48 έτη).
Μέγεθος νοικοκυριού	Στατιστικώς σημαντική διαφορά της διαμέσου του μεγέθους του νοικοκυριού μεταξύ των συμμετεχόντων που συμφώνησαν σε μεγάλο βαθμό (διάμεσος 3,0 άτομα) και των συμμετεχόντων που δήλωσαν έναν από τους άλλους τρεις βαθμούς συμφωνίας (μέσος όρος διαμέσου των άλλων τριών βαθμών συμφωνίας 2,0 άτομα).
Χρόνια πάθηση	Οι συμμετέχοντες που συμφώνησαν σε μεγάλο βαθμό ήταν κατά κύριο λόγο πάσχοντες από χρόνια πάθηση (70,4%).
Χρησιμότητα	Στατιστικώς σημαντική διαφορά της διαμέσου της χρησιμότητας των συμμετεχόντων που συμφώνησαν σε μεγάλο βαθμό (διάμεσος 0,725) και των συμμετεχόντων που δήλωσαν έναν από τους άλλους τρεις βαθμούς συμφωνίας (μέσος όρος διαμέσου των άλλων τριών βαθμών συμφωνίας 0,808).
Εκπαίδευση	Οι συμμετέχοντες που συμφώνησαν σε μεγάλο βαθμό ήταν στην πλειοψηφία τους απόφοιτοι δημοτικού/γυμνασίου/λυκείου (63,4%), ενώ όσοι δεν συμφώνησαν καθόλου ήταν απόφοιτοι γυμνασίου/λυκείου, τεχνικής και ανώτατης εκπαίδευσης σε ποσοστό 31,1%, 23,8% και 43,6%, αντίστοιχα.
Οικογενειακή κατάσταση	Οι συμμετέχοντες που συμφώνησαν σε μεγάλο ήταν στην πλειοψηφία τους έγγαμοι (66,7%), ενώ όσοι συμφώνησαν σε μικρό βαθμό ήταν κυρίως άγαμοι (60,7%).
Εισόδημα	Οι συμμετέχοντες που συμφώνησαν σε μεγάλο ή μικρό βαθμό δήλωσαν ως επί το πλείστον καθαρό οικογενειακό εισόδημα μικρότερο από €1.000 (73% και 73,7%, αντίστοιχα), ενώ όσοι δεν συμφώνησαν καθόλου δήλωσαν στην πλειοψηφία τους εισόδημα πάνω από €1.000 (65,8%).

*Παρουσιάζονται μόνο εκείνα τα δημογραφικά/κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά που εμφάνισαν στατιστικά σημαντική σχέση με τους βαθμούς συμφωνίας της προδιατυπωμένης φράσης. **Παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης post hoc μόνο για τις στατιστικά σημαντικές σχέσεις που εντοπίστηκαν με τους επιμέρους βαθμούς συμφωνίας.

Πίνακας 32. Σχέσεις δημογραφικών και κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών συμμετεχόντων με τους βαθμούς συμφωνίας της προδιατυπωμένης φράσης κινήτρων απροθυμίας πληρωμής για την υποθετική θεραπεία «Bκ: Το κόστος της θεραπείας αυτής πρέπει να καλυφθεί από το ασφαλιστικό μου ταμείο ή το κράτος και όχι από εμένα».

Χαρακτηριστικό*	Σχέσεις χαρακτηριστικών με τους επιμέρους βαθμούς συμφωνίας**
Φύλο	Οι συμμετέχοντες που συμφώνησαν σε μεγάλο βαθμό με τη φράση ήταν κατά κύριο λόγο άντρες (93,3%).
Ηλικία	Στατιστικώς σημαντική διαφορά της διαμέσου της ηλικίας μεταξύ των συμμετεχόντων που συμφώνησαν σε μεγάλο βαθμό (διάμεσος 55 έτη) και των συμμετεχόντων που δήλωσαν έναν από τους άλλους τρεις βαθμούς συμφωνίας (μέσος όρος διαμέσου των άλλων τριών βαθμών συμφωνίας 38 έτη).
Χρησιμότητα	Στατιστικώς σημαντική διαφορά της διαμέσου της χρησιμότητας των συμμετεχόντων που συμφώνησαν σε μεγάλο βαθμό (διάμεσος 0,728) και των συμμετεχόντων που δήλωσαν έναν από τους άλλους τρεις βαθμούς συμφωνίας (μέσος όρος διαμέσου των άλλων τριών βαθμών συμφωνίας 0,836).
Εκπαίδευση	Οι συμμετέχοντες που συμφώνησαν σε μεγάλο βαθμό ήταν στην πλειοψηφία τους απόφοιτοι δημοτικού/γυμνασίου/λυκείου (56,8%), ενώ όσοι δεν συμφώνησαν καθόλου ήταν απόφοιτοι ανώτατης εκπαίδευσης (65,8%).
Εισόδημα	Οι συμμετέχοντες που συμφώνησαν σε μεγάλο ή μέτριο βαθμό δήλωσαν ως επί το πλείστον καθαρό οικογενειακό εισόδημα μικρότερο από €1.000 (63,2% και 69,0%, αντίστοιχα), ενώ όσοι δεν συμφώνησαν καθόλου δήλωσαν στην πλειοψηφία τους εισόδημα πάνω από €1.000 (54,9%).

*Παρουσιάζονται μόνο εκείνα τα δημογραφικά/κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά που εμφάνισαν στατιστικά σημαντική σχέση με τους βαθμούς συμφωνίας της προδιατυπωμένης φράσης. **Παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης post hoc μόνο για τις στατιστικά σημαντικές σχέσεις που εντοπίστηκαν με τους επιμέρους βαθμούς συμφωνίας.

Πίνακας 33. Σχέσεις δημογραφικών και κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών συμμετεχόντων με τους βαθμούς συμφωνίας της προδιατυπωμένης φράσης κινήτρων απροθυμίας πληρωμής για την υποθετική θεραπεία «Γκ: Έχω μάθει να ζω την πάθησή μου και δεν θα ήθελα να μπω στη διαδικασία μιας νέας θεραπευτικής αγωγής, ακόμα κι αν αυτή με κάνει εντελώς καλά».

Χαρακτηριστικό*	Σχέσεις χαρακτηριστικών με τους επιμέρους βαθμούς συμφωνίας**
Ηλικία	Στατιστικώς σημαντική διαφορά της διαμέσου της ηλικίας μεταξύ των συμμετεχόντων που συμφώνησαν σε μεγάλο βαθμό (διάμεσος 60 έτη) και των συμμετεχόντων που δήλωσαν έναν από τους άλλους τρεις βαθμούς συμφωνίας (μέσος όρος διαμέσου των άλλων τριών βαθμών συμφωνίας 51 έτη).
Εκπαίδευση	Οι συμμετέχοντες που συμφώνησαν σε μεγάλο βαθμό ήταν στην πλειοψηφία τους απόφοιτοι δημοτικού/γυμνασίου/λυκείου (69,3%%), ενώ όσοι δεν συμφώνησαν καθόλου ήταν απόφοιτοι γυμνασίου/λυκείου και ΑΕΙ/ΤΕΙ σε ποσοστό 40,0% και 36,4%, αντίστοιχα.

*Παρουσιάζονται μόνο εκείνα τα δημογραφικά/κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά που εμφάνισαν στατιστικά σημαντική σχέση με τους βαθμούς συμφωνίας της προδιατυπωμένης φράσης. **Παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης post hoc μόνο για τις στατιστικά σημαντικές σχέσεις που εντοπίστηκαν με τους επιμέρους βαθμούς συμφωνίας.

Πίνακας 34. Σχέσεις δημογραφικών και κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών συμμετεχόντων με τους βαθμούς συμφωνίας της προδιατυπωμένης φράσης κινήτρων απροθυμίας πληρωμής για την υποθετική θεραπεία «Δκ: Θεωρώ πως είμαι αρκετά καλά στην υγεία μου, ώστε να μην μου είναι απαραίτητη κάποια νέα θεραπεία».

Χαρακτηριστικό*	Σχέσεις χαρακτηριστικών με τους επιμέρους βαθμούς συμφωνίας**
Ηλικία	Στατιστικώς σημαντική διαφορά της διαμέσου της ηλικίας μεταξύ των συμμετεχόντων που συμφώνησαν σε μεγάλο βαθμό (διάμεσος 51 έτη) και των συμμετεχόντων που δήλωσαν έναν από τους άλλους τρεις βαθμούς συμφωνίας (μέσος όρος διαμέσου των άλλων τριών βαθμών συμφωνίας 57 έτη).
Χρόνια πάθηση	Το αν κάποιος πάσχει ή όχι από χρόνια πάθηση διέφερε ως προς το ποσοστό των απαντήσεων ανάμεσα στους συμμετέχοντες που συμφώνησαν σε μεγάλο βαθμό (22,9% πάσχοντες και 77,1% μη πάσχοντες) και σε όσους δεν συμφώνησαν καθόλου (75,1% πάσχοντες και 24,9% μη πάσχοντες).
Χρησιμότητα	Στατιστικώς σημαντική διαφορά της διαμέσου της χρησιμότητας των συμμετεχόντων που συμφώνησαν σε μεγάλο βαθμό (διάμεσος 0,812) και των συμμετεχόντων που δήλωσαν έναν από τους άλλους τρεις βαθμούς συμφωνίας (μέσος όρος διαμέσου των άλλων τριών βαθμών συμφωνίας 0,697). Να σημειωθεί ότι όσοι δεν συμφώνησαν καθόλου με τη φράση αυτή δήλωσαν μέση χρησιμότητα 0,465.

*Παρουσιάζονται μόνο εκείνα τα δημογραφικά/κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά που εμφάνισαν στατιστικά σημαντική σχέση με τους βαθμούς συμφωνίας της προδιατυπωμένης φράσης. **Παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης post hoc μόνο για τις στατιστικά σημαντικές σχέσεις που εντοπίστηκαν με τους επιμέρους βαθμούς συμφωνίας.

Λοιποί καθοριστικοί παράγοντες προθυμίας πληρωμής

Οι Πίνακες 35-37 παρουσιάζουν τα περιγραφικά χαρακτηριστικά των καθοριστικών παραγόντων που εξετάστηκαν σχετικά με την αξιολόγηση της ικανοποίησης από το ΕΣΥ και τη στάση ενός ατόμου απέναντι στην πρόσβαση και στην ποιότητα των χρηματοδοτούμενων από το κράτος ή την υποχρεωτική ασφάλιση υγειονομικών υπηρεσιών (Πίνακας 35), τον βαθμό χρησιμοποίησης των υγειονομικών υπηρεσιών (Πίνακας 36), την προσωπική εμπειρία ενός ατόμου με κάποια σοβαρή ασθένεια και τις προσωπικές του συνήθειες για τη διασφάλιση καλής υγείας (Πίνακας 37).

Όπως φαίνεται από τα αποτελέσματα του Πίνακα 35, και οι δύο υποομάδες δήλωσαν μέσο βαθμό ικανοποίησης από το ΕΣΥ λίγο μικρότερο από 5. Ωστόσο, ο βαθμός αυτός ικανοποίησης δεν διέφερε μεταξύ όσων ήταν πρόθυμοι και όσων δεν ήταν πρόθυμοι να πληρώσουν για την υποθετική θεραπεία. Επιπλέον, η διασπορά των απαντήσεων μεταξύ των δύο υποομάδων παρουσιάζει στατιστικά σημαντική διαφορά μόνο για τις δύο προδιατυπωμένες φράσεις αξιολόγησης που αφορούν στην ποιότητα των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών: «Τα δημόσια νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας προσφέρουν υψηλής ποιότητας υγειονομικές υπηρεσίες» ($p=0,000$) και «Οι ιατροί των δημόσιων νοσοκομείων και των κέντρων υγείας εμπνέουν σεβασμό» ($p=0,005$). Περαιτέρω ανάλυση των διαφορών αυτών θα πραγματοποιηθεί στο πλαίσιο της στατιστικής ανάλυσης για τον έλεγχο της ερευνητικής υπόθεσης 8γ «Η αρνητική στάση ενός ατόμου απέναντι στην ποιότητα των δημόσιων υγειονομικών υπηρεσιών ή των υπηρεσιών που πληρώνουν τα ασφαλιστικά ταμεία παρουσιάζει θετική συσχέτιση με την πρόθεσή του να πληρώσει για την υποθετική θεραπεία» (§4.3.10).

Πίνακας 35. Ικανοποίηση από το ΕΣΥ και αξιολόγηση των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών όσων είναι πρόθυμοι να πληρώσουν για την υποθετική θεραπεία (N=528) και όσων δεν είναι πρόθυμοι να πληρώσουν (N=395).

Καθοριστικός παράγοντας	Πρόθυμοι να πληρώσουν	Μη πρόθυμοι να πληρώσουν	p-value
Βαθμός ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες του ΕΣΥ*			
[Μέση Τιμή (Τυπική Απόκλιση)]	4,4 (2,4)	4,6 (2,7)	0,363 ^α
[Διάμεσος (Ενδοταξιακό Εύρος)]	5,0 (3,0)	5,0 (4,0)	0,270 ^β
Προδιατυπωμένες φράσεις αξιολόγησης των χρηματοτούμενων από το κράτος ή την υποχρεωτική ασφάλιση υγειονομικών υπηρεσιών			
Οι Έλληνες πολίτες έχουν ίση πρόσβαση** σε δημόσιες υγειονομικές υπηρεσίες ή υπηρεσίες που πληρώνει το ταμείο τους*** [N (%)]			
Συμφωνώ σε μεγάλο βαθμό	122 (23,3)	74 (19,3)	0,094 ^γ
Συμφωνώ σε μέτριο βαθμό	192 (36,7)	140 (36,5)	
Συμφωνώ σε μικρό βαθμό	91 (17,4)	57 (14,9)	
Δεν συμφωνώ καθόλου	118 (22,6)	112 (29,3)	
Τα δημόσια νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας προσφέρουν υψηλής ποιότητας υγειονομικές υπηρεσίες [N (%)]			
Συμφωνώ σε μεγάλο βαθμό	40 (7,7)	58 (15,0)	0,000 ^γ
Συμφωνώ σε μέτριο βαθμό	220 (42,3)	167 (43,1)	
Συμφωνώ σε μικρό βαθμό	131 (25,1)	62 (16,0)	
Δεν συμφωνώ καθόλου	130 (24,9)	100 (25,9)	
Οι ιατροί των δημοσίων νοσοκομείων και των κέντρων υγείας εμπνέουν σεβασμό [N (%)]			
Συμφωνώ σε μεγάλο βαθμό	165 (31,5)	144 (37,0)	0,005 ^γ
Συμφωνώ σε μέτριο βαθμό	232 (44,2)	186 (47,9)	
Συμφωνώ σε μικρό βαθμό	67 (12,8)	32 (8,3)	
Δεν συμφωνώ καθόλου	61 (11,6)	26 (6,8)	

^αΈλεγχος Mann-Whitney U, $\alpha=0,05$, ^βΈλεγχος διαμέσου ανεξάρτητων δειγμάτων (Independent Samples Median Test), $\alpha=0,05$. ^γΈλεγχος χ^2 , $\alpha=0,05$.

*Ο βαθμός ικανοποίησης μετρήθηκε σε μια κλίμα από το 0 έως το 10, όπου το 0 σημαίνει πως κάποιος είναι εξαιρετικά δυσαρεστημένος και το 10 πως είναι εξαιρετικά ικανοποιημένος.

Με τον όρο «πρόσβαση», εννοείται η χιλιομετρική απόσταση από ειδικό ιατρό νοσοκομείου/νοσοκομείο, ο χρόνος αναμονής από τη στιγμή που ορίζεται το ραντεβού μέχρι την επίσκεψη σε ιατρό ασφαλιστικού ταμείου ή νοσοκομειακό ιατρό. *Με τον όρο «δημόσιες υγειονομικές υπηρεσίες ή υπηρεσίες που πληρώνει το ταμείο τους» εννοούνται οι υπηρεσίες που προσφέρονται από δημόσια νοσοκομεία, κέντρα υγείας και συμβεβλημένους με ασφαλιστικά ταμεία ιατρούς, δηλαδή τις χρηματοδοτούμενες από το κράτος ή την υποχρεωτική ασφάλιση υγειονομικές υπηρεσίες.

Πίνακας 36. Εκτίμηση του βαθμού χρησιμοποίησης των υγειονομικών υπηρεσιών του ΕΣΥ από όσους είναι πρόθυμοι να πληρώσουν για την υποθετική θεραπεία (N=528) και όσους δεν είναι πρόθυμοι να πληρώσουν (N=395). Η εκτίμηση αυτή έγινε άμεσα (αριθμός επισκέψεων τους τελευταίους 12 μήνες) και έμμεσα (βαθμολόγηση πρόσβασης σε υγειονομικές υπηρεσίες).

Καθοριστικός παράγοντας	Πρόθυμοι να πληρώσουν	Μη πρόθυμοι να πληρώσουν	p-value
Βαθμός χρησιμοποίησης δομών υγείας με πληρωμή – ίδια συμμετοχή (αριθμός επισκέψεων τους τελευταίους 12 μήνες)			
[Μέση Τιμή (Τυπική Απόκλιση)]	2,6 (3,8)	2,1 (3,5)	0,000 ^α
[Διάμεσος (Ενδοταξιακό Εύρος)]	2,0 (3,0)	1,0 (3,0)	0,001 ^β
Βαθμός χρησιμοποίησης δομών υγείας χωρίς πληρωμή (αριθμός επισκέψεων τους τελευταίους 12 μήνες)			
[Μέση Τιμή (Τυπική Απόκλιση)]	2,2 (5,4)	2,1 (3,9)	0,753 ^α
[Διάμεσος (Ενδοταξιακό Εύρος)]	1,0 (3,0)	1,0 (3,0)	0,790 ^β
Προσωπική εμπειρία πρόσβασης* σε υγειονομικές υπηρεσίες που χρηματοδοτούνται από το κράτος ή την υποχρεωτική ασφάλιση [N (%)]			
Πολύ εύκολη	27 (5,2)	21 (5,4)	0,059 ^γ
Εύκολη	199 (38,2)	115 (29,8)	
Δύσκολη	198 (38,0)	174 (44,9)	
Πολύ δύσκολη	97 (18,6)	77 (19,9)	

^αΈλεγχος Mann-Whitney U, $\alpha=0,05$, ^βΈλεγχος διαμέσου ανεξάρτητων δειγμάτων (Independent Samples Median Test), $\alpha=0,05$. ^γΈλεγχος χ^2 , $\alpha=0,05$.

*Με τον όρο «πρόσβαση», εννοείται η χιλιομετρική απόσταση από ειδικό ιατρό νοσοκομείου/νοσοκομείο, ο χρόνος αναμονής από τη στιγμή που κλείνουν το ραντεβού μέχρι την επίσκεψη σε ιατρό του ασφαλιστικού τους ταμείου ή νοσοκομειακό ιατρό.

Από τα αποτελέσματα του Πίνακα 36 φαίνεται πως όσοι είναι πρόθυμοι να πληρώσουν για την υποθετική θεραπεία χρησιμοποιούν συχνότερα, σε σχέση με όσους δεν είναι πρόθυμοι να πληρώσουν, δομές υγείας το κόστος χρήσης των οποίων καλύπτεται με ιδιωτική συμμετοχή (out-of-pocket payment). Ο βαθμός χρησιμοποίησης δομών υγείας χωρίς πληρωμή δεν παρουσιάζει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δυο υποομάδων. Τέλος, η διασπορά των απαντήσεων ως προς το επίπεδο δυσκολίας πρόσβασης σε χρηματοδοτούμενες από το κράτος ή την υποχρεωτική ασφάλιση υγειονομικές υπηρεσίες παρουσιάζει οριακά μη στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο υποομάδων.

Πίνακας 37. Προσωπική εμπειρία με σοβαρή ασθένεια και προσωπικές υγιεινές συνήθειες όσων είναι πρόθυμοι να πληρώσουν για την υποθετική θεραπεία (N=528) και όσων δεν είναι πρόθυμοι να πληρώσουν (N=395).

Καθοριστικός παράγοντας	Πρόθυμοι να πληρώσουν	Μη πρόθυμοι να πληρώσουν	p-value
Προσωπική εμπειρία με σοβαρή ασθένεια [N (%)]			
Μεγάλη	248 (47,2)	179 (45,6)	0,423 ^α
Μικρή	109 (20,7)	72 (18,4)	
Καμία προσωπική εμπειρία	169 (32,2)	141 (36,0)	
Προσωπική εκτίμηση του βαθμού υιοθέτησης υγιεινών συνηθειών που σχετίζονται με διατροφή, άσκηση, καταχρήσεις, επισκέψεις σε ιατρό [N (%)]			
Μεγάλος	182 (34,5)	120 (30,6)	0,222 ^α
Μέτριος	281 (53,4)	210 (53,4)	
Μικρός	43 (8,2)	39 (10,0)	
Καθόλου	20 (3,9)	24 (6,0)	
Συχνότητα ασκήσης (άθληση/περπάτημα) [N (%)]			
Καθημερινά	117 (22,3)	92 (23,6)	0,125 ^α
1-3 φορές την εβδομάδα	184 (35,1)	115 (29,4)	
Μερικές φορές μέσα στο μήνα	106 (20,2)	73 (18,7)	
Ποτέ	118 (22,4)	111 (28,3)	
Καπνιστές [N (%)]	185 (35,1)	118 (29,9)	0,090 ^α

^αΈλεγχος χ^2 , $\alpha=0,05$.

Όπως προκύπτει από τον Πίνακα 37, η διασπορά των απαντήσεων των δύο υποομάδων δεν διαφέρει σημαντικά ως προς τους καθοριστικούς εκείνους παράγοντες που εξετάζουν την προσωπική εμπειρία ενός ατόμου με κάποια σοβαρή ασθένεια και τις προσωπικές υγιεινές του συνήθειες (p -values>0,05).

4.3.3 Εκτίμηση προθυμίας πληρωμής για μια υποθετική θεραπεία και προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής

4.3.3.1 Ανάλυση εκτίμησης προθυμίας πληρωμής για μια υποθετική θεραπεία και προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής

Το βασικό εύρημα της παρούσας διατριβής ήταν ο υπολογισμός της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής (WTP per QALY). Ο τρόπος υπολογισμού της WTP per QALY περιγράφεται στην παράγραφο §4.1 του παρόντος κεφαλαίου.

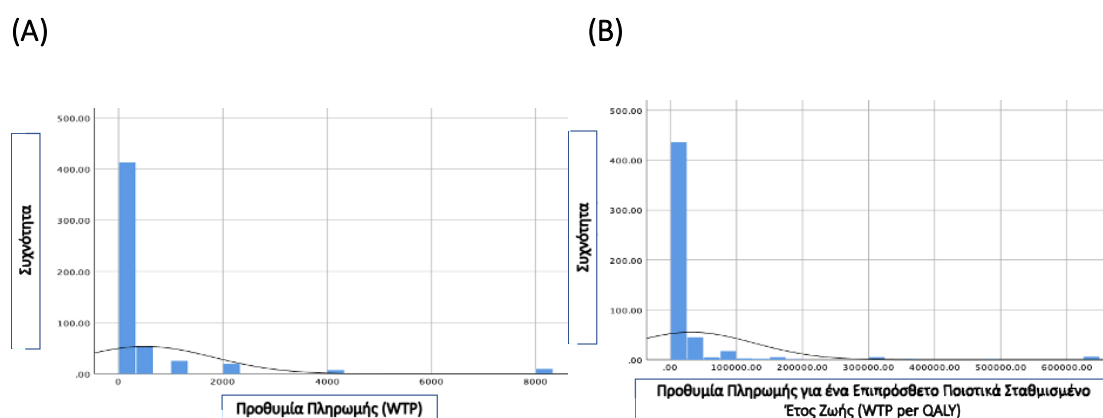
Δεδομένου του μεγέθους του δείγματος (N=528), για τον έλεγχο κανονικότητας της κατανομής των WTP και WTP per QALY χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος Kolmogorov-Smirnov και εξετάστηκαν τα σχετικά ιστογράμματα των εκτιμήσεων αυτών. Ανεξαρτήτως της κανονικότητας της κατανομής τους, για τις εκτιμήσεις WTP και WTP per QALY υπολογίστηκαν τα ακόλουθα: μέση τιμή, τυπική απόκλιση, μέγιστο, ελάχιστο, διάμεσος, ενδοταξιακό εύρος και διάστημα εμπιστοσύνης (95%). Αυτό έγινε προκειμένου να δοθεί μια πληρέστερη εικόνα των εκτιμήσεων αυτών.

Οι τιμές των WTP και WTP per QALY υπολογίστηκαν για το σύνολο του σχετικού δείγματος (συμμετέχοντες πρόθυμοι να πληρώσουν), καθώς και για τις εξής υποομάδες συμμετεχόντων: α) εκείνους που δήλωσαν αξία προθυμίας πληρωμής ίση ή μικρότερη από το καθαρό μηνιαίο οικογενειακό τους εισόδημα (Συμμετέχοντες_{income}, WTP_{income} και WTP per QALY_{income}), β) εκείνους που δήλωσαν με την τεχνική της επαναληπτικής υποβολής προσφορών προθυμία πληρωμής εντός του εύρους που δόθηκε από τους ίδιους στην ερώτηση ανοιχτού τύπου για την αποτίμηση της προθυμίας πληρωμής (Συμμετέχοντες_{within_range}, WTP_{within_range} και WTP per QALY_{within_range}), γ) εκείνους που ήταν λιγότερο σίγουροι για το ύψος της προθυμίας πληρωμής που δήλωσαν (Συμμετέχοντες_{low_certainty}, WTP_{low_certainty} και WTP per QALY_{low_certainty}), δ) εκείνους που ήταν περισσότερο σίγουροι για το ύψος της προθυμίας πληρωμής που δήλωσαν (Συμμετέχοντες_{certainty}, WTP_{certainty} και WTP per QALY_{certainty}) και ε) εκείνους που δήλωσαν προθυμία πληρωμής ίση ή μικρότερη από το καθαρό μηνιαίο εισόδημα και ήταν περισσότερο σίγουροι για την δηλούμενη αυτή αξία (Συμμετέχοντες_{income_certainty}, WTP_{income_certainty} και WTP per QALY_{income_certainty}).

Να σημειωθεί ότι η εξέταση της βεβαιότητας ως προς το ύψος της δηλούμενης προθυμίας πληρωμής έγινε με τη χρήση μιας κλίμακας από το 0 (καθόλου σίγουρος) μέχρι το 10 (απόλυτα σίγουρος). Για το διαχωρισμό των υποκειμένων σε όσους έδωσαν απαντήσεις περιορισμένης/χαμηλής βεβαιότητας («λιγότερο σίγουροι»/«low certainty») και απαντήσεις υψηλής βεβαιότητας («περισσότερο σίγουροι»/«certainty»), επιλέχθηκε στην κλίμακα βεβαιότητας το '7' ως η τιμή (cut-off point) που διαχωρίζει τις δύο αυτές κατηγορίες («λιγότερο σίγουροι»: 0-6 στην κλίμακα βεβαιότητας και «περισσότερο σίγουροι»: 7-10). Μελέτες που χρησιμοποιούν κλίμακες βεβαιότητας από το 0 μέχρι το 10 κατέληξαν σε διαφορετικές τιμές διαχωρισμού. Συγκεκριμένα, οι Blumenschein et al. (2001) κατέληξαν με βάση τα ευρήματα της εμπειρικής τους μελέτης στο συμπέρασμα πως η δηλούμενη προθυμία πληρωμής πλησιάζει την πραγματική μόνο όταν λαμβάνονται υπόψη οι απαντήσεις όσων δήλωσαν '10' στην κλίμακα βεβαιότητας. Αντίθετα, τα ευρήματα των Norwood (2005) και Champ και Bishop (2001) οδηγούν στο συμπέρασμα πως όταν ορίζεται ως τιμή διαχωρισμού το '8' οι δηλούμενες προτιμήσεις είναι πιο κοντά στις πραγματικές. Ενώ, οι Ethier et al. (2000) και οι Poe et al. (2002) εντόπισαν, αντίστοιχα, ως καταλληλότερη τιμή διαχωρισμού στην κλίμακα βεβαιότητας το '7'. Επίσης, με βάση τα ευρήματα των Morrison και Brown (2009) η τιμή διαχωρισμού '8' οδηγεί σε αποτελέσματα που υποτιμούν την πραγματική προθυμία πληρωμής, ενώ η τιμή '7' μετριάζει την υποθετική μεροληψία με τη δηλούμενη προθυμία πληρωμής όσων δηλώνουν τιμή βεβαιότητας ίση ή μεγαλύτερη από '7' να είναι πιο κοντά στην πραγματική. Διαφαίνεται, λοιπόν, πως οι περισσότερες έρευνες συγκλίνουν στο '7' ως την καταλληλότερη τιμή διαχωρισμού, προκειμένου μια μελέτη ενδεχόμενης αποτίμησης, η οποία εξετάζει τον βαθμό βεβαιότητας των απαντήσεων αποτίμησης των συμμετεχόντων, να καταλήξει σε αποτελέσματα που βρίσκονται κοντά στην πραγματική προθυμία πληρωμής. Βάσει των παραπάνω αποφασίστηκε στην παρούσα μελέτη να χρησιμοποιηθεί το '7' ως τιμή διαχωρισμού. Οι διαφορές μεταξύ των εκτιμήσεων που αφορούν σε συγκεκριμένες υποομάδες και εκείνων που αφορούν στο σύνολο του δείγματος, εξετάστηκαν με τη χρήση του ελέγχου Mann-Whitney U.

4.3.3.2 Αποτελέσματα εκτίμησης προθυμίας πληρωμής για μια υποθετική θεραπεία και προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής

Κατά τον έλεγχο κανονικότητας, διαπιστώθηκε ότι τόσο η WTP όσο και η WTP per QALY δεν ακολουθούν κανονική κατανομή (Kolmogorov-Smirnov Test, $p=0,00 < 0,05$ και για τις δύο εκτιμήσεις). Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνεται και από τα σχετικά ιστογράμματα (Σχήμα 2^A και 2^B). Όπως φαίνεται, οι WTP και WTP per QALY παρουσίασαν δεξιά ασυμετρία (right skew).



Σχήμα 2. Ιστόγραμμα κατανομής των εκτιμήσεων της προθυμίας πληρωμής (WTP) και της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής (WTP per QALY).

Ο Πίνακας 38 παρουσιάζει τις εκτιμήσεις WTP και WTP per QALY των συμμετεχόντων που ήταν πρόθυμοι να πληρώσουν για την υποθετική θεραπεία και απάντησαν στη σχετική ερώτηση αποτίμησης. Να σημειωθεί ότι για την WTP δίνονται τρεις τιμές: η πρώτη προέρχεται από την κύρια μέθοδο αποτίμησης που υιοθετήθηκε στην παρούσα έρευνα (τεχνική επαναληπτικής υποβολής προσφορών), και οι άλλες δύο από την ερώτηση ανοιχτού τύπου για την εκτίμηση του εύρους της προθυμίας πληρωμής των συμμετεχόντων (ελάχιστη και μέγιστη δηλωθείσα τιμή) για την υποθετική θεραπεία. Η WTP per QALY υπολογίστηκε με βάση τις απαντήσεις των συμμετεχόντων στην κύρια ερώτηση αποτίμησης με την τεχνική της επαναληπτικής υποβολής προσφορών.

Πίνακας 38. Περιγραφικά χαρακτηριστικά εκτιμήσεων WTP και WTP per QALY (N=528).

Μεταβλητή (σε ευρώ)	Μέση Τιμή (Τυπική Απόκλιση)	Διάμεσος (Ενδοταξιακό Εύρος)	Ελάχιστο- Μέγιστο	95% Διάστημα Εμπιστοσύνης
Μηνιαία WTP	439,8 (1.217,4)	64 (240)	1 – 8.192	335,7 – 543,9
Ελάχιστη μηνιαία WTP	63,5 (247,1)	10 (49)	0 – 4.000	42,3 – 84,6
Μέγιστη μηνιαία WTP	310,8 (817,1)	64 (230)	0 – 8.500	240,9 – 380,8
WTP per QALY	26.279,9 (83.547,1)	2.792,7 (14.427,2)	16,9 – 646.736,8	19.135,2 – 33.424,6

Όπως έχει αναφερθεί παραπάνω (§2.2.6.1), όταν χρησιμοποιείται, ως μέθοδος αποτίμησης, η τεχνική της επαναληπτικής υποβολής προσφορών το μέγεθος της προθυμίας πληρωμής επηρεάζεται από το ύψος της προσφερόμενης τιμής εκκίνησης (μεροληψία σημείου εκκίνησης). Στην παρούσα έρευνα, προκειμένου να μετριάσει η μεροληψία του σημείου εκκίνησης, οι συμμετέχοντες εκτέθηκαν τυχαία σε δύο διαφορετικά σημεία εκκίνησης προσφορών (εκκίνηση από τη μέγιστη ή την ελάχιστη προσφερόμενη τιμή). Με αυτόν τον τρόπο ενδέχεται να μετριάστηκε η επίδραση του ύψους της αρχικά προσφερόμενης τιμής στον μέσο όρο της προθυμίας πληρωμής (McNamee et al., 2010). Ωστόσο, αξίζει να σημειωθεί πως οι εκτιμήσεις των WTP και WTP per QALY που προκύπτουν όταν οι προσφερόμενες τιμές στην ερώτηση αποτίμησης της προθυμίας πληρωμής ακολουθούν αυξανόμενη πορεία διαφέρουν στατιστικώς σημαντικά από τις αντίστοιχες που προκύπτουν όταν οι προσφερόμενες τιμές ακολουθούν μειούμενη πορεία. Συγκεκριμένα, ο αριθμητικός μέσος της WTP όταν οι προσφερόμενες τιμές ακολουθούν αυξανόμενη πορεία (εκκίνηση από τη χαμηλότερη τιμή) ήταν €195,1. Αντίστοιχα, για την WTP per QALY ο αριθμητικός μέσος ήταν €13.472,6. Όταν οι προσφερόμενες τιμές στην ερώτηση αποτίμησης ακολουθούν μειούμενη πορεία (εκκίνηση από την υψηλότερη τιμή), ο αριθμητικός μέσος για τις WTP και WTP per QALY ήταν €741,6 και €42.074,9, αντίστοιχα. Ο μη παραμετρικός έλεγχος Mann-Whitney U έδειξε πως οι τιμές τόσο της WTP όσο και της WTP per QALY διαφέρουν σημαντικά ($p=0,000$ και $0,000$, αντίστοιχα) μεταξύ των δύο σημείων εκκίνησης.

Όπως αναφέρθηκε στην §4.3.3.1, εκτός των παραπάνω εκτιμήσεων, η WTP και

η WTP per QALY υπολογίστηκαν και για έναν αριθμό υποομάδων συμμετεχόντων που φέρουν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά. Οι τιμές των WTP και WTP per QALY για τις υποομάδες αυτές παρουσιάζονται στον Πίνακα 39.

Οι κύριες εκτιμήσεις της WTP και WTP per QALY διαφέρουν σε απόλυτες τιμές από τις αντίστοιχες που έχουν υπολογιστεί λαμβάνοντας υπόψη συγκεκριμένες υποομάδες του δείγματος. Πιο συγκεκριμένα, η μέση WTP, όταν λαμβάνονται υπόψη όλοι οι συμμετέχοντες (βασικό εύρημα) ήταν €439,8. Ο αριθμητικός μέσος των WTP_{income} και WTP_{within_range} ήταν €189,0 και €264,8, αντίστοιχα, διαφέροντας σημαντικά από το βασικό εύρημα ($p=0,000$ και $0,000$, αντίστοιχα). Οι αριθμητικοί μέσοι των $WTP_{low_certainty}$ και $WTP_{certainty}$ ήταν €417,7 και €447,9, αντίστοιχα. Οι δύο αυτές εκτιμήσεις δεν διέφεραν σημαντικά μεταξύ τους ($p>0,05$), αλλά ούτε και με το αντίστοιχο βασικό εύρημα της έρευνας ($p>0,05$). Τέλος, η μέση εκτίμηση της $WTP_{income_certainty}$ ήταν μικρότερη, €190,9, μια στατιστικά σημαντική διαφορά από το βασικό εύρημα της έρευνας ($p=0,000$).

Ως προς τις εκτιμήσεις της WTP per QALY, η μέση WTP per QALY ήταν €26.279,9 (βασικό εύρημα). Ο αριθμητικός μέσος των $WTP\ per\ QALY_{income}$ και $WTP\ per\ QALY_{within_range}$ ήταν €11.175,7 και €15.660,1, αντίστοιχα, και διέφερε σημαντικά από το βασικό εύρημα ($p=0,000$ και $0,000$, αντίστοιχα). Οι αριθμητικοί μέσοι των $WTP\ per\ QALY_{low_certainty}$ και $WTP\ per\ QALY_{certainty}$ ήταν €24.951,1 και €26.644,1, αντίστοιχα. Οι δύο αυτές εκτιμήσεις διέφεραν σημαντικά μεταξύ τους ($p=0,023$), χωρίς, ωστόσο, να διαφέρουν από το αντίστοιχο βασικό εύρημα της έρευνας ($p>0,05$). Τέλος, η εκτίμηση $WTP\ per\ QALY_{income_certainty}$ ήταν μικρότερη, €11.003,7, μια στατιστικά σημαντική διαφορά από τη βασική εκτίμηση της έρευνας ($p=0,009$).

Πίνακας 39. Περιγραφικά χαρακτηριστικά των εκτιμήσεων WTP και WTP per QALY για τις επιμέρους υποομάδες συμμετεχόντων.

Μεταβλητή (σε ευρώ)	Μέση Τιμή (Τυπική Απόκλιση)	Διάμεσος (Ενδοταξιακό Εύρος)	Ελάχιστο- Μέγιστο	95% Διάστημα Εμπιστοσύνης
WTP _{income} ^α (N=476)	189,0 (519,4)	64 (240,0)	1,0 – 8.192,0	142,2 – 235,7
WTP per QALY _{income} ^α (N=476)	11.175,7 (38.067,4)	2.526,3 (9.473,7)	16,9 – 646.736,8	7.748,8 – 14.602,6
WTP _{within_range} ^β (N=336)	264,8 (794,0)	32 (120,0)	1,0 – 8.192,0	179,5 – 350,0
WTP per QALY _{within_range} ^β (N=336)	15.660,1 (54.653,4)	1.725,1 (7.822,4)	16,9 – 646.736,8	9.791,8 – 21.528,3
WTP _{low_certainty} ^γ (N=231)	417,7 (1.298,2)	64,0 (204,0)	1,0 – 8.192,0	269,6 – 565,7
WTP per QALY _{low_certainty} ^γ (N=231)	24.951,1 (60.419,9)	6.047,2 (21.643,6)	31,6 – 646.736,8	17.061,8 – 32.840,5
WTP _{certainty} ^δ (N=302)	447,9 (1.025,3)	128,0 (496,0)	1,0 – 8.192,0	314,0 – 581,8
WTP per QALY _{certainty} ^δ (N=302)	26.644,1 (96.598,6)	2.526,3 (9.473,7)	16,9 – 646.736,8	15.629,8 – 37.658,4
WTP _{income_certainty} ^ε (N=280)	190,9 (640,7)	32,0 (112,0)	1,0 – 8.192,0	115,6 – 266,3
WTP per QALY _{income_certainty} ^ε (N=280)	11.003,7 (47.211,4)	1.942,9 (7.519,7)	16,9 – 646.736,8	5.452,1 – 16.555,2

^αWTP_{income} και WTP per QALY_{income}: εκτιμήσεις συμμετεχόντων που δήλωσαν προθυμία πληρωμής ίση ή μικρότερη από το καθαρό μηνιαίο οικογενειακό τους εισόδημα. ^βWTP_{within_range} και WTP per QALY_{within_range}: εκτιμήσεις συμμετεχόντων με προθυμία πληρωμής εντός του εύρους που δόθηκε από τους ίδιους στην ερώτηση ανοιχτού τύπου. ^γWTP_{low_certainty} και WTP per QALY_{low_certainty}: εκτιμήσεις συμμετεχόντων λιγότερο σίγουρων για το ύψος της δηλούμενης προθυμίας πληρωμής. ^δWTP_{certainty} και WTP per QALY_{certainty}: εκτιμήσεις συμμετεχόντων περισσότερο σίγουρων για το ύψος της δηλούμενης προθυμίας πληρωμής. ^εWTP_{income_certainty} και WTP per QALY_{income_certainty}: εκτιμήσεις συμμετεχόντων που δήλωσαν προθυμία πληρωμής ίση ή μικρότερη από το καθαρό μηνιαίο οικογενειακό τους εισόδημα και ήταν περισσότερο σίγουροι για το ύψος αυτής.

Τέλος, να σημειωθεί ότι ο αριθμητικός μέσος των βασικών εκτιμήσεων τόσο της WTP όσο και της WTP per QALY ήταν μεγαλύτερος από τη διάμεσο, υποδεικνύοντας δεξιά ασυμμετρία στην κατανομή τους, και άρα πιθανή ύπαρξη απόμακρων τιμών στις απαντήσεις των συμμετεχόντων. Προκειμένου να εξεταστεί η επίδραση των απόμακρων τιμών, εξαιρέθηκε από το δείγμα το 5% των απόμακρων

παρατηρήσεων (5% trimming) και επανυπολογίστηκαν οι αριθμητικοί μέσοι. Ορίζοντας ως ποσοστό εξαίρεσης απόμακρων παρατηρήσεων το 5%, απομακρύνθηκε το σύνολο των παρατηρήσεων εκείνων όπου η δηλούμενη προθυμία πληρωμής ήταν €1 – οι παρατηρήσεις αυτές (N=13) αντιστοιχούν στο 2,5% των χαμηλότερων τιμών – και το σύνολο των παρατηρήσεων όπου η δηλούμενη προθυμία πληρωμής ήταν €8.192 ή €4.096 – οι παρατηρήσεις αυτές (N=14) αντιστοιχούν περίπου στο 2,5% των υψηλότερων τιμών δηλούμενης προθυμίας πληρωμής. Οι αριθμητικοί μέσοι των WTP και WTP per QALY, μετά τον αποκλεισμό των απόμακρων τιμών, ήταν €265,2 και €14.861,8, αντίστοιχα.

4.3.4 Διερεύνηση καθοριστικών παραγόντων προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής

Η διερεύνηση των καθοριστικών παραγόντων προθυμίας πληρωμής για ένα QALY έγινε μέσω της εξέτασης των ακόλουθων ερευνητικών υποθέσεων:

Υπόθεση 1α: Η ηλικία αποτελεί καθοριστικό παράγοντα της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής.

Υπόθεση 1β: Το φύλο αποτελεί καθοριστικό παράγοντα προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής, με τους άντρες να δηλώνουν υψηλότερη τιμή.

Υπόθεση 1γ: Το μέγεθος του νοικοκυριού αποτελεί καθοριστικό παράγοντα της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής, με τον αριθμό των μελών του νοικοκυριού να παρουσιάζει αρνητική συσχέτιση με το μέγεθός της.

Υπόθεση 1δ: Ο αριθμός των εργαζόμενων μελών του νοικοκυριού αποτελεί καθοριστικό παράγοντα της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής και παρουσιάζει θετική συσχέτιση με το μέγεθός της.

Υπόθεση 1ε: Το επίπεδο εκπαίδευσης αποτελεί καθοριστικό παράγοντα προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής και παρουσιάζει θετική συσχέτιση με το μέγεθός της.

Υπόθεση 1στ: Η επαγγελματική κατάσταση αποτελεί καθοριστικό παράγοντα της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής, με τις διαφορετικές επαγγελματικές κατηγορίες να επηρεάζουν διαφορετικά το μέγεθός της.

Υπόθεση 1ζ: Η οικογενειακή κατάσταση αποτελεί καθοριστικό παράγοντα της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής, με τους έγγαμους να δηλώνουν χαμηλότερη τιμή σε σχέση με τους άγαμους, τους διαζευγμένους, ή τους χήρους.

Υπόθεση 1η: Το ύψος του μηνιαίου οικογενειακού εισοδήματος αποτελεί καθοριστικό παράγοντα προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής και παρουσιάζει θετική συσχέτιση με το μέγεθός της.

4.3.4.1 Οικονομετρική ανάλυση

Ο έλεγχος των παράπων ερευνητικών υποθέσεων πραγματοποιήθηκε μέσω της διαμόρφωσης και της εξέτασης ενός μοντέλου πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης (multiple linear regression). Το γενικό μοντέλο πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης έχει την ακόλουθη μορφή:

$$Y = \beta_0 + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \dots + \beta_k x_k + \varepsilon = \beta_0 + \sum_{i=1}^k \beta_i x_i + \varepsilon \quad (1),$$

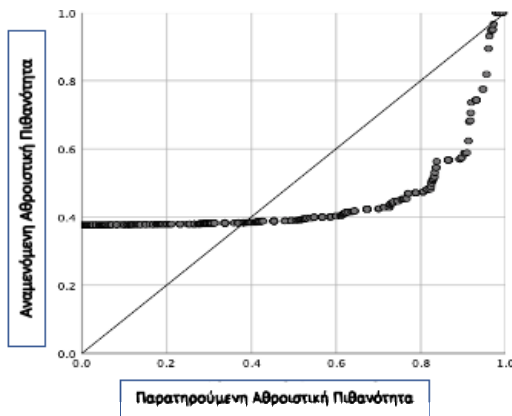
όπου Y η εξαρτημένη μεταβλητή, β_0 η σταθερά, β_i - β_k οι συντελεστές της γραμμικής παλινδρόμησης, x_i - x_k οι ανεξάρτητες μεταβλητές και ε_i το στατιστικό σφάλμα.

Η μεταβλητή «προθυμία πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής (WTP per QALY)» ορίστηκε ως η εξαρτημένη μεταβλητή. Για την επιλογή των

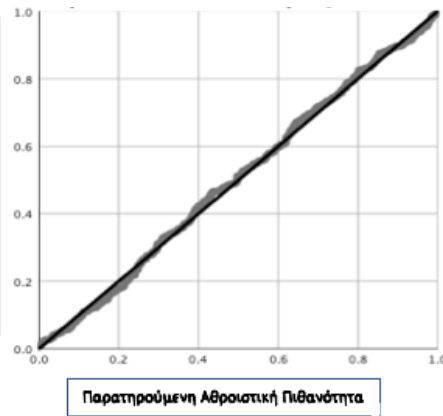
ανεξάρτητων μεταβλητών πραγματοποιήθηκε έλεγχος συσχέτισης των υπό εξέταση παραμέτρων με την WTP per QALY (Spearman, Mann-Whitney U και Kruskal-Wallis H ανάλογα με το είδος της μεταβλητής). Οι μεταβλητές εκείνες που παρουσίασαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την WTP per QALY αποτέλεσαν τις ανεξάρτητες μεταβλητές του οικονομετρικού μοντέλου. Συγκεκριμένα, τα αποτελέσματα των συσχετίσεων αυτών έδειξαν ότι η ηλικία ($p=0,001$), το φύλο ($p=0,014$), η επαγγελματική κατάσταση ($p=0,000$), ο αριθμός των εργαζόμενων μελών του νοικοκυριού ($p=0,020$), η οικογενειακή κατάσταση ($p=0,000$) και το μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα ($p=0,000$) παρουσίασαν συσχέτιση με την εξαρτημένη μεταβλητή WTP per QALY, ενώ η εκπαίδευση ($p=0,223$), το μέγεθος του νοικοκυριού ($p=0,900$), το αν κάποιος πάσχει από κάποια χρόνια πάθηση ($p=0,123$) δεν παρουσίασαν συσχέτιση. Επομένως, στο μοντέλο πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης για την εξέταση των ερευνητικών υποθέσεων 1α-1η (Μοντέλο Α) η ηλικία, το φύλο, η επαγγελματική κατάσταση, ο αριθμός των εργαζόμενων μελών του νοικοκυριού, η οικογενειακή κατάσταση και το μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα ορίστηκαν ως ανεξάρτητες μεταβλητές. Τέλος, να σημειωθεί ότι, με εξαίρεση τη μεταβλητή ηλικία, οι ανεξάρτητες μεταβλητές του μοντέλου δεν παρουσίασαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ τους. Η μεταβλητή ηλικία παρουσίασε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με όλες τις υπόλοιπες ανεξάρτητες μεταβλητές του μοντέλου ($p\text{-values}<0,05$).

Όπως φαίνεται στο διάγραμμα κανονικής πιθανότητας των τυποποιημένων καταλοίπων της παλινδρόμησης (normal probability plot of regression standardized residuals) του Σχήματος 3^A, παραβιάζεται η υπόθεση κανονικότητας της εξαρτημένης μεταβλητής WTP per QALY. Για την αντιμετώπιση του προβλήματος της μη κανονικότητας, η εξαρτημένη μεταβλητή μετασχηματίστηκε στη λογαριθμική κλίμακα (log transformation), όπου $(WTP \text{ per QALY})' = \ln(WTP \text{ per QALY})$. Ο μετασχηματισμός αυτός αποκατέστησε, όπως φαίνεται και στο Σχήμα 3^B την κανονικότητα στην κατανομή.

(A)



(B)



Σχήμα 3. Διαγράμματα κανονικής πιθανότητας τυποποιημένων καταλοίπων παλινδρόμησης (Normal probability plots of regression standardized residuas) για τη μη μετασχηματισμένη (A) και τη λογαριθμικά μετασχηματισμένη (B) εξαρτημένη μεταβλητή ‘προθυμία πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής’.

Στο πλαίσιο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης συγχωνεύτηκαν εκείνες οι κατηγορίες ανεξάρτητων μεταβλητών που εμφάνισαν περιορισμένο αριθμό παρατηρήσεων, προκειμένου να αυξηθεί η αξιοπιστία των στατιστικών συμπερασμάτων. Συγκεκριμένα, στη μεταβλητή «επαγγελματική κατάσταση» συγχωνεύτηκαν οι κατηγορίες «δημόσιος υπάλληλος» και «ιδιωτικός υπάλληλος» σε μια κατηγορία «υπάλληλος». Στη μεταβλητή «οικογενειακή κατάσταση» συγχωνεύτηκαν οι κατηγορίες «διαζευγμένος» και «χήρος» σε μια μια κατηγορία «διαζευγμένος/χήρος». Τέλος, στη μεταβλητή «καθαρό μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα» συγχωνεύτηκαν οι κατηγορίες «€2.001-€2.500» και «Πάνω από €2.500» στην κατηγορία «Πάνω από €2.000». Για την εισαγωγή των ανεξάρτητων κατηγορικών μεταβλητών στην παλινδρόμηση χρησιμοποιήθηκαν ψευδομεταβλητές (dummy variables). Έτσι, για κάθε κατηγορική μεταβλητή μια από τις κατηγορίες της ορίστηκε ως κατηγορία αναφοράς (reference category). Για την κατηγορική μεταβλητή «φύλο», η κατηγορία «άνδρας» ορίστηκε ως κατηγορία αναφοράς. Για την ανεξάρτητη μεταβλητή «επαγγελματική κατάσταση» η κατηγορία «υπάλληλος» ορίστηκε ως κατηγορία αναφοράς. Αντίστοιχα, για την ανεξάρτητη μεταβλητή «οικογενειακή κατάσταση» ορίστηκε η κατηγορία «άγαμος». Τέλος, για την ανεξάρτητη μεταβλητή «μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα» η κατηγορία «μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα κάτω

από €500» ορίστηκε ως κατηγορία αναφοράς. Με βάση τα παραπάνω, η τελική μορφή της εξίσωσης (1) ήταν η ακόλουθη:

$$\begin{aligned}
 \ln(WTP_{perQALY}) &= \beta_0 + \beta_1 x_{\text{Ηλικία}} + \beta_2 x_{\text{Γυναίκα}} + \beta_3 x_{\text{Ελεύθερος επαγγελματίας}} \\
 &+ \beta_4 x_{\text{Συνταξιούχος}} + \beta_5 x_{\text{Φοιτητής}} + \beta_6 x_{\text{Άνεργος}} \\
 &+ \beta_7 x_{\text{Αριθμός εργαζόμενων μελών νοικοκυριού}} + \beta_8 x_{\text{Έγγαμος}} \\
 &+ \beta_9 x_{\text{Διαζευγμένος/χήρος}} + \beta_{10} x_{\text{Οικογενειακό εισόδημα €500–€1.000}} \\
 &+ \beta_{11} x_{\text{Οικογενειακό εισόδημα €1.001–€1.500}} \\
 &+ \beta_{12} x_{\text{Οικογενειακό εισόδημα €1.501–€2.000}} \\
 &+ \beta_{13} x_{\text{Οικογενειακό εισόδημα >€2.000}} + \varepsilon
 \end{aligned}
 \tag{2}$$

Η εξίσωση (2) αποτέλεσε το Μοντέλο Α της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης για την εξέταση των καθοριστικών παραγόντων που επηρεάζουν το μέγεθος της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής.

Τα αποτελέσματα της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης έδειξαν πως το Μοντέλο Α παρουσιάζει ετεροσκεδαστικότητα (Breusch-Pagan/Cook-Weisberg test for heteroskedasticity $p=0,019$). Δεδομένου αυτού του αποτελέσματος, το Μοντέλο Α εξετάστηκε εκ νέου χωρίς την υπόθεση ύπαρξης ομοσκεδαστικότητας χρησιμοποιώντας τον συνεπή εκτιμητή σφαλμάτων ετεροσκεδαστικότητας (Heteroskedasticity-Consistent Error Estimator, HC3) για τους εκτιμηθέντες συντελεστές (Hayes και Cai, 2007). Στην ενότητα των αποτελεσμάτων που ακολουθεί παρουσιάζονται για το Μοντέλο Α τα διορθωμένα, βάσει του συνεπούς εκτιμητή σφαλμάτων ετεροσκεδαστικότητας, αποτελέσματα της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης.

Σε αυτό το σημείο κρίνεται σκόπιμο να σημειωθεί πως η μεταβλητή «ηλικία»

ενδέχεται να σχετίζεται όχι μόνο γραμμικά αλλά και καμπυλόγραμμα με το μέγεθος της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής. Σε αυτήν την περίπτωση μέχρι κάποια ηλικία (π.χ. την ηλικία συνταξιοδότησης) το μέγεθος της προθυμίας πληρωμής αναμένεται να αυξάνεται, ενδεχομένως εξαιτίας των οικονομικών απολαβών που είθισται να αυξάνονται καθώς ωριμάζει ένα άτομο επαγγελματικά, και στη συνέχεια να μειώνεται όσο η ηλικία συνεχίζει να αυξάνεται, ενδεχομένως εξαιτίας της μείωσης που παρατηρείται στο εισόδημα λόγω συνταξιοδότησης ή αυξημένων οικογενειακών αναγκών. Προκειμένου να εξεταστεί αυτή η μη γραμμική σχέση, το μοντέλο της εξίσωσης (2) επανυπολογίστηκε θέτοντας μια επιπλέον ανεξάρτητη μεταβλητή, αυτή του τετραγώνου της ηλικίας («ηλικία²»). Ωστόσο, τα αποτελέσματα της ανάλυσης του μοντέλου έδειξαν πως η μεταβλητή «ηλικία²» δεν επηρεάζει στατιστικώς σημαντικά το μέγεθος της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής (συντελεστής=-0,042, $p=0,355$), κι επομένως, δεν διαφαίνεται κάποια καμπυλόγραμμη σχέση μεταξύ ηλικίας και μεγέθους WTP per QALY. Επίσης, όταν συμπεριλήφθηκε στο μοντέλο η μεταβλητή «ηλικία²» δεν αναδείχθηκε κάποιος επιπλέον καθοριστικός παράγοντας προθυμίας πληρωμής. Με βάση τα παραπάνω, αποφασίστηκε να παρουσιαστούν μόνο τα αποτελέσματα του μοντέλου της εξίσωσης (2), το οποίο δεν λαμβάνει υπόψη του τη μεταβλητή «ηλικία²».

Όπως συζητήθηκε στην προηγούμενη ενότητα (§4.3.3), πέραν της βασικής εκτίμησης, η WTP per QALY έχει εκτιμηθεί και για έναν αριθμό υποομάδων συμμετεχόντων που φέρουν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά ως προς το ύψος της προθυμίας πληρωμής που δηλώνουν, το καθαρό μηνιαίο οικογενειακό τους εισόδημα και τη βεβαιότητα τους για τη δηλούμενη προθυμία πληρωμής. Με βάση τις εκτιμήσεις της WTP per QALY για τις επιμέρους αυτές υποομάδες (Συμμετέχοντες_{income}, Συμμετέχοντες_{within_range}, Συμμετέχοντες_{certainty}, Συμμετέχοντες_{income_certainty}), το Μοντέλο A επανυπολογίστηκε τέσσερις φορές λαμβάνοντας κάθε φορά υπόψη ως εξαρτημένη μεταβλητή έναν από τους ακόλουθους νεπέριους λογαρίθμους: $\ln(\text{WTP per QALY}_{\text{income}})$, $\ln(\text{WTP per QALY}_{\text{within_range}})$, $\ln(\text{WTP per QALY}_{\text{certainty}})$ και $\ln(\text{WTP per QALY}_{\text{income_certainty}})$ (Μοντέλο A_{income} , Μοντέλο $A_{\text{within_range}}$, Μοντέλο $A_{\text{certainty}}$ και Μοντέλο $A_{\text{income_certainty}}$, αντίστοιχα).

4.3.4.2 Αποτελέσματα οικονομετρικής ανάλυσης

Ο Πίνακας 40 παρουσιάζει τα αποτελέσματα της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης (Μοντέλο Α) με την οποία εξετάστηκαν οι καθοριστικοί παράγοντες που επηρεάζουν το μέγεθος της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής (WTP per QALY). Να σημειωθεί ότι στον πίνακα δίνονται τα αποτελέσματα για εκείνες μόνο τις ανεξάρτητες μεταβλητές που η παλινδρόμηση υπέδειξε πως έχουν στατιστικά σημαντική επίδραση στην εξαρτημένη μεταβλητή WTP per QALY. Επιπλέον, οι τιμές που παρουσιάζονται αφορούν στα αποτελέσματα μετά την επανεκτίμηση του μοντέλου χρησιμοποιώντας τον συνεπή εκτιμητή σφαλμάτων ετεροσκεδαστικότητας (Heteroskedasticity-Consistent Error Estimator, HC3).

Πίνακας 40. Αποτελέσματα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης για την εξέταση των καθοριστικών παραγόντων που επηρεάζουν το μέγεθος της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής (WTP per QALY) (Μοντέλο Α).

Μοντέλο Α ^α Εξαρτημένη μεταβλητή ln(WTP per QALY)				
Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής	Τυπικό σφάλμα (HC3)	95% Διαστήμα Εμπιστοσύνης	p-value
Σταθερά	8,285	0,547	7,211 – 9,359	0,000
Ελεύθερος επαγγελματίας ^β	1,174	0,402	0,384 – 1,963	0,004
Έγγαμος ^γ	-0,523	0,245	-1,208 – -0,017	0,042
Καθαρό μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα €1.501- €2.000 ^δ	0,857	0,419	0,034 – 1,680	0,041
Καθαρό μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα πάνω από €2.000	1,135	0,462	0,226 – 2,043	0,014
R² 0,101, F(13,491)=2,40 (p=0,004)				

^αΔίνονται οι διορθωμένες τιμές μετά την επανεκτίμηση του μοντέλου χρησιμοποιώντας τον συνεπή εκτιμητή σφαλμάτων που λαμβάνει υπόψη την ετεροσκεδαστικότητα (Heteroskedasticity-Consistent Error Estimator, HC3). ^βΗ κατηγορία «υπάλληλος» ορίστηκε ως κατηγορία αναφοράς. ^γΗ κατηγορία «άγαμος» ορίστηκε ως κατηγορία αναφοράς. ^δΗ κατηγορία «μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα κάτω από €500» ορίστηκε ως κατηγορία αναφοράς.

Για το Μοντέλο Α, λοιπόν, 4 μεταβλητές παρουσίασαν στατιστικά σημαντική επίδραση στο WTP per QALY. Έτσι, η εξίσωση (2) πήρε την ακόλουθη τελική μορφή:

$$\begin{aligned}
\ln(WTP_{perQALY}) &= 8,285 + 1,174x_{\text{Ελεύθερος επαγγελματίας}} - 0,523x_{\text{Έγγαμος}} \\
&+ 0,857x_{\text{Οικογενειακό εισόδημα €1.501-€2.000}} \\
&+ 1,135x_{\text{Οικογενειακό εισόδημα >€2.000}}
\end{aligned}
\tag{3}$$

όπου:

$x_{\text{Ελεύθερος επαγγελματίας}} = 1$ όταν κάποιος είναι ελεύθερος επαγγελματίας,

$x_{\text{Έγγαμος}} = 1$ όταν κάποιος είναι έγγαμος,

$x_{\text{Οικογενειακό εισόδημα €1.501-€2.000}} = 1$ όταν κάποιος έχει οικογενειακό εισόδημα €1.501-€2.000,

$x_{\text{Οικογενειακό εισόδημα >€2.000}} = 1$ όταν κάποιος έχει οικογενειακό εισόδημα μεγαλύτερο από €2.000.

Το να είναι κάποιος ελεύθερος επαγγελματίας ($p=0,004$), έγγαμος ($p=0,042$), καθώς και οι κατηγορίες καθαρού μηνιαίου οικογενειακού εισοδήματος €1.501-€2.000 και πάνω από €2.000 ($p=0,041$ και $p=0,014$, αντίστοιχα) φαίνεται να επηρεάζουν την WTP per QALY. Πιο συγκεκριμένα, οι ελεύθεροι επαγγελματίες δήλωσαν μεγαλύτερη WTP per QALY κατά 225% ($e^{1,174}=3,25$) σε σχέση με τους υπαλλήλους (δημόσιους/ιδιωτικούς). Οι έγγαμοι δήλωσαν μικρότερη WTP per QALY κατά 41% σε σχέση με τους άγαμους. Όσοι έχουν μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα €1.501-€2.000 και πάνω από €2.000 δήλωσαν υψηλότερη WTP per QALY κατά 136% και 211%, αντίστοιχα, σε σχέση με όσους έχουν μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα κάτω από €500. Η ηλικία, ο αριθμός των εργαζόμενων μελών του νοικοκυριού και η οικογενειακή κατάσταση δεν φάνηκε να επηρεάζουν σημαντικά την WTP per QALY. Επιπλέον, αξίζει να σημειωθεί πως οι ελεύθεροι επαγγελματίες δήλωσαν μέση WTP per QALY €28.112, η οποία σε απόλυτη τιμή ήταν υψηλότερη από τη μέση WTP per QALY που δήλωσαν οι δημόσιοι/ιδιωτικοί υπάλληλοι (€16.420). Οι έγγαμοι δήλωσαν

μέση WTP per QALY €22.103, η οποία ήταν χαμηλότερη από τη μέση WTP per QALY που δήλωσαν οι άγαμοι (€36.173). Αντίστοιχα, για τους συμμετέχοντες με καθαρό μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα κάτω από €500 η μέση δηλούμενη τιμή για την WTP per QALY ήταν σαφώς χαμηλότερη (€7.453) σε σύγκριση με αυτήν που δήλωσαν όσοι είχαν εισόδημα €1.501-€2.000 (€28.717) ή μεγαλύτερο από €2.000 (€50.196).

Η εξαρτημένη μεταβλητή του Μοντέλου Α παρουσιάζει, όπως αναφέρθηκε στην προηγούμενη ενότητα (§4.3.3), δεξιά ασυμμετρία, γεγονός που υποδηλώνει την ύπαρξη απόμακρων τιμών. Αποφασίστηκε, λοιπόν, να επανεκτιμηθεί το Μοντέλο Α μετά την αφαίρεση του 5% των απόμακρων τιμών από τα δεδομένα (5% trimming). Η προσέγγιση αυτή οδήγησε σε ένα σωστά προσδιορισμένο μοντέλο (Ramsey RESET test for misspecification, $p=0,477$), χωρίς ετεροσκεδαστικότητα ($p=0,320$). Το 16,6%, της μεταβλητότητας της εξαρτημένης μεταβλητής $\ln(\text{WTP per QALY})$ ερμηνεύεται από το Μοντέλο Α όταν δεν λαμβάνονται υπόψη οι απόμακρες τιμές. Στην ανάλυση αυτή, κατά την οποία εξαιρέθηκαν από το δείγμα οι απόμακρες τιμές, οι ανεξάρτητες μεταβλητές «ελεύθερος επαγγελματίας» (συντελεστής=0,435, $p=0,044$), «έγγαμος» (συντελεστής=-0,522, $p=0,030$), «καθαρό μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα €1.501-€2.000» (συντελεστής=1,149, $p=0,009$) και «καθαρό μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα πάνω από €2.000» (συντελεστής=1,285, $p=0,000$) αποτέλεσαν τους καθοριστικούς παράγοντες επίδρασης της WTP per QALY. Σε αυτό το σημείο πρέπει να σημειωθεί πως η αρνητική τιμή στον συντελεστή παλινδρόμησης της ανεξάρτητης μεταβλητής «έγγαμος» στα αποτελέσματα και των παραπάνω δύο προσεγγίσεων υποδεικνύει πως οι έγγαμοι δηλώνουν μικρότερη WTP per QALY σε σχέση με τους άγαμους.

Οι Πίνακας 41 και 42 παρουσιάζουν τα αποτελέσματα των επιμέρους οικονομετρικών αναλύσεων που πραγματοποιήθηκαν στο πλαίσιο της επανεκτίμησης του Μοντέλου Α για τις τέσσερις υποομάδες συμμετεχόντων (Συμμετέχοντες_{income}, Συμμετέχοντες_{within_range}, Συμμετέχοντες_{certainty}, Συμμετέχοντες_{income_certainty}). Στον πίνακα δίνονται τα αποτελέσματα για εκείνες μόνο τις ανεξάρτητες μεταβλητές που τα αποτελέσματα της παλινδρόμησης έδειξαν πως έχουν στατιστικά σημαντική επίδραση στην εξαρτημένη μεταβλητή.

Πίνακας 41. Αποτελέσματα επανεκτίμησης του μοντέλου πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης για τις υποομάδες συμμετεχόντων Συμμετέχοντες_{income} και Συμμετέχοντες_{within_range}.

Μοντέλο A _{income} ^α				
Εξαρτημένη μεταβλητή ln(WTP per QALY _{income})				
Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής	Τυπικό σφάλμα	95% Διάστημα Εμπιστοσύνης	p-value
Σταθερά	8,083	0,490	7,120-9,046	0,000
Καθαρό μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα €500-€1,000*	0,661	0,291	0,090-1,233	0,023
Καθαρό μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα €1,501-€2,000	1,192	0,352	0,501-1,884	0,001
Καθαρό μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα πάνω από €2,000	1,736	0,359	1,030-2,442	0,000
Adjusted R ² 0,161, F(13,451)=3,32 (p=0,000), Breusch-Pagan/Cook-Weisberg test for heteroskedasticity p=0,567, Ramsey RESET test for misspecification p=0,146				
Μοντέλο A _{within_range} ^β				
Εξαρτημένη μεταβλητή ln(WTP per QALY _{within_range})				
Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής	Τυπικό σφάλμα	95% Διάστημα Εμπιστοσύνης	p-value
Σταθερά	8,600	0,628	7,365 – 9,835	0,000
Έγγαμος**	-0,880	0,281	-1,434 – -0,326	0,002
Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα €1,501- €2,000	1,103	0,458	0,202 – 2,005	0,017
Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα πάνω από €2,000	1,136	0,497	0,157 – 2,115	0,023
Adjusted R ² 0,103, F(13,298)=3,73 (p=0,000), Breusch-Pagan/Cook-Weisberg test for heteroskedasticity p=0,127, Ramsey RESET test for misspecification p=0,386				

*Η κατηγορία «μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα κάτω από €500» ορίστηκε ως κατηγορία αναφοράς. **Η κατηγορία «αγαμος» ορίστηκε ως κατηγορία αναφοράς.

^αΜοντέλο A_{income}: η εξαρτημένη μεταβλητή ln(WTP per QALY_{income}) υπολογίστηκε λαμβάνοντας υπόψη εκτιμήσεις συμμετεχόντων (Συμμετέχοντες_{income}) που δήλωσαν προθυμία πληρωμής ίση ή μικρότερη από το καθαρό μηνιαίο οικογενειακό τους εισόδημα. ^βΜοντέλο A_{within_range}: η εξαρτημένη μεταβλητή ln(WTP per QALY_{within_range}) υπολογίστηκε λαμβάνοντας υπόψη εκτιμήσεις συμμετεχόντων (Συμμετέχοντες_{within_range}) με προθυμία πληρωμής με βάση την τεχνική της επαναληπτικής υποβολής προσφορών, εντός του εύρους που δόθηκε από τους ίδιους στην ερώτηση αποτίμησης ανοιχτού τύπου.

Πίνακας 42. Αποτελέσματα επανεκτίμησης του μοντέλου πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης για τις υποομάδες συμμετεχόντων Συμμετέχοντες_{certainty} και Συμμετέχοντες_{income_certainty}.

Μοντέλο A _{certainty} ^α Εξαρτημένη μεταβλητή ln(WTP per QALY _{certainty})				
Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής	Τυπικό σφάλμα	95% Διάστημα Εμπιστοσύνης	p-value
Σταθερά	8,356	0,578	7,217-9,494	0,000
Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα €1,501- €2,000*	0,989	0,455	0,093-1,885	0,031
Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα πάνω από €2,000	1,625	0,472	0,695-2,555	0,001
Adjusted R ² 0,105, F(13,270)=3,57 (p=0,000), Breusch-Pagan/Cook-Weisberg test for heteroskedasticity p=0,221, Ramsey RESET test for misspecification p=0,261				
Μοντέλο A _{income_certainty} ^β Εξαρτημένη μεταβλητή ln(WTP per QALY _{income_certainty})				
Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής	Τυπικό σφάλμα	95% Διάστημα Εμπιστοσύνης	p-value
Σταθερά	8,547	0,618	7,330 – 9,765	0,000
Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα €1,501- €2,000	1,307	0,437	0,446 – 2,167	0,003
Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα πάνω από €2,000	1,997	0,467	1,077 – 2,917	0,000
Adjusted R ² 0,092, F(13,255)=3,09 (p=0,000), Breusch-Pagan/Cook-Weisberg test for heteroskedasticity p=0,445, Ramsey RESET test for misspecification p=0,437				

*Η κατηγορία «μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα κάτω από €500» ορίστηκε ως κατηγορία αναφοράς.

^αΜοντέλο A_{certainty}: η εξαρτημένη μεταβλητή ln(WTP per QALY_{certainty}) υπολογίστηκε λαμβάνοντας υπόψη εκτιμήσεις συμμετεχόντων (Συμμετέχοντες_{certainty}) περισσότερο σίγουρων για το ύψος της δηλούμενης προθυμίας πληρωμής. ^βΜοντέλο A_{income_certainty}: η εξαρτημένη μεταβλητή ln(WTP per QALY_{income_certainty}) υπολογίστηκε λαμβάνοντας υπόψη εκτιμήσεις συμμετεχόντων (Συμμετέχοντες_{income_certainty}) που δήλωσαν προθυμία πληρωμής ίση ή μικρότερη από το καθαρό μηνιαίο οικογενειακό τους εισόδημα και ήταν περισσότερο σίγουροι για το ύψος αυτής.

Τα αποτελέσματα των επιμέρους αυτών αναλύσεων έδειξαν πως το 16,1%, το 10,3%, το 10,5% και το 9,2%, της μεταβλητότητας της εξαρτημένης μεταβλητής ln(WTP per QALY) ερμηνεύεται από το το Μοντέλο A_{income}, το Μοντέλο A_{within_range}, το Μοντέλο A_{certainty} και το Μοντέλο A_{income_certainty}, αντίστοιχα. Σε αυτές τις επιμέρους αναλύσεις, οι καθοριστικοί παράγοντες που φάνηκαν να επηρεάζουν το μέγεθος της WTP per QALY ήταν το μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα και η οικογενειακή κατάσταση «έγγαμος» (μόνο για το Μοντέλο A_{within_range}). Στις αναλύσεις αυτές η επίδραση του

εισοδήματος στο μέγεθος της WTP per QALY έχει την ίδια κατεύθυνση με αυτήν στο βασικό μοντέλο, δηλαδή μεγαλύτερο οικογενειακό εισόδημα συνδέεται με μεγαλύτερη WTP per QALY. Αντίστοιχα, η επίδραση της οικογενειακής κατάστασης «έγγαμος» στο μέγεθος της WTP per QALY έχει, επίσης, την ίδια κατεύθυνση, δηλαδή αν κάποιος είναι έγγαμος δηλώνει μικρότερη σε μέγεθος WTP per QALY σε σύγκριση με το αν είναι άγαμος

Με βάση όλα τα παραπάνω απορρίπτονται οι υποθέσεις 1α-1ε καθώς οι καθοριστικοί παράγοντες που εξετάζουν (ηλικία, φύλο, μέγεθος νοικοκυριού, αριθμό εργαζόμενων μελών, επίπεδο εκπαίδευσης) δεν επηρεάζουν σημαντικά το μέγεθος της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής. Ωστόσο, τα αποτελέσματα των γραμμικών παλινδρομήσεων που πραγματοποιήθηκαν τόσο για το σύνολο του δείγματος όσο και για επιμέρους ομάδες συμμετεχόντων οδηγούν σε αποδοχή των υποθέσεων 1στ («Η επαγγελματική κατάσταση αποτελεί καθοριστικό παράγοντα της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής, με τις διαφορετικές επαγγελματικές κατηγορίες να επηρεάζουν διαφορετικά το μέγεθός της»), 1ζ («Η οικογενειακή κατάσταση αποτελεί καθοριστικό παράγοντα της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής, με τους έγγαμους να δηλώνουν χαμηλότερη τιμή σε σχέση με τους άγαμους, τους διαζευγμένους, ή τους χήρους»), και 1η («Το ύψος του μηνιαίου οικογενειακού εισοδήματος αποτελεί καθοριστικό παράγοντα της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής και παρουσιάζει θετική συσχέτιση με το μέγεθός της»). Συγκεκριμένα, η ανάλυση έδειξε πως οι ελεύθεροι επαγγελματίες δήλωσαν υψηλότερη τιμή προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής, ενώ οι έγγαμοι δήλωσαν, αντίθετα, μικρότερο μέγεθος (αρνητικό πρόσημο συντελεστή παλινδρόμησης). Τέλος, όσο μεγαλύτερο είναι το οικογενειακό εισόδημα τόσο μεγαλύτερο είναι και το μέγεθος της δηλούμενης προθυμίας πληρωμής (θετική συσχέτιση).

4.3.5 Διερεύνηση κινήτρων ως προς το μέγεθος της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής

Η διερεύνηση των κινήτρων των συμμετεχόντων ως προς το μέγεθος της δηλούμενης προθυμίας πληρωμής έγινε μέσω της εξέτασης των ακόλουθων ερευνητικών υποθέσεων:

Υπόθεση 2α: Η αδυναμία ενός ατόμου να καλύψει τις βασικές ανάγκες του νοικοκυριού του παρουσιάζει αρνητική συσχέτιση με το μέγεθος της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής.

Υπόθεση 2β: Η αδυναμία ενός ατόμου να καλύψει τις φορολογικές ανάγκες του νοικοκυριού του παρουσιάζει αρνητική συσχέτιση με το μέγεθος της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής.

Υπόθεση 2γ: Τα άτομα που θεωρούν πως, παρά το γεγονός ότι δεν έχουν απόλυτη υγεία, δε χρειάζονται άμεσα την υποθετική θεραπεία δηλώνουν χαμηλότερη τιμή προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής.

4.3.5.1 Στατιστική ανάλυση

Τα κίνητρα των συμμετεχόντων ως προς το μέγεθος της δηλούμενης προθυμίας πληρωμής εξετάστηκαν μέσω τριών προδιατυπωμένων φράσεων. Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να δηλώσουν τον βαθμό συμφωνίας (μεγάλος/μέτριος/μικρός/καθόλου) με κάθε μια από τις τρεις αυτές φράσεις. Ο έλεγχος των υποθέσεων για τη διερεύνηση των κινήτρων των συμμετεχόντων έγινε με την ανάλυση διασποράς (ANOVA). Για την επιλογή των μεταβλητών που λήφθηκαν υπόψη στην ανάλυση προηγήθηκε έλεγχος Kruskal-Wallis Η προκειμένου να διερευνηθεί κατά πόσο διαφέρει το ύψος της WTP per QALY μεταξύ των διαφορετικών επιπέδων συμφωνίας με την εκάστοτε φράση.

Με βάση τα αποτελέσματα του ελέγχου αυτού μόνο οι δύο από τις τρεις προδιατυπωμένες φράσεις κινήτρων ως προς το μέγεθος της δηλούμενης προθυμίας

πληρωμής ορίστηκαν ως μεταβλητές στην ανάλυση ANOVA για τον έλεγχο των ερευνητικών αυτών υποθέσεων. Η φράση «Γ_M: Δεν είμαι διατεθειμένος να πληρώσω περισσότερα γιατί δεν ξέρω σίγουρα εάν μου χρειάζεται η συγκεκριμένη θεραπεία» δεν παρουσίασε συσχέτιση με την WTP per QALY ($p=0,740$). Ως προς τις υποθέσεις για την πραγματοποίηση της ανάλυσης ANOVA πρέπει να σημειωθεί ότι υπήρχε ομοιογένεια στη διασπορά των μεταβλητών (ομοιογένεια των διακυμάνσεων, Levene's test for equality of variances, $p=0,301>0,05$). Ωστόσο, η υπόθεση μη παρουσίας απόμακρων τιμών παραβιάστηκε, ακόμα και μετά τον λογαριθμικό μετασχηματισμό της εξαρτημένης μεταβλητής. Αυτό οδήγησε σε αφαίρεση των απόμακρων παρατηρήσεων από το δείγμα (5% trimming approach) και πραγματοποίηση της ανάλυσης ANOVA για το περικομμένο δείγμα. Τέλος, δεδομένου ότι δεν είχαμε συγκεκριμένες υποθέσεις για τις διαφορές μεταξύ των κατηγοριών της υπό εξέταση ανεξάρτητης μεταβλητής, διερευνήθηκαν όλες οι πιθανές ζευγαρωτές συγκρίσεις (pairwise comparisons) με το Tukey post hoc test.

4.3.5.2 Αποτελέσματα στατιστικής ανάλυσης

Τα αποτελέσματα της ανάλυσης ANOVA έδειξαν ότι η WTP per QALY διαφέρει σημαντικά μεταξύ των διαφορετικών επιπέδων συμφωνίας με την αδυναμία ενός ατόμου να καλύψει βασικές ανάγκες της οικογένειάς του (προδιατυπωμένη φράση κινήτρων A_M) ως κίνητρο που επηρεάζει το μέγεθος της προθυμίας πληρωμής ($F(3,497)=6,965$, $p=0,001$, $\eta^2=0,030$). Με βάση τα αποτελέσματα της ανάλυσης Tukey post hoc, η μόνη στατιστικά σημαντική διαφορά της μέσης WTP per QALY ήταν μεταξύ όσων συμφωνούν σε μεγάλο βαθμό με την προδιατυπωμένη φράση A_M και όσων δεν συμφωνούν καθόλου ($p=0,004$) – οι συμμετέχοντες που συμφωνούν σε μεγάλο βαθμό δήλωσαν χαμηλότερη μέση WTP per QALY κατά 144% ($e^{0,8934}=2,44$, 95% CI: 25%-378%) σε σχέση με αυτούς που δεν συμφωνούν καθόλου. Να σημειωθεί ότι σε απόλυτη τιμή όσοι συμφωνούν σε μεγάλο βαθμό με τη φράση A_M δήλωσαν μικρότερη μέση WTP per QALY σε σχέση με όσους δεν συμφωνούν καθόλου (€24.923 έναντι €27.362, αντίστοιχα).

Αντίστοιχα, η WTP per QALY διαφέρει σημαντικά μεταξύ των διαφορετικών

επιπέδων συμφωνίας με την αδυναμία ενός ατόμου να καλύψει τις φορολογικές απαιτήσεις (προδιατυπωμένη φράση κινήτρων B_M) ως κίνητρο που επηρεάζει το μέγεθος της προθυμίας πληρωμής ($F(3,495)=2,995$, $p=0,030$, $\eta^2=0,016$). Η ανάλυση Tukey post hoc έδειξε ότι η μόνη στατιστικά σημαντική διαφορά της μέσης WTP per QALY ήταν μεταξύ όσων συμφωνούν σε μεγάλο βαθμό με την προδιατυπωμένη φράση B_M και όσων δεν συμφωνούν καθόλου ($p=0,025$) – οι συμμετέχοντες που συμφωνούν σε μεγάλο βαθμό δήλωσαν χαμηλότερη μέση WTP per QALY κατά 102% (95% CI: 7%-282%) σε σχέση με αυτούς που δεν συμφωνούν καθόλου. Να σημειωθεί ότι σε απόλυτη τιμή όσοι συμφωνούν σε μεγάλο βαθμό με τη φράση B_M δήλωσαν μικρότερη μέση WTP per QALY σε σχέση με όσους δεν συμφωνούν καθόλου (€23.742 έναντι €25.876, αντίστοιχα).

Η προδιατυπωμένη φράση κινήτρων Γ_M με την οποία εξετάστηκε η υπόθεση 2γ δεν παρουσίασε συσχέτιση με την WTP per QALY κατά τον αρχικό έλεγχο συσχέτισης. Επομένως, δεν πραγματοποιήθηκε περαιτέρω ανάλυση για τον έλεγχο της επίδρασης αυτής της μεταβλητής στην WTP per QALY.

Με βάση όλα τα παραπάνω γίνονται αποδεκτές οι υποθέσεις 2α και 2β καθώς μεγαλύτερος βαθμός συμφωνίας με την αδυναμία ενός ατόμου να καλύψει τις βασικές ή φορολογικές ανάγκες του νοικοκυριού του ως κίνητρο που επηρεάζει την WTP per QALY, συνδέεται με χαμηλότερο μέγεθος προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής. Τέλος, με βάση τα αποτελέσματα του αρχικού ελέγχου συσχέτισης απορρίπτεται η υπόθεση 2γ.

4.3.6 Διερεύνηση επίδρασης ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υγειονομικές υπηρεσίες στο μέγεθος της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής

Η διερεύνηση της επίδρασης του βαθμού ικανοποίησης από το ΕΣΥ και της στάσης ενός ατόμου απέναντι στην ισότητα πρόσβασης και την ποιότητα των χρηματοδοτούμενων από το κράτος ή την υποχρεωτική ασφάλιση υγειονομικών υπηρεσιών έγινε μέσω της εξέτασης των ακόλουθων ερευνητικών υποθέσεων:

Υπόθεση 3α: Ο βαθμός ικανοποίησης ενός ατόμου από το ΕΣΥ παρουσιάζει αρνητική συσχέτιση με το μέγεθος της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής.

Υπόθεση 3β: Η ικανοποίηση ενός ατόμου από την ισότητα πρόσβασης που έχουν οι Έλληνες πολίτες στις δημόσιες υγειονομικές υπηρεσίες ή στις υπηρεσίες που πληρώνει το ταμείο τους παρουσιάζει αρνητική συσχέτιση με το μέγεθος της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής.

Υπόθεση 3γ: Η αρνητική στάση ενός ατόμου απέναντι στην ποιότητα των δημόσιων υγειονομικών υπηρεσιών ή των υπηρεσιών που πληρώνουν τα ασφαλιστικά ταμεία σχετίζεται με μεγαλύτερο μέγεθος προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής.

4.3.6.1 Στατιστική ανάλυση

Ο βαθμός ικανοποίησης από το ΕΣΥ εξετάστηκε μέσω μιας κλίμακας από το 0 έως το 10. Η εξέταση, λοιπόν, της υπόθεσης 3α έγινε με τον έλεγχο συσχέτισης του Spearman (Spearman's correlation) για τη διερεύνηση της συσχέτισης της WTP per QALY με τον βαθμό ικανοποίησης από το ΕΣΥ. Η αξιολόγηση της στάσης των συμμετεχόντων απέναντι στις χρηματοδοτούμενες από το κράτος ή την υποχρεωτική ασφάλιση υγειονομικές υπηρεσίες έγινε μέσω τριών προδιατυπωμένων φράσεων, για κάθε μια από τις οποίες οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να δηλώσουν τον βαθμό

συμφωνίας (μεγάλος/μέτριος/μικρός/καθόλου). Η εξέταση των υποθέσεων 3β και 3γ που σχετίζονται με αυτές τις τρεις φράσεις έγινε με τον έλεγχο Kruskal-Wallis H για τη διερεύνηση των διαφορών της διαμέσου της WTP per QALY στα τέσσερα επίπεδα συμφωνίας της εκάστοτε προδιατυπωμένης φράσης.

4.3.6.2 Αποτελέσματα στατιστικής ανάλυσης

Τα αποτελέσματα της παραπάνω ανάλυσης οδήγησαν σε απόρριψη των υποθέσεων 3α-3γ, καθώς ο βαθμός ικανοποίησης ενός ατόμου από τις παρεχόμενες υγειονομικές υπηρεσίες του ΕΣΥ, η ικανοποίηση από την ισότητα πρόσβασης των Ελλήνων πολιτών στις δημόσιες υγειονομικές υπηρεσίες ή τις υπηρεσίες που πληρώνουν τα ασφαλιστικά ταμεία, και η στάση ενός ατόμου απέναντι στην ποιότητα των παραπάνω υγειονομικών υπηρεσιών δεν φάνηκε να συσχετίζονται με το μέγεθος της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής (p -values>0,05).

4.3.7 Διερεύνηση επίδρασης της χρησιμοποίησης των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών στο μέγεθος της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής

Η διερεύνηση της επίδρασης του βαθμού χρησιμοποίησης των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών και της προσωπικής εκτίμησης πρόσβασης σε αυτές έγινε με την εξέταση των ακόλουθων ερευνητικών υποθέσεων:

Υπόθεση 4α: Ο βαθμός χρησιμοποίησης του συστήματος υγείας παρουσιάζει θετική συσχέτιση με το μέγεθος της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής.

Υπόθεση 4β: Η ευκολία πρόσβασης ενός ατόμου στις δημόσιες υγειονομικές υπηρεσίες ή στις υπηρεσίες που πληρώνει το ασφαλιστικό του ταμείο παρουσιάζει αρνητική συσχέτιση με το μέγεθος της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής.

4.3.7.1 Στατιστική ανάλυση

Η εξέταση των παραπάνω ερευνητικών υποθέσεων έγινε με τον έλεγχο συσχέτισης του Spearman (Spearman's correlation) για τη διερεύνηση της συσχέτισης της WTP per QALY με τον βαθμό χρησιμοποίησης των δομών υγείας και με τον έλεγχο Kruskal-Wallis H για τη διερεύνηση της σχέσης της WTP per QALY με τα τέσσερα επίπεδα πρόσβασης (πολύ εύκολη/εύκολη/δύσκολη/πολύ δύσκολη) στις χρηματοδοτούμενες από το κράτος ή την υποχρεωτική ασφάλιση υγειονομικές υπηρεσίες. Τον έλεγχο Kruskal-Wallis H ακολούθησε διερεύνηση όλων των πιθανών ζευγαρωτών συγκρίσεων (pairwise comparisons) (post hoc analysis, Bonferroni correction, στατιστικά σημαντική διαφορά όταν $p\text{-value} < 0,0083$).

4.3.7.2 Αποτελέσματα στατιστικής ανάλυσης

Με βάση την παραπάνω ανάλυση, οι μεταβλητές με τις οποίες εξετάστηκε ο βαθμός χρησιμοποίησης δομών υγείας (αριθμός επισκέψεων σε υγειονομικές δομές με ή χωρίς πληρωμή) δεν εμφάνισαν συσχέτιση με την εξαρτημένη μεταβλητή WTP per QALY ($p=0,776$ και $0,141$, για υγειονομικές δομές με ή χωρίς πληρωμή, αντίστοιχα). Αντίθετα, ο έλεγχος Kruskal-Wallis H έδειξε πως η διάμεσος της WTP per QALY διαφέρει στατιστικώς σημαντικά μεταξύ των τεσσάρων επιπέδων πρόσβασης ενός ατόμου στις χρηματοδοτούμενες από το κράτος ή την υποχρεωτική ασφάλιση υγειονομικές υπηρεσίες ($p=0,026$). Ο έλεγχος των πιθανών ζευγαρωτών συγκρίσεων που ακολούθησε έδειξε πως η διάμεσος της WTP per QALY διαφέρει σημαντικά ($p=0,003 < 0,0083$) μεταξύ της 'πολύ δύσκολης πρόσβασης' (€2.526) και της 'εύκολης πρόσβασης' (€5.042). Τα παραπάνω αποτελέσματα οδηγούν σε απόρριψη τόσο της υπόθεσης 4α όσο και της 4β.

4.3.8 Διερεύνηση επίδρασης προσωπικής εμπειρίας με σοβαρή ασθένεια και προσωπικών υγιεινών συνηθειών στο μέγεθος της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής

Η διερεύνηση της επίδρασης της προσωπικής εμπειρίας με μια σοβαρή ασθένεια και των προσωπικών υγιεινών συνηθειών έγινε με την εξέταση των ακόλουθων ερευνητικών υποθέσεων:

Υπόθεση 5: Η προσωπική εμπειρία ενός ατόμου με μια σοβαρή ασθένεια παρουσιάζει θετική συσχέτιση με το μέγεθος της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής.

Υπόθεση 6: Οι προσωπικές υγιεινές συνήθειες ενός ατόμου παρουσιάζουν θετική συσχέτιση με το μέγεθος της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής.

4.3.8.1 Στατιστική ανάλυση

Η εξέταση της ερευνητικής υπόθεσης 5 έγινε με τον έλεγχο Kruskal-Wallis H, όπου εξετάστηκαν οι διαφορές της διαμέσου της WTP per QALY μεταξύ των διαφορετικών επιπέδων εμπειρίας ενός ατόμου με μια σοβαρή ασθένεια (μεγάλη/μικρή/καμία). Η ερευνητική υπόθεση 6 εξετάστηκε μέσω της διερεύνησης των διαφορών της διαμέσου της WTP per QALY μεταξύ: α) των διαφορετικών βαθμών υιοθέτησης υγιεινών συνηθειών που σχετίζονται με διατροφή, άσκηση, καταχρήσεις, επισκέψεις σε ιατρό (μεγάλος/μέτριος/μικρός/καθόλου) (έλεγχος Kruskal-Wallis H), β) των διαφορετικών συχνοτήτων άσκησης (καθημερινά/1-3 φορές την εβδομάδα/μερικές φορές μέσα στο μήνα/ποτέ) (έλεγχος Kruskal-Wallis H), και γ) των καπνιστών και μη καπνιστών (έλεγχος Mann-Whitney U). Για εκείνες τις μεταβλητές που παρουσίασαν συσχέτιση με βάση τον έλεγχο Kruskal-Wallis H, διερευνήθηκαν περαιτέρω όλες οι πιθανές ζευγαρωτές συγκρίσεις (pairwise comparisons) (post hoc analysis, Bonferroni correction, στατιστικά σημαντική διαφορά όταν $p\text{-value} < 0,0083$ για όσες μεταβλητές είχαν 4 κατηγορίες και $p\text{-value} < 0,017$ για όσες είχαν 3

κατηγορίες).

4.3.8.2 Αποτελέσματα στατιστικής ανάλυσης

Η ανάλυση έδειξε ότι η διάμεσος της WTP per QALY διαφέρει στατιστικώς σημαντικά μεταξύ των τεσσάρων επιπέδων εμπειρίας ενός ατόμου με μια σοβαρή ασθένεια ($p=0,035$). Ο έλεγχος των πιθανών ζευγαρωτών συγκρίσεων που ακολούθησε έδειξε πως η διάμεσος της WTP per QALY διέφερε σημαντικά ($p=0,009<0,017$) μεταξύ της 'μικρής προσωπικής εμπειρίας' (€6.550) και 'καμίας' εμπειρίας (€2.482).

Ως προς τις μεταβλητές που εξετάζουν τις προσωπικές υγιεινές συνήθειες ενός ατόμου (προσωπική εκτίμηση βαθμού υιοθέτησης υγιεινών συνηθειών, συχνότητα άσκησης, κάπνισμα), μόνο η συχνότητα άσκησης παρουσίασε συσχέτιση με την εξαρτημένη μεταβλητή WTP per QALY ($p=0,013$). Ο έλεγχος των πιθανών ζευγαρωτών συγκρίσεων που ακολούθησε έδειξε πως η διάμεσος της WTP per QALY διέφερε σημαντικά ($p=0,000<0,0083$) μεταξύ 'καμίας' άθλησης (€2.196) και άθλησης 'μερικές φορές μέσα στον μήνα' (€8.170).

Με βάση όλα τα παραπάνω γίνεται αποδεκτή η υπόθεση 5 καθώς μικρή εμπειρία με κάποια σοβαρή ασθένεια συνδέεται με υψηλότερο μέγεθος προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής. Επίσης, η υιοθέτηση προσωπικών υγιεινών συνηθειών, όπως είναι η προσωπική άσκηση, συνδέεται με υψηλότερο μέγεθος προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής. Το γεγονός αυτό οδηγεί σε αποδοχή της υπόθεσης 6.

4.3.9 Διερεύνηση παραγόντων πρόβλεψης πρόθεσης πληρωμής

Η διερεύνηση των παραγόντων πρόβλεψης της προθυμίας πληρωμής για την υποθετική υπό εξέταση θεραπεία που οδηγεί σε πλήρη αποκατάσταση της υγείας έγινε με την εξέταση των ακόλουθων ερευνητικών υποθέσεων:

Υπόθεση 7α: Η ηλικία αποτελεί παράγοντα πρόβλεψης της πρόθεσης κάποιου να πληρώσει για την υποθετική θεραπεία.

Υπόθεση 7β: Το φύλο αποτελεί παράγοντα πρόβλεψης της πρόθεσης κάποιου να πληρώσει για την υποθετική θεραπεία.

Υπόθεση 7γ: Το μέγεθος του νοικοκυριού αποτελεί παράγοντα πρόβλεψης της πρόθεσης κάποιου να πληρώσει για την υποθετική θεραπεία.

Υπόθεση 7δ: Ο αριθμός των εργαζόμενων μελών του νοικοκυριού αποτελεί παράγοντα πρόβλεψης της πρόθεσης κάποιου να πληρώσει για την υποθετική θεραπεία.

Υπόθεση 7ε: Το επίπεδο εκπαίδευσης αποτελεί παράγοντα πρόβλεψης της πρόθεσης κάποιου να πληρώσει για την υποθετική θεραπεία.

Υπόθεση 7στ: Η επαγγελματική κατάσταση αποτελεί παράγοντα πρόβλεψης της πρόθεσης κάποιου να πληρώσει για την υποθετική θεραπεία.

Υπόθεση 7ζ: Η οικογενειακή κατάσταση αποτελεί παράγοντα πρόβλεψης της πρόθεσης κάποιου να πληρώσει για την υποθετική θεραπεία.

Υπόθεση 7η: Η χρησιμότητα αποτελεί παράγοντα πρόβλεψης της πρόθεσης κάποιου να πληρώσει για την υποθετική θεραπεία.

Υπόθεση 7θ: Το ύψος του μηνιαίου οικογενειακού εισοδήματος αποτελεί παράγοντα πρόβλεψης της πρόθεσης κάποιου να πληρώσει για την υποθετική θεραπεία.

4.3.9.1 Οικονομετρική ανάλυση

Οι παραπάνω ερευνητικές υποθέσεις 7α-7θ αφορούν στην εξέταση δημογραφικών και κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών που ενδέχεται να αποτελούν παράγοντες πρόβλεψης της πρόθεσης κάποιου να πληρώσει για την υποθετική υπό εξέταση θεραπεία. Ο έλεγχος των ερευνητικών αυτών υποθέσεων έγινε μέσω της διαμόρφωσης ενός μοντέλου λογιστικής παλινδρόμησης (logistic regression). Σε αυτό, η εξαρτημένη μεταβλητή εκφράζεται ως 1 και 0, όπου το 1 αναφέρεται στην παρουσία του υπό εξέταση χαρακτηριστικού. Στην παρούσα έρευνα, οι δυο κατηγορίες της εξαρτημένης δυαδικής μεταβλητής εκφράζουν την πιθανότητα ενός ατόμου να είναι ή να μην είναι πρόθυμο να πληρώσει για την υποθετική θεραπεία, 1 και 0, αντίστοιχα. Η εξαρτημένη δυαδική μεταβλητή «πρόθυμος/μη πρόθυμος (WTP/not WTP) να πληρώσει» προέκυψε από τις απαντήσεις Ναι/Όχι στην ερώτηση φίλτρου «Θα ήσασταν διατεθειμένος να πληρώσετε για αυτήν τη θεραπεία από το καθαρό οικογενειακό σας εισόδημα;». Όσοι απάντησαν «Ναι» στην ερώτηση φίλτρου αποτέλεσαν τους «πρόθυμους να πληρώσουν» και όσοι απάντησαν «Όχι» τους «μη πρόθυμους να πληρώσουν». Έτσι, το γενικό λογιστικό μοντέλο παίρνει τη μορφή:

$$\text{logit}(p) = \ln p / (1-p) = \ln(\text{odds ratio}) = \beta_0 + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \dots + \beta_k x_k + \varepsilon \quad (4)$$

όπου, p είναι η πιθανότητα ενός ατόμου να είναι πρόθυμο να πληρώσει και $1-p$ η πιθανότητα να μην είναι πρόθυμο να πληρώσει, odds ratio είναι ο λόγος των δύο αυτών πιθανοτήτων, β_0 είναι η σταθερά, β_1 - β_k οι συντελεστές της λογιστικής παλινδρόμησης, x_1 - x_k οι ανεξάρτητες μεταβλητές και ε το στατιστικό σφάλμα.

Ως προς τις ανεξάρτητες μεταβλητές, επιλέχθηκαν εκείνες οι δημογραφικές/κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές που παρουσίασαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τη δυαδική εξαρτημένη μεταβλητή (δισειριακή -point-biserial- συσχέτιση, έλεγχος χ^2 , έλεγχος Mann-Whitney U ανάλογα με το είδος της μεταβλητής). Οι αναλύσεις αυτές συσχέτισαν έδειξαν ότι η ηλικία ($p=0,000$), η

εκπαίδευση ($p=0,000$), η επαγγελματική κατάσταση ($p=0,000$), το μέγεθος του νοικοκυριού ($p=0,08$), ο αριθμός των εργαζόμενων μελών του νοικοκυριού ($p=0,000$), η οικογενειακή κατάσταση ($p=0,000$), το μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα ($p=0,000$) και η χρησιμότητα ($p=0,019$) παρουσίασαν συσχέτιση με την πρόθεση κάποιου να πληρώσει για την υποθετική θεραπεία, κι έτσι ορίστηκαν ως ανεξάρτητες μεταβλητές στο μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης που εξέτασε τις υποθέσεις 7α-7θ (Μοντέλο Β). Να σημειωθεί ότι στην ανεξάρτητη μεταβλητή «οικογενειακή κατάσταση» συγχωνεύτηκαν σε μια οι κατηγορίες εκείνες που παρουσίασαν περιορισμένο αριθμό παρατηρήσεων, ήτοι «διαζευγμένος» και «χήρος», προκειμένου να αυξηθεί η αξιοπιστία των στατιστικών συμπερασμάτων. Με βάση τα παραπάνω, η εξίσωση (4) πήρε τη μορφή:

$$\begin{aligned}
 \text{logit}(p) &= \ln\left(\frac{p}{1-p}\right) \\
 &= \beta_0 + \beta_1 x_{\text{Ηλικία}} \\
 &+ \beta_2 x_{\text{Χρησιμότητας}} + \beta_3 x_{\text{Καμία εκπαίδευση/Απόφοιτος Δημοτικού}} \\
 &+ \beta_4 x_{\text{Απόφοιτος Γυμνασίου/Λυκείου}} + \beta_5 x_{\text{Απόφοιτος τεχνικής εκπαίδευσης}} \\
 &+ \beta_6 x_{\text{Μισθωτός}} + \beta_7 x_{\text{Ελεύθερος επαγγελματίας}} + \beta_8 x_{\text{Συνταξιούχος}} \\
 &+ \beta_9 x_{\text{Φοιτητής}} + \beta_{10} x_{\text{Μέγεθος νοικοκυριού}} \\
 &+ \beta_{11} x_{\text{Αριθμός εργαζόμενων μελών νοικοκυριού}} + \beta_{12} x_{\text{Άγαμος}} \\
 &+ \beta_{13} x_{\text{Έγγαμος}} + \beta_{14} x_{\text{Οικογενειακό εισόδημα <€500}} \\
 &+ \beta_{15} x_{\text{Οικογενειακό εισόδημα 500–€1.000}} \\
 &+ \beta_{16} x_{\text{Οικογενειακό εισόδημα €1.001–€1.500}} \\
 &+ \beta_{17} x_{\text{Οικογενειακό εισόδημα €1.501–€2.000}}
 \end{aligned}
 \tag{5}$$

όπου, $p=(P(y=1/\eta\lambda\iota\kappa\iota\alpha, \chi\rho\eta\sigma\iota\mu\acute{o}\tau\eta\tau\alpha, \dots, \epsilon\iota\sigma\acute{o}\delta\eta\mu\alpha))$ και εκφράζει την πιθανότητα η πρόθεση ενός ατόμου να πληρώσει για την υποθετική θεραπεία να επηρεάζεται από τις παραπάνω εξαρτημένες μεταβλητές.

Για τον εντοπισμό των στατιστικά σημαντικών ανεξάρτητων μεταβλητών

υιοθετήθηκε η μέθοδος Enter, όπου το σύνολο των ανεξάρτητων μεταβλητών αναλύεται ταυτόχρονα. Το ελάχιστο απαιτούμενο μέγεθος δείγματος για τη λογιστική παλινδρόμηση είναι 10 παρατηρήσεις ανά ανεξάρτητη μεταβλητή, ενώ το προτιμώμενο μέγεθος δείγματος όταν αναλύονται ταυτόχρονα οι μεταβλητές (μέθοδος Enter) είναι 20 παρατηρήσεις ανά ανεξάρτητη μεταβλητή (Hosmer, Lemeshow και Sturdivant, 2013).

Για την αξιολόγηση της επίδρασης των απόμακρων τιμών στο μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης εκτιμήθηκε ένα βασικό μοντέλο (baseline model) με όλες τις παρατηρήσεις και ένα αναθεωρημένο μοντέλο χωρίς τις παρατηρήσεις, για τις οποίες τα studentized κατάλοιπα ήταν μεγαλύτερα από 2,0 ή μικρότερα από -2,0. Στη συνέχεια έγινε σύγκριση των βαθμών ακρίβειας ταξινόμησης (classification accuracy rate) των δύο αυτών μοντέλων (βασικό και αναθεωρημένο), προκειμένου να επιλεγεί το μοντέλο του οποίου τα αποτελέσματα θα ερμηνευτούν – επιλέγεται προς ερμηνεία το μοντέλο που παρουσιάζει το μεγαλύτερο βαθμό ακρίβειας ταξινόμησης (Hosmer, Lemeshow και Sturdivant, 2013). Για το επιλεγμένο μοντέλο, υπολογίστηκαν τα Nagelkerke R^2 , Hosmer-Lemeshow χ^2 (Hosmer et al., 1997) και η ικανότητα πρόβλεψης (βαθμός ακρίβειας ταξινόμησης, classification accuracy rate) προκειμένου να αξιολογηθεί η προσαρμογή των παρατηρήσεων στο μοντέλο. Ικανότητα πρόβλεψης ίση και μεγαλύτερη από 50% θεωρείται αποδεκτή για ένα καλό μοντέλο (Hensher, Rose και Greene, 2005). Επίσης, έγινε σύγκριση του βαθμού ακρίβειας από τυχαιότητα (by chance accuracy) με τον βαθμό ακρίβειας ταξινόμησης προκειμένου να αξιολογηθεί η σημασία των στατιστικά σημαντικών ανεξάρτητων μεταβλητών ως παράγοντες πρόβλεψης. Για να θεωρηθούν οι στατιστικά σημαντικές ανεξάρτητες μεταβλητές χρήσιμοι παράγοντες πρόβλεψης πρέπει ο βαθμός ακρίβειας ταξινόμησης να είναι υψηλότερος από τον βαθμό ακρίβειας από τυχαιότητα (Hosmer, Lemeshow και Sturdivant, 2013). Τέλος, για τον έλεγχο εγκυρότητας του μοντέλου, χρησιμοποιήθηκε η προσέγγιση διασταυρωμένης επικύρωσης (cross-validation), όπου οι παρατηρήσεις διακρίνονται τυχαία σε δύο υποομάδες (Picard και Cook, 1984). Οι δύο αυτές υποομάδες αποτελούνταν από ένα δείγμα εκπαίδευσης (training sample) που περιελάμβανε το 75% των παρατηρήσεων και ένα απομονωμένο δείγμα (hold out sample) που περιελάμβανε το υπόλοιπο 25% των παρατηρήσεων.

Δεδομένου ότι στόχος της λογιστικής παλινδρόμησης ήταν η εξέταση της επίδρασης των δημογραφικών/κοινωνικοοικονομικών παραγόντων στην πιθανότητα του να είναι κάποιος πρόθυμος να πληρώσει για την υποθετική θεραπεία, οι συμμετέχοντες με χρησιμότητα=1 εξαιρέθηκαν από την ανάλυση. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι οι συμμετέχοντες αυτοί βρίσκονται σε κατάσταση απόλυτης υγείας, κι επομένως, δεν είναι σε θέση να διατυπώσουν προθυμία πληρωμής για μια θεραπεία που προσφέρει πλήρη αποκατάσταση της υγείας, καθώς βρίσκονται ήδη σε αυτήν κατάσταση.

4.3.9.2 Αποτελέσματα οικονομετρικής ανάλυσης

Το δείγμα για τη λογιστική παλινδρόμηση ανήλθε σε 883 παρατηρήσεις, αριθμός που ικανοποίησε τόσο το ελάχιστο απαιτούμενο μέγεθος δείγματος για το συγκεκριμένο είδος παλινδρόμησης ($10 \cdot 17 = 170$ παρατηρήσεις), όσο και το προτιμώμενο μέγεθος δείγματος ($20 \cdot 17 = 340$ παρατηρήσεις).

Ο βαθμός ακρίβειας ταξινόμησης του βασικού και του αναθεωρημένου μοντέλου ήταν ίδιος (64,7% και 64,6%, αντίστοιχα). Δεδομένου ότι τα δύο μοντέλα ήταν εξίσου ακριβή, αποφασίστηκε να ερμηνευτούν τα αποτελέσματα του βασικού μοντέλου. Στο βασικό μοντέλο, οι ανεξάρτητες μεταβλητές δεν εμφανίζουν τυπικό σφάλμα (standard error) μεγαλύτερο από 2,0 κι επομένως, δεν υπάρχει πολυσυγγραμμικότητα (multicollinearity). Ακόμα, στο βασικό μοντέλο διαφαίνεται πως υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των ανεξάρτητων μεταβλητών και της εξαρτημένης μεταβλητής ($\chi^2 = 112,781$ $p = 0,000$). Με βάση τους δείκτες Cox & Snell R^2 και Nagelkerke R^2 το 12,1% και 16,3%, αντίστοιχα, της διακύμανσης των παρατηρήσεων του δείγματος ερμηνεύεται από την παλινδρόμηση. Επίσης, η καλή προσαρμογή των δεδομένων στο βασικό μοντέλο τεκμηριώνεται από το δείκτη Hosmer-Lemeshow που δεν είναι στατιστικά σημαντικός ($p = 0,213$). Τέλος, το μοντέλο προβλέπει ορθά το 64,7% των παρατηρήσεων (79,6% για τους πρόθυμους να πληρώσουν και 44,1% για τους μη πρόθυμους να πληρώσουν).

Στον Πίνακα 43 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της λογιστικής

παλινδρόμησης για εκείνες τις μεταβλητές που ήταν στατιστικά σημαντικές ($p < 0,05$). Για το Μοντέλο Β μόνο 6 μεταβλητές, οι οποίες σχετίζονται με την ηλικία, την εκπαίδευση και το εισόδημα, παρουσίασαν στατιστικά σημαντική επίδραση στην πρόθεση κάποιου να πληρώσει για την υποθετική θεραπεία.

Πίνακας 43. Αποτελέσματα λογιστικής παλινδρόμησης για την εξέταση των καθοριστικών παραγόντων που επηρεάζουν την πρόθεση ενός ατόμου να πληρώσει για την υποθετική θεραπεία.

Μοντέλο Β					
Εξαρτημένη δυαδική μεταβλητή «Πρόθυμος»/«Μη πρόθυμος να πληρώσει»					
Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής β	Τυπικό σφάλμα	Exp (β)	95% Διαστήμα Εμπιστοσύνης	p-value
Σταθερά	1,884	0,708	6,581		0,008
Ηλικία	-0,017	0,008	0,983	0,968-0,998	0,031
Καμία εκπαίδευση/ Απόφοιτος δημοτικού*	-1,273	0,338	0,280	0,144-0,542	0,000
Απόφοιτος Γυμνασίου/ Λυκείου	-0,378	0,184	0,685	0,478-0,983	0,040
Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα κάτω από €500**	-1,157	0,366	0,314	0,153-0,644	0,002
Μηνιαίο οικογενειακό €500-€1.000	-1,225	0,315	0,294	0,158-0,545	0,000
Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα €1.501-€2.000	-0,672	0,341	0,510	0,262-0,996	0,049
Cox & Snell R^2 0,121, Nagelkerke R^2 0,163, Hosmer-Lemeshow Test: χ^2 10,802 p-0,213, Ορθή πρόβλεψη παρατηρήσεων 64,7% (79,6% για τους πρόθυμους να πληρώσουν και 44,1% για τους μη πρόθυμους να πληρώσουν)					

*Η κατηγορία «ανώτατη (πανεπιστημιακή) εκπαίδευση» ορίστηκε ως κατηγορία αναφοράς.

**Η κατηγορία «μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα πάνω από €2.000» ορίστηκε ως κατηγορία αναφοράς.

Με βάση τα αποτελέσματα του Πίνακα 43, η εξίσωση (5) πήρε την ακόλουθη τελική μορφή:

$$\begin{aligned}
\text{logit}(p) &= \ln(\text{oddsratio}) \\
&= 1.884 - 0.017x_{\text{Ηλικία}} - 1.273x_{\text{Καμία εκπαίδευση/Απόφοιτος Δημοτικού}} \\
&\quad - 0.378x_{\text{Απόφοιτος Γυμνασίου/Λυκείου}} \\
&\quad - 1.157x_{\text{Οικογενειακό εισόδημα κάτω από €500}} \\
&\quad - 1.225x_{\text{Οικογενειακό εισόδημα €500-€1.000}} \\
&\quad - 0.672x_{\text{Οικογενειακό εισόδημα €1.501-€2.000}}
\end{aligned}
\tag{6}$$

όπου:

$x_{\text{Καμία εκπαίδευση/Απόφοιτος Δημοτικού}} = 1$ όταν κάποιος ανήκει στην κατηγορία «Καμία εκπαίδευση/Απόφοιτος Δημοτικού»,

$x_{\text{Απόφοιτος Γυμνασίου/Λυκείου}} = 1$ όταν κάποιος ανήκει στην κατηγορία «Απόφοιτος Γυμνασίου/Λυκείου»,

$x_{\text{Οικογενειακό εισόδημα κάτω από €500}} = 1$ όταν κάποιος έχει οικογενειακό εισόδημα κάτω από €500,

$x_{\text{Οικογενειακό εισόδημα €500-€1.000}} = 1$ όταν κάποιος έχει οικογενειακό εισόδημα €500-€1.000,

$x_{\text{Οικογενειακό εισόδημα €1.501-€2.000}} = 1$ όταν κάποιος έχει οικογενειακό εισόδημα €1.501-€2.000.

Όσο η ηλικία αυξάνεται κατά 1 έτος, η πιθανότητα να είναι κάποιος πρόθυμος να πληρώσει μειώνεται κατά 1,7% ($\text{Exp}(\beta)=0,983$, 95% CI: 0,968-0,998, $p=0,031$). Όταν κάποιος δεν έχει καμία εκπαίδευση ή είναι απόφοιτος δημοτικού, η πιθανότητα να είναι πρόθυμος να πληρώσει για την υποθετική θεραπεία είναι 0,28 φορές μικρότερη σε σύγκριση με κάποιον που έχει ολοκληρώσει ανώτατη πανεπιστημιακή εκπαίδευση ($\text{Exp}(\beta)=0,280$, 95% CI: 0,144-0,542, $p=0,000$). Όταν κάποιος είναι απόφοιτος Γυμνασίου/Λυκείου, η πιθανότητα να είναι πρόθυμος να πληρώσει για την υποθετική θεραπεία είναι 0,69 φορές μικρότερη σε σύγκριση με κάποιον που έχει ολοκληρώσει ανώτατη πανεπιστημιακή εκπαίδευση ($\text{Exp}(\beta)=0,685$, 95% CI: 0,478-0,983, $p=0,040$). Όταν κάποιος έχει οικογενειακό εισόδημα κάτω από €500, η πιθανότητα να είναι πρόθυμος να πληρώσει είναι 0,31 φορές μικρότερη σε σύγκριση με κάποιον που έχει

εισόδημα πάνω από €2.000 ($\text{Exp}(\beta)=0,314$, 95% CI: 0,153-0,644, $p=0,002$). Όταν κάποιος έχει οικογενειακό εισόδημα €500-€1.000, η πιθανότητα να είναι πρόθυμος να πληρώσει είναι 0,29 φορές μικρότερη σε σύγκριση με κάποιον που έχει εισόδημα πάνω από €2.000 ($\text{Exp}(\beta)=0,294$, 95% CI: 0,158-0,545, $p=0,000$). Όταν κάποιος έχει οικογενειακό εισόδημα €1.501-€2.000, η πιθανότητα να είναι πρόθυμος να πληρώσει είναι 0,51 φορές μικρότερη σε σύγκριση με κάποιον που έχει εισόδημα πάνω από €2.000 ($\text{Exp}(\beta)=0,510$, 95% CI: 0,262-0,996, $p=0,049$).

Ο βαθμός ακρίβειας από τυχαιότητα του μοντέλου ήταν 64,1%, ελαφρώς, δηλαδή, μικρότερος από τον βαθμό ακρίβειας ταξινόμησης, ο οποίος υπολογίστηκε στο 64,7%. Αυτό υποδεικνύει πως οι στατιστικά σημαντικές ανεξάρτητες μεταβλητές του μοντέλου αποτελούν χρήσιμους και αξιόπιστους παράγοντες διάκρισης των ατόμων που είναι πρόθυμοι να πληρώσουν για την υποθετική θεραπεία από αυτούς που δεν είναι πρόθυμοι να πληρώσουν. Τέλος, στο πλαίσιο του ελέγχου εγκυρότητας του μοντέλου η σχέση μεταξύ των ανεξάρτητων μεταβλητών και της εξαρτημένης μεταβλητής ήταν στατιστικά σημαντική ($p=0,000$). Η σημαντικότητα αυτή υποστηρίζει την ερμηνεία του μοντέλου στο πλαίσιο του ελέγχου εγκυρότητας χρησιμοποιώντας το δείγμα επικύρωσης. Ο βαθμός ακρίβειας ταξινόμησης του μοντέλου όταν χρησιμοποιείται το δείγμα επικύρωσης ήταν 64,8%, ο οποίος αν και μόλις 0,5% υψηλότερος από τον αντίστοιχο βαθμό ακρίβειας ταξινόμησης όταν χρησιμοποιείται το δείγμα εκπαίδευσης (64,3%), υποδηλώνει καλύτερη προσαρμογή του μοντέλου όταν χρησιμοποιείται το δείγμα επικύρωσης. Έτσι, ο έλεγχος εγκυρότητας του μοντέλου λογιστικής παλινδρόμησης ανέδειξε την αποτελεσματικότητά του για την πρόβλεψη των καθοριστικών παραγόντων που επηρεάζουν την πρόθεση ενός ατόμου να πληρώσει για την υποθετική θεραπεία ακόμα και για παρατηρήσεις πέρα από εκείνες που συμπεριλήφθηκαν στο δείγμα.

Τα παραπάνω αποτελέσματα οδηγούν σε αποδοχή των υποθέσεων 7α, 7ε και 7θ που όριζαν ότι η ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης και το ύψος του μηνιαίου οικογενειακού εισοδήματος αποτελούν παράγοντες πρόβλεψης της πρόθεσης κάποιου να πληρώσει για την υποθετική θεραπεία. Πιο συγκεκριμένα, τα αποτελέσματα έδειξαν πως όσο αυξάνεται η ηλικία τόσο μειώνεται η πιθανότητα να είναι κάποιος πρόθυμος να πληρώσει για την υποθετική θεραπεία, ενώ όσο

υψηλότερο είναι το επίπεδο εκπαίδευσης και το οικογενειακό εισόδημα τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα να είναι κάποιος πρόθυμος να πληρώσει για την υποθετική θεραπεία. Αντίθετα, οι υποθέσεις 7β, 7γ, 7δ, 7στ, 7ζ και 7η απορρίπτονται, καθώς οι καθοριστικοί παράγοντες που εξετάζουν δεν επηρεάζουν στατιστικώς σημαντικά την πιθανότητα να είναι κάποιος πρόθυμος να πληρώσει για την υποθετική θεραπεία.

4.3.10 Διερεύνηση συσχέτισης πρόθεσης πληρωμής με την ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υγειονομικές υπηρεσίες

Οι ερευνητικές υποθέσεις που εξετάστηκαν στο πλαίσιο της διερεύνησης της συσχέτισης της πρόθεσης πληρωμής με την ικανοποίηση ενός ατόμου από τις παρεχόμενες υγειονομικές υπηρεσίες είναι οι εξής:

Υπόθεση 8α: Ο βαθμός ικανοποίησης ενός ατόμου από το ΕΣΥ παρουσιάζει αρνητική συσχέτιση με την πρόθεσή του να πληρώσει για την υποθετική θεραπεία.

Υπόθεση 8β: Η ικανοποίηση ενός ατόμου από την ισότητα πρόσβασης που έχουν οι Έλληνες πολίτες στις δημόσιες υγειονομικές υπηρεσίες ή στις υπηρεσίες που πληρώνει το ταμείο τους παρουσιάζει αρνητική συσχέτιση με την πρόθεσή του να πληρώσει για την υποθετική θεραπεία.

Υπόθεση 8γ: Η αρνητική στάση ενός ατόμου απέναντι στην ποιότητα των δημόσιων υγειονομικών υπηρεσιών ή των υπηρεσιών που πληρώνουν τα ασφαλιστικά ταμεία σχετίζεται με την πρόθεσή του να πληρώσει για την υποθετική θεραπεία.

4.3.10.1 Στατιστική ανάλυση

Η εξέταση της υπόθεσης 8α, ως προς τη συσχέτιση του βαθμού ικανοποίησης από το ΕΣΥ, ο οποίος εξετάστηκε μέσω μιας κλίμακας από το 0 έως το 10, με την πρόθεση πληρωμής, έγινε με τον έλεγχο Mann-Whitney U.

Η στάση των συμμετεχόντων απέναντι στις παρεχόμενες υγειονομικές υπηρεσίες αξιολογήθηκε μέσω τριών προδιατυπωμένων φράσεων, για κάθε μια από τις οποίες οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να δηλώσουν τον βαθμό συμφωνίας (μεγάλος/μέτριος/μικρός/καθόλου). Οι προδιατυπωμένες αυτές φράσεις αφορούσαν στην ισότητα πρόσβασης των Ελλήνων πολιτών στις χρηματοδοτούμενες από το κράτος ή την υποχρεωτική ασφάλιση υγειονομικές υπηρεσίες και στην ποιότητα καθ' αυτή των υγειονομικών αυτών υπηρεσιών και του ιατρικού προσωπικού. Οι υποθέσεις 8β και 8γ αφορούν στις προδιατυπωμένες αυτές φράσεις και η εξέτασή τους έγινε με τη χρήση του ελέγχου χ^2 . Για τις φράσεις εκείνες όπου η διασπορά των απαντήσεων στα τέσσερα επίπεδα συμφωνίας διαφέρει σημαντικά μεταξύ όσων είναι πρόθυμοι και όσων δεν είναι πρόθυμοι να πληρώσουν, παρουσιάζεται δηλαδή στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των επιπέδων συμφωνίας με τη φράση και της πρόθεσης πληρωμής, διερευνήθηκαν όλες οι πιθανές ζευγαρωτές συγκρίσεις (pairwise comparisons) των επιπέδων συμφωνίας. Οι ζευγαρωτές συγκρίσεις έγιναν με το z-test of two proportions (Bonferroni correction, στατιστικά σημαντική διαφορά όταν p-value<0,0083).

4.3.10.2 Αποτελέσματα στατιστικής ανάλυσης

Σύμφωνα με τον έλεγχο Mann-Whitney U, ο βαθμός ικανοποίησης ενός ατόμου από το ΕΣΥ δεν παρουσίασε συσχέτιση με την πρόθεση κάποιου να πληρώσει για την υποθετική θεραπεία ($p=0,270$). Ο έλεγχος χ^2 που πραγματοποιήθηκε, έδειξε πως η διασπορά των απαντήσεων στα τέσσερα επίπεδα συμφωνίας της φράσης που εξετάζει την ικανοποίηση από την ισότητα πρόσβασης των Ελλήνων πολιτών (με την οποία εξετάστηκε η υπόθεση 8β) δεν διέφερε στατιστικά σημαντικά μεταξύ όσων εμφανίστηκαν πρόθυμοι και όσων εμφανίστηκαν μη πρόθυμοι να πληρώσουν για την υποθετική θεραπεία ($p=0,094$). Αντίθετα, ο έλεγχος χ^2 έδειξε πως η διασπορά των απαντήσεων των πρόθυμων και μη πρόθυμων να πληρώσουν συμμετεχόντων στα τέσσερα επίπεδα συμφωνίας διέφερε σημαντικά μόνο για τις δύο φράσεις που εξέτασαν την στάση ενός ατόμου απέναντι στην ποιότητα των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών που χρηματοδοτούνται από το κράτος ή την υποχρεωτική

ασφάλιση – $\chi^2(3)=19,802$, $p=0,000$ για τη φράση αξιολόγησης της στάσης ενός ατόμου απέναντι στην ποιότητα αυτή καθ' αυτή των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών («Τα δημόσια νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας προσφέρουν υψηλής ποιότητας υγειονομικές υπηρεσίες»), και $\chi^2(3)=12,671$, $p=0,005$ για τη φράση αξιολόγησης της στάσης ενός ατόμου απέναντι στην ποιότητα του ιατρικού προσωπικού των δημόσιων υγειονομικών δομών («Οι ιατροί των δημοσίων νοσοκομείων και των κέντρων υγείας εμπνέουν σεβασμό»)⁸. Η ανάλυση των ζευγαρωτών συγκρίσεων με το z-test of two proportions (Bonferroni correction, στατιστικά σημαντική διαφορά όταν $p\text{-value} < 0,0083$) έδειξε πως το ποσοστό των πρόθυμων να πληρώσουν συμμετεχόντων, οι οποίοι συμφωνούν σε μεγάλο βαθμό με το ότι οι δημόσιες υγειονομικές δομές προσφέρουν υψηλής ποιότητας υπηρεσίες, διέφερε σημαντικά από το αντίστοιχο των μη πρόθυμων να πληρώσουν ($N=40$ (7,7%) έναντι $N=58$ (15%), $\chi^2(1)=12,251$, $p=0,000 < 0,0083$). Αντίστοιχα, το ποσοστό των πρόθυμων να πληρώσουν συμμετεχόντων, οι οποίοι συμφωνούν σε μικρό βαθμό με το ότι οι δημόσιες υγειονομικές δομές προσφέρουν υψηλής ποιότητας υπηρεσίες, διέφερε σημαντικά από το αντίστοιχο των μη πρόθυμων να πληρώσουν ($N=131$ (25,1%) έναντι $N=62$ (16,0%), $\chi^2(1)=11,268$, $p=0,001 < 0,0083$). Τέλος, το ποσοστό των πρόθυμων να πληρώσουν συμμετεχόντων, οι οποίοι δεν συμφωνούν καθόλου με το ότι οι ιατροί των δημόσιων υγειονομικών δομών εμπνέουν σεβασμό διέφερε σημαντικά από το αντίστοιχο των μη πρόθυμων να πληρώσουν ($N=61$ (11,6%) έναντι $N=26$ (6,8%), $\chi^2(1)=6,260$, $p=0,002 < 0,0083$). Οι υπόλοιπες ζευγαρωτές συγκρίσεις δεν ήταν στατιστικά σημαντικές.

Τα παραπάνω αποτελέσματα οδηγούν σε απόρριψη των υποθέσεων 8α και 8β. Η ανάλυση της διασποράς των απαντήσεων των πρόθυμων και μη πρόθυμων να πληρώσουν συμμετεχόντων στα επίπεδα συμφωνίας της φράσης που εξετάζει τη στάση απέναντι στην ποιότητα των παρεχόμενων δημόσιων υγειονομικών υπηρεσιών, έδειξε πως όσο μεγαλύτερη είναι η ικανοποίηση από την εν λόγω ποιότητα τόσο μικρότερο είναι το ποσοστό των πρόθυμων να πληρώσουν για την υποθετική θεραπεία

⁸ Οι έλεγχοι αυτοί είναι κοινοί με αυτούς που πραγματοποιήθηκαν στο πλαίσιο διερεύνησης των διαφορών που παρουσιάζουν οι υπό εξέταση καθοριστικοί παράγοντες μεταξύ των πρόθυμων και μη πρόθυμων συμμετεχόντων (Πίνακας 35, §4.3.2.1). Η συζήτησή τους σε αυτό το σημείο γίνεται στο πλαίσιο αποδοχής ή απόρριψης των σχετικών ερευνητικών υποθέσεων που εξετάζονται.

και άρα μικρότερη η διάθεση ενός ατόμου να είναι πρόθυμο να πληρώσει. Αντίστοιχα, η ανάλυση της διασποράς των απαντήσεων των δύο υποομάδων για τη φράση που εξετάζει τη στάση ενός ατόμου απέναντι στην ποιότητα του ιατρικού προσωπικού των δημόσιων υγειονομικών δομών, έδειξε πως όσο μικρότερη είναι η ικανοποίηση από την εν λόγω ποιότητα τόσο μεγαλύτερο είναι το ποσοστό των πρόθυμων να πληρώσουν για την υποθετική θεραπεία και άρα μεγαλύτερη η διάθεση ενός ατόμου να είναι πρόθυμο να πληρώσει. Τα τελευταία οδηγούν σε αποδοχή της υπόθεσης 8γ.

4.3.11 Διερεύνηση συσχέτισης πρόθεσης πληρωμής με τον βαθμό χρησιμοποίησης και την ευκολία πρόσβασης σε υγειονομικές υπηρεσίες

Η διερεύνηση της συσχέτισης της πρόθεσης πληρωμής με τον βαθμό χρησιμοποίησης του συστήματος υγείας και την ευκολίας πρόσβασης σε χρηματοδούμενες από το κράτος ή την υποχρεωτική ασφάλιση υγειονομικές υπηρεσίες έγινε με την εξέταση των ακόλουθων ερευνητικών υποθέσεων:

Υπόθεση 9α: Ο βαθμός χρησιμοποίησης του συστήματος υγείας παρουσιάζει θετική συσχέτιση με την πρόθεση κάποιου να πληρώσει για την υποθετική θεραπεία.

Υπόθεση 9β: Η ευκολία πρόσβασης ενός ατόμου στις δημόσιες υγειονομικές υπηρεσίες ή στις υπηρεσίες που πληρώνει το ασφαλιστικό του ταμείο παρουσιάζει αρνητική συσχέτιση με την πρόθεση κάποιου να πληρώσει για την υποθετική θεραπεία.

4.3.11.1 Στατιστική ανάλυση

Η εξέταση της υπόθεσης 9α ως προς τη συσχέτιση του βαθμού χρησιμοποίησης του συστήματος υγείας με την πρόθεση πληρωμής έγινε με τον έλεγχο Mann-Whitney U. Ο βαθμός χρησιμοποίησης του συστήματος υγείας εξετάστηκε μέσω της καταγραφής του αριθμού επισκέψεων σε δομές υγείας με ή

χωρίς πληρωμή. Η εξέταση της υπόθεσης 9β ως προς τη σχέση της προσωπικής εμπειρίας πρόσβασης σε χρηματοδοτούμενες από το κράτος ή την υποχρεωτική ασφάλιση υγειονομικές υπηρεσίες με την πρόθεση πληρωμής έγινε με τον έλεγχο χ^2 ⁹.

4.3.11.2 Αποτελέσματα στατιστικής ανάλυσης

Άτομα πρόθυμα να πληρώσουν για την υποθετική θεραπεία, χρησιμοποιούν πιο συχνά δομές υγείας για τις οποίες πληρώνουν ($p=0,000$), γεγονός που οδηγεί σε αποδοχή της υπόθεσης 9α. Ο βαθμός χρησιμοποίησης των υγειονομικών δομών για τις οποίες κάποιος δεν πληρώνει δεν διέφερε μεταξύ των πρόθυμων και μη πρόθυμων συμμετεχόντων ($p\text{-values}>0,05$). Ο έλεγχος χ^2 έδειξε πως η ευκολία πρόσβασης στις χρηματοδοτούμενες από το κράτος ή την υποχρεωτική ασφάλιση υγειονομικές υπηρεσίες είναι ανεξάρτητη από την πρόθεση κάποιου να πληρώσει για την υποθετική θεραπεία ($p=0,059$), γεγονός που οδήγησε σε απόρριψη της ερευνητικής υπόθεσης 9β.

4.3.12 Διερεύνηση συσχέτισης πρόθεσης πληρωμής με την προσωπική εμπειρία σοβαρής ασθένειας και τις προσωπικές υγιεινές συνήθειες

Η διερεύνηση της συσχέτισης της πρόθεσης πληρωμής με την προσωπική εμπειρία ενός ατόμου με κάποια σοβαρή ασθένεια και τις προσωπικές υγιεινές του συνήθειες έγινε με την εξέταση των ακόλουθων ερευνητικών υποθέσεων:

Υπόθεση 10: Η προσωπική εμπειρία ενός ατόμου με μια σοβαρή ασθένεια παρουσιάζει θετική συσχέτιση με την πρόθεσή του να πληρώσει για την υποθετική θεραπεία.

Υπόθεση 11: Οι προσωπικές υγιεινές συνήθειες ενός ατόμου παρουσιάζουν θετική συσχέτιση με την πρόθεσή του να πληρώσει για την υποθετική θεραπεία.

⁹ Οι έλεγχοι αυτοί είναι κοινοί με αυτούς που πραγματοποιήθηκαν στο πλαίσιο διερεύνησης των διαφορών που παρουσιάζουν οι υπό εξέταση καθοριστικοί παράγοντες μεταξύ των πρόθυμων και μη πρόθυμων συμμετεχόντων (Πίνακας 36, §4.3.2.1). Η συζήτησή τους σε αυτό το σημείο γίνεται στο πλαίσιο αποδοχής ή απόρριψης των σχετικών ερευνητικών υποθέσεων που εξετάζονται.

4.3.12.1 Στατιστική ανάλυση

Για τη διερεύνηση της υπόθεσης 10 εξετάστηκε με τον έλεγχο χ^2 η διασπορά των απαντήσεων των πρόθυμων και μη πρόθυμων να πληρώσουν για την υποθετική θεραπεία συμμετεχόντων ως προς την προδιατυπωμένη φράση που εξετάζει εάν ένα άτομο έχει μεγάλη, μικρή ή καμία προσωπική εμπειρία με κάποια σοβαρή ασθένεια. Για τη διερεύνηση της υπόθεσης 11 εξετάστηκε με τον έλεγχο χ^2 η διασπορά των απαντήσεων των πρόθυμων και μη πρόθυμων να πληρώσουν για την υποθετική θεραπεία συμμετεχόντων ως προς την προσωπική εκτίμηση του βαθμού υιοθέτησης υγιεινών συνηθειών, τη συχνότητα άσκησης και το εάν είναι ή όχι καπνιστές¹⁰.

4.3.12.2 Αποτελέσματα στατιστικής ανάλυσης

Τα αποτελέσματα της παραπάνω ανάλυσης (έλεγχος χ^2) έδειξαν πως οι μεταβλητές που εξέτασαν την προσωπική εμπειρία ενός ατόμου με κάποια σοβαρή ασθένεια και τις προσωπικές υγιεινές του συνήθειες είναι ανεξάρτητες από την πρόθεση κάποιου να πληρώσει για την υποθετική θεραπεία (p -values>0,05), γεγονός που οδηγεί σε απόρριψη των ερευνητικών υποθέσεων 10 και 11. Επομένως, η προσωπική εμπειρία με κάποια σοβαρή ασθένεια και οι προσωπικές υγιεινές συνήθειες ενός ατόμου (π.χ. καλή διατροφή, άσκηση, τακτική επίσκεψη σε ιατρό) δεν φαίνεται να επηρεάζουν την πρόθεση ενός ατόμου να πληρώσει για την υποθετική θεραπεία.

¹⁰ Οι έλεγχοι αυτοί είναι κοινοί με αυτούς που πραγματοποιήθηκαν στο πλαίσιο διερεύνησης των διαφορών που παρουσιάζουν οι υπό εξέταση καθοριστικοί παράγοντες μεταξύ των πρόθυμων και μη πρόθυμων συμμετεχόντων (Πίνακας 37, §4.3.2.1). Η συζήτησή τους σε αυτό το σημείο γίνεται στο πλαίσιο αποδοχής ή απόρριψης των σχετικών ερευνητικών υποθέσεων που εξετάζονται.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η εκτίμηση της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής (WTP per QALY) δεν πρέπει να είναι ανεξάρτητη από την εξέταση των παραγόντων που την επηρεάζουν, καθώς αυτοί οδηγούν σε καλύτερη κατανόηση του τρόπου με τον οποίο τα άτομα αποτιμούν μια βελτίωση στην κατάσταση της υγείας τους. Οι πολιτικές για την κατανομή των υγειονομικών πόρων, οι οποίες χρησιμοποιούν την προσέγγιση της προθυμίας πληρωμής για τη χρηματική εκτίμηση ενός ποιοτικά σταθμισμένου έτους ζωής, είναι σημαντικό να αντικατοπτρίζουν τις προτιμήσεις των πολιτών (Shiroyiwa et al., 2010). Στην περίπτωση που το δείγμα μιας μελέτης ενδεχόμενης αποτίμησης επιλέγεται τυχαία από τον γενικό πληθυσμό μιας χώρας, η εκτίμηση της χρηματικής αξίας ενός QALY με τη χρήση της προθυμίας πληρωμής μπορεί να θεωρηθεί ως μια συνολική εκτίμηση της προθυμίας πληρωμής υγειονομικών οφελών (Donaldson et al., 2011; O'Brien και Gafni, 1996).

Στην παρούσα διδακτορική διατριβή, πέραν της εκτίμησης της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής εξετάστηκε ένας αριθμός παραγόντων που ενδέχεται να επηρεάζουν τόσο το μέγεθος της WTP per QALY όσο και την πρόθεση καθαυτή ενός ατόμου να πληρώσει. Επίσης, έγινε για πρώτη φορά προσπάθεια να εξεταστούν όχι μόνο τα κίνητρα των ατόμων που δεν είναι πρόθυμα να πληρώσουν για μια βελτίωση στην κατάσταση της υγείας τους, αλλά και τα κίνητρα

που υπαγορεύουν τη συμπεριφορά των ατόμων ως προς το μέγεθος της δηλούμενης προθυμίας πληρωμής για τη βελτίωση αυτή. Το παρόν κεφάλαιο απαρτίζεται από επτά επιμέρους ενότητες, συνοψίζει και συζητά τα κυριότερα ευρήματα της παρούσας διδακτορικής έρευνας. Η ενότητα 5.1 εστιάζει στον έλεγχο αξιοπιστίας κι εγκυρότητας του ερευνητικού εργαλείου. Οι ενότητες 5.2 έως 5.6 ασχολούνται με τα βασικά ευρήματα της διδακτορικής διατριβής και η ενότητα 5.7 αναφέρει τους περιορισμούς της έρευνας και τα επόμενα ερευνητικά βήματα που θα μπορούσαν να αποτελέσουν συνέχεια της παρούσας μελέτης.

5.1 ΕΓΚΥΡΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΕΡΓΑΛΕΙΟΥ

Στο πλαίσιο της παρούσας διδακτορικής έρευνας πραγματοποιήθηκε ο σχεδιασμός ενός ερευνητικού εργαλείου για την αποτίμηση της χρηματικής αξίας που αποδίδεται από τους Έλληνες πολίτες σε ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής (QALY) και την εξέταση καθοριστικών παραγόντων και κινήτρων που επηρεάζουν την προθυμία πληρωμής για μια υποθετική θεραπεία που οδηγεί σε βελτίωση της κατάστασης της υγείας τους. Ο σχεδιασμός αυτός βασίστηκε σε εκτενή βιβλιογραφική ανασκόπηση, η οποία εξασφάλισε ότι το εργαλείο εξυπηρετεί τους σκοπούς της έρευνας, διασφαλίζοντας, έτσι, την εγκυρότητα περιεχομένου. Επίσης, η ανάλυση εγκυρότητας του ερευνητικού εργαλείου έδειξε ότι η προθυμία πληρωμής για την υποθετική θεραπεία ήταν όπως αναμενόταν ευαίσθητη ως προς την ικανότητα πληρωμής των συμμετεχόντων, επιβεβαιώνοντας έτσι την εγκυρότητα «γνωστών-ομάδων» του εργαλείου. Τέλος, η ανάλυση ελέγχου-επανελέγχου (test-retest) που πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο του ελέγχου της αξιοπιστίας του εργαλείου αποκάλυψε πως τόσο η τεχνική αποτίμησης της προθυμίας πληρωμής, όσο και οι επιμέρους προδιατυπωμένες φράσεις που εξετάζουν τα κίνητρα των συμμετεχόντων και τους καθοριστικούς παράγοντες που επηρεάζουν την WTP per QALY παρουσιάζουν καλή αξιοπιστία, επιβεβαιώνοντας, έτσι, τη συνολική αξιοπιστία του ερευνητικού εργαλείου της παρούσας έρευνας.

5.2 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΥΠΟΟΜΑΔΩΝ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ

Η περιγραφική στατιστική ανάλυση των πρωτογενών δεδομένων έδειξε ότι οι απολύτως υγιείς συμμετέχοντες (χρησιμότητα=1) είναι κατά κύριο λόγο γυναίκες, έχουν περισσότερα εργαζόμενα μέλη στις οικογένειές τους και είναι άτομα με καλύτερη οικονομική κατάσταση σε σύγκριση με όσους δεν είναι απολύτως υγιείς (χρησιμότητα<1). Αντίστοιχα, οι συμμετέχοντες που δεν είναι απολύτως υγιείς και δεν είναι πρόθυμοι να πληρώσουν για την υποθετική θεραπεία είναι, κατά μέσο όρο, μεγαλύτερης ηλικίας, ανήκουν σε οικογένειες με λιγότερα εργαζόμενα μέλη, έχουν χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης, και είναι άτομα με δυσμενέστερη οικονομική κατάσταση, σε σχέση με όσους δεν είναι μεν απολύτως υγιείς αλλά είναι πρόθυμοι να πληρώσουν. Επομένως, ένας λόγος που οι συμμετέχοντες αυτοί ενδέχεται να είναι απρόθυμοι να πληρώσουν είναι το μικρότερο προσδόκιμο ζωής και η τάση που έχουν οι ηλικιωμένοι να αποδέχονται πιο εύκολα επιδείνωση στην υγεία τους (Gyrd-Hansen, 2003). Επιπλέον, η συμπεριφορά τους ενδέχεται να ερμηνεύεται βάσει μορφωτικού επιπέδου, καθώς άτομα χαμηλού εκπαιδευτικού επιπέδου ενδέχεται να μην είναι σε θέση να κατανοήσουν τη σημασία της βελτίωσης που προσφέρει η υποθετική θεραπεία στην κατάσταση της υγείας τους κι έτσι να είναι απρόθυμοι να πληρώσουν για αυτήν. Τέλος, ένας ακόμα λόγος που ενδέχεται να ερμηνεύει τη συμπεριφορά τους είναι η αδυναμία τους να πληρώσουν λόγω περιορισμένου οικογενειακού προϋπολογισμού. Αυτό επιβεβαιώνεται εάν λάβουμε υπόψη μας ότι σχεδόν τα 2/3 των απρόθυμων να πληρώσουν συμμετεχόντων δήλωσαν ως αιτία της εν λόγω απροθυμίας τους περιορισμένους οικονομικούς πόρους της οικογένειάς τους.

5.3 ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ ΠΡΟΘΥΜΙΑΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ ΓΙΑ ΕΝΑ ΠΟΙΟΤΙΚΑ ΣΤΑΘΜΙΣΜΕΝΟ ΕΤΟΣ ΖΩΗΣ

Όπως έχει αναφερθεί και παραπάνω, στην Ελλάδα, η προθυμία πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής έχει αποτιμηθεί για ασθενείς, οι οποίοι κατά τη διεξαγωγή της μελέτης είχαν επισκεφτεί τα εξωτερικά ιατρεία ενός δημόσιου νοσοκομείου (Manrodi et al., 2017). Ακόμα, έχει εκτιμηθεί η προθυμία πληρωμής για

μεταμόσχευση νεφρού (Kontodimopoulos και Niakas, 2006), κι έχουν πραγματοποιηθεί μελέτες ανάλυσης του κόστους-αποτελεσματικότητας συγκεκριμένων παρεμβάσεων, στις οποίες ο υπολογισθείς λόγος του πρόσθετου κόστους-αποτελεσματικότητας (incremental cost-effectiveness ratio, ICER) συγκρίνεται με το «κατώφλι» κόστους αποτελεσματικότητας που ορίζει ο ΠΟΥ. Οι πιο πρόσφατες από αυτές τις μελέτες είναι των Geitona et al. (2019), Terpos et al. (2019), Gourzoulidis et al. (2018), Tzanetakos et al. (2018), και Makras et al. (2015). Μέχρι σήμερα, λοιπόν, δεν είχε αποτιμηθεί η προθυμία πληρωμής του γενικού ελληνικού πληθυσμού για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής (QALY). Η παρούσα διδακτορική διατριβή αποτελεί την πρώτη προσπάθεια αποτίμησης ενός QALY λαμβάνοντας υπόψη δείγμα του γενικού ενήλικου πληθυσμού της Ελλάδας. Η εκτίμηση αυτή θα μπορούσε ενδεχομένως να χρησιμοποιηθεί ως «κατώφλι» κόστους-αποτελεσματικότητας στο πλαίσιο της αποζημίωσης παρεμβάσεων από το Ελληνικό σύστημα υγείας, καθώς όπως αναφέρουν οι Mason, Baker και Donaldson (2008), οι εκτιμήσεις WTP per QALY που προκύπτουν από έρευνες όπως η παρούσα μπορούν δυνητικά να χρησιμοποιηθούν κατ' αυτόν τον τρόπο. Η χρήση της εκτιμηθείσας WTP per QALY ως «κατώφλι» κόστους-αποτελεσματικότητας συζητείται εκτενώς στο τέλος της ενότητας αυτής.

Στην παρούσα έρευνα η οπτική γωνία ήταν αυτή της «προσωπικής/ατομικής οπτικής» των συμμετεχόντων, καθώς το σενάριο αφορούσε σε μια υποθετική θεραπεία, η οποία για όσο διάστημα χορηγούνταν θα αποκαθιστούσε την τρέχουσα κατάσταση υγείας του συμμετέχοντα σε απόλυτη (πλήρη) υγεία. Επομένως, η παρούσα υπολογισθείσα WTP per QALY βασίζεται σε προσωπικές εκτιμήσεις των συμμετεχόντων για βελτίωση της προσωπικής τους υγείας, οι οποίοι, μάλιστα, καλούνται να καλύψουν με ίδια συμμετοχή το κόστος της υποθετικής θεραπείας. Η επιλογή της ιδιωτικής συμμετοχής (out-of-pocket) ως αποκλειστικό μέσο καταβολής της πληρωμής οφείλεται στο γεγονός ότι σε προηγούμενη ελληνική μελέτη (Mavrodi et al., 2017) δεν παρατηρήθηκαν διαφορές ως προς τη μέση τιμή της WTP per QALY όταν η καταβολή γινόταν με ιδιωτική συμμετοχή ή μέσω φορολογίας.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματά της παρούσας διατριβής, ο γενικός ελληνικός πληθυσμός είναι πρόθυμος να πληρώσει κατά μέσο όρο €26.280 (95% Δ.Ε. €19.135-

€33.425) για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής, όπως αυτό προκύπτει από μια θεραπεία που επιτρέπει σε έναν ασθενή να ανακάμψει σε απόλυτη υγεία. Η αντίστοιχη μέση τιμή μετά την αφαίρεση του 5% των απόμακρων τιμών (περικομμένη μέση τιμή) ήταν χαμηλότερη, €14.862. Η εκτιμηθείσα προθυμία πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής (WTP per QALY) εμπίπτει στο εύρος που θέτει ο ΠΟΥ (1-3 φορές το κατά κεφαλήν ΑΕΠ¹¹) προκειμένου να θεωρηθεί μια παρέμβαση αποτελεσματική ως προς το κόστος της. Ενώ, η περικομμένη μέση τιμή της WTP per QALY είναι μικρότερη από το κατά κεφαλήν ΑΕΠ της χώρας και βρίσκεται εκτός μεν αλλά όχι μακριά από αυτό το εύρος, καθώς απέχει λιγότερο από €600 από το κατώτατο άκρο του ορίου. Λαμβάνοντας υπόψη τις παραπάνω εκτιμήσεις, η χρήση του ορίου του ΠΟΥ στο πλαίσιο των ελληνικών οικονομικών αξιολογήσεων παρεμβάσεων καθίσταται μεν κατάλληλη αλλά ενδεχομένως όχι ακριβής.

Όπως αναφέρθηκε και σε προηγούμενη ενότητα, η WT per QALY υπολογίστηκε ως ο λόγος της ετήσιας δηλωθείσας προθυμίας πληρωμής προς τη βελτίωση της χρησιμότητας ενός ατόμου από την τρέχουσα κατάσταση της υγείας του σε απόλυτη υγεία, με τη βελτίωση χρησιμότητας (παρονομαστής του παραπάνω λόγου) να ορίζεται από τη σχέση «1 μείον την τρέχουσα χρησιμότητα». Οι συμμετέχοντες στις απαντήσεις των οποίων στηρίχθηκε ο υπολογισμός της βασικής εκτίμησης, καθώς και εκείνοι στις απαντήσεις των οποίων στηρίχθηκε ο υπολογισμός της περικομμένης εκτίμησης, δήλωσαν μέση χρησιμότητα 0,695 και 0,680, αντίστοιχα. Διαφαίνεται, λοιπόν, πως ο παρονομαστής του λόγου υπολογισμού της WTP per QALY ήταν αρκετά κοντά στις δύο αυτές περιπτώσεις. Επομένως, η μεγάλη διαφορά, σε απόλυτους αριθμούς, που παρατηρείται στις δύο αυτές εκτιμήσεις οφείλεται αποκλειστικά στη μικρότερη σε μέγεθος προθυμία πληρωμής που δήλωσαν οι συμμετέχοντες που λήφθηκαν υπόψη για τον υπολογισμό της περικομμένης εκτίμησης.

Η αναλογία WTP per QALY και εθνικού κατά κεφαλήν ΑΕΠ υπολογίστηκε στο 1,70 (€26.280/€15.446) για την κύρια εκτίμηση της παρούσας έρευνας και στο 0,96 (€14.862/€15.446) για την περικομμένη μέση τιμή. Η αναλογία που αφορά στην κύρια εκτίμηση είναι μεγαλύτερη από αυτή άλλων διεθνών μελετών (Nimdet και

¹¹ Το 2018, έτος διεξαγωγής της έρευνας, το ελληνικό κατά κεφαλήν ΑΕΠ ανερχόταν στα €15.446 (International Monetary Fund, 2019).

Ngorsuraches, 2015; Pennington et al., 2015; Robinson et al., 2013; Bobinac et al., 2012; Donaldson et al., 2011; Zhao et al., 2011, βλ. Πίνακα 6), στις οποίες το υποθετικό σενάριο αφορά σε βελτίωση της κατάστασης υγείας, το τελικό αποτέλεσμα είναι βελτίωση της ποιότητας ζωής και το δείγμα αποτελείται από άτομα του γενικού πληθυσμού, στοιχεία κοινά με της παρούσας έρευνας. Οι μελέτες των Igarashi, Goto και Yoneyama-Hirozane (2019), των Shiroiwa et al. (2013) και των Pinto-Prades, Loomes και Brey (2009), οι οποίες φέρουν, επίσης, τα παραπάνω χαρακτηριστικά, κατέληξαν σε εύρη αναλογίας (0,50-2,89, 0,53-2,64 και 0,26-3,91, αντίστοιχα η κάθε μελέτη), στα οποία εμπίπτει η αναλογία που αφορά στην κύρια εκτίμηση της παρούσας έρευνας. Η αναλογία WTP per QALY και εθνικού κατά κεφαλήν ΑΕΠ επηρεάζεται από την οπτική της μελέτης, το μέγεθος του δείγματος, τη μέθοδο αποτίμησης και το κατά πόσο η υπό εξέταση θεραπεία στοχεύει σε βελτίωση ποιότητας ζωής ή παράταση διάρκειας ζωής (Nimdet et al., 2015). Η αναλογία αυτή θα μπορούσε να αποτελέσει μέτρο σύγκρισης του μεγέθους της προθυμίας πληρωμής ενός πληθυσμού για μια βελτίωση στην κατάσταση της υγείας ή για μια συγκεκριμένη θεραπεία, με το αντίστοιχο μέγεθος άλλων πληθυσμών. Από τα παραπάνω, λοιπόν, προκύπτει, πως οι Έλληνες πολίτες είναι διατεθειμένοι να πληρώσουν μεγαλύτερο ποσοστό του εισοδήματός τους απ' ότι πολίτες άλλων κρατών, προκειμένου να τους χορηγηθεί μια θεραπεία που βελτιώνει την κατάσταση της υγείας τους και τους εξασφαλίζει απόλυτη υγεία.

Η εκτιμηθείσα WTP per QALY διαφέρει σε απόλυτη τιμή από την αντίστοιχη άλλων μελετών. Οι μέσες τιμές (σε Ευρώ 2019) μελετών με την ίδια οπτική γωνία (προσωπική/ατομική οπτική) και τον ίδιο πληθυσμό μελέτης (γενικός πληθυσμός), όπως της παρούσας, ήταν είτε μεγαλύτερες (Igarashi, Goto και Yoneyama-Hirozane, 2019; Bobinac et al., 2014; Shiroiwa et al., 2013; Gyrd-Hansen και Kjaer, 2012; Donaldson et al., 2011; Pinto-Prades, Loomes και Brey, 2009, βλ. Πίνακα 6), είτε μικρότερες (Nimdet και Ngorsuraches, 2015; Pennington et al., 2015; Robinson et al., 2013; Bobinac et al., 2012; Zhao et al., 2011; Bobinac et al., 2010, βλ. Πίνακα 6). Οι διαφορές αυτές ενδέχεται να οφείλονται στα διαφορετικά δημογραφικά/κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των δειγμάτων (Igarashi, Goto και Yoneyama-Hirozane, 2019; Bobinac et al., 2010; Pinto-Prades, Loomes και Brey, 2009)

και στις διαφορετικές τεχνικές αποτίμησης της προθυμίας πληρωμής (Igarashi, Goto και Yoneyama-Hirozane, 2019; Robinson et al., 2013; Shiroiwa et al., 2013; Bobinac et al., 2012; Gyrd-Hansen και Kjaer, 2012; Bobinac et al., 2010; Pinto-Prades, Loomes και Brey, 2009). Σε μελέτη των Zhao et al. (2011), η οποία εστίασε στον γενικό πληθυσμό και υιοθέτησε την ίδια μέθοδο αποτίμησης με την παρούσα έρευνα, αλλά με δείγμα ελαφρώς νεότερο και χαμηλότερου εισοδήματος (το κατά κεφαλήν ΑΕΠ της Κίνας το έτος διεξαγωγής της συγκεκριμένης μελέτης, 2009, ήταν €7.550), η εκτιμηθείσα WTP per QALY ήταν πολύ μικρότερη (€5.400) σε σύγκριση με την αντίστοιχη της παρούσας έρευνας. Σε προηγούμενη ελληνική μελέτη (Mavrodi et al., 2017), η εκτιμηθείσα WTP per QALY ήταν πολύ χαμηλότερη (€2.629) από την αντίστοιχη της παρούσας έρευνας. Η διαφορά αυτή ενδέχεται να οφείλεται στα διαφορετικά χαρακτηριστικά του δείγματος (συμμετέχοντες μεγαλύτεροι σε ηλικία και με χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης σε σχέση με αυτούς της παρούσας έρευνας) και στον πληθυσμό της μελέτης (ασθενείς εξωτερικών ιατρείων έναντι γενικού πληθυσμού).

Προκειμένου να διερευνηθεί περαιτέρω το μέγεθος της WTP per QALY, υπολογίστηκε, ακόμα, για τέσσερις διαφορετικές ομάδες συμμετεχόντων: α) συμμετέχοντες που δήλωσαν μηνιαία προθυμία πληρωμής ίση ή μικρότερη από το καθαρό μηνιαίο οικογενειακό τους εισόδημα, β) συμμετέχοντες που δήλωσαν, με βάση την τεχνική της επαναληπτικής υποβολής προσφορών, προθυμία πληρωμής εντός του εύρους που δόθηκε από τους ίδιους στην ερώτηση ανοιχτού τύπου για την αποτίμηση της προθυμίας πληρωμής, γ) συμμετέχοντες που ήταν περισσότερο σίγουροι για το ύψος της προθυμίας πληρωμής που δήλωσαν, και δ) συμμετέχοντες που δήλωσαν μηνιαία προθυμία πληρωμής ίση ή μικρότερη από το καθαρό μηνιαίο οικογενειακό τους εισόδημα και ήταν περισσότερο σίγουροι για το ύψος της δηλούμενης προθυμίας πληρωμής. Να σημειωθεί σε αυτό το σημείο πως ο διαχωρισμός των συμμετεχόντων με βάση τον βαθμό βεβαιότητάς τους για τη δηλούμενη αξία προθυμίας πληρωμής είναι σημαντικός. Αυτό οφείλεται στο γεγονός πως τα άτομα που είναι λιγότερο σίγουρα, εάν κληθούν να πληρώσουν πραγματικά για μια θεραπεία, είναι λιγότερο πιθανό να πληρώσουν το δηλούμενο ποσό ή είναι πιθανό να πληρώσουν μικρότερο ποσό (Blomquist, Blumenshein και Johannesson, 2009; Berrens et al., 2002).

Συνολικά, 52 συμμετέχοντες (9,9%) δήλωσαν μηνιαία προθυμία πληρωμής, η οποία ξεπερνούσε το μηνιαίο οικογενειακό τους εισόδημα. Αυτό μπορεί να ερμηνευτεί από το γεγονός ότι οι συμμετέχοντες αυτοί αναγνωρίζουν μια σωτήρια θεραπεία για τη χορήγηση της οποίας είναι διατεθειμένοι να επιστρατεύσουν όλους τους πιθανούς οικονομικούς πόρους, π.χ. τραπεζικές καταθέσεις, δανεισμός από συγγενείς (Nimdet και Ngorsuraches, 2015). Ακόμα, οι συμμετέχοντες ενδέχεται να δηλώνουν προθυμία πληρωμής μεγαλύτερη του εισοδήματός τους, διότι είναι πρόθυμοι να προβούν σε καταστροφικές δαπάνες για την υγεία τους. Πράγματι, η δημοσιονομική κρίση των τελευταίων ετών έχει οδηγήσει σε αύξηση των καταστροφικών δαπανών για την υγεία (catastrophic health expenditure), με τα ελληνικά νοικοκυριά να καλύπτουν άμεσα υγειονομικές δαπάνες, οι οποίες υπερβαίνουν ενίοτε το 30%-40% της ικανότητας πληρωμής τους (Yfantopoulos, Chantzaras και Ollandezos, 2016). Φυσικά δεν αποκλείεται και η περίπτωση κάποιου ενδεχομένως να είναι απλά επιδειξιμανείς και θέλοντας να εντυπωσιάσουν (show-off) να δηλώνουν στις υποθετικές ερωτήσεις υψηλές τιμές προθυμίας πληρωμής. Λαμβάνοντας υπόψη μόνο τους συμμετέχοντες που δήλωσαν προθυμία πληρωμής ίση ή μικρότερη από το καθαρό μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα η μέση τιμή της WTP per QALY μειώνεται σημαντικά στα €11.176 ($p=0,009$), τιμή μικρότερη σε σχέση με την κύρια εκτίμηση της παρούσας έρευνας (€26.280). Σε αυτό το σημείο αξίζει να σημειωθεί πως οι συμμετέχοντες που δήλωσαν μηνιαία προθυμία πληρωμής μικρότερη από το μηνιαίο οικογενειακό τους εισόδημα, δήλωσαν κατά μέσο όρο αξία προθυμίας πληρωμής, η οποία αποτελεί το 34% του εισοδήματός τους. Διαφαίνεται, λοιπόν, πως οι συμμετέχοντες είναι πρόθυμοι να πληρώσουν το 1/3 του εισοδήματός τους για να τους χορηγηθεί η υποθετική θεραπεία που θα οδηγήσει σε αποκατάσταση της υγείας τους.

Αντίστοιχα, 192 συμμετέχοντες (14,3%) δήλωσαν, μέσω της μεθόδου της επαναληπτικής υποβολής προσφορών για την αποτίμηση της υποθετικής θεραπείας, προθυμία πληρωμής εκτός του εύρους που δόθηκε από τους ίδιους στην ερώτηση ανοιχτού τύπου για την αποτίμηση της θεραπείας. Αυτό ενδέχεται να οφείλεται στο γεγονός ότι δεν σκέφτηκαν αρκετά την απάντηση που έδωσαν στην ερώτηση αποτίμησης που βασίστηκε στη μέθοδο της επαναληπτικής υποβολής προσφορών, κι

επομένως, όταν ερωτήθηκαν για το εύρος προθυμίας πληρωμής η αρχική δηλούμενη τιμή δεν αποτέλεσε κατευθυντήρια γραμμή για την απάντησή τους. Να σημειωθεί ότι οι συμμετέχοντες που δήλωσαν προθυμία πληρωμής εκτός εύρους ήταν λιγότερο σίγουροι για τις απαντήσεις τους σε σύγκριση με όσους δήλωσαν προθυμία πληρωμής εντός εύρους – ο μέσος όρος του βαθμού βεβαιότητας σε ερώτηση 10βαθμης κλίμακας ήταν 5,9 για όσους δήλωσαν προθυμία πληρωμής εκτός εύρους και 7,5 για όσους δήλωσαν προθυμία πληρωμής εντός εύρους ($p=0,000$). Λαμβάνοντας υπόψη μόνο τους συμμετέχοντες που δήλωσαν αξία προθυμίας πληρωμής εντός του εύρους η μέση τιμή της WTP per QALY μειώνεται σημαντικά στα €15.660 ($p=0,000$), τιμή μικρότερη σε σχέση με την κύρια εκτίμηση της παρούσας έρευνας (€26.280).

Στην παρούσα έρευνα οι εκτιμήσεις της WTP per QALY των περισσότερο και λιγότερο σίγουρων συμμετεχόντων ήταν €26.644 και €24.951, αντίστοιχα. Με βάση τα ευρήματα της εμπειρικής μελέτης των Blumenschein et al. (2001), στην οποία διερεύνησαν την πραγματική και υποθετική προθυμία πληρωμής για ένα πρόγραμμα διαχείρισης άσθματος, οι εκτιμήσεις που προκύπτουν από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων που είναι περισσότερο σίγουροι είναι πιο κοντά στην πραγματική προθυμία πληρωμής. Στην παρούσα διδακτορική έρευνα η εν λόγω εκτίμηση ανέρχεται σε €26.644, ποσό όχι στατιστικώς σημαντικά μεγαλύτερο από την κύρια εκτίμηση της μελέτης (€26.280). Επομένως, βάσει του εμπειρικού ευρήματος των Blumenschein et al. (2001), ενδέχεται η κύρια εκτίμηση της διατριβής να βρίσκεται κοντά στην πραγματική προθυμία πληρωμής του ελληνικού γενικού πληθυσμού.

Ακόμα, η εκτίμηση WTP per QALY των συμμετεχόντων που δήλωσαν προθυμία πληρωμής ίση ή μικρότερη από το οικογενειακό τους εισόδημα και για την οποία ήταν περισσότερο σίγουροι ήταν σημαντικά μικρότερη από το κύριο εύρημα της έρευνας (€11.004 έναντι €26.280, $p=0,009$). Η συγκεκριμένη εκτίμηση μπορεί να θεωρηθεί ιδιαίτερα αξιόπιστη καθώς ενσωματώνει δύο σημαντικές παραμέτρους: την πραγματική ικανότητα πληρωμής του ατόμου και τη βεβαιότητα για τη δηλωθείσα προθυμία πληρωμής. Στο πλαίσιο αυτό, το ύψος της δηλωθείσας προθυμίας πληρωμής μπορεί να καλυφθεί πράγματι από το τρέχον μηνιαίο διαθέσιμο οικογενειακό εισόδημα του ατόμου και το υψηλό επίπεδο σιγουριάς για την απάντηση που έχει δοθεί την καθιστά περισσότερο συνεπή ως προς την πραγματική αξία που θα

ήταν διατεθειμένος κάποιος να πληρώσει για την υποθετική θεραπεία (Blomquist, Blumenshein και Johannesson, 2009; Berrens et al., 2002).

Οι στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ του βασικού ευρήματος της διατριβής και των εκτιμήσεων των επιμέρους υποομάδων που παρουσιάστηκαν παραπάνω θα μπορούσαν να αποτελέσουν την απαρχή μιας συζήτησης σχετικά με τον αποκλεισμό από το δείγμα μελλοντικών μελετών ενδεχόμενης αποτίμησης συμμετεχόντων που δηλώνουν αξία προθυμίας πληρωμής υψηλότερη από το εισόδημά τους ή εκτός του εύρους που δηλώνουν οι ίδιοι σε δευτερεύουσα ερώτηση αποτίμησης (το τελευταίο προϋποθέτει ότι την κύρια ερώτηση αποτίμησης ακολουθεί δευτερεύουσα ερώτηση για τον εντοπισμό του εύρους προθυμίας πληρωμής) ή δηλώνουν μεν αξία προθυμίας πληρωμής ίση ή μικρότερη από το οικογενειακό τους εισόδημα αλλά είναι λιγότερο σίγουροι για τη δηλούμενη αυτή αξία. Λαμβάνοντας υπόψη τη βαθιά και παρατεταμένη ύφεση στην Ελλάδα, η οποία έχει φέρει ένα στα τρία άτομα αντιμέτωπα με τον κίνδυνο της φτώχειας ή/και του κοινωνικού αποκλεισμού (Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία, 2018β), οι μικρότερες, σε σχέση με το βασικό εύρημα της διατριβής, εκτιμήσεις που σχετίζονται με ορισμένες από τις υποομάδες συμμετεχόντων ενδέχεται να είναι πιο ακριβείς και ρεαλιστικές ως προς το ποσό που μπορούν πράγματι να πληρώσουν οι Έλληνες για την υποθετική θεραπεία, δεδομένων των περιορισμένων οικονομικών πόρων των ελληνικών νοικοκυριών.

Τέλος, η μέθοδος αποτίμησης που υιοθετήθηκε στην παρούσα διδακτορική έρευνα (τεχνική της επαναληπτικής υποβολής προσφορών) παρουσιάζει ευαισθησία ως προς το σημείο εκκίνησης των προσφερόμενων τιμών. Η εκτίμηση της μέσης WTP per QALY που προκύπτει όταν οι προσφερόμενες τιμές στο ερωτηματολόγιο ξεκινούν από τη μέγιστη ανέρχεται στα €42.075. Η αντίστοιχη εκτίμηση όταν οι προσφερόμενες τιμές ξεκινούν από τη μικρότερη είναι €13.473. Διαφαίνεται, λοιπόν, πως υψηλότερο σημείο εκκίνησης οδηγεί σε υψηλότερο μέσο όρο, εύρημα που συμπίπτει με αυτό των Sund και Svensson (2017), Olsen, Røgeberg και Stavem (2012) και McNamee et al. (2010). Ο DeShazo (2002), βασιζόμενος σε θεωρίες συμπεριφοράς, πρότεινε ως πιο αντιπροσωπευτική της πραγματικής προθυμίας πληρωμής εκείνη που προκύπτει όταν οι προσφερόμενες τιμές ξεκινούν από τη μέγιστη. Ωστόσο, η WTP per QALY που

προκύπτει, στην παρούσα έρευνα, όταν οι προσφερόμενες τιμές στο ερωτηματολόγιο ξεκινούν από τη μέγιστη είναι σχεδόν τριπλάσια του μέσου κατά κεφαλήν ΑΕΠ των Ελλήνων. Επομένως, ενδέχεται να μην είναι εφικτό να καλυφθεί με ιδιωτική συμμετοχή ένα τόσο υψηλό ποσό. Στο πλαίσιο, λοιπόν, της ελληνικής πραγματικότητας ενδέχεται η εκτίμηση αυτή να μην είναι αντιπροσωπευτική της πραγματικής προθυμίας πληρωμής.

Όπως αναφέρθηκε στην αρχή της ενότητας, στην παρούσα διατριβή, η προθυμία πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής έγινε λαμβάνοντας υπόψη την προσωπική οπτική των συμμετεχόντων. Η κατανομή των περιορισμένων εθνικών υγειονομικών πόρων αποτελεί αποκλειστικά ευθύνη της κυβέρνησης. Επομένως, η καταλληλότητα και η χρησιμότητα εκτιμήσεων, οι οποίες βασίζονται σε ατομικές προτιμήσεις και εστιάζουν στην προσωπική οπτική, χρίζει περαιτέρω διερεύνησης, προκειμένου να κατανοηθεί ο τρόπος με τον οποίο μπορούν να αξιοποιηθούν στο πλαίσιο χάραξης υγειονομικών πολιτικών.

Σε χώρες όπως η Μεγάλη Βρετανία, η Ολλανδία και η Αυστραλία, εκτιμήσεις WTP per QALY, προερχόμενες από μελέτες ενδεχόμενης αποτίμησης που αντλούν δείγματα από τον γενικό πληθυσμό, τείνουν να χρησιμοποιούνται ως «κατώφλια» κόστους-αποτελεσματικότητας στο πλαίσιο των οικονομικών αξιολογήσεων και της αποζημίωσης ιατρικών παρεμβάσεων από το σύστημα υγείας (Nimdet et al., 2015; Ryen και Svensson, 2015; Donaldson et al., 2011; Bobinac et al., 2010; Mason, Baker και Donaldson, 2008; Hirth et al., 2000). Αυτό ενδέχεται να οφείλεται στο γεγονός ότι προσφέρουν πληροφόρηση για τις προτιμήσεις των ατόμων και του πληθυσμού ως προς την κατανομή των πόρων. Η πληροφόρηση αυτή μπορεί να βοηθήσει τη διαδικασία λήψης αποφάσεων και να εξασφαλίσει κοινωνική συναίνεση απέναντι σε αυτές (Ryen και Svensson, 2015; Shiroiwa et al., 2013). Αν, παραδείγματος χάριν, σε μια χώρα έχει οριστεί να αποζημιώνονται θεραπείες που έχουν μέγιστο κόστος €40.000/QALY, ενώ τα άτομα κοστολογούν υψηλότερα τα οφέλη από ένα QALY (έστω €50.000/QALY), τότε η διαφορά αυτή αντικατοπτρίζει την παραπάνω αξία που αποδίδουν οι πολίτες σε υγειονομικά οφέλη, η οποία, όμως, δεν αποτυπώνεται στις δημόσιες πολιτικές υγείας (Ryen και Svensson, 2015).

Βάσει των παραπάνω, η υιοθέτηση της WTP per QALY ως «κατώφλι» κόστους-αποτελεσματικότητας δεν υποκαθιστά τη διαδικασία λήψης αποφάσεων, καθώς η τελική απόφαση ως προς την αποζημίωση ή όχι μιας παρέμβασης λαμβάνεται από τους πολιτικούς που είναι επιφορτισμένοι με την κατανομή των δημόσιων πόρων, παρά μόνο συμβάλει σε αυτή μέσω της πληροφόρησης που προσφέρει (Ryen και Svensson, 2015). Στο πλαίσιο αυτό, η χρήση της WTP per QALY ως «κατώφλι» κόστους-αποτελεσματικότητας μπορεί να θεωρηθεί μεν αποδεκτή και χρήσιμη, όχι όμως άκρως κατάλληλη για να αποτελέσει την κύρια παράμετρο για τη λήψη αποφάσεων σε κοινωνικό επίπεδο, ειδικά όταν οι αποφάσεις αυτές παίρνονται στο πλαίσιο κρατικά χρηματοδοτούμενων συστημάτων υγείας (Bobinac et al., 2013).

Ένα τελευταίο σημείο που αξίζει να συζητηθεί είναι πως όταν η WTP per QALY έχει διερευνηθεί υπό το πρίσμα της προσωπικής οπτικής γωνίας, το ύψος της εκτιμηθείσας τιμής ενδέχεται να επηρεάζεται μεταξύ άλλων από το τελικό όφελος της υπό εξέταση υποθετικής παρέμβασης. Συγκεκριμένα, τα άτομα φαίνεται να αξιολογούν διαφορετικά τη βελτίωση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής που προέρχεται από μια παρέμβαση, από την παράταση που μπορεί να προσφέρει μια παρέμβαση στη διάρκεια ζωής (McHugh et al., 2020; Pennington et al., 2015; Bobinac et al., 2013). Επομένως, στο πλαίσιο χάραξης υγειονομικών πολιτικών, δεν μπορεί να υπάρξει μια μοναδική τιμή WTP per QALY που να αντικατοπτρίζει το σύνολο των προτιμήσεων των ατόμων και να είναι κατάλληλη για όλες τις παρεμβάσεις. Η χρήση μιας μοναδικής εκτίμησης ως «κατώφλι» κόστους-αποτελεσματικότητας, έναντι του οποίου συγκρίνεται το κόστος ανά QALY των παρεμβάσεων, ενδέχεται να οδηγεί σε μεροληπτικές αποφάσεις ως προς το είδος των παρεμβάσεων που πρέπει να αποζημιωθούν και να μην αντικατοπτρίζει τις πραγματικές προτιμήσεις του πληθυσμού (Nimdet et al., 2015; Pennington, 2015; Ryen και Svensson, 2015; Bobinac et al., 2010; Mason, Baker και Donaldson, 2008).

Με βάση όλα τα παραπάνω η παρούσα διδακτορική διατριβή, συμβάλει στην πληροφόρηση ως προς την προθυμία πληρωμής των Ελλήνων πολιτών για ένα QALY. Ωστόσο, απαιτείται περαιτέρω διερεύνηση προκειμένου να χρησιμοποιηθεί στην πράξη. Η διερεύνηση αυτή θα μπορούσε να αφορά σε εκτίμηση της προθυμίας

πληρωμής των Ελλήνων πολιτών για ένα QALY υπό την κοινωνική οπτική βάσει της αποτίμησης μιας παρέμβασης, η οποία προσφέρει βελτίωση στην κατάσταση της υγείας ενός ατόμου και την οποία καρπώνεται είτε ένα τρίτο πρόσωπο της κοινωνίας, είτε τόσο ένα τρίτο πρόσωπο όσο και ο ίδιος. Ακόμα, θα μπορούσε να αφορά στην εκτίμηση της προθυμίας πληρωμής για ένα QALY, το οποίο προέρχεται από μια παρέμβαση, η οποία οδηγεί σε παράταση της διάρκειας ζωής. Τα παραπάνω ενδέχεται να δώσουν μια πιο ολοκληρωμένη αποτίμηση της προθυμίας πληρωμής για ένα QALY.

5.4 ΚΑΘΟΡΙΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΡΟΘΥΜΙΑΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ ΓΙΑ ΕΝΑ ΠΟΙΟΤΙΚΑ ΣΤΑΘΜΙΣΜΕΝΟ ΕΤΟΣ ΖΩΗΣ

Ως προς τους καθοριστικούς παράγοντες που επηρεάζουν την WTP per QALY, η οικονομετρική ανάλυση έδειξε, όπως αναμενόταν, πως υψηλότερες κατηγορίες εισοδήματος σχετίζονται με υψηλότερη σε μέγεθος προθυμία πληρωμής για ένα QALY. Το αποτέλεσμα αυτό συμπίπτει με τα ευρήματα άλλων ερευνών (Igarashi, Goto και Yoneyama-Hirozane, 2019; Lim et al., 2017; Mavrodi et al., 2017; Sund και Svensson, 2017; Gao et al., 2015; Nimdet και Ngorsuracher, 2015; Martín-Fernández et al., 2014; Shiroiwa et al., 2013; Bobinac et al., 2010; Shiroiwa et al., 2010; King et al., 2005). Ακόμα, οι μεταβλητές «ελεύθερος επαγγελματίας» και «έγγαμος» αποτελούν, επίσης, καθοριστικούς παράγοντες της WTP per QALY. Συγκεκριμένα, η επαγγελματική κατηγορία «ελεύθερος επαγγελματίας» συσχετίστηκε με υψηλότερο κατά μέσο όρο μέγεθος WTP per QALY, σε σύγκριση με τους υπαλλήλους (δημοσίου ή ιδιωτικού τομέα), εύρημα που έρχεται σε αντίθεση με αυτό των Shiroiwa et al. (2010), οι οποίοι καταλήγουν πως τόσο οι υπάλληλοι όσο και οι ελεύθεροι επαγγελματίες δηλώνουν χαμηλότερη σε μέγεθος προθυμία πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής σε σχέση με άλλες επαγγελματικές κατηγορίες. Οι Έλληνες ελεύθεροι επαγγελματίες είναι συνηθισμένοι να πληρώνουν άμεσα από δικά τους κεφάλαια σημαντικά ποσά σε υγειονομικές και συνταξιοδοτικές εισφορές. Αντίθετα, στους υπαλλήλους είτε του δημοσίου είτε του ιδιωτικού τομέα, τα ποσά των εισφορών αυτών αφαιρούνται απ' ευθείας από το μισθό τους. Αυτό ενδέχεται να εξηγεί τις υψηλότερες εκτιμήσεις που δηλώθηκαν από τους ελεύθερους επαγγελματίες, καθώς είναι πιο εξοικειωμένοι με

άμεσες πληρωμές από δικά τους κεφάλαια (out-of-pocket payments). Το αρνητικό πρόσημο του συντελεστή παλινδρόμησης της μεταβλητής «έγγαμος» υποδηλώνει πως οι έγγαμοι συμμετέχοντες προτίθενται να πληρώσουν λιγότερο για ένα QALY σε σύγκριση με τους άγαμους, εύρημα που συμπίπτει με αντίστοιχα άλλων ερευνών (Lim et al., 2017; Zhao et al., 2011). Το παραπάνω μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι οι έγγαμοι είναι πιθανό να έχουν περισσότερα έξοδα σε σχέση με τους άγαμους λόγω αυξημένων οικογενειακών υποχρεώσεων.

Η επανεκτίμηση του μοντέλου μετά την αφαίρεση των απόμακρων τιμών (5% trimming), οδήγησε στα ίδια αποτελέσματα: οι δύο κατηγορίες οικογενειακού εισοδήματος «€1.501-€2.000» και «πάνω από €2.000», η επαγγελματική κατηγορία «ελεύθερος επαγγελματίας» και η μεταβλητή «έγγαμος» φάνηκε να επηρεάζουν το μέγεθος της WTP per QALY με την ίδια κατεύθυνση – υψηλότερες κατηγορίες εισοδήματος σχετίζονται με υψηλότερη σε μέγεθος προθυμία πληρωμής για ένα QALY, οι ελεύθεροι επαγγελματίες με υψηλότερο κατά μέσο όρο μέγεθος WTP per QALY, σε σύγκριση με τους υπαλλήλους (δημοσίου ή ιδιωτικού τομέα) και οι έγγαμοι με μικρότερο κατά μέσο όρο μέγεθος WTP per QALY σε σύγκριση με τους άγαμους.

Στο πλαίσιο επιμέρους αναλύσεων που πραγματοποιήθηκαν, το μοντέλο διερεύνησης της επίδρασης των δημογραφικών και κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών στην WTP per QALY επανυπολογίστηκε λαμβάνοντας υπόψη ως εξαρτημένη μεταβλητή το νεπέριο λογάριθμο της WTP per QALY για τις εξής υποομάδες συμμετεχόντων: α) εκείνους που δήλωσαν προθυμία πληρωμής ίση ή μικρότερη από το καθαρό μηνιαίο οικογενειακό τους εισόδημα, β) εκείνους που δήλωσαν, με βάση την τεχνική επαναληπτικής υποβολής προσφορών, προθυμία πληρωμής εντός του εύρους που δόθηκε από τους ίδιους στην ερώτηση ανοιχτού τύπου για την αποτίμηση της προθυμίας πληρωμής, γ) εκείνους που ήταν περισσότερο σίγουροι για το ύψος της προθυμίας πληρωμής που δήλωσαν και δ) εκείνους που δήλωσαν προθυμία πληρωμής ίση ή μικρότερη από το καθαρό μηνιαίο εισόδημα και ήταν περισσότερο σίγουροι για το ύψος της δηλούμενης αυτής αξίας. Οι επιμέρους αυτές αναλύσεις που ακολούθησαν δεν αποκάλυψαν σημαντικά διαφορετικούς παράγοντες επίδρασης στην προθυμία πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής, υποδηλώνοντας ότι τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας είναι ισχυρά

ανεξάρτητα από το ποια ομάδα συμμετεχόντων λαμβάνεται υπόψη.

Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να σημειωθεί σε αυτό το σημείο πως η ηλικία, το φύλο και ο αριθμός των εργαζόμενων μελών του νοικοκυριού παρά τη συσχέτιση που βρέθηκε να έχουν με την προθυμία πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής, δεν φάνηκε να επηρεάζουν στατιστικώς σημαντικά την τελευταία σε καμία από τις παραπάνω οικονομετρικές αναλύσεις (βασική ανάλυση μοντέλου διερεύνησης της επίδρασης των δημογραφικών και κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών στην WTP per QALY, επανεκτίμηση του μοντέλου μη λαμβάνοντας υπόψη τις απόμακρες τιμές, επιμέρους επανεκτιμήσεις λαμβάνοντας υπόψη τις εκτιμήσεις της WTP per QALY για ορισμένες υποομάδες συμμετεχόντων).

Πέραν της επίδρασης των παραπάνω δημογραφικών και κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών ενός ατόμου στο μέγεθος της WTP per QALY, στην παρούσα διδακτορική διατριβή εξετάστηκαν επιπρόσθετα ορισμένοι καθοριστικοί παράγοντες που ενδέχεται να επηρεάζουν το μέγεθος της WTP per QALY.

Τα αποτελέσματα της ανάλυσης έδειξαν πως η ικανοποίηση ενός ατόμου από το ΕΣΥ δεν έχει κάποια επίδραση στο μέγεθος της WTP per QALY. Το εύρημα αυτό συμπίπτει με το αντίστοιχο έρευνας με πληθυσμιακά δείγματα από ανεπτυγμένες χώρες όπως το Ηνωμένο Βασίλειο, η Αυστραλία και η Ιαπωνία (Shiroiwa et al., 2010).

Η στάση ενός ατόμου απέναντι στην ποιότητα και στην ισότητα πρόσβασης των Ελλήνων πολιτών στις χρηματοδοτούμενες από το κράτος ή την υποχρεωτική ασφάλιση υγειονομικές υπηρεσίες, και ο βαθμός χρησιμοποίησης υγειονομικών δομών, δεν παρουσίασαν επίδραση στο μέγεθος της WTP per QALY. Αντίθετα, η δυνατότητα προσωπικής πρόσβασης ενός ατόμου στις υγειονομικές υπηρεσίες που χρηματοδοτούνται από το κράτος ή την υποχρεωτική ασφάλιση φάνηκε να επιδρά στο μέγεθος της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής. Συγκεκριμένα, αντίθετα με την αναμενόμενη επίδραση βάσει της διαμορφωθείσας ερευνητικής υπόθεσης¹², η εύκολη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας σχετίζεται με

¹² Η σχετική ερευνητική υπόθεση που διαμορφώθηκε ήταν η εξής: «Η ευκολία πρόσβασης ενός ατόμου στις δημόσιες υγειονομικές υπηρεσίες ή στις υπηρεσίες που πληρώνει το ασφαλιστικό του ταμείο παρουσιάζει αρνητική συσχέτιση με το μέγεθος της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής».

υψηλότερη WTP per QALY σε σχέση με την αντίστοιχη ατόμων που θεωρούν ότι έχουν δύσκολη πρόσβαση. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο ότι οι συμμετέχοντες που δήλωσαν εύκολη πρόσβαση στις χρηματοδοτούμενες από το κράτος ή την υποχρεωτική ασφάλιση υπηρεσίες έχουν κατά κύριο λόγο μηνιαίο εισόδημα μεγαλύτερο από €1.000 (62,1%), ενώ όσοι δήλωσαν δύσκολη πρόσβαση έχουν κατά κύριο λόγο μηνιαίο εισόδημα μικρότερο από €1.000 (67,9%), γεγονός που καθιστά, ενδεχομένως, τους πρώτους ικανούς να πληρώσουν μεγαλύτερο ποσό για την υποθετική θεραπεία.

Η προσωπική εμπειρία που έχει ένα άτομο με κάποια ασθένεια φάνηκε να επιδρά στο μέγεθος της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής. Απουσία οποιασδήποτε εμπειρίας σχετίζεται με χαμηλότερη WTP per QALY σε σχέση με την αντίστοιχη ατόμων που έχουν κάποια μικρή εμπειρία. Το συγκεκριμένο εύρημα συμπίπτει με προηγούμενη ελληνική έρευνα (Mavrodi et al., 2017), στην οποία η ύπαρξη χρόνιας πάθησης παρουσίασε θετική συσχέτιση με το μέγεθος της WTP per QALY. Διαφαίνεται, λοιπόν, πως η δυσάρεστη εμπειρία που έχει κάποιος με μια ασθένεια, είτε επειδή έχει νοσήσει ο ίδιος, είτε επειδή έχει νοσήσει κάποιο άτομο του άμεσου οικογενειακού του περιβάλλοντος, ενδέχεται να τον οδηγεί στο να αποδώσει μεγαλύτερη αξία στην υγεία, γεγονός που τον καθιστά πρόθυμο να πληρώσει υψηλότερα ποσά για πλήρη βελτίωση στην κατάσταση της υγείας του. Ακόμα, το κάπνισμα δεν φάνηκε να έχει κάποια συσχέτιση με το μέγεθος της WTP per QALY, εύρημα αντίθετο με αυτό των Martín-Fernández et al. (2014) όπου το κάπνισμα παρουσίασε αρνητική συσχέτιση με το μέγεθος της WTP per QALY. Στην παρούσα έρευνα οι καπνιστές δήλωσαν υψηλή χρησιμότητα βάσει των απαντήσεών τους στο EQ-5D (μέση τιμή 0,792), γεγονός που ενδέχεται να εξηγεί την απουσία συσχέτισης, καθώς θεωρούν πως αν και καπνιστές έχουν καλό επίπεδο υγείας, με αποτέλεσμα να μην αποδίδουν υψηλή αξία στην υποθετική θεραπεία και αυτό το χαρακτηριστικό τους («καπνιστής») να μην καθορίζει το μέγεθος της δηλωθείσας προθυμίας πληρωμής. Τέλος, η συχνότητα άσκησης φάνηκε να επιδρά θετικά στο μέγεθος της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής. Το τελευταίο εύρημα μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι ένα άτομο που αθλείτε συχνά προσέχει την υγεία του και ενδέχεται να αποδίδει μεγαλύτερη αξία σε αυτήν, και άρα να προτίθεται να πληρώσει περισσότερο για την υποθετική θεραπεία που του διασφαλίζει απόλυτη υγεία.

5.5 ΚΙΝΗΤΡΑ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ

Τα κίνητρα που εξετάστηκαν στην παρούσα διδακτορική διατριβή διακρίνονται σε δύο επιμέρους ομάδες: α) κίνητρα όσων είναι πρόθυμοι να πληρώσουν για την υποθετική θεραπεία και επηρεάζουν το μέγεθος της προθυμίας πληρωμής, και β) κίνητρα που υπαγορεύουν τη συμπεριφορά όσων δεν είναι πρόθυμοι να πληρώσουν.

Για την πρώτη ομάδα κινήτρων, η ανάλυση έδειξε ότι τα άτομα που θεωρούν την αδυναμία να καλύψουν τις τρέχουσες ανάγκες ή τις φορολογικές υποχρεώσεις του νοικοκυριού τους ως ισχυρά κίνητρα που καθοδηγούν το μέγεθος της προθυμίας πληρωμής για μια βελτίωση στην υγεία τους, δήλωσαν χαμηλότερη WTP per QALY σε σύγκριση με όσους δεν θεωρούν τα παραπάνω ως κίνητρα. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι οι συμμετέχοντες που συμφώνησαν σε μεγάλο βαθμό με τις αντίστοιχες φράσεις είναι πιθανό να δηλώνουν αξία προθυμίας πληρωμής για την υποθετική θεραπεία, η οποία έχει «εξαντλήσει» το ποσό εκείνο του οικογενειακού εισοδήματος που μπορούν να διαθέσουν για επιπλέον μηνιαίες δαπάνες και συνεπώς, δεν μπορούν να πληρώσουν περισσότερο. Πράγματι, οι συμμετέχοντες αυτοί ήταν οικονομικά ασθενέστεροι και με λιγότερα εργαζόμενα μέλη στο νοικοκυριό τους σε σχέση με τους συμμετέχοντες που δεν συμφώνησαν καθόλου με τις σχετικές προδιατυπωμένες φράσεις.

Για τη δεύτερη ομάδα κινήτρων, οι απαντήσεις συνέκλιναν στην πλειοψηφία τους στη διαπίστωση ότι η αδυναμία να καλύψουν το κόστος της υποθετικής θεραπείας και η θεώρηση πως το κόστος αυτό πρέπει να καλυφθεί από το κράτος ή τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης αποτελούν κύριες αιτίες της αρνητικής στάσης απέναντι στην προθυμία πληρωμής για μια βελτίωση στην κατάσταση της υγείας τους. Τα άτομα που θεωρούν την αδυναμία να καλύψουν το κόστος της θεραπείας από το οικογενειακό τους εισόδημα ως ισχυρό κίνητρο είχαν κατά κύριο λόγο εισόδημα μικρότερο από €1.000, ήταν χρόνιοι πάσχοντες και έγγαμοι με τις οικογένειές τους να αποτελούνται κατά μέσο όρο από 3 μέλη. Επομένως, καλούνται να καλύψουν αυξημένες οικογενειακές δαπάνες με ένα περιορισμένο οικογενειακό εισόδημα, γεγονός που εξηγεί την αδυναμία τους να πληρώσουν για τη θεραπεία. Επίσης, περισσότερα από τα 2/3 των συμμετεχόντων θεωρούσαν ότι ο κόστος της υποθετικής

θεραπείας δεν πρέπει να επιβαρύνει αυτούς αλλά να καλύπτεται από το κράτος. Άρα, η κάλυψη του κόστους της θεραπείας από κάποιον άλλο (π.χ. το κράτος ή τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης) θεωρήθηκε μια ισχυρή αιτία που κατευθύνει την αρνητική τους στάση απέναντι στην προθυμία πληρωμής για μια βελτίωση στην κατάσταση της υγείας τους. Το ελληνικό σύστημα υγείας χρηματοδοτείται κατά κύριο λόγο από τον κρατικό προϋπολογισμό και την υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση, ενδεικτικά το 2017, το 60,8% των υγειονομικών δαπανών καλύφθηκε από κρατική χρηματοδότηση και υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση (OECD, 2019; Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία, 2017β). Επομένως, οι Έλληνες πολίτες είναι συνηθισμένοι σε παροχή υγειονομικής περίθαλψης χωρίς την καταβολή ιδίων πληρωμών, γεγονός που ενισχύει την άποψή τους πως το κόστος της εν λόγω θεραπείας πρέπει να καλυφθεί από το κράτος ή τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης. Επιπλέον, την τελευταία δεκαετία, εξαιτίας της διευρυμένης οικονομικής κρίσης, η πληρωμή υγειονομικών εξόδων με ιδιωτική συμμετοχή (out-of-pocket payments) ξεπερνάει, όπως αναφέρθηκε και σε προηγούμενη ενότητα, το 30-40% της ικανότητας πληρωμών ενός νοικοκυριού (Yfantopoulos, Chatzaras και Ollandezos, 2016), καλύπτοντας το 34,8% των συνολικών υγειονομικών δαπανών (Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία, 2017β). Είναι, λοιπόν, εμφανές ότι οι Έλληνες καλύπτουν ήδη ένα σημαντικό μέρος του οικονομικού βάρους των δαπανών υγείας, το οποίο έχει περιορίσει αισθητά το διαθέσιμο οικογενειακό τους εισόδημα και σε συνδυασμό με τη γενικότερη θεώρησή τους ότι έχουν δικαίωμα στη δωρεάν περίθαλψη, ενισχύει την απροθυμία τους να πληρώσουν για την υποθετική θεραπεία. Τέλος, η αρνητική στάση απέναντι στην προθυμία πληρωμής, οφειλόταν, για πάνω από τους μισούς συμμετέχοντες, στην καλή κατάσταση της υγείας τους, η οποία θεωρούσαν ότι δεν καθιστούσε απαραίτητη τη χορήγηση της εν λόγω θεραπείας. Πράγματι τα άτομα αυτά είχαν μεγαλύτερη χρησιμότητα και δεν υπέφεραν, στην πλειοψηφία τους, από κάποια χρόνια πάθηση, δύο παράμετροι που σχετίζονται με χαμηλό κίνδυνο να νοσήσουν, καθιστώντας το παραπάνω ως ισχυρό κίνητρο απροθυμίας πληρωμής.

5.6 ΚΑΘΟΡΙΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΡΟΘΕΣΗΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ

Η ανάλυση της παρούσας διατριβής έδειξε ότι τα άτομα με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης και υψηλότερο οικογενειακό εισόδημα είναι πιο πιθανό να είναι πρόθυμοι να πληρώσουν για μια θεραπεία, η οποία οδηγεί σε βελτίωση της κατάστασης της υγείας τους καθιστώντας τους απόλυτα υγιείς. Άτομα υψηλού εκπαιδευτικού επιπέδου είναι πιο πιθανό να αναγνωρίζουν την υποθετική θεραπεία ως απαραίτητη για τη βελτίωση της κατάστασης της υγείας τους και να είναι σε θέση να εκτιμούν τα προσφερόμενα οφέλη της, παράμετροι που αυξάνουν την πιθανότητα προθυμίας πληρωμής για μια υποθετική θεραπεία και κατ' επέκταση μια βελτίωση στην κατάσταση της υγείας τους. Επιπλέον, άτομα με υψηλό οικογενειακό εισόδημα έχουν την οικονομική δυνατότητα να καλύψουν το κόστος της εν λόγω θεραπείας αυξάνοντας έτσι την πιθανότητα να είναι πρόθυμοι να πληρώσουν. Τα παραπάνω ευρήματα συμπίπτουν με αυτά δύο ερευνών που έλαβαν χώρα στη Μαλαισία (Rajamoorthy et al., 2019; Yeo και Shafie, 2018) και στις οποίες εξετάστηκε η πιθανότητα προθυμίας πληρωμής για δύο συγκεκριμένα εμβόλια (ηπατίτιδας Β και δάγκειου πυρετού) χρησιμοποιώντας την ίδια οικονομετρική προσέγγιση (λογιστική παλινδρόμηση) με αυτήν της παρούσας έρευνας. Επιπλέον, η ηλικία αποτέλεσε έναν ακόμα παράγοντα πρόβλεψης της πρόθεσης ενός ατόμου να πληρώσει για μια βελτίωση στην κατάσταση της υγείας του. Συγκεκριμένα, άτομα μεγαλύτερης ηλικίας ήταν λιγότερο πιθανό να είναι πρόθυμα να πληρώσουν για βελτίωση στην υγεία τους. Οι ηλικιωμένοι τείνουν να δέχονται ευκολότερα την επιδείνωση της υγείας τους (Gyrd-Hansen, 2003) κι έχουν μικρότερο προσδόκιμο ζωής, δύο παράγοντες που ενδέχεται να εξηγούν το συγκεκριμένο εύρημα.

Σε αυτό το σημείο πρέπει να σημειωθεί πως οι ανεξάρτητες μεταβλητές που εισήχθησαν στο μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης αποτελούν χρήσιμους παράγοντες πρόβλεψης της πιθανότητας προθυμίας πληρωμής ενός ατόμου για μια βελτίωση στην κατάσταση της υγείας του – ο βαθμός ακρίβειας ταξινόμησης του μοντέλου ήταν μεγαλύτερος από τον βαθμό ακρίβειας από τυχαιότητα. Οι ανεξάρτητες αυτές μεταβλητές ήταν η ηλικία, η χρησιμότητα, η εκπαίδευση, η επαγγελματική κατάσταση, το μέγεθος του νοικοκυριού, ο αριθμός των εργαζόμενων

μελών του νοικοκυριού, η οικογενειακή κατάσταση και το καθαρό διαθέσιμο οικογενειακό εισόδημα. Το μοντέλο αυτό αποδείχθηκε αποτελεσματικό ως προς την πρόβλεψη της επίδρασης των εν λόγω παραγόντων στην πιθανότητα προθυμίας πληρωμής για μια βελτίωση στην υγεία για παρατηρήσεις πέραν εκείνων που περιλαμβάνονται στο δείγμα – ο βαθμός ακρίβειας ταξινόμησης του δείγματος επικύρωσης ήταν μεγαλύτερος από τον αντίστοιχο του δείγματος εκπαίδευσης. Το τελευταίο υποστηρίζει τη δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων της έρευνας. Έτσι, παρά το γεγονός ότι το μοντέλο αυτό στηρίχθηκε σε συγκεκριμένα δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά, μπορεί να αποτελέσει υποστηρικτικό εργαλείο για την κατανόηση των επιμέρους χαρακτηριστικών των ατόμων που προτίθενται να πληρώσουν για μια βελτίωση στην κατάσταση της υγείας τους.

Λαμβάνοντας υπόψη τον συνολικό βαθμό ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υγειονομικές υπηρεσίες, τόσο τα άτομα που ήταν πρόθυμα να πληρώσουν για μια βελτίωση στην υγεία τους, όσο και αυτά που δεν ήταν πρόθυμα φάνηκαν μη ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες του ΕΣΥ – ο μέσος όρος του βαθμού ικανοποίησης και για τις δύο ομάδες συμμετεχόντων ήταν μικρότερος του 5 στη 10βαθμη κλίμακα μέτρησης της ικανοποίησης. Η σοβαρή και εκτεταμένη κρίση χρέους, που υφίσταται η Ελλάδα κατά την τελευταία δεκαετία, έχει επηρεάσει το ελληνικό ΕΣΥ. Το τελευταίο καλείται να χρηματοδοτήσει την αυξημένη ζήτηση για δημόσιες υγειονομικές υπηρεσίες μέσω ενός περιορισμένου προϋπολογισμού. Προβλήματα, όπως η έλλειψη προσωπικού, οι περιορισμένοι οικονομικοί πόροι και η επιδείνωση της πρόσβασης σε υγειονομικές δομές, αποτελούν πλέον καθημερινότητα για το ελληνικό ΕΣΥ, επηρεάζοντας την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης (Simou και Koutsogeorgou, 2014) και κατ' επέκταση την ικανοποίηση των Ελλήνων πολιτών από το ΕΣΥ. Ακόμα, τα άτομα που πιστεύουν πως οι παρεχόμενες υγειονομικές υπηρεσίες των νοσοκομείων και των κέντρων υγείας είναι υψηλής ποιότητας ήταν στην πλειοψηφία τους απρόθυμοι να πληρώσουν για μια βελτίωση στην υγεία τους. Το γεγονός ότι οι Έλληνες πολίτες είναι συνηθισμένοι σε παροχή υγειονομικής περίθαλψης χωρίς την καταβολή ιδίων πληρωμών, ενδέχεται να εξηγεί τον λόγο που τα άτομα αυτά δεν προτίθενται να πληρώσουν μόνο τους για βελτίωση στην κατάσταση της υγείας τους. Το τελευταίο ενισχύεται περαιτέρω, λαμβάνοντας υπόψη ότι η πλειονότητα των απρόθυμων να

πληρώσουν συμμετεχόντων (75,3%) θεωρούν ως ισχυρό κίνητρο για την απροθυμία τους, την ευθύνη του κράτους ή της Κοινωνικής Ασφάλισης να καλύψει το κόστος της υποθετικής θεραπείας.

Ακόμα, η συχνότητα χρήσης δομών υγείας για τις οποίες οι πολίτες καλούνται να πληρώσουν (ιδιωτική συμμετοχή) φάνηκε να επηρεάζει την πρόθεση κάποιου να πληρώσει για μια βελτίωση στην κατάσταση της υγείας του. Συγκεκριμένα, όπως αναμενόταν, άτομα πρόθυμα να πληρώσουν για μια βελτίωση στην κατάσταση της υγείας τους χρησιμοποιούν πιο συχνά δομές υγείας επί πληρωμή. Διαφαίνεται, λοιπόν, πως για τα άτομα αυτά – τους πρόθυμους να πληρώσουν – η πληρωμή για την παροχή υγειονομικών υπηρεσιών αποτελεί ενδεχομένως στοιχείο της κουλτούρας τους απέναντι στην υγεία. Τέλος, η πρόσβαση στις υγειονομικές υπηρεσίες, η προσωπική εμπειρία ενός ατόμου με μια σοβαρή ασθένεια και οι προσωπικές υγιεινές του συνήθειες δεν φάνηκε να επηρεάζουν την πρόθεση προθυμίας πληρωμής για μια βελτίωση στην κατάσταση της υγείας.

5.7 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΕΠΟΜΕΝΑ ΒΗΜΑΤΑ

Η παρούσα έρευνα υπόκειται σε ορισμένους περιορισμούς. Καταρχάς, παρ' όλο που το δείγμα είναι αντιπροσωπευτικό του γενικού πληθυσμού της χώρας ως προς το φύλο, την ηλικία και την περιοχή διαμονής, βρέθηκαν κάποιες αποκλίσεις από τον γενικό πληθυσμό όσον αφορά σε χαρακτηριστικά του δείγματος, τα οποία, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας επηρεάζουν την WTP per QALY. Πιο συγκεκριμένα, το δείγμα της παρούσας μελέτης παρουσίασε υπεραντιπροσωπευτικότητα ως προς τους έγγαμους και τους ελεύθερους επαγγελματίες, χαρακτηριστικά που όπως φάνηκε επηρεάζουν το μέγεθος της WTP per QALY. Οι ποσοστιαία περισσότεροι έγγαμοι στο δείγμα σε σύγκριση με τον μέσο ελληνικό πληθυσμό ενδέχεται να επηρεάζουν αρνητικά το μέγεθος της WTP per QALY, καθώς μπορεί να είναι σε θέση να διαθέσουν λιγότερα για την υποθετική υπό εξέταση θεραπεία, λόγω αυξημένων οικογενειακών υποχρεώσεων, σε σχέση με τους άγαμους, τους διαζευγμένους, ή τους χήρους (Zhao et al., 2011). Επίσης, οι ποσοστιαία περισσότεροι ελεύθεροι επαγγελματίες στο δείγμα

σε σχέση με τον μέσο ελληνικό πληθυσμό ενδέχεται να επηρεάζουν το τελικό αποτέλεσμα της WTP per QALY, οδηγώντας σε υψηλότερη εκτίμηση του μεγέθους αυτής.

Οι μελέτες ενδεχόμενης αποτίμησης χαρακτηρίζονται από στρατηγική μεροληψία, εξαιτίας της οποίας οι συμμετέχοντες δηλώνουν μικρότερο μέγεθος προθυμίας πληρωμής για την υποθετική θεραπεία προκειμένου να χαμηλώσουν το κόστος της αξιολογούμενης θεραπείας (Hackl και Pruckner, 2005). Ωστόσο, στην παρούσα έρευνα ήταν λιγότερο πιθανό να παρατηρηθεί στρατηγική μεροληψία καθώς αφορούσε σε διδακτορική διατριβή και ο σκοπός της ήταν αποκλειστικά ακαδημαϊκός και επιστημονικός – στοιχεία για τα οποία οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν κατά την έναρξη της συνέντευξης.

Ακόμα, υπάρχουν ορισμένοι περιορισμοί, οι οποίοι σχετίζονται με τον σχεδιασμό του ερευνητικού εργαλείου. Οι προδιατυπωμένες φράσεις κινήτρων ως προς το μέγεθος της δηλούμενης προθυμίας πληρωμής για την υποθετική θεραπεία διαμορφώθηκαν με βάση εκτενή βιβλιογραφική ανασκόπηση και τα αποτελέσματα των ημιδομημένων ποιοτικών συνεντεύξεων που προηγήθηκαν της βασικής έρευνας. Ωστόσο, ενδέχεται να μην καλύπτουν όλες τις παραμέτρους που μπορεί να επηρεάζουν τα κίνητρα ενός ατόμου όταν αποτιμά την προθυμία πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής. Επομένως, περαιτέρω έρευνα είναι απαραίτητη προκειμένου να εξεταστούν επιπρόσθετες παράμετροι που ενδέχεται να επηρεάζουν την προθυμία πληρωμής για μια παρέμβαση που προσφέρει βελτίωση στην κατάσταση της υγείας ενός ατόμου.

Ακόμα, ως μέσο πληρωμής επιλέχθηκε η ιδιωτική συμμετοχή, κοινή προσέγγιση των περισσότερων μελετών ενδεχόμενης αποτίμησης (Ryen και Svensson, 2015; Smith και Sach, 2010). Ωστόσο, παρά το γεγονός ότι οι Έλληνες πολίτες είναι εξοικειωμένοι με το να καλύπτουν μόνοι τους τις υγειονομικές τους δαπάνες (34,8% των υγειονομικών δαπανών στην Ελλάδα καλύπτεται από εξ' ολοκλήρου ιδιωτική συμμετοχή, OECD, 2019), δεν είναι σαφές το κατά πόσο η ιδιωτική συμμετοχή ως μέσο πληρωμής σε μελέτες ενδεχόμενης αποτίμησης φαίνεται ρεαλιστική για τους συμμετέχοντες που ζουν σε χώρες με δημόσια ή μεικτά συστήματα υγείας (Bobinac et

al., 2010).

Επιπλέον, για την εκτίμηση της κατάστασης της υγείας των συμμετεχόντων χρησιμοποιήθηκε μια έμμεση μέθοδος υπολογισμού της χρησιμότητας (EQ-5D-3L). Άμεσες μέθοδοι, όπως η μέθοδος του χρονικού αντίρροπου, θεωρούνται ανώτερες. Ωστόσο, το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα είναι πιο εύκολα κατανοητό από τους συμμετέχοντες, σε σχέση με άλλα, στοιχείο ιδιαίτερα σημαντικό λαμβάνοντας υπόψη τον πληθυσμό-στόχο (γενικός ελληνικός πληθυσμός), την περιορισμένη εμπειρία των συμμετεχόντων με αντίστοιχες έρευνες και τη χρήση τηλεφωνικών συνεντεύξεων για τη συλλογή των δεδομένων.

Επιπρόσθετα, ο τρόπος διαχωρισμού των μη πρόθυμων να πληρώσουν για την υποθετική θεραπεία αποτελεί έναν ακόμα περιορισμό που σχετίζεται με τον σχεδιασμό του ερευνητικού εργαλείου. Ο ορισμός και η διαχείριση των μη πρόθυμων να πληρώσουν διαφέρουν στις μελέτες ενδεχόμενης αποτίμησης (Frey και Pirscher, 2019; Bobinac et al., 2018) και δεν υπάρχει μια κοινά αποδεκτή προσέγγιση ως προς τη διαχείριση των απαντήσεών τους. Στην παρούσα έρευνα, επιλέχθηκε οι συμμετέχοντες αυτοί να αφαιρεθούν μέσω μιας ερώτησης φίλτρου. Ωστόσο, το γεγονός ότι οι απαντήσεις τους δεν συμπεριλαμβάνονται στην εκτιμηθείσα τιμή της WTP per QALY, ενδέχεται να επηρεάζει το αποτέλεσμα, οδηγώντας σε υψηλότερη WTP per QALY. Επιπλέον, οι συμμετέχοντες ενδέχεται να απαντούν θετικά στην ερώτηση φίλτρου, εξαιτίας της μεροληψίας συναίνεσης που χαρακτηρίζει τις μελέτες ενδεχόμενης αποτίμησης, ανεξάρτητα από την πραγματική τους επιθυμία να πληρώσουν ή όχι για την υποθετική θεραπεία. Επομένως, η αρχική διάκριση των συμμετεχόντων στις δυο κατηγορίες ενδέχεται να είναι μεροληπτική.

Επίσης, η μεροληψία συναίνεσης, η οποία χαρακτηρίζει την τεχνική αποτίμησης που χρησιμοποιήθηκε (τεχνική επαναληπτικής υποβολής προσφορών) δεδομένου ότι οι απαντήσεις στις ερωτήσεις της έχουν τη μορφή ναι/όχι, ενδέχεται να επηρεάζει και την εκτιμηθείσα τιμή της προθυμίας πληρωμής.

Ένας ακόμα περιορισμός αφορά στην τεχνική συλλογής πρωτογενών δεδομένων. Προκείμενου να διασφαλιστεί επαρκές μέγεθος δείγματος, και

δεδομένου του περιορισμένου ποσού χρηματοδότησης της παρούσας διδακτορικής έρευνας, επιλέχθηκε η τηλεφωνική συνέντευξη ως τεχνική συλλογής των δεδομένων, έναντι των προσωπικών συνεντεύξεων που είναι προτιμότερες.

Στην παρούσα έρευνα το όφελος της υποθετικής θεραπείας αφορά στη βελτίωση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής ενός ατόμου και δεν εμπεριέχει ρίσκο, δεν επιδρά στη διάρκεια ζωής του ατόμου, ενώ η θεραπεία έχει αποτέλεσμα για όσο χρονικό διάστημα χορηγείται. Θα είχε ενδιαφέρον να εκτιμηθεί, σε μελλοντικές μελέτες, η προθυμία πληρωμής για μια υποθετική θεραπεία λαμβάνοντας υπόψη διαφορετικά επίπεδα κινδύνου θνησιμότητας, ή/και διαφορετικούς χρονικούς ορίζοντες (διάρκεια θεραπείας), ή/και την επίδραση στη διάρκεια ζωής ενός ατόμου, στοιχεία που σύμφωνα με τη βιβλιογραφία επηρεάζουν το μέγεθος της δηλούμενης προθυμίας πληρωμής (Pennington et al., 2015; Donaldson et al., 2011; Shiroiwa et al., 2010; Lieu et al., 2009; Mason, Baker και Donaldson, 2008; Byrne, O'Malley και Suarez, 2005; Hirth et al., 2000) και τα οποία δεν έχουν εξεταστεί για τον ελληνικό πληθυσμό.

Ακόμα, η οπτική γωνία της παρούσας έρευνας ήταν η ατομική οπτική των συμμετεχόντων. Η κοινωνική αξία που αποδίδεται σε ένα QALY μπορεί να είναι μικρότερη ή μεγαλύτερη από την αξία που εκτιμάται μέσω της ατομικής οπτικής ανάλογα με τη βελτίωση υγείας που εξετάζεται ή την κοινωνική ομάδα που επωφελείται από αυτήν τη βελτίωση. Για παράδειγμα μπορεί να είναι μικρότερη στις περιπτώσεις εκείνες που αξιολογούνται παρεμβάσεις που αφορούν στα τελικά στάδια ζωής ενός ατόμου (McHugh et al., 2020; Bobinac et al., 2013), το οποίο, δεδομένης της κατάστασής του, προτίθεται να πληρώσει ιδιαίτερα υψηλά ποσά για να εξασφαλίσει την παρέμβαση που μπορεί να παρατείνει τη διάρκεια ή την ποιότητα της ζωής του, είτε λόγω της ελπίδας που δίνουν οι παρεμβάσεις αυτές, είτε λόγω της υψηλής αξίας που αποδίδουν στον επιπλέον χρόνο που θα έχουν στη διάθεσή τους με φίλους και οικογένεια, είτε επειδή το κόστος ευκαιρίας τους είναι ιδιαίτερα χαμηλό ή ανύπαρκτο (Pennington et al., 2015). Αντίθετα, η κοινωνική αξία που αποδίδεται σε ένα QALY μπορεί να είναι μεγαλύτερη στις περιπτώσεις εκείνες, όπου οι συμμετέχοντες στις σχετικές μελέτες προτίθενται να πληρώσουν υψηλότερα ποσά για τη βελτίωση της υγείας ορισμένων πληθυσμιακών ομάδων (π.χ. παιδιά που υποφέρουν από σοβαρές

και χρόνιες παθήσεις), απ' ότι θα ήταν σε θέση να πληρώσουν οι ασθενείς ή οι οικογένειες των ασθενών αυτών με βάση τα προσωπικά τους εισοδήματα (Pennington et al., 2015; Bobinac et al., 2013). Θα είχε, λοιπόν, ιδιαίτερο ενδιαφέρον, να διερευνηθεί, σε επομένη μελέτη, η προθυμία πληρωμής υπό το πρίσμα της κοινωνίας προκειμένου να συγκριθεί η εκτιμηθείσα WTP per QALY με την αντίστοιχη κοινωνική αξία που αποδίδεται σε ένα QALY.

Να σημειωθεί ότι ορισμένα διαστήματα εμπιστοσύνης στα αποτελέσματα των παλινδρομήσεων και της ανάλυσης ANOVA παρουσίασαν μεγάλο εύρος. Διαστήματα εμπιστοσύνης με μεγάλο εύρος είναι συνήθως ενδεικτικά του μικρού μεγέθους του δείγματος. Στην παρούσα έρευνα παρόλο που το αρχικό δείγμα αποτελούνταν από 1.342 συμμετέχοντες, οι παλινδρομήσεις και οι αναλύσεις ANOVA πραγματοποιήθηκαν για υποομάδες του δείγματος, οι οποίες είχαν μικρότερο μέγεθος (π.χ. N=528). Διαφαίνεται, λοιπόν, πως μελλοντικές μελέτες εξέτασης των παραγόντων που επηρεάζουν το μέγεθος της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής θα έπρεπε να έχουν ακόμα μεγαλύτερα δείγματα προκειμένου να αυξηθεί η ακρίβεια των αποτελεσμάτων και των συμπερασμάτων.

Τέλος, δεδομένου ότι η μελέτη της χρηματικής αποτίμησης ενός ποιοτικά σταθμισμένου έτους ζωής στο ελλαδικό χώρο είναι περιορισμένη, μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να εστιάσουν στην εκτίμηση της χρηματικής αξίας για ένα QALY χρησιμοποιώντας διαφορετικές μεθόδους αποτίμησης ή αξιολογώντας συγκεκριμένα επίπεδα υγείας (health states) ή/και μετακινήσεις μεταξύ συγκεκριμένων επιπέδων υγείας. Με αυτόν τον τρόπο θα διασαφηνιστεί περαιτέρω το μέγεθος της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωή, οδηγώντας σε ακριβέστερες εκτιμήσεις.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Κύριος στόχος της παρούσας διδακτορικής διατριβής ήταν η εκτίμηση του μεγέθους της προθυμίας πληρωμής (WTP) για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής (QALY) για τον ελληνικό πληθυσμό. Ωστόσο, ο τελικός καθορισμός ενός «κατωφλιού» κόστους-αποτελεσματικότητας για την αξιολόγηση ιατρικών παρεμβάσεων αποτελεί μια σύνθετη διαδικασία, στο πλαίσιο της οποίας πρέπει να ληφθούν υπόψη τόσο η κοινωνική αποδοχή της εν λόγω εκτίμησης WTP per QALY, καθώς και αντίστοιχες εκτιμήσεις WTP per QALY για κατηγορίες παρεμβάσεων που χρίζουν ξεχωριστής μεταχείρισης εξαιτίας είτε της σοβαρότητας της ασθένειας που αφορούν, είτε του πληθυσμού στον οποίο στοχεύουν (π.χ. ανήλικοι ασθενείς). Η τελική απόφαση αποζημίωσης μιας παρέμβασης αποτελεί σε κάθε περίπτωση μια αμιγώς πολιτική απόφαση, στην οποία ενσωματώνονται κοινωνικές υποχρεώσεις, αξίες και αρχές, και η οποία λαμβάνει υπόψη της, πέραν των προτιμήσεων των πολιτών, τους διαθέσιμους οικονομικούς πόρους της χώρας. Επομένως, η εμπειρική εκτίμηση της χρηματικής αξίας που αποδίδεται σε ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής (QALY), η οποία πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο της παρούσας διδακτορικής διατριβής, αποτελεί το πρώτο βήμα στο πλαίσιο του καθορισμού ενός «κατωφλιού» κόστους-αποτελεσματικότητας στην Ελλάδα, και πριν χρησιμοποιηθεί στην πράξη απαιτείται περαιτέρω διερεύνησή της. Ωστόσο, δεδομένης της απουσίας μιας τέτοιας εκτίμησης

από την ελληνική βιβλιογραφία, η παρούσα διδακτορική διατριβή συντελεί σημαντική σε αυτήν.

Ελλείπει ενός «κατωφλιού» κόστους-αποτελεσματικότητας, οι ελληνικές οικονομικές αξιολογήσεις ιατρικών παρεμβάσεων υιοθετούν την πρόταση του ΠΟΥ, ο οποίος θέτει ως «κατώφλι» κόστους-αποτελεσματικότητας ποσό ίσο με μια έως τρεις φορές το εθνικό κατά κεφαλήν ΑΕΠ. Η παρούσα διατριβή αποτελεί την πρώτη έρευνα εξέτασης της καταλληλότητας του ορίου αυτού στο πλαίσιο της λήψης αποφάσεων μέσω οικονομικών αξιολογήσεων στον ελλαδικό χώρο. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως το ύψος της WTP per QALY για τον ελληνικό γενικό πληθυσμό ανέρχεται στα €26.280, ποσό εντός του ορίου που θέτει ο ΠΟΥ, ενώ η αντίστοιχη περικομμένη τιμή είναι €14.862, ποσό λίγο μικρότερο του ορίου αυτού. Ακόμα, λαμβάνοντας υπόψη πιο αξιόπιστες απαντήσεις – υποκείμενα της έρευνας που δηλώνουν με σιγουριά προθυμία πληρωμής για την υπό εξέταση θεραπεία ίση ή μικρότερη του οικογενειακού τους εισοδήματος, κι επομένως είναι ικανά και σίγουρα να καλύψουν σε απόλυτους αριθμούς το δηλούμενο ποσό – το ύψος της WTP per QALY ανήλθε στα €11.004, ποσό, επίσης, μικρότερο του κατά κεφαλήν ΑΕΠ και εκτός του ορίου που θέτει ο ΠΟΥ. Επομένως, το όριο που χρησιμοποιείται μέχρι στιγμής στις ελληνικές οικονομικές αξιολογήσεις καθίσταται αμφισβητήσιμο. Η παρούσα διδακτορική διατριβή προτείνει μια πιο ακριβή εκτίμηση της προθυμίας πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής, στην οποία ενσωματώνονται οι προτιμήσεις του γενικού ελληνικού πληθυσμού. Ακόμα, δεδομένης της ύφεσης που αντιμετωπίζει η χώρα τα τελευταία χρόνια, τόσο η περικομμένη εκτίμηση όσο κι αυτή της προαναφερθείσας υποομάδας συμμετεχόντων, ενδέχεται να είναι πιο κοντά σε αυτό που πραγματικά μπορούν να πληρώσουν οι Έλληνες. Η συγκεκριμένη εκτίμηση θα μπορούσε να αποτελέσει την αρχή ενός διαλόγου σχετικά με τον τρόπο αποζημίωσης των ιατρικών παρεμβάσεων και την κατανομή των υγειονομικών πόρων (Robinson et al., 2013; Shiroyiwa et al., 2010) στην Ελλάδα. Επίσης, η παρούσα έρευνα θα μπορούσε να αποτελέσει τη βάση για τον υπολογισμό περαιτέρω εκτιμήσεων WTP per QALY εστιάζοντας στην οπτική γωνία της κοινωνίας, ή/και σε κατηγορίες παρεμβάσεων που χρίζουν ξεχωριστής μεταχείρισης λόγω της σοβαρότητας της ασθένειας που αφορούν και του πληθυσμού στον οποίο στοχεύουν.

Η παρούσα διδακτορική διατριβή επιχειρεί να συμβάλει περαιτέρω στην ελληνική βιβλιογραφία της ενδεχόμενης αποτίμησης, εξετάζοντας τους καθοριστικούς παράγοντες που επηρεάζουν την προθυμία πληρωμής για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής του ελληνικού πληθυσμού, καθώς και τα κίνητρα των ατόμων που δεν είναι πρόθυμα να πληρώσουν για την υποθετική θεραπεία. Έτσι, πέραν των δημογραφικών και κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων εξετάστηκε και ένας αριθμός καθοριστικών παραγόντων που σχετίζονται με την αξιολόγηση των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών που χρηματοδοτούνται από το κράτος ή την υποχρεωτική ασφάλιση, τον βαθμό χρησιμοποίησης αυτών, την εξοικείωση με κάποια σοβαρή ασθένεια και τις προσωπικές υγιεινές συνήθειες που διασφαλίζουν ένα καλό επίπεδο υγείας. Σε καμία περίπτωση η λίστα αυτών των παραγόντων δεν είναι εξαντλητική. Το εισόδημα, η επαγγελματική κατάσταση, η οικογενειακή κατάσταση, η δυνατότητα πρόσβασης σε χρηματοδοτούμενες από το κράτος ή την υποχρεωτική ασφάλιση υγειονομικές δομές, η εμπειρία με κάποια σοβαρή ασθένεια και η συχνότητα άσκησης αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες που επηρεάζουν την προθυμία πληρωμής των Ελλήνων για ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής. Ως προς τα κίνητρα των απρόθυμων να πληρώσουν, η αρνητική τους στάση απέναντι στην πληρωμή για μια βελτίωση στην κατάσταση της υγείας τους, οφείλεται κατά κύριο λόγο στην αδυναμία τους να καλύψουν το κόστος της σχετικής θεραπείας και στη θεώρηση πως το κόστος αυτό πρέπει να καλύπτεται από το κράτος ή την υποχρεωτική ασφάλιση.

Η συμβολή της παρούσας διατριβής στη διεθνή βιβλιογραφία αφορά στην εξέταση, για πρώτη φορά, των κινήτρων συμπεριφοράς ως προς το μέγεθος της δηλούμενης προθυμίας πληρωμής, καθώς και των καθοριστικών παραγόντων που ενδέχεται να αποτελούν παράγοντες πρόβλεψης της πρόθεσης κάποιου να πληρώσει για μια βελτίωση στην κατάσταση της υγείας του, η οποία προέρχεται από μια γενική παρέμβαση που χορηγείται σε όποιον τη χρειάζεται και όχι από μια νοσολογικά εξειδικευμένη παρέμβαση. Οι διεθνείς μελέτες ενδεχόμενης αποτίμησης είθισται να εξετάζουν τα κίνητρα που υπαγορεύουν τη συμπεριφορά των μη πρόθυμων να πληρώσουν για την υπό εξέταση παρέμβαση, χωρίς να γίνεται προσπάθεια εντοπισμού ή ερμηνείας των αιτιών που καθορίζουν το μέγεθος της προθυμίας

πληρωμής. Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας έδειξαν πως η αδυναμία ενός ατόμου να καλύψει τις τρέχουσες ανάγκες ή τις φορολογικές υποχρεώσεις του νοικοκυριού του επηρεάζουν αναπόφευκτα το μέγεθος της δηλούμενης χρηματικής αξίας που αποδίδεται σε ένα ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής. Τέλος, το επίπεδο εκπαίδευσης, το εισόδημα, η ηλικία, ο βαθμός χρησιμοποίησης δομών υγείας στις οποίες οι πολίτες καλούνται να πληρώσουν (ιδιωτική συμμετοχή), και η θεώρηση πως οι παρεχόμενες υγειονομικές υπηρεσίες των νοσοκομείων και των κέντρων υγείας είναι υψηλής ποιότητας επηρεάζουν την πρόθεση κάποιου να πληρώσει για μια βελτίωση στην κατάσταση της υγείας τους.

Εμπειρικές έρευνες στο πλαίσιο της οικονομικής αξιολόγησης στον τομέα της υγείας είναι απαραίτητες στον ελλαδικό χώρο προκειμένου να εντοπιστεί ένα ή και περισσότερα νοσολογικά εξειδικευμένα και κοινωνικώς αποδεκτά «κατώφλια» κόστους-αποτελεσματικότητας. Τα «κατώφλια» αυτά θα μπορούσαν δυνητικά να χρησιμοποιηθούν για την αξιολόγηση της αποζημίωσης ή μη των ιατρικών παρεμβάσεων και κατ' επέκταση της κατανομής των υγειονομικών πόρων. Η παρούσα έρευνα προφανώς και δεν είναι αρκετή, από μόνη της, προκειμένου να επιτευχθεί το παραπάνω. Ωστόσο, προσφέροντας την πρώτη εκτίμηση της προθυμίας πληρωμής για ένα QALY, στην οποία λαμβάνονται υπόψη οι προτιμήσεις του γενικού ελληνικού πληθυσμού, θα μπορούσε να συμβάλει στη συζήτηση, μεταξύ των φορέων χάραξης πολιτικών υγείας και άλλων ενδιαφερόμενων μερών, όπως οι φορείς κοινωνικής ασφάλισης, οι διοικήσεις νοσοκομείων, κ.α., για τον τρόπο με τον οποίο πρέπει να λαμβάνονται οι αποφάσεις αποζημιώσεων. Ως εκ τούτου, περισσότερη έρευνα είναι απαραίτητη ώστε να χρησιμοποιηθούν διαφορετικές μέθοδοι αποτίμησης, να ληφθούν υπόψη διαφορετικά οφέλη (π.χ. συγκεκριμένα επίπεδα βελτίωσης της σχετικής με την υγεία ποιότητας ζωής, παράταση στη διάρκεια ζωής), καθώς και να εκτιμηθεί η κοινωνική αξία ενός ποιοτικά σταθμισμένου έτους ζωής.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Ahlheim, M., and Schneider, F. (2013). Considering household size in contingent valuation studies. *Environmental Economics*, 4(1), 112-123.
- Alayli-Goebbels, A.F.G., van Exel, J., Ament, A.J.H.A., de Vries, N.K., Bot, S.D.M., and Severens, J.L. (2014). Consumer willingness to invest money and time for benefits of lifestyle behaviour change: an application of the contingent valuation method. *Health Expectations*, 18, 2252-2265.
- Anagnostopoulos, F., Yfantopoulos, J., Moustaki, I., and Niakas, D. (2013). Psychometric and factor analytic evaluation of the 15D health-related quality of life instrument: the case of Greece. *Quality of Life Research*, 22, 1973-86.
- Arrow, K.J., Solow, R., Portney, P., Leamer, E.E., Radner, R., and Schuman, H. (1993). Report of the NOAA Panel on Contingent Valuation. *Federal Register*, 58, 4601-4614.
- Baker, R. Bateman, I., Donaldson, C., Jones-Lee, M., Lancsar, E. Loomes, G., [...], and SVQ Research Team. (2010). Weighting and valuing quality-adjusted life-years using stated preference methods: preliminary results from the social value of a QALY project. *Health Technology Assessment*, 14(27), 1-162.
- Baker R., Robinson, A., and Smith, R. (2007). How do respondents explain WTP responses? A review of qualitative evidence. *Journal of Socio-Economics*, 37, 1427e1442.
- Bateman, I.J., Carson, R.T., Brett, D., Hanemann, M., Hanley, N., Hett, T., [...], and Swanson, J. (2002). *Economic valuation with stated preference techniques. A manual*. Cheltenham, UK: Edward Elgar.
- Berger, M.L., Binglefors, K., Hedblom, E., Pashos, C.L., and Torrance, G. (eds.) (2003). *Health Care Cost, Quality, and Outcomes. ISPOR Book of Terms*. USA: ISPOR.

- Berrens, R.P., Jenkins-Smith, H., Bohara, A.K., and Silva, C.L. (2002). Further investigation of voluntary contribution contingent valuation: fair share, time of contribution, and respondent uncertainty. *Journal of Environmental Economics and Management*, 44(1), 144-168.
- Bilcke, J., Hens, N., and Beutels, P. (2017). Quality-of-life: a many-splendored thing? Belgian population norms and 34 potential determinants explored by beta regression. *Quality of Life Research*, 26, 2011-2023.
- Bishop, R.C., and Boyle, K.J. (2017). Reliability and Validity in Nonmarket Valuation. In P.A. Champ, K.J. Boyle and T.C. Brown (Eds.), *A primer on nonmarket valuation* (pp.463-497). USA: Springer.
- Blomquist, G.C., Blumenschein, K., and Johannesson, M. (2009). Eliciting willingness to pay without bias using follow-up certainty statements: comparisons between probably/definitely and a 10-point certainty scale. *Environmental Resource Economics*, 43(4), 473-502.
- Blumenschein, K., Blomquist, G.C., Johannesson, M., Horn, N., and Freeman, P. (2008). Eliciting willingness to pay without bias: evidence from a field experiment. *Economic Journal*, 118, 114-137.
- Blumenschein, K., Johannesson, M., Yokoyama, K.K., and Freeman, P.R. (2001). Hypothetical versus real willingness to pay in the health care sector: results from a field experiment. *Journal of Health Economics*, 20, 441-457.
- Bobinac, A. (2018). Mitigating hypothetical bias in willingness to pay studies: a post-estimation uncertainty and anchoring on irrelevant information. *European Journal of health Economics*, doi: 10.1007/s10198-018-0983-1.
- Bobinac, A., van Exel, N.J.A., Rutten, F.F.H., and Brouwer, W.B.F. (2010). Willingness to pay for a quality-adjusted life-year: the individual perspective. *Value in Health*, 13(8), 1046-1055.
- Bobinac, A., van Exel, N.J.A., Rutten, F.F.H., and Brouwer, W.B.F. (2012). Get more, pay more? An elaborate test of construct validity of willingness to pay per QALY

- estimates obtained through contingent valuation. *Journal of Health Economics*, 31, 158-168.
- Bobinac, A., van Exel, N.J.A., Rutten, F.F.H., and Brouwer, W.B.F. (2013). Valuing QALY gains by applying a societal perspective. *Health Economics*, 22, 1272-1281.
- Bobinac, A., van Exel, N.J.A., Rutten, F.F.H., and Brouwer, W.B.F. (2014). The value of a QALY: Individual willingness to pay for health gains under risk. *Pharmacoeconomics*, 32, 75-86.
- Bowling, A. (2005). Mode of questionnaire administration can have serious effects on data quality. *Journal of Public Health*, 27(3), 281-291.
- Boyle, K.J. (2017). Contingent valuation in practice. In P.A. Champ, K.J. Boyle and T.C. Brown (Eds.), *A Primer on Nonmarket Valuation* (pp. 83-131). USA: Springer.
- Brandt, S., Vásquez Lavín F., and Hanemann, M. (2012). Contingent valuation scenarios for chronic illnesses: the case of childhood asthma. *Value in Health*, 15, 1077-1083.
- Braun, C., Rehdanz, K., and Schmidt, U. (2016). Validity of willingness to pay measures under preference uncertainty. *PLOS ONE*, 11(4), e0154078, doi: 10.1371/journal.pone.0154078.
- Brent, R.J. (2016). *Cost-benefit analysis and health care evaluation*. United Kingdom: Edward Elgar.
- Bridges, J. (2003). Stated-preference methods in health care evaluation: an emerging methodological paradigm in health economics. *Applied Health Economics and Health Policy*, 2, 213-24.
- Bridges, J., Onukwugha, E., Johnson, F.R., and Hauber, A.B. (2007). Patient preference methods – a patient centered evaluation paradigm. *ISPOR Connections*, 13, 4-7.
- Byrne, M.M., O'Malley, K., and Suarez, A. (2005). Willingness to pay per quality adjusted life year in a study of knee osteoarthritis. *Medical Decision Making*, 25, 655-666.

- Cameron, T.A., Poe, G.L., Ethier, R.G., and Schultze, W.D. (2002). Alternative non-market value elicitation methods: are the underlying preferences the same?. *Environmental Economic and Management*, 44, 391-425.
- Carr, P.B., and Steele, C.M. (2010). Stereotype threat affects financial decision making. *Psychological Science*, 21(10), 1411-1416.
- Champ, P.A. (2017). Collecting nonmarket valuation data. In P.A. Champ, K.J. Boyle and T.C. Brown (Eds.), *A primer on nonmarket valuation* (pp. 55-82). USA: Springer.
- Champ, P.A., and Bishop, R.C. (2001). Donation payment mechanisms and contingent valuation: an empirical study of hypothetical bias. *Environmental Resource Economics*, 19, 383-402.
- Champ, P.A., Moore, P., and Bisho, R.C. (2009). A comparison of approaches to mitigate hypothetical bias. *Agricultural and Research Economics Review*, 38(2), 166-180.
- Claxton, K., Martin, S., Soares, M., Rice, N., Spackman, E., Hinde, S., et al. (2015). Methods for the estimation of the National Institute for Health and Excellence cost-effectiveness threshold. *Health Technology Assessment*. doi: 10.3310/hta19140.
- Crosson, R., and Gneezy, U. (2009). Gender differences in preferences. *Journal of Economics Literature*, 47(2), 448-474.
- Dalmou-Matarrodona, E. (2001). Alternative approaches to obtain optimal bid values in contingent valuation studies and to model protest zeros. Estimating the determinants of individuals' willingness to pay for home care services in day case surgery. *Health Economics*, 10, 101-118.
- DeShazo, J.R. (2002). Designing transactions without framing effects in iterative question formats. *Journal of Environmental Economics and Management*, 43, 360-385.
- Diamond, P.A., and Hausman, J.A. (1994). Contingent valuation: is some number better than no number?. *Journal of Economic Perspectives*, 8(4), 45-64.

- Diener, A., O'Brien, B., and Gafni, A. (1998). Health care contingent valuation studies: a review and classification of the literature. *Health Economics*, 7(4), 313-326.
- Dolan, P., Olsen, J.A., Menzel, P., and Richardson, J. (2003). An inquiry into the different perspectives that can be used when eliciting preferences in health. *Health Economics*, 12, 545-551.
- Donaldson, C., Baker, R., Mason, H., Jones-Lee, M.W., Lancsar, E., Wildman, J., Bateman, I., Loomes, G.C., Robinson, A., Sugden, R., Pinto Prades, J.L., Ryan, M., Shackley, P., and Smith, R. (2011). The social value of a QALY: raising the bar or barring the raise?. *BMC Health Services Research*, 11, 8.
- Donaldson, C., Jonas, A.M., Mapp, T.J., and Olson, J.A. (1998). Limited dependent variables in willingness to pay studies: applications in health care. *Applied Economics*, 30, 667-677.
- Donaldson, C., Thomas, R., and Torgerson, D. (1997). Validity of open-ended and payment scale approaches to eliciting willingness to pay. *Applied Economics*, 29, 79-84.
- Drummond, M.F., Sculpher, M.J., Claxton, K., Stoddart, G.L., and Torrance, G.W. (2015). *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. United Kingdom: Oxford University Press.
- Dziegielewska, D. A., and Mendelsohn, R. (2007). Does "No" mean "No"? A protest methodology. *Environmental and Resource Economics*, 38, 71-87.
- Eriksson, K., and Simpson, B. (2010). Emotional reactions to losing explain gender differences in entering a risky lottery. *Judgement and Decision Making*, 5(3), 159-163.
- Ethier, R.G., Poe, G.L., Schulze, W.D., and Clark, J. (2000). A comparison of hypothetical phone and mail contingent valuation responses for green-pricing electricity programs. *Land Economics*, 76(1), 54-67.

- Fonta, W., Ichoku, H.E., and Kabubo-Mariara, J. (2010). The effect of protest zeros on estimates of willingness to pay in healthcare contingent valuation analysis. *Applied Health Economics and Health Policy*, 8, 225-237.
- Foster, V., Bateman, I. J., and Harley, D. (1997). Real and hypothetical willingness to pay for environmental preservation: A non-experimental comparison. *Journal of Agricultural Economics*, 48(2), 123–138.
- Frew, E.J., Whynes, D.K., and Wolstenholme, J. (2003). Eliciting willingness to pay: comparing closed-ended with open-ended and payment scale formats. *Medical Decision Making*, 23, 150-159.
- Frew, E.J., Wolstenholme, J.L., and Whynes, D.K. (2004). Comparing willingness-to-pay: bidding game format versus open-ended and payment scale format. *Health Policy*, 68, 289-298.
- Frey, U.J., and Pirscher, F. (2019). Distinguishing protest responses in contingent valuation: A conceptualization of motives and attitudes behind them. *PLoS ONE*, 14(1), e0209872.
- Fricker, R.D. Jr., and Schonlau, M. (2002). Advantages and disadvantages of internet research surveys: evidence from the literature. *Field Methods*, 14(4), 347-367.
- Gao, L., Xia, L., Pan, S.Q., Xiong, T., and Li, S.C. (2015). Health-related quality of life and willingness to pay per quality-adjusted life-year threshold – a study in patients with epilepsy in China. *Value in Health Regional Issue*, 6C, 89-97.
- Geitona, M., Stamuli, E., Giannakodimos, S., Kimiskidis, V.K., Kountouris, V., Charokopou, M., and Christou, P. (2019). Lacosamide as a first-line treatment option in focal epilepsy: a cost-utility analysis for the Greek healthcare system. *Journal of Medical Economics*, 22(4), 359-364.
- Ghauri, P., and Grønhaug, K. (2010). *Research methods in business studies*. UK, London: Pearson Education.
- Gourzoulidis, G., Tzanetakos, C., Ioannidis, I., Tsapas, A., Kourlaba, G., Papageorgiou, G., and Maniadakis, N. (2018). Cost-effectiveness of empagliflozin for the

treatment of patients with type II diabetes mellitus at increased cardiovascular risk in Greece. *Clinical Drug Investigation*, 38(5), 417-426.

Gray, A.M, Clarke, P.M., Wolstenholme, J.L., and Wordsworth, S. (2012). *Applied methods of cost-effectiveness analysis in health care*. Oxford, United Kingdom: Oxford University Press.

Groot, W., and van den Brink, H.M. (2008). The value of health. *BMC Health Services Research*, 8, 136.

Gyrd-Hansen, D. (2003). Willingness to pay for a QALY. *Health Economics*, 12, 1049-1060.

Gyrd-Hansen, D. (2016). The role of payment vehicle in non-market valuations of a health care service: willingness-to-pay for an ambulance helicopter service. *Health Economics, Policy and Law*, 11, 1-16.

Gyrd-Hansen, D., Jensen, M.L., and Kjaer, T. (2014). Framing the willingness-to-pay question: impact on response patterns and mean willingness to pay. *Health Economics*, 23, 550-563.

Gyrd-Hansen, D., and Kjaer, T. (2012). Disentangling WTP per QALY data: Different analytical approaches, different answers. *Health Economics*, 21, 222-237.

Gyrd-Hansen, D., Kjaer, T., and Nielsen, J.S. (2012). Scope insensitivity in contingent valuation studies of health care services. Should we ask twice?. *Health Economics*, 21, 101-112.

Hackl, F., and Pruckner, G.J. (2005). Warm glow, free-riding and vehicle neutrality in a health-related contingent valuation study. *Health Economics*, 14, 293-306.

Hak, T., van der Veer, J., and Ommundsen, R. (2006). An application of the Three-Step Test-Interview (TSTI): a validation study of the Dutch and Norwegian versions of the 'Illegal Aliens Scale'. *International Journal of Social Research Methodology*, 9(3), 215-227.

- Halstead, J.M., Luloff, A.E., and Stevens, T.H. (1992). Protest bidders in contingent valuation. *Northeastern Journal of Agricultural and Resource Economics*, 21(2), 10.
- Haninger, K., and Hammitt, J.K. (2011). Diminishing willingness to pay per quality-adjusted life year: valuing acute foodborne illness. *Risk Analysis*, 31, 1363-1380.
- Hanley, N., Ryan, M., and Wright, R. (2003). Estimating the monetary value of health care: lessons from environmental economics. *Health Economics*, 12, 3-16.
- Hayes, A.F., and Cai, L. (2007). Using heteroskedasticity-consistent standard error estimators in OLS regression: An introduction and software implementation. *Behavior and Research Methods*, 39(4), 709-722.
- Hensher, D., Rose, J., and Greene, W. (2005). *Applied choice analysis: A primer*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hirth, R.A., Chernew, M.E., Miller, E., Fendrick, M.D., and Weissert, W.G. (2000). Willingness to pay for a quality-adjusted life year: in search of a standard. *Medical Decision Making*, 20(3), 332-342.
- Holbrook, A.L., Krosnick, J.A., and Pfent, A. (2008). Chapter 23: The causes and consequences of response rates in surveys by the news media and government contractor survey research firms. In Lepkowski, J.M., et al. (eds), *Advances in telephone survey methodology* (pp. 449-678). Hooken, New Jersey: John Wiley and Sons, Inc.
- Hosmer, D.W., Hosmer, T., leCessie, S., and Lemeshow, S. (1997). A comparison of goodness-of-fit tests for the logistic regression model. *Satistical Methods*, 16(9), 965-980.
- Hosmer, D.W., Lemeshow, S., and Sturdivant, R.X. (2013). *Applied logistic regression*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Hutton, G., and Rehfues, E. (2006). Guidelines for conducting cost-benefit analysis of household energy and health interventions. World Health Organisation.

- Igarashi, A., Goto, R., and Yoneyama-Hirozane, M. (2019). Willingness to pay for QALY: perspectives and contexts in Japan. *Journal of Medical Economics*. doi: 10.1080/13696998.2019.1639186.
- International Monetary Fund. (2019). *World Economic Outlook Database (October 2019)*. [Online]. Available from: <https://www.imf.org/external/datamapper/datasets/WEO>. [Accessed: 23rd October 2019].
- Kahnemann, D., and Knetsch, J.L. (1992). Valuing public goods: the purchase of moral satisfaction. *Journal of Environmental Economics and Management*, 22, 57-70.
- Kahnemann, D., and Tversky, A. (1979). Prospect theory: An analysis of decisions under risk. *Econometrica*, 47, 263-291.
- Kanya, L., Sanghera, S., Lewin, A., and Fox-Rushby, J. (2019). The criterion validity of willingness to pay methods: A systematic review and meta-analysis of the evidence. *Social Science and Medicine*, 232, 238-261.
- Kempf, A.M., and Remington, P.L. (2007). New challenges for telephone survey research in the twenty-first century. *Annual Review of Public Health*, 28, 113-126.
- King Jr., J.T., Tsevat, J., Lave, J.R., and Robert, M.S. (2005). Willingness to pay for a quality-adjusted life year: implications for societal health care resource allocation. *Medical Decision Making*, 25, 667-677.
- Kling, C.L., Phaneuf, D.J., and Zhao, J. (2012). From Exxon to BP: Has some number become better than no number? *Journal of Economic Perspectives*, 26(4), 3-26.
- Klose, T. (1999). The contingent valuation method in health care. *Health Policy*, 47, 97-123.
- Kontodimopoulos, N., Argiriou, M., Theakos, N., and Niakas, D. (2011). The impact of disease severity on EQ-5D and SF-6D utility discrepancies in chronic heart failure. *European Journal of Health Economics*, 12(4), 383-391.

- Kontodimopoulos, N., and Niakas, D. (2006). Overcoming inherent problems of preference-based techniques for measuring health benefits: an empirical study in the context of kidney transplantation. *BMC Health Services Research*, 6, 3.
- Kontodimopoulos, N., Pappa, E., Chadjiapostolou, Z., Arvanitaki, E., Papadopoulos, A.A., and Niakas, D. (2012). Comparing the sensitivity of EQ-5D, SF-6D and 15D utilities to the specific effect of diabetic complications. *European Journal of Health Economics*, 13, 111-120.
- Kontodimopoulos, N., Pappa, E., Niakas, D., Yfantopoulos, J., Dimitrakaki, C., and Tountas, Y. (2008). Validity of the EuroQoL (EQ-5D) instrument in a Greek general population. *Value in Health*, 11(7), 1162-9.
- Kontodimopoulos, N., Pappa, E., Papadopoulos, A.A., Tountas, Y., and Niakas, D. (2009). Comparing SF-6D and EQ-5D utilities across groups differing in health status. *Quality of Life Research*, 18, 87-97.
- Kontodimopoulos, N., Stamatopoulou, E., Brinia, A., Talias, M.A., and Ferreira, L.N. (2018). Are condition-specific utilities more valid than generic preference-based ones in asthma? Evidence from a study comparing EQ-5D-3L and SF-6D with AQL-5D. *Expert Review of Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, 18(6), 667-675.
- Kuusela, H., and Paul, P. (2000). A comparison of concurrent and retrospective verbal protocol analysis. *The American Journal of Psychology*, 113(3), 387-404.
- Lieu, T.A., Ray, G.T., Ortega-Sanchez, I.R., Kleinmak, K., Rusinak, D., et al. (2009). Willingness to pay for a QALY based on community member and patient preferences for temporary health states associated with herpes zoster. *Pharmacoeconomics*, 27, 1005-1016.
- Lim, Y.W., Shafie, A.A., Chua, G.N., and Hassali, M.A.A. (2017). Determination of cost-effectiveness threshold for healthcare interventions in Malaysia. *Value in Health*, 20, 1131-1138.

- Lin, P.J., Cangelosi, M.J., Lee, D.W., Neumann, P.J. (2013). Willingness to pay for diagnostic technologies: a review of the contingent valuation literature. *Value in Health*, 16, 797-805.
- Lohr, L.S. (2010). *Sampling: Design and analysis*. USA: Brooks/Cole, Cengage Learning
- Loomis, J.B. (1989). Test-retest reliability of the contingent valuation method: a comparison of general population and visitor responses. *American Journal of Agricultural Economics*, 71(1), 76-84.
- Makras, P., Athanasakis, K., Boubouchairopoulou, N., et al. (2015). Cost-effective osteoporosis treatment thresholds in Greece. *Osteoporosis International*, 26(7), 1949-1957.
- Marseille, E., Larson, B., Kazi, D.S., Kahn, J.G., and Rosen, S. (2015). Thresholds for the cost-effectiveness of interventions: alternative approaches. *Bull World Health Organization*, 93, 118-124.
- Martín-Fernández, J., del Cura-González, M.I., Gómez-Gascó, T., Oliva-Moreno, J., Domínguez-Bidagor, J., Beamud-Lagos, M., and Pérez-Rivas, F.J. (2010). Differences between willingness to pay and willingness to accept for visits by a family physician: a contingent valuation study. *BMC Public Health*, 10, 236.
- Martín-Fernández, J., Polentinos-Castro, E., del Cura-González, M.I., Ariza-Cardiel, G., Abaira, V., Gil-LaCruz, A.I., and Garcia-Pérez, S. (2014). Willingness to pay for a quality-adjusted life year: an evaluation of attitudes towards risk and preferences. *BMC Health Services Research*, 14, 287-96.
- Martínez-Espiñeira, R. and Lyssenko, N. (2012). Alternative approaches to dealing with respondent uncertainty in contingent valuation: a comparative analysis. *Journal of Environmental Management*, 93, 130-139.
- Mason, H., Baker, R., Donaldson, C. (2008). Willingness to pay for a QALY: past, present and future. *Expert Review of Pharmacoeconomics Outcomes Research*, 8(6), 575-582.

- Mason, H., Jones-Lee, M., and Donaldson, C. (2009). Modelling the monetary value of a QALY: a new approach based on UK data. *Health Economics*, 18: 933-950.
- Mataria, A., Donaldson, C., Luchini, S., and Moatti, J.-P. (2004). A stated preference approach to assessing health care quality improvements in Palestine: from theoretical validity to policy implications. *Journal of Health Economics*, 23(6), 1285-1311.
- Mavrodi, A., Aletras, V., Spanou, A., and Niakas, D. (2017). Eliciting the monetary value of a quality-adjusted life year in a Greek outpatient department in times of economic austerity. *PharmacoEconomics Open*. doi: 10.1007/s41669-017-0033-4.
- McHugh, N., Pinto-Prades, J.L., Baker, R., Mason, H., and Donaldson, C. (2020). Exploring the relative value of end of life QALYs: Are the comparators important? *Social Science Medicine*, doi: 10.1016/j.socscimed.2019.112660.
- McIntosh, E., Clarke, P.M., Frew, E.J., and Louviere, J.J. (2010). *Applied methods of cost-benefit analysis in health care*. USA: Oxford University Press.
- McNamee, P., Ternent, L., Gbangou, A., and Newlands, D. (2010). A game of two halves? Incentive incompatibility, starting point bias and the bidding game contingent valuation method. *Health Economics*, 19, 75-87.
- Moore, J., Stinson, L., and Welniak, E. (2000). Income measurement error in surveys. *Journal of Official Statistics*, 16(4), 331-61.
- Moradi, N., Rashidian, A., Nosratnejad, S., Olyaeemanesh, A., Zanganeh, M., and Zarei, L. (2019). Willingness to pay for one quality-adjusted life year in Iran. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 17(4), 1-10.
- Morris, S., Devlin, N., and Parkin, D. (2007). *Economic analysis in health care*. West Sussex, England: John Wiley & Sons, Ltd.
- Morrison, M., and Brown, T.C. (2009). Testing the effectiveness of certainty scales, cheap talk, and dissonance-minimization in reducing hypothetical bias in

- contingent valuation studies. *Environmental Resource Economics*, 44(3), 307-326.
- Mulvaney-Day, N.E. (2005). Using willingness to pay to measure family members' preferences in mental health. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 8, 71-81.
- Murphy, J.J., Steven, T., and Weatherhead, D. (2005). Is cheap talk effective at eliminating hypothetical bias in a provision point mechanism?. *Environmental and Resource Economics*, 30, 327-343.
- National Centre for Research Methods. (2019). *ReStore repository at NCRM*. [Online]. Available from: <http://www.restore.ac.uk> [Accessed: 4th February 2019].
- National Institute for Clinical Excellence. (2013). *Guide to the Methods of Technology Appraisal 2013*. [Online]. Available from: <https://www.nice.org.uk/process/pmg9/resources/guide-to-the-methods-of-technology-appraisal-2013-pdf-2007975843781> [Accessed: 10th January 2016].
- Nimdet, K., Chaiyakunapruk, N., Vichansavakul, K., and Ngorsuraches, S. (2015). A systematic review of studies eliciting willingness-to-pay per quality-adjusted life year: Does it justify CE threshold? *PLoS ONE*, 10(4), e0122760.
- Nimdet, K., and Ngorsuraches, S. (2015). Willingness to pay per quality-adjusted life year for life-saving treatments in Thailand. *BMJ Open*, 5:e00821, doi: 10.1136/bmjopen-2015-008123.
- Nocera S., Telser, H., and Bonato, D. (2003). *The contingent valuation method in health care. An economic evaluation of Alzheimer's disease*. USA: Springer Science and Business Media, B.V.
- Norman, G.R., and Streiner, D.L. (2014). *Biostatistics: The bare essentials*. USA: PMPH-USA, Ltd.
- Norwood, F.B. (2005). Can calibration reconcile stated and observed preferences?. *Journal of Agricultural and Applied Economics*, 37, 237-248.

- O'Brien, B., and Drummond, M. (1994). Statistical versus quantitative significance in the socioeconomic evaluation of medicines. *Pharmacoeconomics*, 5, 389-398.
- O'Brien, B., and Gafni, A. (1996). When do the "dollars" make sense? Toward a conceptual framework for contingent valuation studies in health care. *Medical Decision Making*, 16, 288-299.
- O'Brien, B.J., Goeree, R., Gafni, A., Torrance, G.W., Pauly, M.V., Erder, H., [...] LaMont, B. (1998). Assessing the value of a new pharmaceutical. A feasibility study of contingent valuation in managed care. *Medical Care*, 36(3), 370-84.
- OECD. (2015). *Fiscal Sustainability of Health Systems. Bridging Health and Finance Perspectives*. [Online]. Available from: https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/fiscal-sustainability-of-health-systems_9789264233386-en#page1 [Accessed: 18th January 2019].
- OECD. (2017). *Health at a Glance: Europe*. [Online]. Available from: <http://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe-23056088.htm> [Accessed: 23rd January 2019].
- OECD. (2019). *OECD Statistics: Health expenditure and financing*. [Online]. Available from: <https://stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreeId=9> [Accessed: 9th January 2020].
- Olsen, J.A., Donaldson, C., and Pereira, J. (2004). The insensitivity of willingness to pay to the size of the good: new evidence for health care. *Journal of Economic Psychology*, 25, 445-460.
- Olsen, J.A., Røgeberg, O.J., and Stavem, K. (2012). What explains willingness to pay for smoking-cessation treatments – addiction level, quit-rate effectiveness or the opening bid?. *Applied Health Economics and Health Policy*, 10, 1–9.
- Olsen, J.A., and Smith, R.D. (2001). Theory versus practice: a review of 'willingness to pay' in health and health care. *Health Economics*, 10, 39-52.

- Olson, K., and Smyth, J.D. (2015). The effect of CATI questions, respondents and interviewers on responsetime. *Journal of Survey Statistics and Methodology*, 3, 361-396.
- Onwujekwe, O., Fox-Rushby, J, and Hanson, K. (2005). Inter-rater and test-retest reliability of three contingent valuation question formats in south-east Nigeria. *Health Economics*, 14, 529-536.
- Onwujekwe, O., Hanson, K., and Fox-Rushby, J. (2005). Do divergences between stated and actual willingness to pay signify the existence of bias in contingent valuation survey?. *Social Science and Medicine*, 60, 525-536.
- Özdemir, S., Johnson, F.R., and Hauber, A.B. (2009). Hypothetical bias, cheap talk, and stated willingness to pay for health care. *Journal of Health Economics*, 28, 894-901.
- Paiva, C.E., Barroso, E.M., Carneseca, E.C., de Pádua Souza, C., dos Santos, F.T., Mendoza López, R.V., and Paiva, S.B.R. (2014). A critical analysis of test-retest reliability in instrument validation studies of cancer patients under palliative care: a systematic review. *BMC Medical Research Methodology*, 14, 8.
- Paris, V., and Belloni, A. (2014). *Value in Pharmaceutical Pricing. Country Profile: Australia*. [Online]. Available from: <http://www.oecd.org/health/Value-in-Pharmaceutical-Pricing-Australia.pdf>. [Accessed: 18th January 2016].
- Pavel, M.D., Chakrabarty, S., and Gow, J. (2015). Assessing willingness to pay for health care quality improvements. *BMC Health Services Research*, 15, 43.
- Pearce, D., Özdemiroglu, E., Bateman, I., Carson, R.T., Day, B., Hanemann, M., et al. (2002). *Economic valuation with stated preference techniques*. Department for Transport, Local Government and the Regions, London, UK.
- Pennington, M., Baker, R., Brouwer, W., Mason, H., Hansen, D.G., Robinson, A., Donaldson, C., and the EuroVaQ Team. (2015). Comparing WTP values of different types of QALY gain elicited from the general public. *Health Economics*, 24, 280–289.

- Philips, Z., Whynes, D.K., and Avis, M. (2006). Testing the construct validity of willingness to pay valuations using objective information about risk and health benefit. *Health Economics*, 15, 195-204.
- Picard, R.R., and Cook, D. (1984). Cross-validation of regression models. *The Journal of the American Statistical Association*, 79(387), 575-583.
- Pinto-Prades, J.L., Loomes, C., and Brey, R. (2009). Trying to estimate a monetary value for a QALY. *Journal of Health Economics*, 28, 553-562.
- Poe, G.L., Clark, J. E., Rondeau, D., and Schulze, W.D. (2002). Provision point mechanisms and field validity tests of contingent valuation. *Environmental and Resource Economics*, 23, 105-131.
- Rajamoorhty, Y., Radam, A., Taib, N.M., Ab Rahim, K., Munusamy, S., Wagner, A.L., Mudatsir, M., Bazrbachi, A., and Harapan, H. (2019). Willingness to pay for hepatitis B vaccination in Selangor, Malaysia: A cross-sectional household survey. *PLoS ONE*, 14(4), e0215125.
- Richardson, J., Iezzi, A., Sinha, K., Khan, M.A., and McKie, J. (2014). An instrument for measuring the social willingness to pay for health state improvement. *Health Economics*, 23, 792-805.
- Robinson, A., Gyrd-Hansen, D., Bacon, P., Baker, R., Pennington, M., Donaldson, C. and EuroVaQ Team. (2013). Estimating a WTP-based value of a QALY: The 'chained' approach. *Social Science & Medicine*, 92, 92-104.
- Ryan, M., Scott, D.A., and Donaldson, C. (2004). Valuing health care using willingness to pay: a comparison of the payment card and dichotomous choice methods. *Journal of Health Economics*, 23, 237-258.
- Ryan, M., and Watson, V. (2009). Comparing welfare estimates from payment card contingent valuation and discrete choice experiments. *Health Economics*, 18(4), 389-401.
- Ryen, L., and Svensson, M. (2015). The willingness to pay for a quality adjusted life year: a review of the empirical literature. *Health Economics*, 24, 1289-1301.

- Settumba, S.N., Shanahan, M., Botha, W., Ramli, M.Z., and Chambers, G.M. (2018). Reliability and validity of the contingent valuation method for estimating willingness to pay: a case of in vitro fertilisation. *Applied Health Economics and Health Policy*. doi: 10.1007/s40258-018-0433-3.
- Shackley, P., and Donaldson, C. (2002). Should we use willingness to pay to elicit community preferences for health care? New evidence from using a 'marginal' approach. *Journal of Health Economics*, 21, 971-991.
- Shiell, A., and Hawe, P. (2006). Test-retest reliability of willingness to pay. *European Journal of Health Economics*, 7, 176-181.
- Shiroiwa, T., Igarashi, A., Fukuda, T., and Ikeda, S. (2013). WTP for a QALY and health states: More money for severer health states? *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 11, 22.
- Shiroiwa, T., Sung, Y.-K., Fukuda, T., Lang, H.-C., Bae, S.-C., and Tsutani, K. (2010). International survey on willingness-to-pay (WTP) for one additional QALY gained: what is the threshold of cost-effectiveness?. *Health Economics*, 19, 422-437.
- Simou, E., and Koutsogeorgou, E. (2014). Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: A systematic review. *Health Policy*, 115(2-3), 111-9.
- Smith, R.D. (2000). The discrete-choice willingness-to-pay question format in health economics. Should we adopt environmental guidelines?. *Medical Decision Making*, 20, 194-206.
- Smith, R.D. (2003). Construction of the contingent valuation market in health care: a critical assessment. *Health Economics*, 12, 609-628.
- Smith, R.D. (2004). The reliability of willingness to pay for changes in health status. *Applied Health Economics and Health Policy*, 3(1), 35-38.
- Smith, R.D. (2005). Sensitivity to scale in contingent valuation: the importance of budget constraint. *Journal of Health Economics*, 24, 515-529.

- Smith, R.D. (2006). It's not just what you do, it's the way that you do it: the effect of different payment card formats and survey administration on willingness to pay for health gain. *Health Economics*, 15, 281-293.
- Smith, R.D., and Richardson, J. (2005). Can we estimate the 'social' value of a QALY? Four core issues to resolve. *Health Policy*, 74, 77-84.
- Smith, R.D., and Sach, T.H. (2010). Contingent valuation: what needs to be done?. *Health Economics, Policy and Law*, 5(1), 91-111.
- Søgaard, R., Lindholt, J., and Gyrd-Hansen, D. (2012). Insensitivity to scope in contingent valuation studies. Reasons for dismissal of valuations?. *Applied Health Economics and Health Policy*, 10(6), 397-405.
- van der Star, S.M., and van den Berg, B. (2011). Individual responsibility and health-risk behaviour: a contingent valuation study from ex ante societal perspective. *Health Policy*, 101, 300-311.
- Stewart, J.M., O'Shea, E., Donaldson, C., and Shackley, P. (2002). Do ordering effects matter in willingness-to-pay studies of health care?. *Journal of Health Economics*, 21, 585-599.
- Streiner, D.L., Norman, G.R., Cairney, J. (2014). *Health measurement scales. A practical guide to their development and use*. New York, NY, USA: Oxford University Press.
- Sund, B., and Svensson, M. (2017). Estimating a constant WTP for a QALY – a mission impossible?. *European Journal of Health Economics*. doi 10.1007/s10198-017-0929-z.
- Svedsaterm H. (2000). Contingent valuation of global environmental resources: Test of perfect and regular embedding. *Journal of Economic Psychology*, 21, 605-623.
- Terpos, E., Jamotte, A., Christodouloupoulou, A., et al. (2019). A cost-effectiveness analysis of denosumab for the prevention of skeletal-related events in patients with multiple myeloma in four European countries: Austria, Belgium, Greece and Italy. *Journal of Medical Economics*, 10, 1-11.

- Thaler, R. (1999). Mental accounting matters. *Journal of Behavioural Decision Making*, 12, 183-206.
- Tilling, C., Krol, M., Attema, A.E., Tsuchiya, A., Brazier, J., van Exel, J., and Brouwer, W. (2016). Exploring a new method for deriving the monetary value of a QALY. *European Journal of Health Economics*, 17, 801-809.
- Torrance, G.W., Boyle, M.H. and Horwood, S.P. (1982). Application of multiattribute utility theory to measure social preferences for health states. *Operations Research*, 30(6), 1043-1069.
- Tzanetakos, C., Bargiota, A., Kourlaba, G., Gourzoulidis, G., and Maniadakis, N. (2018). Cost effectiveness of Exenatide once weekly versus insulin Glargine and Liraglutide for the treatment of Type 2 Diabetes Mellitus in Greece. *Clinical Drug Investigation*, 38(1), 67-77.
- Watson, V., Porteous, T., Bolt, T., and Ryan, M. (2019). Mode and frame matter: assessing the impact of survey mode and sample frame. *Medical Decision Making*. doi: 10.1177/0272989X19871035.
- Watson, V., and Ryan, M. (2007). Exploring preference anomalies in double bounded contingent valuation. *Journal of Health Economics*, 26, 463-482.
- Whitehead, J. (2002). Incentive incompatibility and starting point bias in iterative valuation questions. *Land Economics*, 78, 285–297.
- Whynes, D.K., Frew E., and Wolstenholme, J.L. A comparison of two methods for eliciting contingent valuation of colorectal cancer screening. *Journal of Health Economics*, 22, 555-574.
- Whynes, D.K., Wolstenholme, J.L., and Frew, E. (2004). Evidence of range bias in contingent valuation payment scales. *Health Economics*, 13, 183-190.
- Wieland, A., Sundali, J., Kimmelmeier, M., and Sarin, R. (2014). Gender differences in the endowment effect: Women pay less, but won't accept less. *Judgement and Decision Making*, 9(6), 558-571.

- Wisløff, T., Hagen, G., Hamidi, V., Movik, E., Klemp, M., and Olsen, J.A. (2014). Estimating QALY gains in applied studies: a review of cost-utility analyses published in 2010. *Pharmacoeconomics*, 32, 367-375.
- Wolter, K., Chowdhury, S., and Kelly, J. (2009). Design, conduct, and analysis of random-digit dialing surveys. In Pfeiffermann, D., and Rao, C.R. (eds). *Samples surveys: Design, methods and applications* (pp.125-154) Volume 29A. North Holland: Elsevier.
- World Health Organization. (1948). Constitution of the World Health Organization. Geneva: World Health Organization.
- Xiong, K., Kong, F., Zhang, N., Lei, N., and Sun, C. (2018). Analysis of factors influencing willingness to pay and payout level for ecological environment improvement of the Ganjiang river basin. *Sustainability*, 10, 2149.
- Yeo, H.Y., and Shafie, A.A. (2018). The acceptance and willingness to pay (WTP) for hypothetical dengue vaccine in Penang, Malaysia: a contingent valuation study. *Cost Effectiveness Resource Allocation*, 16, doi: 10.1186/s12962-018-0163-2
- Yeung, R.Y.T., Smith, R.D., Ho, L.-M., Johnston, J.M., and Leung, G.M. (2006). Empirical implications of response acquiescence in discrete-choice contingent valuation. *Health Economics*, 15, 1077-1089.
- Yfantopoulos, I., Chantzaras, A., and Ollandezos, M. (2016). The impact of the economic crisis on the incidence and intensity of catastrophic health payments in Greece. *Value in Health*, 19(7), A626.
- Zhao, F.L., Yue, M., Yang, H., Wang, T., Wu, J.H., and Li, S.C. (2011). Willingness to pay per quality-adjusted life year: is one threshold enough for decision making?: results from a study in patients with chronic prostatitis. *Medical Care*, 49(3), 267-72.
- Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία. (2017α). *Σύστημα Λογαριασμών Υγείας, 2017*. [Online]. Available from: <http://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SHE35/> [Accessed: 9th January 2020].

- Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία. (2017β). *Κατά κεφαλή μεγέθη: ΑΕΠ και Εθνικό Εισόδημα, 2017*. [Online]. Available from: <http://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SEL33/>- [Accessed: 20th August 2018].
- Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία. (2018α). *Εργατικό Δυναμικό*. [Online]. Available from: https://www.statistics.gr/documents/20181/12044283/elstat_labour_force_2018.pdf/e48ecadd-01bb-4ccb-b88f-f0e505dc3b7e [Accessed: 28th November, 2019].
- Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία. (2018β). *Risk of Poverty. 2017 Survey on Income and Living Conditions*. [Online]. Available from: <http://www.statistics.gr/documents/20181/1ee23df8-71df-4317-b173-e791d6a15922> [Accessed: 25th October, 2019].
- Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία. (2019). *Πληθυσμός και Κοινωνικές Συνθήκες*. [Online]. Available from: <https://www.statistics.gr/statistics/pop> [Accessed: 5th February, 2019].
- Κοντοδημόπουλος, Ν. (2016). *Η χρησιμότητα της μέτρησης της υγείας στις αποφάσεις κατανομής των πόρων*. Πρωτότυπη Επιστημονική Μονογραφία. ISBN: 978-960-93-8606-7.
- Υφαντόπουλος, Γ.Ν. (2018). *Τα οικονομικά της υγείας. Θεωρία και πολιτική*. Αθήνα, Ελλάδα: Τυπωθήτω.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΒΑΣΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΘΥΜΙΑ ΠΛΗΡΩΜΗΣ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΓΙΑ ΕΝΑ ΠΟΙΟΤΙΚΑ ΣΤΑΘΜΙΣΜΕΝΟ ΕΤΟΣ ΖΩΗΣ

Ενότητα Α. Αξιολόγηση της κατάστασης της υγείας (EQ5D-3L)

Οι παρακάτω ερωτήσεις αφορούν στο πως νιώθετε σήμερα. (Σημείωση: Πρέπει να τονίζετε ιδιαίτερα το ότι αναφέρεστε στο πως νιώθουν σήμερα, την ημέρα συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου.)

1. Σχετικά με την κινητικότητά σας, σήμερα, θα λέγατε ότι;

A. Δεν έχετε κανένα πρόβλημα στο περπάτημα

B. Έχετε μερικά προβλήματα στο περπάτημα

Γ. Είστε καθλωμένος/η στο κρεβάτι

2. Σχετικά με την αυτοεξυπηρέτησή σας, σήμερα, θα λέγατε ότι;

A. Δεν έχετε κανένα πρόβλημα με την αυτοεξυπηρέτησή σας
(πλένεστε/ντύνεστε μόνος/η σας)

B. Έχετε μερικά προβλήματα στο να πλένεστε ή να ντύνεστε

Γ. Είστε ανίκανος/η να πλυθείτε ή να ντυθείτε μόνος/η σας

3. Σχετικά με τις συνηθισμένες δραστηριότητές σας, για παράδειγμα την εργασία, τη μελέτη, το νοικοκυριό, τις οικογενειακές δραστηριότητες ή τις δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου, θα λέγατε ότι σήμερα;

A. Δεν έχετε κανένα πρόβλημα στο να εκτελείτε τις συνηθισμένες σας δραστηριότητες

B. Έχετε μερικά προβλήματα στο να εκτελείτε τις συνηθισμένες σας δραστηριότητες

Γ. Είστε ανίκανος/η να εκτελείτε τις συνηθισμένες σας δραστηριότητες

4. Σχετικά με πόνο ή δυσφορία που νιώθετε σήμερα, θα λέγατε ότι;

A. Δεν έχετε καθόλου πόνο ή δυσφορία
B. Έχετε μέτριο πόνο ή δυσφορία
Γ. Έχετε υπερβολικό πόνο ή δυσφορία

5. Σχετικά με το άγχος ή τη θλίψη που νιώθετε σήμερα, θα λέγατε ότι;

A. Δεν έχετε άγχος ή θλίψη
B. Έχετε μέτριο άγχος ή θλίψη
Γ. Έχετε υπερβολικό άγχος ή θλίψη

**Ενότητα Β. Σενάριο εξέτασης προθυμίας πληρωμής για την υποθετική
θεραπεία – Εξέταση κινήτρων που υπαγορεύουν τη συμπεριφορά των
συμμετεχόντων – Εξέταση βεβαιότητας**

6. Θα ήθελα τώρα να σας θέσω ένα υποθετικό ερώτημα. Έστω ότι υπήρχε διαθέσιμη στην αγορά μια νέα θεραπεία, η οποία δεν καλυπτόταν από δημόσια ή ιδιωτική ασφάλιση. Υποθέστε ότι για όσο διάστημα ακολουθούσατε τη θεραπεία αυτή σας απάλλαξε από τα προβλήματα υγείας σας, δεν είχατε κανένα σύμπτωμα και ήσασταν απόλυτα υγιής χωρίς καμία παρενέργεια και κανένα ρίσκο. Θα ήσασταν διατεθειμένος/η να πληρώσετε για αυτήν από το καθαρό οικογενειακό σας εισόδημα;

A. Ναι (Σημείωση: Συνεχίζετε με την ερώτηση 8)
B. Όχι (Σημείωση: Συνεχίζετε με την ερώτηση 7, κι έπειτα πηγαίνετε στην Ενότητα Γ)

7. Σχετικά με τον λόγο που δεν είστε διατεθειμένος/η να πληρώσετε, σε ποιο βαθμό θα λέγατε ότι συμφωνείτε με τις παρακάτω φράσεις;

	Συμφωνώ σε μεγάλο βαθμό	Συμφωνώ σε μέτριο βαθμό	Συμφωνώ σε μικρό βαθμό	Δεν συμφωνώ καθόλου
A. Δεν περισσεύουν στην οικογένειά μου χρήματα για να πληρώσω για αυτήν τη θεραπεία.				
B. Το κόστος της θεραπείας αυτής πρέπει να καλυφθεί από το ασφαλιστικό μου ταμείο ή το κράτος και όχι από εμένα.				

Γ. Έχω μάθει να ζω με την πάθησή μου και δεν θα ήθελα να μπω στη διαδικασία μιας νέας θεραπευτικής αγωγής, ακόμα κι αν αυτή με κάνει εντελώς καλά.				
Δ. Θεωρώ πως είμαι αρκετά καλά στην υγεία μου, ώστε να μην μου είναι απαραίτητη κάποια νέα θεραπεία.				

8. Εάν οι πληρωμές γίνονταν σε μηνιαία βάση, θα ήσασταν διατεθειμένος/η να πληρώσετε;

		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
1.	1 ευρώ/μήνα			<p><i>Σημείωση:</i> Στις περιπτώσεις όπου το αρχικό ποσό είναι το 1 ευρώ/μήνα, για κάθε θετική απάντηση, το επόμενο ποσό διπλασιάζεται μέχρις ότου δοθεί μια αρνητική απάντηση. Στις περιπτώσεις όπου το αρχικό ποσό είναι 8.192 ευρώ/μήνα, για κάθε αρνητική απάντηση, το επόμενο ποσό υποδιπλασιάζεται μέχρις ότου δοθεί μια θετική απάντηση.</p> <p><i>(ΠΡΟΣΟΧΗ:</i> Με τυχαία επιλογή στους μισούς συμμετέχοντες πρέπει το αρχικό ποσό να είναι 1 ευρώ/μήνα και στους άλλους μισούς 8.192 ευρώ/μήνα.)</p>
2.	2 ευρώ/μήνα			
3.	4 ευρώ/μήνα			
4.	8 ευρώ/μήνα			
5.	16 ευρώ/μήνα			
6.	32 ευρώ/μήνα			
7.	64 ευρώ/μήνα			
8.	128 ευρώ/μήνα			
9.	256 ευρώ/μήνα			
10.	512 ευρώ/μήνα			
11.	1.024 ευρώ/μήνα			
12.	2.048 ευρώ/μήνα			
13.	4.096 ευρώ/μήνα			
14.	8.192 ευρώ/μήνα			

9. Σχετικά με το ποσό που είστε διατεθειμένος/η να πληρώσετε, σε ποιο βαθμό συμφωνείτε με τις παρακάτω φράσεις;

	Συμφωνώ σε μεγάλο βαθμό	Συμφωνώ σε μέτριο βαθμό	Συμφωνώ σε μικρό βαθμό	Δεν συμφωνώ καθόλου
A. Εάν πληρώσω περισσότερα για αυτήν τη θεραπεία δεν θα μπορώ να καλύψω βασικές ανάγκες της οικογένειάς μου.				
B. Εάν πληρώσω περισσότερα για αυτήν τη θεραπεία θα είμαι σε θέση να καλύψω βασικές ανάγκες της οικογένειάς μου αλλά δεν θα μπορώ να πληρώσω τους φόρους μου.				
Γ. Παρά το γεγονός ότι δεν είμαι απόλυτα υγιής, δεν είμαι				

διατεθειμένος/η να πληρώσω περισσότερα γιατί δεν ξέρω εάν μου χρειάζεται πράγματι η συγκεκριμένη θεραπεία.				
--	--	--	--	--

10. Από το 0 έως το 10, όπου το 0 σημαίνει πως δεν είστε καθόλου σίγουρος/η και το 10 πως είστε απόλυτα σίγουρος/η, πόσο σίγουρος/η είστε ότι θα πληρώνατε XXX ευρώ το μήνα (Σημείωση: δίνετε το ποσό που ανέφεραν παραπάνω) για να σας χορηγηθεί η θεραπεία αυτή άμεσα;

11. Για την ίδια υποθετική θεραπεία που συζητήσαμε παραπάνω ...

A. Ποιο είναι το μέγιστο ποσό που θα ήσασταν διατεθειμένος/η να πληρώσετε κάθε μήνα για να σας χορηγηθεί η θεραπεία αυτή; (Σημείωση: ποσό σε ευρώ)
B. Ποιο είναι το ελάχιστο ποσό που θα ήσασταν διατεθειμένος/η να πληρώσετε κάθε μήνα για να σας χορηγηθεί η θεραπεία αυτή; (Σημείωση: ποσό σε ευρώ)

**Ενότητα Γ. Βαθμός χρησιμοποίησης υγειονομικών υπηρεσιών –
Ικανοποίηση από παρεχόμενες υγειονομικές υπηρεσίες –Προσωπικές
υγιεινές συνήθειες**

12. Κατά το τελευταίο έτος, πόσες φορές ...

A. επισκεφθήκατε για να εξετάσει εσάς τους ίδιους ιδιώτη ιατρό που πληρώσατε εσείς ή/και νοσηλευτήκατε σε ιδιωτική κλινική; (Σημείωση: Ζητείται αριθμός. Σε περίπτωση που σας ζητηθεί διευκρίνιση, εννοείται επίσκεψη σε ιδιωτικό ιατρείο ή/και σε απογευματινά εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείου, το κόστος της οποίας καλύπτεται από τον/την ίδιο/α. Δε λαμβάνονται υπόψη οι διαγνωστικές εξετάσεις.)
B. επισκεφθήκατε για να εξετάσει εσάς τους ίδιους ιατρό του ασφαλιστικού σας ταμείου, τον οποίο δεν πληρώσατε, ή/και νοσηλευτήκατε σε δημόσιο νοσοκομείο; (Σημείωση: Ζητείται αριθμός. Σε περίπτωση που σας ζητηθεί διευκρίνιση, εννοείται επίσκεψη σε ιδιωτικό ιατρείο συμβεβλημένο με το ταμείο, ή/και σε πρωινά εξωτερικά ιατρεία, την οποία δεν πληρώνει ο/η ίδιος/α. Δε λαμβάνονται υπόψη οι διαγνωστικές εξετάσεις.)

13. Θα λέγατε πως η πρόσβαση που έχετε σε δημόσιες υγειονομικές υπηρεσίες ή υπηρεσίες που πληρώνει το ασφαλιστικό σας ταμείο, για παράδειγμα η απόσταση από δημόσιο νοσοκομείο, ο χρόνος αναμονής από τη στιγμή που κλείνετε το ραντεβού μέχρι την επίσκεψη σε νοσοκομειακό ιατρό ή ιατρό συμβεβλημένο με το ασφαλιστικό σας ταμείο, είναι;

A. Πολύ εύκολη
B. Εύκολη
Γ. Δύσκολη
Δ. Πολύ δύσκολη

14. Πώς θα βαθμολογούσατε τις παρεχόμενες υπηρεσίες του Εθνικού Συστήματος Υγείας σε μια κλίμακα από το 0 έως το 10, όπου το 0 σημαίνει πως είστε εξαιρετικά δυσαρεστημένος/η και το 10 πως είστε εξαιρετικά ικανοποιημένος/η;

15. Σε ποιο βαθμό συμφωνείτε με τις παρακάτω φράσεις;

	Συμφωνώ σε μεγάλο βαθμό	Συμφωνώ σε μέτριο βαθμό	Συμφωνώ σε μικρό βαθμό	Δεν συμφωνώ καθόλου
A. Οι Έλληνες πολίτες έχουν ίση πρόσβαση σε δημόσιες υγειονομικές υπηρεσίες ή υπηρεσίες που πληρώνει το ταμείο τους. (Σημείωση: Εάν σας ζητηθεί διευκρίνιση, με τον όρο «δημόσιες υγειονομικές υπηρεσίες ή υπηρεσίες που πληρώνει το ταμείο» εννοούμε τις υπηρεσίες που προσφέρονται από δημόσια νοσοκομεία, συμβεβλημένους με ασφαλιστικά ταμεία ιατρούς και κέντρα υγείας. Με τον όρο «πρόσβαση», εννοούμε τη χιλιομετρική απόσταση από ειδικό ιατρό νοσοκομείου/νοσοκομείο, χρόνο αναμονής από τη στιγμή που κλείνουν το ραντεβού μέχρι την επίσκεψη σε ιατρό του ασφαλιστικού τους ταμείου ή νοσοκομειακό ιατρό.)				
B. Τα δημόσια νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας προσφέρουν υψηλής ποιότητας υγειονομικές υπηρεσίες.				
Γ. Οι ιατροί των δημοσίων νοσοκομείων και των κέντρων υγείας εμπνέουν σεβασμό				

16. Θα λέγατε πως η προσωπική σας εμπειρία με κάποια ασθένεια (είτε επειδή έχετε νοσήσει εσείς ο/η ίδιος/α, είτε επειδή έχει νοσήσει κάποιο άτομο του άμεσου οικογενειακού σας περιβάλλοντος) είναι;

A. Μεγάλη
B. Μικρή
Γ. Δεν έχω καμία προσωπική εμπειρία

17. Σε τι βαθμό πιστεύετε ότι προσέχετε την υγεία σας (πηγαίνετε στον ιατρό, ακολουθείτε υγιεινή διατροφή, ασκείστε, δεν έχετε βλαβερές συνήθειες όπως κατανάλωση αλκοόλ);

A. Σε μεγάλο βαθμό
B. Σε μέτριο βαθμό
Γ. Σε μικρό βαθμό
Δ. Καθόλου

18. Είστε καπνιστής;

A. Ναι
B. Όχι

19. Με ποια συχνότητα αθλείστε; Όταν λέμε άθληση εννοούμε οποιαδήποτε μορφή άσκησης, συμπεριλαμβανομένου και του περπατήματος.

A. Καθημερινά
B. 1-3 φορές την εβδομάδα
Γ. Μερικές φορές μέσα στο μήνα
Δ. Ποτέ

Ενότητα Δ. Δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά

20. Φύλο;

A. Άνδρας
B. Γυναίκα

21. Έτος γέννησης _____

22. Θα λέγατε πως υποφέρετε από κάποια χρόνια πάθηση;

A. Ναι
B. Όχι

23. Μαζί με εσάς, πόσοι ζείτε στο σπίτι σας;

24. Ποιος είναι ο αριθμός των εργαζόμενων μελών στο σπίτι σας;

25. Ποιο είναι το υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης που έχετε ολοκληρώσει;

A. Καμία εκπαίδευση
B. Απόφοιτος δημοτικού
Γ. Απόφοιτος γυμνασίου/λυκείου
Δ. Απόφοιτος τεχνικής εκπαίδευσης/ΙΕΚ
Ε. Απόφοιτος ΤΕΙ/ΑΕΙ

26. Ποια είναι η επαγγελματική σας κατάσταση;

A. Δημόσιος υπάλληλος
B. Ιδιωτικός υπάλληλος (πλήρους ή μερικής απασχόλησης)
Γ. Ελεύθερος επαγγελματίας
Δ. Φοιτητής
Ε. Συνταξιούχος
ΣΤ. Άνεργος

27. Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;

A. Άγαμος
B. Έγγαμος/Σύμφωνο συμβίωσης
Γ. Διαζευγμένος
Δ. Χήρος

28. (Οικονομική κατάσταση: έμμεση εκτίμηση) Ποια από τις παρακάτω φράσεις εκφράζει καλύτερα την οικονομική κατάσταση του νοικοκυριού σας;

A. Δεν τα βγάζω πέρα
B. Τα βγάζω πέρα με πολύ μεγάλες δυσκολίες
Γ. Τα βγάζω πέρα αλλά δε μου μένουν και πολλά στην άκρη
Δ. Είμαι άνετος οικονομικά

29. (Οικονομική κατάσταση: άμεση εκτίμηση) Ποιο είναι το συνολικό καθαρό μηνιαίο οικογενειακό σας εισόδημα; Σκεφτείτε το εισόδημά σας μετά την καταβολή φόρων/εισφορών/κρατήσεων και θα θέλαμε να λάβετε υπόψη σας όλες τις πηγές εισοδήματος, καθώς και το καθαρό μηνιαίο εισόδημα κάθε εργαζόμενου μέλους της οικογένειάς σας. (Σημείωση: Τονίστε ιδιαίτερα ότι θέλουμε το **συνολικό** καθαρό μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα. Αθροιστικά όλων των μελών της οικογένειάς τους.)

A. Κάτω από €500
B. €500-€1.000
Γ. €1.001-€1.500
Δ. €1.501-€2.000
E. €2.001-€2.500
ΣΤ. Πάνω από €2.500

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΩΝ ΣΤΑΘΜΙΣΗΣ

Το δείγμα της παρούσας διδακτορικής διατριβής κρίθηκε σκόπιμο, βάσει των στόχων της, να είναι αντιπροσωπευτικού του γενικού πληθυσμού της χώρας ως προς το φύλο, την ηλικία και τη γεωγραφική περιφέρεια κατοικίας. Η αντιπροσωπευτικότητα ως προς τη γεωγραφική περιφέρεια κατοικίας διασφαλίστηκε μέσω της στρωματοποιημένης δειγματοληψίας (stratified sampling) με βάση τις γεωγραφικές περιφέρειες της Ελλάδας. Η αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος ως προς το φύλο και την ηλικία διασφαλίστηκε μέσω της χρήσης συντελεστών στάθμισης, οι οποίοι αντιστάθμισαν την υπερδειγματοληψία ή την υποδειγματοληψία ορισμένων παρατηρήσεων (Champ, 2017; Lohr, 2010). Οι συντελεστές αυτοί ήταν οι εξής:

Ηλικία	Φύλο	
	Άνδρας	Γυναίκα
18-39	3,05	2,01
40-59	1,31	0,64
≥ 60	0,89	0,69

Για τον υπολογισμό των παραπάνω συντελεστών στάθμισης λήφθηκαν υπόψη τα εξής:

α) έξι ορισμένες κατηγορίες φύλου και ηλικίας, οι οποίες ορίστηκαν ως εξής: 1) «άντρας 18-39 ετών», 2) «άντρας 40-59 ετών», 3) «άντρας ≥ 60 ετών», 4) «γυναίκα 18-39 ετών», 5) «γυναίκα 40-59 ετών», και 6) «γυναίκα ≥ 60 ετών»,

β) ο αριθμός των Ελλήνων πολιτών σε κάθε μια από τις έξι επιμέρους κατηγορίες φύλου/ηλικίας, και

γ) ο αριθμός των συμμετεχόντων της παρούσας έρευνας σε κάθε μια από τις έξι αυτές κατηγορίες.

Για την εκάστοτε κατηγορία, υπολογίστηκε, ως ποσοστό επί τοις εκατό, ο λόγος

του αριθμού των Ελλήνων πολιτών που ανήκουν στην κατηγορία αυτή προς το συνολικό αριθμό των Ελλήνων πολιτών άνω των 18 ετών που φέρουν ως κοινό χαρακτηριστικό το φύλο. Ακολουθεί συγκεκριμένο παράδειγμα υπολογισμού του συντελεστή στάθμισης για την κατηγορία «άντρας 18-39 ετών».

Παράδειγμα:

Με βάση τα στοιχεία της τελευταίας επίσημης εθνικής απογραφής του 2011 (Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία, 2019), 4.291.645 Έλληνες είναι άντρες άνω των 18 ετών, από αυτούς 1.603.101 ανήκουν στην ηλικιακή κατηγορία 18-39, δηλαδή το 37,4% ($\frac{1.603.101}{4.291.645} * 100$) του συνολικού αντρικού πληθυσμού της χώρας ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 18-39.

Στη συνέχεια, με βάση το συνολικό αριθμό των αντρών που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα (N=1.342), τον αριθμό των συμμετεχόντων της έρευνας στην εκάστοτε κατηγορία φύλου/ηλικίας και το παραπάνω ποσοστό επί τοις εκατό υπολογίστηκε ο συντελεστής στάθμισης της εκάστοτε κατηγορίας.

Συγκεκριμένα, στην παρούσα έρευνα 497 συμμετέχοντες είναι άντρες άνω των 18 ετών και μόλις οι 61 από αυτούς ανήκουν στην ηλικιακή κατηγορία 18-39. Με βάση το ποσοστό των αντρών του συνολικού ελληνικού πληθυσμού που ανήκουν στην ηλικιακή κατηγορία 18-39 (37,4%), θα έπρεπε στην παρούσα έρευνα να υπάρχουν 186 ($497 * 0,374$) συμμετέχοντες σε αυτήν την κατηγορία προκειμένου να θεωρηθεί το δείγμα αντιπροσωπευτικό του ελληνικού πληθυσμού ως προς το φύλο και την ηλικία. Για να αντισταθμιστεί, λοιπόν, η υποδειγματοληψία στην κατηγορία «άντρας 18-39 ετών» και να υπάρχει αντιπροσωπευτικότητα πρέπει να χρησιμοποιηθεί ο συντελεστής στάθμισης 3,05 ($\frac{86}{61}$) για τις παρατηρήσεις εκείνες που ανήκουν σε αυτήν την κατηγορία.