

Evaluation contingente et révélation des préférences pour une innovation organisationnelle

Raphaël Remonnay¹, Magali Morelle¹, Yves Devaux², Marie-Odile Carrère¹

¹ GRESAC-LASS-CNRS Université Lyon Claude Bernard Lyon, ² Centre Léon-Bérard

Contact : remonnay@lyon.fnclcc.fr

1. Introduction

Au cours des dix dernières années, de nombreux travaux ont testé la capacité de la méthode de l'évaluation contingente (EC) à révéler les préférences des consommateurs pour un programme de santé sous forme de disposition à payer (DAP), voire de disposition à recevoir (DAR) [6;13;21;23;24]. Dans le domaine de l'évaluation économique appliquée au secteur de la santé, cette méthode, quelquefois qualifiée de « welfariste », est présentée comme une alternative à l'approche extra welfariste, qui mesure les résultats d'un programme en terme d'efficacité ou d'utilité. Si les approches extra welfaristes présentent beaucoup d'avantages, en terme de validité méthodologique et de robustesse des résultats, les QALYs étant, par exemple, la méthode de référence pour l'évaluation des programmes de santé par le National Centre for Clinical Excellence anglais, il se peut, cependant, que ces approches soient difficilement utilisables. C'est le cas lorsqu'il s'agit d'évaluer une innovation organisationnelle sans impact sur les résultats de santé proprement dits, mais susceptible d'améliorer la satisfaction des bénéficiaires [7;16]. Les procédures visant à améliorer le confort ou la qualité de vie du patient lors de la délivrance des soins, ou la substitution d'une prise en charge à domicile à une hospitalisation traditionnelle, entrent notamment dans cette catégorie.

Il subsiste cependant de nombreux questionnements d'ordre théorique et méthodologique sur l'aptitude des déclarations de DAP (et de DAR) à révéler les « préférences vraies » des personnes interrogées. On peut citer, par exemple, les problèmes liés à l'acceptabilité de la méthode, qui entraînent des refus de réponse ou l'expression de réponses protestataires, lesquelles correspondent souvent à des montants très faibles ou très élevés, comparativement à la préférence réelle [16;22]. De nombreux biais sont également liés à la méthode [2;8;9;15], parmi lesquels les biais d'ancrage (ou de première enchère), les biais hypothétiques, les biais stratégiques ou des effets d'échelle. Citons enfin la divergence habituellement constatée entre les valeurs de DAP et DAR exprimées pour un même bien ou service [3;4;14;17].

2. Objectif de l'étude

Même s'ils connaissent une croissance assez lente, du fait notamment de difficultés organisationnelles, les soins à domicile se développent en France sous diverses formes, en particulier dans le cadre services d'hospitalisation à domicile, mais aussi par la mise en place de réseau ville hôpital. C'est le cas, par exemple, de la transfusion sanguine (TS), utilisée en particulier dans le traitement des patients cancéreux. Depuis plusieurs années, En collaboration avec l'établissement régional de transfusion sanguine Rhône Alpe, le Centre de Lutte Contre le Cancer de Lyon – Léon Bérard (CLB) organise depuis plusieurs années une partie des transfusions sanguines de ses patients au domicile (TAD). Ces transfusions ont été développées dans le cadre plus global d'un réseau de soins à domicile coordonné par l'hôpital Il s'agit d'un acte simple, qui présente une efficacité et une sécurité transfusionnelle (garantie par la qualité des produits et des procédures) comparables à domicile et à l'hôpital de jour [12,15]. ,

Si les résultats de santé attendus sont les mêmes dans les deux prises en charge, en revanche, de nombreux facteurs susceptibles d'influencer la satisfaction, et donc la préférence pour l'une ou l'autre des modalités transfusionnelles sont susceptibles de varier.

- D'une part la transfusion à domicile peut permettre de diminuer les déplacements, la fatigue et les douleurs qui y sont liées ainsi que les temps d'attente à l'hôpital, et ceci pour des patients anémiés et souvent à un stade avancé de leur cancer. Elle peut également s'inscrire dans une dynamique de préservation de l'environnement familial et des liens sociaux dans le cadre d'une prise en charge globale à domicile.
- D'autre part, elle peut contribuer à augmenter le sentiment d'insécurité du patient et son niveau d'anxiété, où constituer une intrusion non désirée de la maladie et des actes thérapeutiques dans la cellule familiale.

Il en résulte que cette innovation organisationnelle peut être diversement appréciée d'un patient à l'autre et qu'elle constitue un terrain d'application favorable à l'évaluation contingente.

Nous avons mis en œuvre la méthode de l'évaluation contingente et testé son aptitude à révéler les préférences des patients pour l'une des deux formes de transfusion (par rapport à l'autre). Nous avons cherché à documenter les questions suivantes :

- Quelle est l'acceptabilité de ce type de questionnaire dans ce contexte (patients concernés, avec une pathologie engageant le pronostic vital) ?
- La préférence pour un lieu de transfusion est-elle liée aux caractéristiques individuelles des patients ?

- Existe-t-il une relation entre DAP et DAR, et quels peuvent être, dans ce cas, les facteurs explicatifs de la divergence éventuellement constatée ?
- Dans la mise en œuvre de l'EC, existe-t-il un biais d'ancrage (de point de départ de l'enchère) ?
- La DAP/DAR est-elle liée aux caractéristiques individuelles des patients ?

3. Méthodes

L'étude pilote prospective a été réalisée au cours de l'année 2002, en conformité avec les recommandations méthodologiques de la littérature [1;7;18-21]. Le terrain d'expérimentation a été fourni par le Centre Léon Bérard de Lyon, en partenariat avec l'Etablissement Français du Sang en cas de transfusion à domicile.

Les critères d'inclusions étaient l'âge du patient (>18 ans), des critères cliniques correspondant à la nécessité d'une transfusion de globules rouges ou de plaquettes sans signes hémorragiques graves ou autres complications, ainsi que la capacité à répondre au questionnaire.

Tous les patients cancéreux recevant une transfusion sanguine à domicile ou au service de jour de l'hôpital ont été inclus, quelle que soit leur expérience antérieure vis-à-vis des soins à domicile, des soins hospitaliers et de la transfusion. Cette étude n'a pas été randomisée pour des raisons éthiques et méthodologiques¹. Le fait que les patients étaient transfusés à l'hôpital ou à domicile pouvait être lié à la localisation ou non du domicile du patient dans la zone géographique couverte par la TAD, à la préférence exprimée par le patient, ou au choix du médecin, sans que son avis ait été demandé au patient. Les entretiens ont été réalisés en face à face par un enquêteur entraîné selon un guide d'entretien préalablement élaboré.

Après obtention du consentement à participer à l'étude, les deux modalités de transfusion étaient systématiquement présentées et le patient était interrogé sur sa préférence pour l'une ou pour l'autre, ce qui conditionnait la suite du questionnement. Si, par exemple, il déclarait préférer l'hôpital de jour, il était interrogé sur sa DAP pour bénéficier d'une future transfusion à l'hôpital de jour (plutôt qu'à domicile), et sur sa DAR pour renoncer à l'hôpital de jour (et donc la recevoir une future transfusion à domicile). Puisqu'il s'agissait d'interroger les patients sur une modalité de prise en charge qui les concernait personnellement et à coup sûr, nous avons préféré énoncer une modalité de paiement direct. En effet, les énoncés sous forme

¹ La mise en place d'un essai randomisé aurait amené à sélectionner les seuls patients acceptant d'être affecté aléatoirement dans l'un ou l'autre des bras de l'étude, et donc potentiellement les patients avec les préférences a priori les moins marquées pour une modalité transfusionnelle, ces derniers ne sont pas forcément représentatifs de l'ensemble de la population.

de prime d'assurance ou d'augmentation de prélèvement obligatoire sont plus adaptés quand on tient compte de l'incertitude sur l'utilisation du programme à évaluer [21].

Le questionnement a pris la forme d'un processus d'enchère en trois étapes avec deux montants initiaux, de 40 et 80 € respectivement. En effet, pour limiter les réponses protestataires, nous avons choisi des montants proches du différentiel de coût entre les deux modalités, estimé à 50€ (la présence à domicile d'un médecin transfuseur coûte plus cher que les soins d'une infirmière qui gère plusieurs lits à l'hôpital de jour). Ces sommes étaient également proches du coût d'une consultation d'un médecin au domicile.

Des données complémentaires ont été recueillies auprès de chaque patient sur ses caractéristiques socio-économiques (âge, revenu et composition du ménage, profession, présence d'un proche au domicile, lieu du domicile et éloignement de l'hôpital), sa qualité de vie mesurée au moyen de l'échelle FACT-An [5] et son expérience vis-à-vis des soins à domicile, de l'hôpital de jour et de la transfusion. Enfin, chaque patient a été interrogé sur les raisons de son choix.

4. Résultats

Sur quarante quatre patients sollicités, quatre ont refusé de participer en raison de leur état physique. Sur les 40 patients qui ont accepté de répondre, 19 étaient transfusés à domicile et 21 à l'hôpital. Les deux cohortes étaient comparables du point de vue des critères familiaux et sociaux : il n'y avait pas de différence significative entre les patients transfusés à l'hôpital et à domicile en terme d'âge, de situation familiale, de revenus ou de participation de l'entourage aux soins du patient. Seule la distance domicile / hôpital² était significativement supérieure pour les patients transfusés à l'hôpital (> 50 km pour la moitié des patients hospitalier vs aucun pour la cohorte TAD).

La très grande majorité des participants (80%) a manifesté sa préférence pour une prochaine transfusion à domicile ($p=0,0001$). Plus précisément, la totalité des patients transfusé à domicile a exprimé une préférence pour cette modalité transfusionnelle ainsi que la grande majorité des patients transfusés à l'hôpital (cf. tableau 1)

² Notons que le Centre de Transfusion Sanguine est situé à proximité de l'hôpital.

Tableau 1 : Choix du patient en fonction du lieu de transfusion

Préférence exprimée	Modalité de la transfusion effectuée				Significativité
	Hôpital (n = 22)		Domicile (n = 18)		
	Effectif	%	Effectif	%	
Hôpital	8	36,4%	0	0%	p=0,0047
Domicile	14	63,4%	18	100%	

Facteurs explicatifs de la préférence pour un lieu de transfusion

L'analyse multivariée ne permettait pas de mettre en évidence l'effet de facteurs sociodémographiques ou de l'expérience du patient en terme de soins à domicile, sur le choix d'une modalité de transfusion, probablement par manque de puissance statistique. L'implication de l'entourage dans les soins n'intervenait pas davantage puisque la totalité des 8 patients ayant déclaré préférer l'hôpital indiquaient également que la participation des proches était désirée et effective. Enfin, le niveau de gravité de la maladie était comparable quel que soit le choix des patients. En analyse univariée, parmi les facteurs décrivant le vécu du patient, seule l'expérience d'une transfusion à domicile était significativement liée à la préférence du lieu d'une transfusion supplémentaire. Le pourcentage de patients préférant une transfusion supplémentaire à domicile était significativement plus important chez les patients qui ont une expérience d'une transfusion à domicile (100% versus 61%). La grande majorité des patients exprimant une préférence pour le domicile avaient une expérience des SAD autre que la transfusion sanguine reçue précédemment (59,4 %) tandis que seuls deux patients sur 8 déclarant préféré la transfusion en milieu hospitalier avaient expérimenté les SAD dans le traitement de leur cancer.

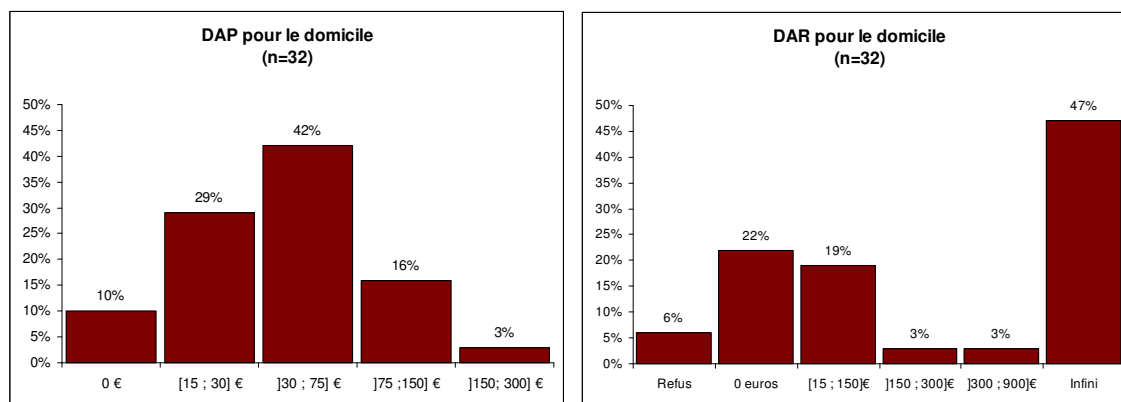
Valeur des DAP et DAR pour l'hôpital et présence de DAP protestataires

Parmi les 8 patients qui ont manifesté une préférence pour une transfusion supplémentaire à l'hôpital, trois d'entre eux ont exprimé une DAP nulle. Ces DAP ont été justifiées par un faible revenu disponible, ou par une préférence pour la modalité transfusionnelle choisie très faible, et ne correspondent donc pas manifestement à des réponses protestataires. En revanche, cinq patients ont exprimé une DAR nulle et un patient une DAR infinie (le patient refusait le mode de transfusion qu'il n'avait pas choisi, quelle que soit la somme proposée), qui correspondent à des réponses protestataires.

Valeur des DAP et des DAR pour le domicile et présence de DAP protestataires

Parmi les 32 patients ayant manifesté une préférence pour une transfusion à domicile, trois patients ont exprimé une DAP nulle, ne s'apparentant pas à une réponse protestataire, pour les mêmes raisons que précédemment. En revanche, vingt quatre patients ont exprimé une DAR protestataire : sept patients une DAR nulle, quinze patients une DAR infinie et deux refus de répondre. Les distributions des DAP et des DAR pour les patients ayant préféré la transfusion à domicile sont présentées dans les graphiques ci-dessous.

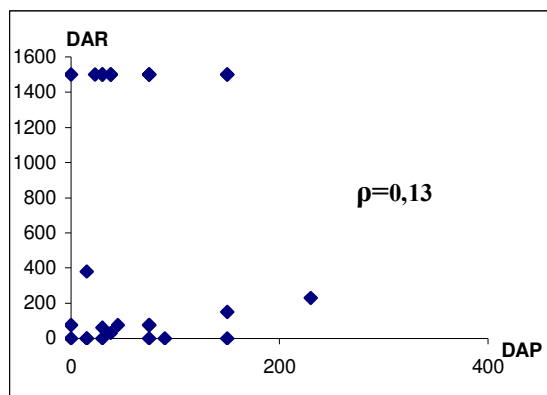
Graphiques 1 et 2 : distributions des DAP et des DAR pour les patients préférant la transfusion au domicile.



Relation DAP /DAR pour le domicile

L'étude a montré, pour les patients préférant le domicile, une déconnection entre DAP et DAR, comme le suggère le graphique ci-dessous représentant la DAR en fonction de la DAP. Alors que la majorité des DAP exprimées correspondaient à des montants « réalistes », plus de la moitié des DAR exprimaient le refus de ce mode de questionnement. Nous verrons en discussion que ce résultat était prévisible.

Graphiques 3: DAR en fonction de la DAP pour les patients préférant la transfusion au domicile.



Note : Dans ce graphique, les DAR infinies ont été codées 1 500 €.

Facteurs explicatifs de la DAP pour le domicile

A partir d'une analyse multivariée, nous avons constaté un biais de point de départ sur la valeur de la DAP. En effet, la valeur de la DAP était significativement plus élevée pour une première enchère de 40 euros que pour une première enchère de 80 euros.

Par ailleurs la DAP était influencée par un ensemble de caractéristiques sociodémographiques, elle augmentait significativement avec le revenu du ménage (Kruskall-Wallis, $p=0,0158$), ce qui allait dans le sens de la validité des résultats. Elle diminuait avec la gravité de la maladie, avec le fait d'être professionnellement actif et avec la distance hôpital-domicile.

4. Discussion –Conclusion

Taux de réponse au questionnaire et acceptabilité du questionnement

Etant donné qu'un biais de mesure peut survenir dans le cas d'un refus de participation dépendant de la préférence, le NOAA panel recommandait un taux de participation minimum de 70 % [1]. Dans cette étude, nous avons constaté à la fois un faible taux de refus de participation (4 patients sur 44), et de refus de répondre à telle ou telle question (deux refus pour la DAR).

Notons également que nos taux de réponses sont similaires à ceux rapportés par la littérature pour des modalités d'enquête comparables (entretien en face à face avec un questionnement par enchère), soit plus de 80 % de taux de réponses pour la majorité des études [18]. Un taux de participation élevé suggère une bonne acceptation de la méthode de l'évaluation contingente dans le contexte étudié. Notons toutefois que nous avons pris le soin de bien informer les patients sur la méthode utilisée avant le questionnement et que, afin d'éviter une suspicion d'instrumentalisation des résultats, nous nous sommes clairement identifiés comme une équipe de recherche indépendante du financeur.

Les facteurs explicatifs du choix

Si l'analyse multivariée n'a pas permis de mettre en évidence des facteurs influençant significativement le choix du patient, nous pouvons toutefois penser, sur la base de notre expérience ; des analyses en composantes multiples et de l'analyse univariée, que certains facteurs pourraient ressortir sur un effectif plus important, comme l'expérience des SAD, la gravité de la maladie ou l'éloignement.

Divergences entre DAP et DAR et réponses protestataires

Dans la théorie welfariste, la DAP et la DAR exprimées par un individu pour un programme de santé doivent être identiques [9]. Cependant des divergences majeures entre DAP et DAR sont constatées dans la littérature [3;4;11;17;18], les DAR étant dans la plupart des cas supérieures aux DAP.

Nos résultats vont dans le sens de ces observations, puisque la moitié des DAR exprimées par les patients préférant le domicile étaient infinies. Dans ce contexte, il nous semble intéressant de voir si les explications de cette divergence avancées par la littérature sont applicables à notre terrain de recherche. Les explications proposées sont les suivantes :

- Le fait que la DAP soit bornée par le revenu, contrairement à la DAR. Cette explication, si elle est recevable quel que soit le contexte, doit être plus particulièrement considérée étant donné que le revenu disponible des patients est affecté par une situation de longue maladie. En effet, parmi les patients ayant exprimés une DAP nulle, plusieurs d'entre eux ont relié ce montant à un revenu disponible très faible, en partie à cause de la maladie, alors même qu'ils avaient une préférence forte pour le mode de transfusion choisie. La liaison entre DAP et capacité à payer a déjà fait l'objet de publications [9], qui posent notamment les questions de la surreprésentation de la préférence des personnes ayant le plus haut revenu (surtout si la préférence est liée au revenu) et des correctifs à apporter éventuellement aux résultats. Si les auteurs s'accordent sur le fait que les préférences exprimées ne devraient pas faire l'objet de redressement, le fait d'interroger des personnes concernées qui, par ce qu'elles sont malades, ont une capacité à payer ponctuellement ou durablement modifiée par la maladie nous semble poser un problème.
- D'après Kahneman et Tversky [13], il existe une dissymétrie entre la désutilité marginale d'une dépense et celle du renoncement à un gain équivalent, la première étant vécue comme une perte et la seconde comme un coût d'opportunité. Cette explication rejoint la notion d'«*endowment effect*» [17], développée par Thaler qui considère que l'aversion pour les pertes est d'autant plus importante que le bien évalué est considéré comme étant un acquis, ou un droit, pour la personne interrogée. Ici aussi, ce type d'explication, par ailleurs communément accepté, permet d'apporter un éclairage sur la perception du bien évalué par les patients, et la dissymétrie fondamentale entre les questionnement de DAP et de DAR. Le questionnement de DAR peut amener les personnes interrogées à se représenter le droit de bénéficier

d'une TAD comme partie intégrante d'un droit plus large à l'accès aux soins, lequel est imprégné de considérations éthiques et morales.

- Hanemann [4,11] avance que le ratio DAR/DAP est d'autant plus important qu'il n'existe pas de substitut proche au bien évalué. La proportion importante de DAR infinies pourrait alors être liée à la façon de percevoir les soins à domicile en oncologie. En effet, les patients interrogés étaient très gravement malades et ils ont pu considérer qu'il n'y avait pas de substitut au mode de transfusion préféré (la TAD, par exemple, est la seule à offrir la possibilité de préserver l'environnement familial en fin de vie). Ce point de vue est intéressant car il peut différer de celui des tutelles, voire des médecins pour lesquels les prises en charges peuvent être substituables.
- Les autres raisons avancées sont liées à la dimension éthique du choix [4] : l'éventualité d'être payé pour un acte considéré comme relevant de son devoir (ne pas induire de dépenses sur le système de santé) a pu être considérée comme illégitime (DAR nulle), de la même façon le droit à recevoir le type de soins préféré a pu être considéré comme inaliénable (DAR infinie). Ces dimensions éthiques sont également très souvent ressorties lors du questionnement. Paradoxalement elles n'ont pas trop interagies dans le processus de révélation de la DAP, car nous avons bien pris le soin d'insister préalablement sur le fait que ce questionnement ne pouvait pas être instrumentalisé pour faire payer les patients mais qu'il était légitime de leur demander leurs avis. Presque tous les patients étaient certains de leur réponse et déclaraient avoir bien saisi le questionnement. Dans le cas de la DAR, le mécanisme de marché était beaucoup moins réaliste et des arguments moraux venaient conforter l'expression d'une réponse protestataire : comme nous l'avons dit, accepter de révéler une DAR, c'est renoncer à une partie de ses droits sur un panier de soins, or ce droit est lié à des cotisations de toute une vie, au fait d'avoir cotisé, mais aussi à des luttes sociales, d'où une DAR infinie ; à l'inverse, pour les patients qui expriment une DAR nulle, il s'agit de dire qu'ils ne veulent pas peser sur le système social alors qu'ils ont déjà un accès suffisant aux soins. Dans les deux cas une volonté de préservation du système de santé.

Les valeurs extrêmes de DAR et leurs dimensions éthiques nous ont amené à privilégier l'analyse de la DAP.

Les facteurs explicatifs de la DAP

La liaison constatée entre la DAP et la capacité à payer a été largement étudiée [7;8 ;20]. Elle est considérée comme étant un élément de validation de la méthode. Nos résultats sont ici en cohérence avec la littérature, la DAP étant d'autant plus importante que le revenu est élevé. L'existence d'un biais de point de départ a également fait l'objet de plusieurs publications [19]. Il est admis que la valeur initiale de l'enchère influence le montant final. C'est en particulier le fait que le montant initial soit considéré, ou non, comme acceptable, qui va déterminer une acceptation ou un refus des enchères suivantes. Dans notre étude, le fait que le résultat soit négativement corrélé au montant initial de l'enchère tend à faire penser que les patients ont considéré le montant initial de 80 € comme une somme excessive.

En conclusion, cette étude pilote apporte des éléments en faveur de l'utilisation de la DAP pour l'évaluation des bénéfices résultant d'une innovation organisationnelle en santé telle que la TAD. Cependant, il apparaît nécessaire d'affiner nos résultats, dans ce but, une nouvelle étude est en cours. Elle inclut à ce jour 130 patient et vise à inclure 150 patients en août 2006, et ses résultats sont, à ce jour, en cours de traitement.

Eléments bibliographiques

1. Arrow, K., Solow, R., Portney, P., Leamer, E., Radner, R., Schuman, H., [1993]. *Report of the NOAA panel on contingent valuation*. Federal Register 58, 4601–4614. *Relevant Aspects of the Contingent Valuation Method*. Kluwer Academic, Dordrecht, The Netherlands.
2. Blumenschein K., Johannesson M., Yokoyama K.K., Freeman P.R. [2001]. Hypothetical versus real willingness to pay in the health care sector : results from a field experiment. *Journal of Health Economics*, vol. 20: 441-457
3. Brown T.C. [2005]. « Loss aversion without the endowment effect, and other explanations for the WTA–WTP disparity ». *J. of Economic Behavior & Org.* 57 : 367–379
4. Brown T.C., Gregory R., [1999]. Why the WTA-WTP disparity matters. *Ecological Economic*, 28: 323-335.
5. Cella D.F., Tulsky D.S., Gray G. et al. [1993]. The Functional Assessment of Cancer Therapy Scale: development and validation of the general measure. *Journal of Clinical Oncology*, 11(3): 570-579.
6. Diener A., O'Brien B., Gafni A., [1998]. Health Care contingent valuation studies: A review and classification of the literature. *Health Econ.*, 7: 313-326.
7. Donaldson C., [2001]. Eliciting patients' values by use of 'willingness to pay': letting the theory drive the method. *Health expectation*, 4: 180-188.
8. Donaldson C., [1999]. Valuing the benefits of publicly-provided health care: does 'ability to pay' preclude the use of 'willingness to pay' ?. *Social Science & Medicine*, 49: 551
9. Drummond, M.F., O'Brien, B., Stoddart, G., Torrance, G., [1997]. *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*, second ed. Oxford University Press, New York.
10. Hackl F, Pruckner GJ. [2005]. Warm glow, free-riding and vehicle neutrality in a health-related contingent valuation study. *Health Econ.*, 14: 293-306.
11. Horowitz J.K., Mc Connell K.E. [2002]. “Willingness to pay, willingness to accept and the income effect”. *Department of Agricultural and Resource Economics, University of Maryland*. Working paper.
12. Idri S., Catoni m.p., Si Ali H., PatteR. et al. [1996]. La transfusion à domicile ? Une alternative à l'hôpital de jour. *Transfus Clin Biol* ; 3: 235-239.
13. Kahneman D., Tversky A., [1979]. “Prospect theory: an analysis of decision under risk” *Econometrica*, vol 47, n°2, pp.263-291.
14. Kovalchik S., Camerer C.F., Grether D.M., Plott C.R., Allman J.M. [2005]. « Aging and decision making: a comparison between neurologically healthy elderly and young individuals ». *J. of Economic Behavior & Org.* 58 : 79–94
15. Madgwick K.Y., Yardumian A. [1999]. A home blood transfusion programme for beta-thalassaemia patients. *Transfusion Medicine*; 9 (2): 135-138.
16. Olsen J.A, Smith R., [2001]. Theory versus practice: A review of 'willingness to pay in health and health care. *Health Econ.*, 10: 39-52.

17. Plott C.R., Zeiler K. [2005]. «The willingness to pay/willingness to accept gap, the « endowment effect » and experimental procedure for eliciting valuations. *American Economic Review*. 95 : 530-545.
18. Smith R., Olsen J.A., Harris A., [1999]. A review of methodological issues in the conduct of willingness to pay studies in health care III: issues in the analysis and interpretation of WTP data. *Centre for Health Program Evaluation, Monash University, working paper 86*, p.46.
19. Smith R., Olsen J.A., Harris A., [1999]. A review of methodological issues in the conduct of willingness to pay studies in health care II: administration of a CV survey. *Centre for Health Program Evaluation, Monash University, working paper 85*, p.43.
20. Smith R.D., [2005]. Sensitivity to scale in contingent valuation: the importance of the budget constraint. *Journal of Health Economics*, 24: 515-529.
21. Smith, R.D., [2003]. Construction of the contingent valuation market in health care: a critical assessment. *Health Economics* 12, 609–628.
22. Taylor S.J., Armour C.L., 2002. Acceptability of willingness to pay techniques to consumers. *Health expectations*, 5: 341-356.
23. Van den Berg B., Bleichrodt H., Eeckhoudt L., [2005]. The economic value of informal care: the contingent valuation method applied to informal caregiving. *Health Econ.*, 14: 169-183.
24. Van den Berg B., Bleichrodt H., Eeckhoudt L., [2005]. The economic value of informal care: caregivers' and patients' willingness to pay and willingness to accept for informal care. *Health Econ.*, 14: 363-376.