
Hvor mye penger vil vi bruke på helsevesenet?

KLINIKK OG FORSKNING

JAN ABEL OLSEN

Email: jano@ism.uit.no
Institutt for samfunnsmedisin
Universitetet i Tromsø
9037 Tromsø
og
Helseøkonomisk forskningsprogram (HERO)
Universitetet i Oslo
0027 Oslo

DAG HOF OSS

Institutt for samfunnsmedisin
Universitetet i Tromsø
9037 Tromsø
og
Den norske lægeforening
Postboks 1152
0107 Oslo

I Norge bruker vi stadig mer penger på helsetjenester. Formålet med undersøkelsen var å avdekke folks syn på hvorvidt samfunnet bør bruke mer penger på helsevesenet, og dernest deres vilje til selv å betale mer i øremerkede skatter for å finansiere en eventuell utvidelse.

Basert på et norsk befolkningsutvalg på 2 089 personer gjennomførte vi en spørreskjemaundersøkelse. Vi fikk svar fra 716 (34 %). Ulike versjoner av et spørreskjema ble presentert for tre underutvalg, for å undersøke i hvilken grad svarfordelingene ble påvirket av ulike formuleringer i spørsmålsstillingen. Vi søkte sosiodemografiske og partipolitiske forklaringer på variasjonen i svarene.

70 – 80 % av utvalgene mente samfunnet bør bruke mer penger på helsetjenester. Viljen til å betale «ekstra øremerkede helseskatter» varierte i utvalgene. Gjennomsnittlig beløp var mellom kr 1 314 og kr 1 972 per år. Andelene som ikke ville betale noe, varierte mellom 39 % og 46 %.

Det synes å være betydelig støtte for tanken om at samfunnet bør bruke mer penger på helsevesenet, men viljen til selv å bidra til finansieringen er begrenset. Man bør vise stor forsiktighet i å generalisere ut fra slike holdningsstudier, fordi svarfordelingene avhenger av de valgte formuleringer i spørreskjemaene.

I Norge bruker vi stadig mer penger på helsetjenester. I løpet av de siste 40 år har vi sett en tidobling (i faste priser) av landets samlede helsetjenesteutgifter. Som andel av nasjonalproduktet økte helsesektoren i denne perioden fra 3 % til rundt 8 %. Sammenliknet med andre land i den vestlige verden bruker vi i Norge omtrent samme andel som gjennomsnittet, men fordi vi er rikere enn de fleste andre land, innebærer det at vi bruker mer penger per innbygger (1).

Spørsmålet om mer penger til helsevesenet er et tilbakevendende tema i mange land. En studie av seks ledende vestlige land viste at store flertall i befolkningene ønsker mer offentlige penger til helsevesenet (2). I Danmark har studier vist at andelen som mener at «det offentlige bruker for få penge» på helsetjenester økte fra 35 % i 1979 til 64 % i 1990 (3). I Sverige viste en studie at Medel-Svensson vil betale 635 svenske kroner ekstra per måned til helsetjenester (4). I Norge gjorde Norsk Gallup nylig en undersøkelse på oppdrag av et privat forsikringsselskap (5). Undersøkelsen viste at et mindretall på 31 % støttet utsagnet «man må betale mer i skatt [for å] oppruste det offentlige helsevesenet», mens 51 % mente at «områder der det i dag er misnøye med det offentlige helsetilbudet, ikke bør koste mer, men overlates til det private og betales av den enkelte». Imidlertid var 51 % negative til utviklingen i retning av etterspørsel etter private helsetjenester – bare 26 % var positive.

Formålet med vår undersøkelse var å avdekke folks syn på hvorvidt samfunnet bør bruke mer penger på helsevesenet, og dernest deres vilje til selv å betale mer i øremerkede skatter for å finansiere en eventuell utvidelse. Det var forventet at svarfordelingene ville avhenge av hvordan informasjon og spørsmål ble formulert. Følgelig var et annet viktig formål å undersøke dette gjennom å presentere ulike versjoner av et spørreskjema for ulike underutvalg. I artikkelen prøver vi å finne sosiodemografiske forklaringer på variasjon i svarene. Svarfordelingen relateres også til respondentenes partipreferanser.

Materiale og metode

Dataene ble samlet inn av meningsmålingsfirmaet ScanFact i mars 1997. To omnibusutvalg (2 089 personer), som skal være representative utvalg av den voksne norske befolkning, ble spurt om de ville delta i en undersøkelse om deres syn på noen temaer knyttet til prioriteringer i helsevesenet. 1 076 av dem (52 %) sa seg villig til å besvare et skjema de skulle få tilsendt. Tre ulike versjoner ble sendt til tre ulike underutvalg. Det foreliggende tema var det første av fire de skulle svare på.

Innledningsteksten var felles i alle versjoner av spørreskjemaet. Den lød slik: «Hvor mye penger bør vi bruke på helsevesenet? I år bruker Norge omtrent 70 milliarder kroner på helsetjenester, noe som utgjør 8 % av landets samlede verdiskapning. Deler vi disse 70 milliardene på alle innbyggerne, blir det i gjennomsnitt 16 000 kroner på hver.

Helsevesenet har stor politisk oppmerksomhet. Det utvikles stadig nye behandlingsmuligheter.»

I versjon 1 var den videre teksten slik: «Samtidig er det stor faglig uenighet om nytten av flere av helsevesenets eksisterende tilbud.» I versjon 2 og versjon 3, derimot, var den videre teksten slik: «For å kunne gjennomføre slike nye tiltak må man enten bevilge mer penger eller skjære ned på andre helsetjenester».

Spørsmål 1 lød: «Mener du samfunnet bør bruke mer penger på helsevesenet enn nå?» Svaralternativene fremgår av tabell 1. I versjon 1 ble det åpnet for et annet svaralternativ enn i de øvrige to versjoner, nemlig at helsevesenet selv kan frigjøre penger ved å bli mer effektivt. En av våre hypoteser var at av dem som svarte på spørreskjemaet i versjon 1, mener relativt færre at samfunnet bør bruke mer penger på helsevesenet enn nå. Begrunnelsene for hypotesen var at innledningsteksten minner respondenten om at flere av helsevesenets eksisterende tilbud ikke nødvendigvis er så nyttige, og at et svaralternativ åpner for at tilbud av nye tjenester nødvendigvis ikke krever «friske penger».

Tabell 1

Svarfordeling i prosent på spørsmålet: «Mener du samfunnet bør bruke mer penger på helsevesenet enn nå?»

Skjemaversjon	1	2	3
	n = 231	n = 258	n = 227
Ja, mer penger enn nå	71	81	80
Nei, man må kunne frigjøre penger for nye behandlingstilbud ved å kutte ned på helsetjenester som har liten nytte	23		
Vi bruker passe som det er		17	18
Nei, vi bruker allerede for mye penger på helsevesenet		1	1
Vet ikke	6	2	1

De som svarte ja på spørsmål 1, skulle forholde seg til følgende tekst og spørsmål: «Tenk deg nå at det ikke er politisk mulig å hente penger fra andre offentlige sektorer, og at man heller ikke vil innføre høyere egenandeler for pasientene. Hvor mye kunne

du selv maksimalt være villig til å betale ekstra i skatt per år dersom du visste at de økte skattene i sin helhet ville gå til helsevesenet?»

I versjon 2 var spørsmålet formulert som «skatt per måned». Grunnen til dette var antakelsen om en «avbetalingsvirkning» – den samlede summen man er villig til å betale, antas å bli større dersom den er oppgitt som mange små beløp enn om den kommer som ett stort. Vår andre hypotese var at dem som svarte på spørreskjemaet i versjon 2 (skatt per måned), har høyere gjennomsnittlig årlig betalingsvilje enn dem som fikk skjemaet i versjon 3 (skatt per år).

Respondentene ble bedt om å krysse av ett beløp på en liste av sju alternativer fra 0 til 2 000 kroner per måned i versjon 2 og fra 0 til 20 000 kroner per år i versjonene 1 og 3, eventuelt kunne de føre inn sin egen sum.

Tabell 2 viser de forklaringsfaktorer vi antok ville påvirke svarfordelingene. Utdanningsvariabelen ble todelt: De som hadde teoretisk utdanning fra universitet, høyskole eller fullført allmennfaglig videregående skole i forhold til dem som ikke hadde slik utdanning. Inntekt er oppgitt som samlet brutto årlig husholdsinntekt (respondent og eventuell ektefelle/samboer). Vi antok at folk med stort helsetjenesteforbruk og folk med dårlig helse ville være mer positive til spørsmålet om ekstraskatt til helsevesenet. Helsetjenesteforbruk ble målt som antall legebesøk de siste 12 måneder, svaralternativene var «0», «1», «2 – 5» og «mer enn 5 ganger». Vi har her kodet «2 – 5 ganger» som gjennomsnittlig tre, og antatt at flere enn fem ganger i gjennomsnitt betyr sju (57 % av svarerne hadde krysset av for de utransformerte alternativene på null eller ett legebesøk). Selvopplevd helse ble målt på en femdelt skala: «meget god», «god», «verken god eller dårlig», «dårlig», «meget dårlig» (der 1 betyr «meget god»). Variabelen helsearbeider ble tatt med, idet vi antok at folk som selv arbeider eller tidligere har arbeidet i helsevesenet, ville være mer positive enn andre til å bruke mer penger på denne sektoren. Partipreferanse ble inkludert. De som ville stemt på Høyre og Fremskrittspartiet om det var valg i morgen (partiene som tradisjonelt er mer kritiske til økte skatter), ble satt opp mot dem som ville stemt på andre partier.

Tabell 2

Respondentkarakteristika etter skjemaversjon og totalt

Skjemaversjon	1	2	3	Totalt
	n = 231	n = 258	n = 227	n = 716
Andel menn (%)	51	48	41	47
Gjennomsnittsalder (år)	40	42	42	41
Teoretisk utdanning (%)	36	47	38	41
Gjennomsnittlig husholdsinntekt (1 000 kr)	296	307	299	301
Antall legebesøk siste år	2,14	2,10	2,30	2,15

Skjemaversjon	1	2	3	Totalt
God selvopplevd helse (%)	77	79	77	77
Arbeider i helsevesenet (%)	21	25	20	22
Partipreferanse (%) (Høyre og Fremskrittspartiet)	31	35	26	31

Forskjeller mellom underutvalgene i gjennomsnittsverdier på sosiodemografiske variabler er t-testet med Bonferronis korreksjon for multiple sammenlikninger. Ønsket om at samfunnet skal bruke mer penger på helsetjenesten ble registrert som en binær variabel: «ja, mer penger enn nå» = 1, alle andre svar = 0. Vi gjorde en logistisk regresjon med «ja, mer penger enn nå» som avhengig variabel. De uavhengige variablene var kjønn, alder, utdanning, inntekt, helsetjenesteforbruk, selvopplevd helse, yrkestilknytning til helsevesenet, partipreferanse og hvilken versjon av spørreskjemaet svareren hadde fått.

Resultater

Etter e...n purring hadde 716 (67 %) svart (dvs. 34 % av det opprinnelige utvalget). Det var ingen viktige forskjeller mellom de tre underutvalgene hva gjelder kjønn, alder, utdanningsnivå, inntekt, antall legebesøk, selvopplevd helse og partipreferanser (tab 2). Selv om det i gruppen som fylte ut skjemaversjon 3 var noe flere kvinner og i gruppen med versjon 2 var noe høyere andel med teoretisk utdanning, var ingen gruppers gjennomsnittsverdier på disse variablene statistisk forskjellige fra noen annen gruppes ($p < 0,05$ ved Bonferronis test).

Svarene på spørsmål 1 er gitt i tabell 1. Skjemaversjonene 2 og 3 hadde samme svarfordeling, noe som var forventet fordi innledningsteksten var identisk. Blant dem som ble forelagt det første skjemaet, var det en lavere andel (71 %) som mente at samfunnet bør bruke mer penger på helsevesenet enn blant dem som fikk skjemaet i versjon 2 eller versjon 3 (henholdsvis 81 % og 80 %). Differansen er statistisk signifikant ($t = 2,40$, $p = 0,016$), noe som gir støtte til vår første hypotese.

Tabell 3 viser i kolonnen merket b hvor mye en øking på 1 i hver prediktor (kontrollert for de andre prediktorene i modellen) endrer log-oddsen for å mene at samfunnet bør bruke mer penger på helsevesenet. Kvinner, personer uten teoretisk utdanning og eldre var mer tilbøyelige til å mene at det skulle brukes mer. Det var relativt færre som mente dette blant dem som ville stemt Høyre eller Fremskrittspartiet, og – som rapportert ovenfor – blant dem som fikk spørreskjemaet i versjon 1. Respondenter med lav inntekt og mange legebesøk tenderte dessuten til å svare ja på dette spørsmålet. Kontrollert for disse variablene hadde selvrapportert helse og om svareren arbeidet i helsevesenet ingen betydning.

Tabell 3

Logistisk regresjon som forklarer variasjonen i ønsket om at samfunnet skal bruke mer penger på helsetjenesten (N = 711)

Prediktor	b	P-verdi
Kjønn (1 = mann, 0 = kvinne)	- 0,872	0,00
Alder (år)	0,014	0,05
Teoretisk utdanning (1 = ja, 0 = ellers)	-0,482	0,01
Inntekt (i 1 000 kr)	-0,001	0,06
Helsetjenesteforbruk	0,094	0,10
Selvopplevd helse	0,065	0,64
Helsearbeider (1 = ja, 0 = ellers)	0,077	0,76
Partipreferanse (1 = H/Frp , 0 = ellers)Høyre og Fremskrittspartiet	- 0,465	0,02
Skjemaversjon (1 = versjon 1, 0 = ellers)	-0,474	0,02

I alle versjonene av skjemaet ble svarerne bedt om å angi hvor mye de maksimalt kunne være villige til å betale ekstra i skatt dersom pengene i sin helhet gikk til helsevesenet. Tabell 4 viser at i versjon 2, hvor betalingen skulle skje per måned heller enn per år, var gjennomsnitt og median høyere enn i de to andre versjonene. Enveis ANOVA-analyse viste at versjon 2-gjennomsnittet var signifikant høyere ($p = 0,01$ ved Bonferronis test) enn gjennomsnittet i versjon 3, noe som gir støtte til vår andre hypotese. (Forskjellen mellom gjennomsnittet i versjon 2 og gjennomsnittet for versjonene 1 og 3 sammenlagt var også signifikant, $p = 0,004$.)

Tabell 4

Betalingsvilje etter spørreskjemaversjon

Skjemaversjon	1	2	3
	n = 231	n = 258	n = 227
Årlig maksimalbeløp (gjennomsnitt) (kr)	1 522	1 972	1 314
Årlig maksimalbeløp (median) (kr)	1 000	1 200	1 000
Spredning (kr)	0 – 24 000	0 – 18 000	0 – 10 000
Andel som ikke ville betale noe (%)	46	39	41
Andel gratispassasjerer (%)	20	22	22

Tabell 4 viser også hvor stor andel av respondentene som ikke ville betale. Den høyere andelen i versjon 1 (46 % i forhold til hhv. 39 % og 41 %) passer med vår hypotese om at slik går det når spørsmålet har en innledningstekst som er mer forbeholden til behovet for økte bevilgninger til helsevesenet, jf. den lavere andel jasvarere på spørsmål 1 i tabell 1. Forskjellene mellom gruppene med henblikk på andel svarere som ikke var villig til å betale noe, er imidlertid ikke signifikante.

De som svarte ja på spørsmål 1, men som på spørsmål 2 svarte at de ikke var villige til å betale, mener altså at samfunnet bør bruke mer penger på helsevesenet. Til tross for dette er de ikke selv villige til å være med å finansiere økningen. I tabell 4 legger vi merke til at denne andelen er nær den samme i alle tre versjoner – 20 – 22 %.

Det ble utført multiple lineære regresjonsanalyser for å finne forklaringer på variasjoner i den maksimale betalingsviljen i de uavhengige variablene som er gjengitt i tabell 3. Den ene analysen inkluderte alle svarerne på spørsmål 2, mens den andre bare så på variasjonen i positive betalingsviljesvar. Blant de signifikante faktorer er det først og fremst inntekt som forklarer variasjonen i betalingsvilje, deretter kjønn. Selv om menn vil betale mer, viser tabell 3 at signifikant flere kvinner enn menn mente at samfunnet bør bruke mer penger på helsevesenet. De øvrige, men mindre signifikante faktorene var (lav) alder og (teoretisk) utdanning.

Svarfordelingen på spørsmålet om samfunnet bør bruke mer på helsevesenet viser at de ulike partiers tilhengere ser signifikant forskjellig på det (khikvadrat = 29,4). Høyre-velgere er minst tilbøyelige til å mene at samfunnet bør bruke mer på helsevesenet. Det er i de to partiene i hver ende av det politiske spektrum, dvs. Sosialistisk Venstreparti og Fremskrittspartiet, at relativt flest vil at det skal brukes mer penger på helsevesenet.

Tabell 5 viser også at andelen som ikke ville følge opp sin holdning til at samfunnet burde bruke mer penger på helsevesenet med selv å bidra til finansiering av en slik økning, var lavest blant Kristelig Folkepartis velgere. Senterpartiet, Fremskrittspartiet og deretter Sosialistisk Venstreparti hadde høyest andeler. Kryssfordelingen mellom denne andelen mot «parti» var ikke signifikant forskjellig fra den man ville vente om nullhypotesen var sann.

Tabell 5

Partitilhørighetens betydning

	Antall	Ja til at samfunnet bør bruke mer på helsevesenet (%)	Gratispassasjerer (%)	Gjennomsnittlig betalingsvilje (kr)	Gjennomsnittlig husholdningsinntekt (kr)
SV	65	88	23	2 071	275 000
Ap	248	78	20	1 533	301 000
V	35	74	20	1 646	282 000
SP	49	80	27	2 135	287 000
KrF	34	82	15	1 700	311 000
H	115	58	21	1 186	374 000
Frp	75	84	25	1 443	273 000

	Antall	Ja til at samfunnet bør bruke mer på helsevesenet (%)	Gratispassasjerer (%)	Gjennomsnittlig betalingsvilje (kr)	Gjennomsnittlig husholdningsinntekt (kr)
Ubesvart	95	80	19	1 888	260 000

Gjennomsnittlig betalingsvilje var lavest blant Høyres velgere (som har den høyeste husholdningsinntekten) og nest lavest blant Fremskrittspartiets velgere, men ingen partigruppe var signifikant forskjellig (ved Bonferronis test) fra noen av de andre i betalingsvilje.

Diskusjon

Sammenliknet med det opprinnelige omnibusutvalget til ScanFact hadde våre respondenter noe høyere inntekt og utdanning. Dessuten er det en viss skjevhet i aldersfordelingen ved at vi har relativt færre blant de yngre og de eldre.

Svarprosenten i denne undersøkelsen var lav (34 %). Om den er akseptabel, avhenger av hva som normalt måtte kunne forventes, og – ikke minst – hvilke typer slutninger man tillater seg å trekke. Sammenliknet med andre undersøkelser der man spør om holdninger til hypotetiske og analytisk relativt krevende temaer, vil vi mene at svarprosenten er akseptabel. Noen av de øvrige temaene i spørreskjemaet var krevende. Vi vil anta at mange har gitt opp underveis. Det er derfor ikke overraskende at folk med teoretisk utdanning er overrepresentert blant dem som har stått løpet ut.

Undersøkelsen var imidlertid ikke basert på en forestilling om at folk går rundt med klare og entydige svar på de spørsmål vi forela dem. Vårt anliggende var ikke å tappe gjennomsnittsnordmannens sanne preferanser for størrelsen på helsevesenets samlede budsjett eller omfanget av hva han selv kunne være villig til å bidra med i form av økte skatter. I stedet var hypotesen at svarene ville avhenge av hvordan spørsmålene var formulert – som man spør, får man svar. Derfor ble de tre utvalgene tilsendt noe ulike versjoner av spørreskjemaet med henblikk på både spørsmålsformulering og svaralternativer.

Et stort flertall svarte ja på det første spørsmålet om samfunnet bør bruke mer penger på helsevesenet: 70 – 80 %, avhengig av innledningsteksten og svaralternativer. Hvilken av de valgte to formuleringene som er mest «nøytral» og dermed riktigst, er selvsagt umulig å si. Alternative formuleringer ville høyst sannsynlig kunne ha vridt andelen jasvarere i begge retninger.

På det andre spørsmålet sa mellom 39 % og 46 % seg ikke villige til selv å bidra gjennom øremerkede ekstra skatter til helsevesenet. Også her synes de ulike andeler å være påvirket av måten spørsmålet ble presentert på. Om lag hver femte svarer (20 – 22 %) kan klassifiseres som gratispassasjerer, dvs. som positiv til at samfunnet burde bruke mer penger på helsevesenet, men ikke selv villig til å bidra. Disse må mene at andre skal betale – enten pasienter eller folk i andre inntektsgrupper eller at penger må

hentes fra andre offentlige budsjetter. At en femdel av respondentene heller vil bruke andres penger enn egne, burde kanskje ikke overraske. For de fleste av oss er jo dette i prinsippet alltid en fristende løsning!

Gjennomsnittlig årlig betalingsvilje var høyere når spørsmålet ble formulert som betaling per måned heller enn per år, kr 1 912 mot kr 1 314. Igjen er det umulig å si hvilken av de to formuleringene som er mest «nøytral». Det er store muligheter for å påvirke (manipulere) svarerne gjennom den design man måtte velge for undersøkelsen (6). Man bør derfor være spesielt oppmerksom på de holdningsstudier der oppdragsgiver kan ha egeninteresser i hvilket bilde som tegnes av hva opinionen mener.

I stedet for å søke etter det eksakte svar på spørsmålet om nordmenns gjennomsnittlige betalingsvilje, er det mer fruktbart å søke etter et område hvor det er sannsynlig at dette gjennomsnittet vil kunne ligge. Dersom man velger å tillegge denne studien en viss sannhetsgehalt, og multipliserer gjennomsnittlige betalingsvilje med antall skatteyttere, fremkommer en sum på 3 – 4 milliarder kroner ekstra skattekrone til helsevesenet, noe som for øvrig ikke er langt fra de årlige budsjettpåplusninger for denne sektoren.

Det er stor politisk interesse omkring de spørsmål som her er tematisert. Fordelingen av svarene måtte derfor forventes å avhenge av respondentenes partipreferanser. Svarfordelingene synes da også å samsvare med tradisjonelle oppfatninger av partienes velgere. Sosialistisk Venstreparti-velgerne er de sterkeste tilhengerne av mye penger til helsevesenet, og de er villige til å betale den relativt høyeste inntektsandelen i form av ekstra øremerkede skatter. Senterparti-velgerne er enten gratispassasjerer eller de er villige til å betale en høy andel av inntekten. Med den klart laveste andel gratispassasjerer fremstår Kristelig Folkeparti-velgerne som pliktoppfyllende: Når de først mener at samfunnet bør bruke mer penger på helsevesenet, er de også villige til selv å betale mer skatt til et slikt formål. Høyre-velgerne er minst begeistret for å bruke mer penger på helsevesenet. De har for øvrig lavest betalingsvilje, til tross for at de har høyest inntekt. Til sist, Fremskrittsparti-velgerne er begeistret for tanken om at samfunnet bør bruke mer penger på helsevesenet, men vi finner en høy andel gratispassasjerer i denne gruppen.

I stedet for å ekspandere helsesektoren gjennom en kollektiv finansiering i form av økte skatter, er det selvsagt mulig at et utvidet tilbud kan finansieres ved at pasienter betaler økte egenandeler eller gjennom private forsikringsordninger. Hadde vi spurt om viljen til å bruke mer penger på slikt, kunne partienes tilhengere fordelt seg annerledes, i og med at viljen til å betale mer for helsetjenester ikke er identisk med viljen til å betale mer skatt. Storebrands undersøkelse, som viste at nesten dobbelt så mange fant utviklingen i retning av private helsetjenester negativ enn positiv (51 % mot 26 %), kan dog leses som en indikator på at det ikke er gitt at individuelle finansieringsløsninger i Norge ville utløst et skred av betalingsvilje.

LITTERATUR

1. OECD Health Data 98. A comparative analysis of 29 countries. Paris: OECD, 1998.
2. British social attitudes: special information report. Aldershot, Hampshire: The Gower Publishing Group, 1989.

3. Pedersen KM, Clausen J, Christensen JG, Fogh BH, Gøtrik JK, Riis P et al. Et bedre sundhedsvesen – men hvordan? København: Lægeforeningens forlag, 1995.
 4. Eckerlund I, Johannesson M, Johansson P. Value for money? A contingent valuation study of the optimal size of the Swedish health care budget. Health Policy 1995; 24: 45 – 53.
 5. Storebrand. Helseundersøkelse 1999. Oslo: Storebrand, avdeling Marked og samfunn, 1999.
 6. Mitchell RC, Carson RT. Using surveys to value public goods: the contingent valuation method. Washington D.C.: Resources for the future, 1989.
-

Publisert: 20. mars 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 6. september 2026.