

Метод разход-полза

Доц. Г. Петрова

СЪЩНОСТ

- Методът разход – полза изисква представяне на разходите и резултатите в парични измерители.
- Той може да се приложи към алтернативи с коренно противоположни или много различни резултати, тъй като тук няма ограничения за еквивалентност или подобие на крайните резултати, както е при анализите разход-минимум и разход-ефективност. Дори не се изисква да има промени в качеството на живот и преживяемостта както е при метода разход-ползност.
- Предпочитани терапии при метода разход-полза са тези при които ползите $>$ разходите.
- Ако ползите са едни и същи съответно се избира лекарството с по-ниски разходи.

Същност

2

Критериите за избор на стойностно-полезна алтернатива са насочени към тази, която максимизира различията между спечелените и пропуснатите ползи.

С други думи ако имаме фиксиран бюджет и два еднакви проекта с едни и същи разходи, тогава трябва да изберем този, при който имаме по-голяма полза (с максимум разлика между разходите и ползите).

Пропуснатите ползи са тези, които бихме имали ако изберем втория проект.

Теоретични основи

Анализът разход-полза се основава на икономическата теория за благополучието, което предполага че се провежда от гледна точка на обществото.

Дадена интервенция е полезна за обществото, ако стойността на вложенията е по-малка от стойността на придобитите ползи.

Това означава, че тези които очакват да получат от полза от някаква интервенция могат да компенсират (хипотетично) тези, които ще загубят от нея, тъй като ползите са по-големи от вложенията.

Губещите например могат да бъдат тези които трябва да заплатят за интервенцията. Обаче спечелилите могат и да не успеят да компенсират останалите, ако интервенцията има минимални ползи.

Теоретични основи 2

- В действителност анализите разход-ползност и разход-ефективност също се основават на теорията на Парето, тъй като също са насочени към оптимално разпределение на ресурсите, но при тях в по-голяма степен са включени и други измерители, а не само парични. Методът разход-полза е адресиран към изясняване на техническата и разпределителна ефективност чрез максимизиране на печалбата и минимизиране на разходите.
- Анализът разход-полза измерва ефикасното разпределяне на ресурсите, докато анализите разход-ефективност и разход-ползност измерват производителната ефективност.
- Теорията на Парето през 1930 година е ревизирана от правилото на Kaldor-Hicks, според което проект или дейност, за които има бюджетни ограничения, трябва да продължат ако подобряват състоянието на някои индивиди, дори и това да довежда до влошаване състоянието на други. Критериите за одобряване на тези проекти изискват придобитите ползи от тези, които са с подобро състояние да са толкова големи, че те да компенсират загубите на другите и да остане още полза. Този начин на оценка на бюджета се нарича «компенсационен критерий».

Колко детайлни трябва да са остойносттаванията на разходите и резултатите

Би следвало да се предполага, че колкото повече разходи и последици са остойностени и включени в анализа, толкова по-детайлна е оценката.

Разбира се това не винаги е така, поради което при провеждане на анализа трябва да се има предвид следните критични моменти:

- дали включването на повече трудно оценими показатели ще промени съществено резултатите от проучването;
- стрували ли си допълнителните средства включването на повече данни;
- дали оценката на повече трудно оценими разходи и последици ще направи управленческото решение по-обосновано.

Различие в подходите при измерване в пари (ценообразуване) на разходите и последиците

- *Пазарни оценки*
- *Управленски решения или действия*
- *Разкриване на предпочитания.*
- *Желание на пациентите за заплащане (психологическа цена)*

Пазарни оценки

- Пазарните оценки се извършват по пазарни цени, когато има утвърдени ценоразписи или услугите се предлагат от различни фирми и могат да се получат различни оферти.
 - Пазарни цени има на първо място за лекарствата, за консумативите, за оборудването и апаратурата, както и за голяма част от услугите, извършвани в болниците (предлагане на храна, почистване и др.).
- Образуването на цената по пазарни принципи се основава на схващането, че на свободния пазар цената е функция на търсенето и предлаганото количество от стоката на пазара и се формира в точката на среща на кривите описващи промяната на търсенето и предлагането според наличните количества.
 - Субективността на цената в здравеопазването често е въпрос на дискусия.

Управленски решения или действия

- Разходите и последиците се оценяват директно, чрез анализ на промените във финансовата политика и индиректно, чрез проследяване на реакциите на пациентите и здравните специалисти към определени управленски решения и действия.
- Тъй като управленските решения обикновено са свързани с наличните бюджетни ограничения цената на продукта се определя като се раздели стойността на необходимите инвестиции на очаквания брой потребители.
- Най-често се изчисляват три групи показатели – за възвръщаемост на инвестициите, финансов анализ и анализ на собствеността.

Разкриване на предпочитания.

- При определяне на цената на здравните услуги могат да се анкетират за мнението им лекарите и другите здравни специалисти, за или против определено лечение, възможните рискове, загуби и последици.
- Този подход често се използва от застрахователните институции при определяне размера на застрахователните вноски и обезщетения.
- Също така намира приложение при определяне на заплащането на труда и здравния риск. Анализират се различията в заплатите на отделните категории труд и зависимостта на размера с риска за здравето и живота на работника. Изчисляват се пределното нарастване на заплатите спрямо нарастването на риска и така се определя статистическата цена на живота, която е в основата на определяне на застрахователните вноски.

Желание на пациентите за заплащане (психологическа цена)

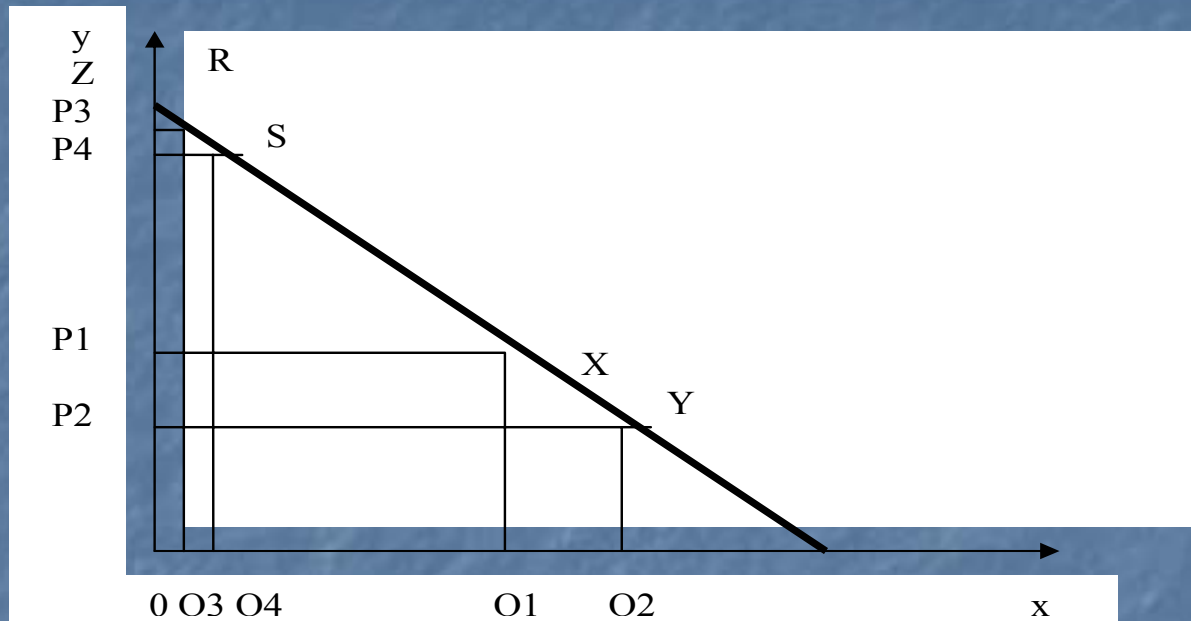
- Оценява се директно, чрез анкетиране на пациентите или индиректно, чрез наблюдаване на тяхното поведение.
- Анкетирането включва два вида въпроси – колко най-много биха заплатили хората за определена услуга, или характеристика на терапевтично действие на лекарствен продукт, както и колко най-малко биха заплатили.
- Несъзнателно в ежедневиия живот ние често даваме оценки като “това не си струва парите” или “за нищо на света не бих дал толкова пари за това”, които представляват именно нашето желание да заплатим конкретна цена за даден продукт.

Желание на пациентите за заплащане (психологическа цена) 2

- При този позход обикновено се счита, че ползите които хората очакват да получат от дадена терапия или лечение са равни на стойността, която те биха желали да заплатят за тази терапия или лечение. Ако ползите, получени от двете сравнявани алтернативи означим с "I" и "J" то тогава нетната полза от избора на по-добрата алтернатива "J" ще бъде равна на:

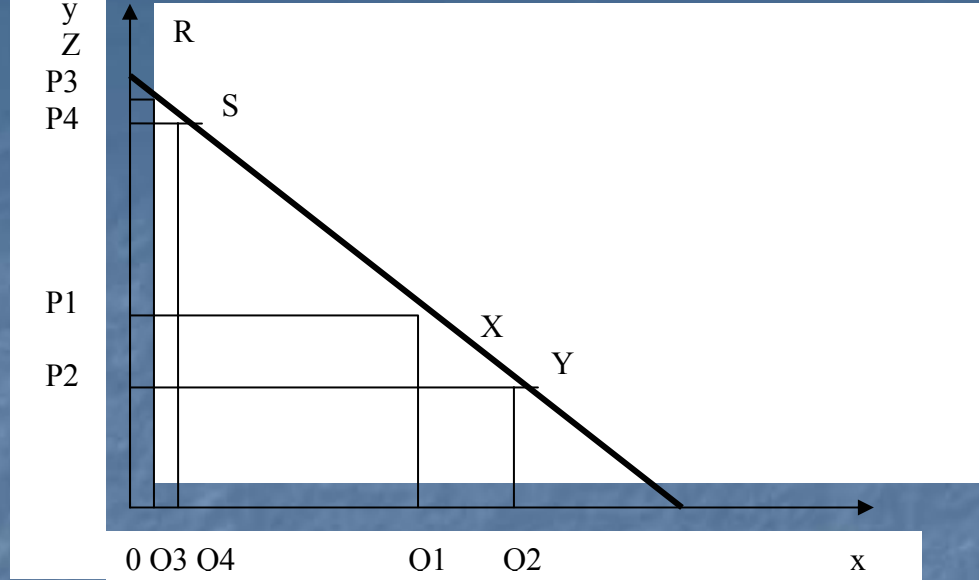
■ Нетна полза = $WTP_j - WTP_i$

Потребителски излишък

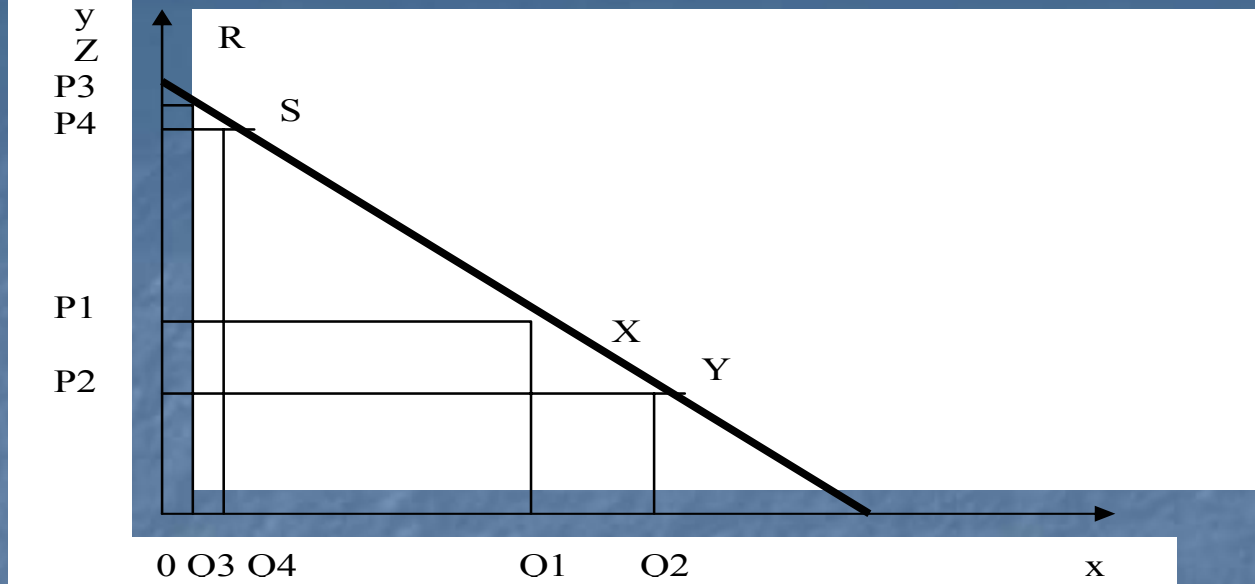


Какво точно означава желанието за заплащане може да се обясни с кривата на търсене. Кривата на търсене описва зависимостта от количеството на закупените стоки и тяхната цена. При намаление на цената нараства количеството на търсените и закупени стоки. С тази крива ние описваме две стойности – количеството, което индивида желае да закупи на дадена цена, т.е. коя е цената която желае да заплати индивида за дадено количество. Разликата между тези две количества е това, което наричаме потребителски приход.

На диаграма 1 площта OP_1XQ_1 изразява количеството, което потребителите действително отделят за даден период време за да закупят стока Q_1 на цена P_1 .



Ако производителя иска максималната възможна цена на стока, та пр. P_3 , то може да се намери само един потребител който би купил една опаковка. Така количеството, отделено от потребителя е $0P_3RQ_3$. Ако цената спадне на P_4 то количеството на закупените стоки нараства и общата стойност е равна на площта $0P_4SQ_4$. При тази ситуация вторият потребител заплаща P_4 , а не най-високата цена P_3 . Ако продавачите могат да поискат от всеки потребител различна цена, като желаещия да заплати най-много плаща най-много и т.н., напр. чрез търг, тогава продавача се описва като такъв, който практикува перфектна ценова дискриминация. Ако това е вярно тогава количеството ще отговаря на площта $0P_1XQ_1$ като P_1 е възможно най-ниската цена на дадената стока. Площта $0P_1XQ_1$ е стойността, която хората действително желаят за заплатят за стоката. Разликата между двете площи описва колко ще спечелят потребителите, заплащайки по-ниската цена. Разликата се нарича потребителски приход



Ако поискаме да увеличим количеството на закупените стоки напр. на Q_2 то тогава цената спада на P_2 . При тази ситуация стойността, която заплащаме се променя от OP_1XQ_1 на OP_2YQ_2 . Промяна в действителна заплатената стойност изразява разликите в двете площи. Промяната в потребителския приход е в разликата между триъгълниците P_1ZX и P_2ZY . Важно е да се отбележи, че промяната не е триъгълника WXY , а P_2P_1XY при увеличаване на количеството от OQ_1 до OQ_2 .

Това, което се случва с желанието за заплащане като агрегирана производна на потребителския излишък и заплатената стойност е че желанието нараства от $OZXQ_1$ до $OZYQ_2$, или с нетна стойност Q_1XYQ_2 .

Ако това е нетната полза от инвестирането в имунизационна програма например то очевидно, че влагането в тази програма повишава желанието за заплащане.

Методика на провеждане на анкетиране за оценка желанието за заплащане

Съществуват няколко важни практически изисквания при провеждане на оценката на желанието за заплащане.

Анкетата обикновено започва с описание на събитието, което искаме да оценим – заболяването, някои аспекти на лечението му, рисковете, НЛР, очакваните ползи.

От съществена важност е да се анкетира хора, които имат отношение към проблема – болни със съответното заболяване, техни близки, здравни специалисти и др.

Самата анкета може да е изградена по два начина. Да съдържа въпроси за това дали хората биха желали да отделят определена сума за дадена здравна услуга или лекарство, или въпроси колко най-многои най-малко биха платили.

Анкетирането се провежда директно, а не по телефона.

Обикновено се пита за това колко биха платили за бъдещ инцидент, а не за този, който вече се е случил.

Трябва да са предложени варианти на цените или таксите.

Трябва да е ясно какво пестят пациентите при това лечение.

Трябва да са уточнени алтернативите.

Трябва да има въпроси за оценка на степента на разбиране на сценария.

Остойностяване на трудно оценяемите величини при анализа разход-полза

➤ **Загуба на време:**

Загубени приходи – (от времето за престой в болница или прегледи) – ако се пресмята бруто е необходимо да се знае колко време се отделя за различните процедури и средно за път и чакане и на база на заплащането да се изчислят загубите;

загубени ползи – за жените, които не работят, какво ще струва на техните близки липсата им (наемане на човек в къщи, на детегледачка и др.);

загубено време – за развлечение или други занимания.

➤ **Психологически елементи на терапевтичните разходи:**

разходи на пациентите, за да намалят неблагоприятните усещания от терапията – храна други лекарства, друга терапия и т.н.;

интервю или анкета за възможностите за заплащане с цел намаляване неблагоприятните психологически ефекти;

➤ **Стойност на спокойствието:**

директно се измерва чрез интервю;

желание за заплащане за профилактика, допълнителни изследвания др.;

➤ **Цена на спасения живот – съществуват редица подходи:**

директно измерване чрез въпросници;

оценка на отношението към персоналната безопасност;

БНП на глава от населението;

съдебни решения за обезщетения;

разходите на индивидите за застраховки и др.

➤ **Загуба на време на близките** – това може да се счита както за разход, така и за печалба в зависимост от гледната точка:

загуби на приходи, поради загуби на време;

спестявания от заплати на обслужващ персонал, гледачи и др.

Измерване на резултата

- Бруто печалба (полза) – измерва се като от сумата на резултатите се извади сумата на разходите.

$$\Sigma \text{ резултати} - \Sigma \text{ разходите}$$

- Нетна печалба (полза) – в производствените и търговски единици тя се изчислява въз основа на брутната печалба като се приспадат изплатените данъчни задължения.

(бруто печалба – данъчните задължения)

Измерване на резултата

Нетна социална печалба (полза) – за дадена здравна услуга (терапия) се изчислява по формулата:

$$НСП_i = \sum_{t=1}^n \frac{B_i(t) - C_i(t)}{(1+r)^{t-1}}, \text{ където}$$

НСП_i – нетната социална печалба от терапия "i"

B_i(t) – ползата в година "t"

C_i(t) – разходите в година "t"

1/ (1+r)- избрано ниво на дисконтиране -настоящата нетна печалба се дисконтира спрямо бъдещата брутна

n – време на осъществяване на лечението.

Икономически и социално приемливи са здравни услуги или проекти с по-голяма нетна печалба.

Съотношение полза – разход

Съотношение полза – разход (СПР)

$$\text{СПР} = \frac{\text{Общи ползи}}{\text{Общи разходи}} = \frac{\sum_{t=1}^n [Bt / (1 + r)^t]}{\sum_{t=1}^n [Ct / (1 + r)^t]}, \text{ където}$$

$b_i(t)$ - ползата в година "t"

$c_i(t)$ - разходите в година "t"

r - ниво на дисконтиране

n - брой години.

Ако $V/C > 1$ тогава ползите са повече от разходите;

Ако $V/C = 1$ ползите и разходите са еквивалентни;

Ако $V/C < 1$ програмата не е социално приемлива.

Ниво на възвръщаемост на разходите

- Ниво на възвръщаемост на разходите (НВР)

Ползи - Разходи

$$\text{НВР} = \frac{\text{-----}}{\text{Разходи}} \times 100$$

Разходи

Пример

| Променливи | Разходи (лв.) | |
|--------------------------------------|------------------|-------------------|
| | Лекарство А | Лекарство Б |
| Разходи | | |
| - за закупуване; | 300 | 400 |
| - управление; | 50 | 0 |
| - проследяване; | 50 | 0 |
| - НЛР; | 100 | 0 |
| Общо | 500 | 400 |
| Ползи | | |
| - трудоспособни дни; | 1000 | 1000 |
| - удължаване на живота (дни) | 2000 | 3000 |
| Общо | 3000 | 4000 |
| Съотношение Полза/Разходи | $3000/500 = 6:1$ | $4000/400 = 10:1$ |

ВЪЗМОЖНИ СЪОТНОШЕНИЯ

| Лекарство | Разходи (t_0) (лв.) | Ползи (t_1) (лв.) | Съотношение Полза/разход | Нетна социална Печалба (лв.) | Ниво на възвръща емост (%) |
|-----------|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|
| А | 10 000 | 15 000 | 1.5 : 1 | 5 000 | 50 |
| Б | 100 000 | 180 000 | 1.8 : 1 | 80 000 | 80 |

Разход-полза във фармацевтичните проучвания

Bootman и кол. Индивидуализиране на дозовия режим на gentamycin при новородени с грам-негативна септимия., J. Pharm. Sci., 1979, 68, 267-72

Изчислените разходи са: стойност на програмата за фармакокинетично наблюдение (стойност за анализ на резорбцията и екскрецията на ЛС);

Ползата е оценена като са остойностени намалените разходи за продължителността на престоя, продължителността на инфекцията, броя на септичните епизоди, броя на нежеланите лекарствени реакции, заболяемостта и смъртността. Резултатите показват съотношение полза:разходи 8.7: 1, което означава, че са спестени 8.7 лв. за всеки лев вложен във фармакокинетичното наблюдение.

Много проучвания във фармацевтичната практика се фокусират върху антибиотиците. Poretz и кол. провеждат анализ разход-полза на амбулаторна програма за терапия на пациенти с ceftriaxone. Те провеждат телефонно интервю за да определят разходите за доставка, лекарски визити, обучение на пациентите, транспорт. За изчисляване на косвените разходи са събрани данни за заплатите на пациентите, дните за отсъствие по болест, изплатените осигуровки. Изчисленото съотношение полза-разход е 3.7 : 1, като средните ползи са 6600\$ и разходите са 1800\$. Авторите посочват, че застрахователното покритие на тези пациенти е по-ниско отколкото на хоспитализираните и те са в по-неблагоприятно отношение.

Разход-полза във фармацевтичните проучвания

Conafox проучва икономическите аспекти на две имуносубресивни лекарствени терапии след трансплантация на бъбреци и установява, че ciclosporin е по-приемлива терапия след хоспитализацията в рамките на 1 година амбулаторно лечение, независимо от по-високата му цена.

Ползата от васкинационна програма против заушка е проучена от Patrick и Wooley, които остойностяват разходите за всички предполагаеми болни на база данни за болестността, ефикасността на ваксината, броя болни, усложненията с енцефалити, усложненията със загуба на слуха и смърт. Изчисляват съотношение полза-разходи най-малко 7,4 : 1. Ползата от ваксинациите като цяло при деца под 2 годишна възраст е със съотношение разходи:полза = 1:2, т.е. 2 пъти е по-евтино да се васкинират децата.

Определяне на психологическа цена – Пример 2

Друго проучване за определяне на психологическа цена е това на **Neuman и Johannesson** (1994) за желанието за заплащане а инвитро оплождане. При анкетиранието те прилагата две техники – за определяне на потребителската цена, като въпроса е колко бихте платили за ин-витро оплождане (ex-post) или реимбурсна цена - каква осигурителна вноска бихте заплащали, ако имате малък шанс за бременност (ex-ante).

Потребителска перспектива:

Да предположим, че не можете за забремениете и искате дете, а ин-витро оплождането ви дава 10% (25%, 50%) шанс за успех на вашето желание. Средното желание за заплащане е било: 17730 \$ при 10% шанс за успех, 28054\$ при 25% шанс и 43576\$ при 50%.

Реимбурсна перспектива:

Да предположим, че имате 10% шанс да забременеете, а ин-витро ви дава шанс 10%. Можете за заплатите еднократна осигурителна вноска, калко бихте платили. Средната стойност на желанието за заплащане е била 865\$.

■ **Пример** – Икономическа оценка на лечението на анемия с erythropoietin при пациенти на хемодиализа.

■ Пациенти с хронична бъбречна недостатъчност, които са на хемодиализа развиват тежки анемии, често преминаващи в злокачественост, поради намаленото производство на erythropoietin. Исторически анемиите са се лекували с кръвопреливане, но след създаването на синтетичен erythropoietin е необходимо да се оцени неговата стойностна ефективност, поради високата му цена. Така сравняваните алтернативи са кръвопреливане или erythropoietin при пациенти с ниво на хемоглобина под 8g/dl.

■ ***Разходи***

■ Общите разходи за 1000 пациенти за 1 година при кръвопреливане са 3 128 000 лв., а при erythropoietin са 5 547 100 лв.

■ ***Данни за резултатите***

■ Проучване на желанията на пациентите показва, че те са “склонни да заплатят” за допълнително придобитите здравни ползи при erythropoietin по отношение на кръвопреливането. В това проучване 50 пациенти считат, че биха заплатили средно по 2 000 лв. на година за допълнително придобитите ползи при терапия с erythropoietin.

1. Каква е разликата в разходите между двете алтернативи за 1000 пациенти?

2 410 000 лв.

2. Каква е разликата в ползите между двете алтернативи, представена в стойност, т.е. колко са склонни да заплатят пациентите за здравните ползи за година терапия с erythropoietin на 1000 пациенти?

Разлика в ползите = 2 000 повече ползи на година за пациент на erythropoietin

Разлика в ползите = 2 000 000 повече ползи на година за 1000 пациенти на erythropoietin

3. Каква е нетната полза от erythropoietin в сравнение с кръвопреливането?

Нетна полза = Промените в ползите - Промените в разходите =
 $2\,000\,000 - 2\,419\,000 = -419\,000$ лв.

Ако нетната полза е отрицателна, то нетните разходи (за обществото) са положителни и следователно предпочитаната алтернатива е кръвопреливането.

Пример: Анализ разход-полза за две различни лекарствени терапии.

Група фармацевти (група А) иска да разкрие отдел за наблюдение и обслужване на пациенти в кабинет на общо практикуващ лекар, който ще обслужва 200 пациенти. Резултатите от проведено проучване показват, че пациентите ще имат по-добри клинични резултати и лекарят ще реализира спестявания.

| Разходи и резултати за едногодишен период | Без консултации | С консултации | Разлика |
|---|-----------------|---------------|----------------|
| Разходи за предписвани лекарства | 20 000 | 16 000 | - 4 000 |
| Допълнителни разходи | 2 000 | 1 000 | - 1 000 |
| Разходи за фармацевтичен труд за консултации | 0 | 4 000 | 4 000 |
| Общи разходи | 22 000 | 21 000 | - 1 000 |
| Попълнителни хоспитализации поради симптоматични пристъпи | 20 | 10 | - 10 |

Друга група (група Б) предлага да разкрие отдел за наблюдение и обслужване на пациенти със сърдечна недостатъчност към същия кабинет, който ще обслужва 25 пациенти. Резултати от проведено проучване показват, че обслужването няма да генерира спестявания, но пациентите ще имат по-добри резултати.

| Разходи и резултати за едногодишен период | Без консултации | С консултации | Разлика |
|---|------------------------|----------------------|----------------|
| Разходи за предписвани лекарства | 25 000 | 20 000 | - 5 000 |
| Опелни разходи | 10 000 | 5 000 | - 5 000 |
| Разходи за фармацевтичен труд за консултации | 0 | 10 000 | 10 000 |
| Общи разходи | 35 000 | 35 000 | 0 |
| Опелни хоспитализации поради автоматични пристъпи | 50 | 25 | - 25 |

Администрацията трябва да вземе решение дали да намали спешните хоспитализации при астматици с 10 и да спести 1000 лв. или да намали спешните хоспитализации от сърдечно-съдова недостатъчност без промяна в разходите.

За да се вземе обективно решение е проведено проучване на желанието за заплащане при 200 астматици и 250 сърдечно-съдово болни.

| Услуга | Средно желание на заплащане на пациент | Вариране на желанието за заплащане | Общо желание за заплащане за групата |
|---|---|---|---|
| консултации на астматици (200 пациенти) | 250 | 50 – 1 500 | 50 000 |
| консултации на ССБ (250 пациенти) | 350 | 40 – 2 500 | 87 500 |

Астматиците желаят да заплатят 50 000, а ССБ 75000 лв. общо. Следователно ще бъдат получени 37 500 лв. ползи в повече ако се финансира програмата за ССБ.

Нетната полза за обществото = Разходите за програмата – Ползите

За астмата разходите са – 1000 лв., а ползите 50 000 лв.

За ССБолните разходите са 0 и ползите 87 500 лв.

Нетната социална полза при астмата = - 1 000 – 50 000 = - 51 000

Нетната социална полза при ССБ = 0 – 87 500 = - 87 500

Следователно програмата за сърдечно болните предоставя ползи за 36 500 лв. в повече от програмата за астма. Така анализът разход-полза предлага, че тъй като двете програми имат негативни разходи, те имат позитивни социални ползи и си струват, но програмата за сърдечно-съдово болните доминира.

Желание за заплащане за нов антидепресант – O'Brien et al. 1995

Проучването оценява полезността на нов антидепресант в сравнение с използваните трициклични антидепресанти. Трицикличните антидепресанти имат еквивалентна ефикасност с новия, но по-неблагоприятен профил на безопасност (повече НЛР). Дефинирани са ключови НЛР от публикуваната литература, след което е остойностено дали допълнителните ползи (намален риск от НЛР) си струват по-високата цена на новото лекарство.

1. Определяне на перспективата - взета е перспективата на пациентите (n=95) с лека и средна депресия от Канадска поликлиника.

2. Чия перспектива е изключена от проучването – не се проучва мнението на бъдещ пациенти, лекари, фармацевти или други здравни служители.

3. Какъв подход е използван за получаване на парична стойност на резултатите – т.нар. отворен подход "желание за заплащане". Анкетираният се помолват да оценят колко най-много биха заплащали всеки месец за ново лекарство което ще намали шанса да развият НЛР. Всяка една от седемте НЛР се оценява поотделно. Сред това се прилага т.нар. подход на наддаване, за да се изтръгне най-високата възможна цена която пациента желае за заплати.

4. Как е оценена икономическата стойност на новия антидепресант – Проучването използва рамка разход-полза. Това означава, че разликата в разходите за класическите и новия антидепресант се сравнява с ползата измерена чрез желанието за заплащане.

Цялостното желание за заплащане за да се намали риска от всички 7 НЛР не е измерван директно поради съображения на сложност. В идеалният случай би следвало да се зададе общ въпрос за всички НЛР, тъй като не съществува подход за комбинирание на желанието за заплащане. Авторите оценяват цялостната полза използвайки 7-те желания за заплащане за намаляване на риска от НЛР. Използвани са два подхода за да се измери цялостното желание за заплащане.

Най-висока стойност на желание за заплащане = Средно за стойностите на всички 7 НЛР

Най-ниска стойност на желание за заплащане = Средно за най-дългия стойностен интервал на ЖЗ от всеки анкетиран.

5. Как се подреждат антидепресантите?

| Лекарство | Лекарствени разходи месец (\$Can) | Средно ЖЗ на месец | |
|-----------------|--------------------------------------|--------------------|--------------|
| | | Най-високо ЖЗ | Най-ниско ЖЗ |
| Ново лекарство | 61,5 | 117,6 | 36,2 |
| Антидепресант А | 9,9 | 117,6 | 36,2 |
| Антидепресант Д | 75,6 | 117,6 | 36,2 |
| Антидепресант С | 76,8 | 117,6 | 36,2 |

Редица подходи могат да се използват за да се отговори на този въпрос. Един подход е да се използва правилото на нетната полза. Лекарството с нетна полза над 0 трябва да се избере

Нетната полза = Желанието за заплащане – Нетните разходи

Ако използваме най-високата стойност на ЖЗ:

Нетната полза на новия АД сравнен с А = $117,6 - (61,5 - 9,9) = 66$

Нетната полза на новия АД сравнен с Д = $117,6 - (61,5 - 75,6) = 131,7$

Нетната полза на новия АД сравнен с С = $117,6 - (61,5 - 76,8) = 132,9$

Новото лекарство генерира нетна полза по-голяма от нула и лекарството следва да се добави в терапевтичното ръководство на болницата, защото пациентите оценяват полезността на намаления риск от НЛР и лекарството е със същата ефикасност спрямо класическите АД.

Ако използваме най-ниската стойност на ЖЗ:

Нетната полза на новия АД сравнен с А = $32,6 - (61,5 - 9,9) = - 15,4$

Нетната полза на новия АД сравнен с Д = $32,6 - (61,5 - 75,6) = 50,3$

Нетната полза на новия АД сравнен с С = $32,6 - (61,5 - 76,8) = 51,5$

Новото лекарство генериран нетна полза по-голяма от нула за две от трите алтернативи и не е възможно да се даде точен отговор.