

**Reproduction sur d'autres sites interdite mais lien vers le document accepté :**  
<http://www.irdes.fr/documentation/veille-bibliographique-en-economie-de-la-sante.html>

**Any and all reproduction is prohibited but direct link to the document is accepted:**  
<http://www.irdes.fr/english/documentation/watch-on-health-economics-literature.html>

## DOC VEILLE

Veille bibliographique en économie de la santé / Watch on Health Economics Literature

25 mars 2016 / March the 25th, 2016

Réalisée par le centre de documentation de l'Irdes, Doc Veille, publication bi-mensuelle, rassemble de façon thématique les résultats de la veille documentaire en économie de la santé : articles, littérature grise, rapports...

Vous pouvez accéder à la version électronique des articles sur notre portail EJS (à l'exception des revues françaises) :

<http://ejournals.ebsco.com/Home.asp> (**Accès réservé à l'Irdes**)

Les autres documents sont soit accessibles en ligne, soit consultables à la documentation (voir mention à la fin de la notice). Aucune photocopie ne sera délivrée par courrier.

Un historique des Doc Veille se trouve sur le web de l'Irdes :

<http://www.irdes.fr/documentation/veille-bibliographique-en-economie-de-la-sante.html>

Produced by the Irdes documentation centre, Doc Veille, a bimonthly publication, presents by theme the latest articles and reports in health economics: both peer-reviewed and grey literature.

You can access to the electronic version of articles on our EJS portal (except for the French journals):

<http://ejournals.ebsco.com/Home.asp> (**Access limited to Irdes team**).

Other documents are accessible online, either available for consultation at the documentation center (see mention at the end of the notice). Requests for photocopies or scans of documents will not be answered. Doc Veille's archives are located on the Irdes website:

<http://www.irdes.fr/english/documentation/watch-on-health-economics-literature.html>

### Contacts

Espace documentation : [documentation@irdes.fr](mailto:documentation@irdes.fr)

Marie-Odile Safon : [safon@irdes.fr](mailto:safon@irdes.fr)

Véronique Suhard : [suhard@irdes.fr](mailto:suhard@irdes.fr)

## Sommaire

<b>Assurance maladie / Health Insurance .....</b>	<b>5</b>
(2016). "Rapport conjoint de l'assurance maladie obligatoire et des complémentaires santé sur les solutions techniques permettant la mise en place du tiers payant généralisé : document de travail." .....	5
Korenman, S. and D. K. Remler (2016). "Including Health Insurance in Poverty Measurement: The Impact of Massachusetts Health Reform on Poverty." .....	5
Schon, M. (2015). "Unemployment, Sick Leave and Health." .....	5
Susser, P. and N. R. Ziebarth (2016). "Profiling the US Sick Leave Landscape." .....	5
Thonnes, S. (2015). "Do Deductibles reduce Moral Hazard in the German Statutory Health Insurance? Empirical Evidence" .....	6
<b>Economie de la santé / Health Economics .....</b>	<b>6</b>
(2015). "État des lieux actualisé du financement de la protection sociale." .....	6
Bouchet, A. (2015). "Les dépenses d'optique médicale en 2014." .....	6
Kristensen, N. and H. L. Andersen (2016). "Consumption Smoothing in the Demand for Health Care." .....	6
Zhao, J., et al. (2015). "Investing in Health: A Macroeconomic Exploration of Short-Run and Long-Run Trade-Offs." .....	7
<b>Etat de santé / Health Status .....</b>	<b>7</b>
(2016). "Avis relatif aux bénéfiques-risques de la cigarette électronique ou e-cigarette étendus en population générale." .....	7
(2016). "Déficiences intellectuelles. Expertise collective. Synthèse et recommandations." .....	7
(2016). "Suicide : connaître pour prévenir; Dimensions nationales, locales et associatives." .....	7
(2016). "Recueil numérique sur la thématique du suicide." .....	8
Caroli, E. and L. Weber-Baghdiguan (2016). "Self-Reported Health and Gender: The Role of Social Norms." .....	8
Trotte, L., et al. (2016). "La France et ses régions : Approche socio-sanitaire." .....	8
<b>Géographie de la santé / Geography of Health .....</b>	<b>8</b>
Chevillard, G. (2015). « Dynamiques territoriales et offre de soins : l'implantation des maisons de santé en France métropolitaine. » .....	8
Lucas-Gabrielli, V., et al. (2016). « Analyse de sensibilité de l'Accessibilité potentielle localisée (APL). » .....	9

<b>Hôpital / Hospitals</b> .....	<b>9</b>
(2016). "Evidence from NHS Improvement on clinical staff shortages: a workforce analysis." .....	9
Grennan, M. and A. Swanson (2016). "Transparency and Negotiated Prices: The Value of Information in Hospital-Supplier Bargaining." .....	10
Grignon, M., et al. (2015). "Safe Discharges from Acute Care Hospitals on Weekends. Final Report Submitted to the Ontario Ministry of Health and Long-Term Care September 23, 2013." .....	10
<b>Inégalités de santé / Health Inequalities</b> .....	<b>10</b>
Akbulut-Yuksel, M. and A. D. Kugler (2016). "Intergenerational Persistence of Health in the U.S.: Do Immigrants Get Healthier as they Assimilate?" .....	10
Blanpain, N. (2016). "Les inégalités sociales face à la mort - Tables de mortalité par catégorie sociale et par diplôme." .....	11
Blanpain, N. (2016). "Les hommes cadres vivent toujours 6 ans de plus que les hommes ouvriers." .....	11
Constant, A. F., et al. (2016). "Micro and Macro Determinants of Health: Older Immigrants in Europe." .....	11
Giuntella, O. and L. Stella (2016). "The Acceleration of Immigrant Unhealthy Assimilation." .....	12
Lovenheim, M. F., et al. (2016). "How Does Access to Health Care Affect Teen Fertility and High School Dropout Rates? Evidence from School-based Health Centers." .....	12
<b>Médicaments / Pharmaceuticals</b> .....	<b>12</b>
Vanstone, M., et al. (2014). "Patient Experiences of Medication Adherence: A systematic review and qualitative meta-synthesis." .....	12
<b>Méthodologie – Statistique / Methodology - Statistics</b> .....	<b>13</b>
Zhao, J. (2015). "Forecasting Health Expenditure: Methods and Applications to International Databases." .....	13
<b>Politique de santé / Health Policy</b> .....	<b>14</b>
(2016). «La lutte contre le tabagisme : une politique à consolider.» .....	14
(2016). "Plan cancer 2014-2019 : deuxième rapport au président de la République." .....	14
Deb, P. and C. Vargas (2016). "Who Benefits from Calorie Labeling? An Analysis of its Effects on Body Mass." .....	14
<b>Prévision – Evaluation / Prevision - Evaluation</b> .....	<b>15</b>
(2016). "E-santé : faire émerger l'offre française en répondant aux besoins présents et futurs des acteurs de santé." .....	15

<b>Psychiatrie / Psychiatry .....</b>	<b>15</b>
(2016). "Les hospitalisations psychiatriques de longue durée, situation dans le Nord - Pas-de-Calais et focus sur la zone de Lens - Hénin-Beaumont." .....	15
<b>Soins de santé primaires / Primary Health Care .....</b>	<b>16</b>
(2015). "Déserts médicaux, territoires en santé : Actes des Journées de l'Assurance maladie, du CISS, de la FNATH et de l'Unaf du 4 novembre 2015." .....	16
(2016). "Télémédecine et autres prestations médicales électroniques." .....	16
Kumpunen, S., et al. (2015). "Collaboration in general practice: surveys of GPs and clinical commissioning groups." .....	16
<b>Systèmes de santé / Health Systems .....</b>	<b>16</b>
(2016). "OECD Reviews of Health Care Quality: United Kingdom 2016: Raising Standards." .....	16
Bojke, C., et al. (2016). "Productivity of the English NHS: 2013/14 update." .....	17
<b>Travail et santé / Occupational Health .....</b>	<b>17</b>
(2015). «Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout. Mieux comprendre pour mieux agir.» .....	17
Algava, E. (2015). "Insécurité de l'emploi et exercice des droits dans le travail." .....	18
Banks, G., et al. (2016). "Health Capacity to Work at Older Ages: Evidence from the United Kingdom" .....	18
Bingley, P., et al. (2016). "Health Capacity to Work at Older Ages in Denmark." .....	18
Blanchet, D., et al. (2016). "Health Capacity to Work at Older Ages in France." .....	19
Koning, P. and J. M. Van Sonsbeek (2016). "Making Disability Work? The Effects of Financial Incentives on Partially Disabled Workers." .....	19
Van Den Berg, G. J., et al. (2016). "The Role of Sickness in the Evaluation of Job Search Assistance and Sanctions." .....	20
<b>Vieillesse / Ageing .....</b>	<b>20</b>
De Mello, L., et al. (2016). "Greying the Budget: Ageing and Preferences over Public Policies." .....	20
Gand, S. and E. Periac (2016). "Gouverner sans les instruments ? La difficile construction des politiques relatives à la perte d'autonomie des personnes âgées" .....	20
Hussem, A., et al. (2016). "The ability to pay for long-term care in the Netherlands: a life-cycle perspective." .....	20

## Assurance maladie / Health Insurance

**(2016). “Rapport conjoint de l'assurance maladie obligatoire et des complémentaires santé sur les solutions techniques permettant la mise en place du tiers payant généralisé : document de travail.**

” Paris : Ministère chargé de la Santé,

[http://admin.ctip.asso.fr/bib/res/ressources/0/0/160217124422\\_rapport-tpg-2016-16-02-vf.pdf](http://admin.ctip.asso.fr/bib/res/ressources/0/0/160217124422_rapport-tpg-2016-16-02-vf.pdf)

Conformément à l'article 83 de la loi de modernisation de notre système de santé, promulguée le 27 janvier 2016, les caisses nationales d'assurance maladie, l'association des complémentaires santé (réunissant les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurances) ont travaillé conjointement à l'élaboration de solutions techniques. Ce document de travail présente les premières solutions pour la mise en place du tiers payant. Un rapport définitif sera rendu fin février 2016. Il a vocation à présenter l'ensemble des modalités techniques permettant la mise en place du tiers payant pour tous les bénéficiaires de l'assurance maladie, à la fois sur la part obligatoire et sur la part complémentaire.

**Korenman, S. and D. K. Remler (2016). “Including Health Insurance in Poverty Measurement: The Impact of Massachusetts Health Reform on Poverty.”** NBER Working Paper Series ; n° 21990.

Cambridge: NBER

<http://www.nber.org/papers/w21990>

We develop and implement what we believe is the first conceptually valid health-inclusive poverty measure (HIPM)—a measure that includes health care or insurance in the poverty needs threshold and health insurance benefits in family resources—and we discuss its limitations. Building on the Census Bureau's Supplemental Poverty Measure, we construct a pilot HIPM for the under-65 population under ACA-like health reform in Massachusetts. This pilot is intended to demonstrate the practicality, face validity and value of a HIPM. Results suggest that public health insurance benefits and premium subsidies accounted for a substantial, one-third reduction in the poverty rate. Among low-income families who purchased individual insurance, premium subsidies reduced poverty by 9.4 percentage points.

**Schon, M. (2015). “Unemployment, Sick Leave and Health.”** Leibnitz : GBW.

[http://econstor.eu/bitstream/10419/113013/1/VfS\\_2015\\_pid\\_444.pdf](http://econstor.eu/bitstream/10419/113013/1/VfS_2015_pid_444.pdf)

This paper studies the relationship between sick leave, income and unemployment. In particular, it investigates this relationship under the generous German sick leave regulation of 100% wage replacement, i.e., in an environment where workers do not bear any direct costs from missing work due to sickness. Using information from the German Socioeconomic Panel (GSOEP) it identifies three stylized facts of sick leave in Germany. First, sick days show a strong pro-cyclical pattern. Second, average use of sick days is hump-shaped over income quintiles. Third, the number of sick days is a strong predictor of becoming unemployed. Using this micro-evidence I develop a structural model that rationalizes these facts. It argues that in absence of direct costs of sick leave the fear of future unemployment is the main driving force restraining sick leave. I then use the model to do counterfactual policy analysis.

**Susser, P. and N. R. Ziebarth (2016). “Profiling the US Sick Leave Landscape.”** IZA Discussion Paper ; 9709. Bonn : IZA

<http://ftp.iza.org/dp9709.pdf>

This paper profiles the sick leave landscape in the US – the only industrialized country without universal access to paid sick leave or other forms of paid leave. We exploit the 2011 Leave Supplement of the American Time Use Survey (ATUS), a representative and

comprehensive database on sick leave in the US. The two binary outcome variables measure (i) access to paid sick leave and (ii) suppressed sick leave ("presenteeism"). Thirty-five percent of US full-time employees lack access to paid sick leave. Low-income employees, service sector employees, and those in poor health have the lowest coverage rates. We estimate that, each week, up to three million US employees suppress their need for sick leave and engage in presenteeism behavior. These are primarily women with children and low-wage sector jobs.

**Thonnes, S. (2015). "Do Deductibles reduce Moral Hazard in the German Statutory Health Insurance? Empirical Evidence".** Leibnitz : Leibniz-Informationszentrum Wirtschaft  
[http://econstor.eu/bitstream/10419/112912/1/Vfs\\_2015\\_pid\\_559.pdf](http://econstor.eu/bitstream/10419/112912/1/Vfs_2015_pid_559.pdf)

This paper estimates the effect of participating in the optional tariff "Premium Refund", an implicit optional deductible tariff, on different measures of medical demand. Specifically, it analyzes whether participating in the tariff can reduce ex-post moral hazard. Therefore, I use panel data from a German company health insurance fund covering the years 2008 to 2012. In order to remove potential selection bias of healthy individuals selecting into the tariff, I match the group of participants with the group of nonparticipants by socioeconomic characteristics and baseline medical characteristics, amongst others. In addition, I combine matching with regression to make results more robust. I find that participating in the premium refund tariff significantly reduces the probability of visiting a general practitioner by 6 percentage points. However, the probability of visiting a doctor because of a trivial disease such as a common cold is not reduced. I conclude that there is evidence that participation in the tariff reduces medical demand. It remains unclear, though, whether this is due to a reduction in moral hazard or whether it is driven through some other channel.

## Economie de la santé / Health Economics

**(2015). "État des lieux actualisé du financement de la protection sociale."** Paris : Haut Conseil du financement de la protection sociale

[http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/etat\\_des\\_lieux\\_actualise\\_du\\_financement\\_de\\_la\\_protection\\_sociale\\_18122015.pdf](http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/etat_des_lieux_actualise_du_financement_de_la_protection_sociale_18122015.pdf)

Cette note actualise l'état des lieux du financement de la protection sociale, régulièrement présenté dans les rapports du Haut Conseil de financement de la protection sociale. Elle prend notamment en compte les dispositions adoptées dans le cadre de la loi de finances et de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016.

**Bouchet, A. (2015). "Les dépenses d'optique médicale en 2014."** *Points de Repère*(43): 1-11.

<http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/rapports-et-periodiques/points-de-repere/n-43-depenses-d-optique-medicale-en-2014.php>

Bien que l'Assurance Maladie rembourse très peu les équipements d'optique médicale 1, son système d'information, le Sniiram (système national d'informations interrégimes de l'Assurance Maladie), permet d'obtenir des informations sur les équipements délivrés et leurs prix. À travers les données de l'Assurance Maladie, ce Points de repère s'intéresse donc aux taux de recours aux équipements d'optique, aux prix de ces équipements, à la croissance des dépenses d'optique ainsi qu'à la structuration du marché entre opticiens.

**Kristensen, N. and H. L. Andersen (2016). "Consumption Smoothing in the Demand for Health Care."** Discussion Paper; 9655. Bonn : IZA

<http://ftp.iza.org/dp9655.pdf>

We investigate how, in temporary economic hardship, agents change their consumption of health services, and how this depends on whether the service is universally free-of-charge visits to GP's or privately co-financed dental care. We find that own expenditures for dental care decrease. The decrease is mainly seen in preventive treatment, a durable good, but for

**Zhao, J., et al. (2015). "Investing in Health: A Macroeconomic Exploration of Short-Run and Long-Run Trade-Offs."** Department of Economics Working Paper Series ; n° 2015-15. Hamilton : McMaster University

<https://www.economics.mcmaster.ca/documents/department-working-papers/2015-15>

This paper aims to unravel the competing effects of the health investment. It explores, both analytically and numerically, the equilibrium shift and transitional dynamics after a one-time policy of health investment. We find that such a policy improves health status in the long run, but harms economic growth in both short and long term. The relative sizes of these competing effects depend on the specific health parameters. Within the plausible range for the value of health relative to consumption, households gain welfare in the long run as long as the effectiveness of labor in health production is large. The expanded health sector policy makes households worse off only if labor is rather unproductive in producing health and households value health relatively little. The findings challenge the policy recommendations of the World Bank (1993) and World Health Organization (2001) in that good health increases neither the productivity of workers nor the economic growth rate. It is hoped that the relative simplicity of our model, compared to the existing theoretical literature, can help close the gap between formal academic work on this topic and actual debates among policy makers in both developed and developing countries.

## Etat de santé / Health Status

**(2016). "Avis relatif aux bénéfices-risques de la cigarette électronique ou e-cigarette étendus en population générale."** Paris : HCSP

<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=541>

Le HCSP actualise son avis du 25 avril 2014 relatif aux bénéfices-risques de la cigarette électronique étendus en population générale. Le HCSP recommande : d'informer, sans en faire publicité, les professionnels de santé et les fumeurs que la cigarette électronique est une aide à l'arrêt du tabac; et un mode de réduction des risques du tabac en usage exclusif; de maintenir les modalités d'interdictions de vente et de publicité prévues par la loi et d'étendre l'interdiction d'utilisation à tous les lieux affectés à un usage collectif.

**(2016). "Déficiences intellectuelles. Expertise collective. Synthèse et recommandations."** Expertise collective . Paris : INSERM

<http://www.inserm.fr/mediatheque/infr-grand-public/fichiers/thematiques/sante-publique/expertises-collectives/synthese-ec-deficiences-intellectuelles-2016>

La CNSA demandé à l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (Inserm) la réalisation d'une expertise scientifique collective selon la procédure mise en place par l'institut afin de disposer des connaissances récentes issues des recherches internationales et pluridisciplinaires sur la déficience intellectuelle. La démarche d'expertise collective a permis de dresser un bilan des données scientifiques dans les domaines suivants : définition et épidémiologie ; évaluations des déficiences et compétences de la personne ; accompagnement et soutien durant les principales étapes de la vie.(tiré de l'intro).

**(2016). "Suicide : connaître pour prévenir; Dimensions nationales, locales et associatives."** Paris : DREES

[http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ons2016\\_synthese.pdf](http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ons2016_synthese.pdf)

Dans ce deuxième rapport, l'Observatoire s'attache à mettre en lumière les données et les actions de prévention, menées à un niveau national comme local, par les pouvoirs publics comme par les associations. Il fait aussi le point sur les connaissances récentes concernant le rôle joué par les facteurs de risque et de protection du suicide.

(2016). "Recueil numérique sur la thématique du suicide." Paris : DREES

[http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/recueil\\_numerique\\_suicide27012016.pdf](http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/recueil_numerique_suicide27012016.pdf)

Ce recueil numérique propose une sélection bibliographique sur la thématique du suicide. Il est composé de références à des ouvrages, des études et des rapports, d'une part, et à des articles scientifiques, d'autre part. Il comporte également d'autres types d'informations en lien avec le suicide : des colloques, des sites Web institutionnels et associatifs et des émissions de radio et de télévision.

**Caroli, E. and L. Weber-Baghdiguian (2016). "Self-Reported Health and Gender: The Role of Social Norms." IZA Discussion Paper ; 9670.** Bonn IZA

<http://ftp.iza.org/dp9670.pdf>

We investigate the role of social norms in accounting for differences in self-reported health as reported by men and women. Using the European Working Conditions Survey (EWCS, 2010), we first replicate the standard result that women report worse health than men, whatever the health outcome we consider – i.e. general self-assessed health but also more specific symptoms such as skin problems, backache, muscular pain in upper and lower limbs, headache and eyestrain, stomach ache, respiratory difficulties, depression and anxiety, fatigue and insomnia. We then proxy social norms by the gender structure of the workplace environment and study how the latter affects self-reported health for men and women separately. Our findings indicate that individuals in workplaces where women are a majority tend to report worse health than individuals employed in male-dominated work environments, be they men or women. These results are robust to controlling for a large array of working condition indicators, which allows us to rule out that the poorer health status reported by individuals working in female-dominated environments could be due to worse job quality. We interpret this evidence as suggesting that social norms associated with specific gender environments play an important role in explaining differences in health-reporting behaviours across gender, at least in the workplace.

**Trotte, L., et al. (2016). "La France et ses régions : Approche socio-sanitaire."** Paris : FNORS

<http://www.fnors.org/uploadedFiles/publicationsFnors/FranceDesRegions2016.pdf>

Ce document vise à fournir une vision volontairement synthétique de l'état de santé de la population française et de ses déterminants, basée sur une sélection d'indicateurs. Ceux-ci sont par ailleurs disponibles à différents niveaux territoriaux, dont les régions 2016, dans la base SCORE-Santé développée par la Fnors et consultable en ligne : [www.scoresante.org](http://www.scoresante.org)

## Géographie de la santé / Geography of Health

**Chevillard, G. (2015). « Dynamiques territoriales et offre de soins : l'implantation des maisons de santé en France métropolitaine. »** Paris : Université Paris Ouest, Université Paris Ouest.

Nanterre La Défense. FRA. Thèse ; Université Paris Ouest Nanterre La Défense : Laboratoire Dynamiques sociales et recompositions des espaces ; Doctorat en Géographie.

<https://hal.archives-ouvertes.fr/tel-01225027>

Les médecins généralistes libéraux sont inégalement répartis en France et ceci est un fait ancien. Ces inégalités se renforcent au détriment d'espaces moins attractifs. Des zones avec



des difficultés d'accès aux soins, urbaines et rurales, apparaissent ou s'étendent. Depuis 2008, les pouvoirs publics accompagnent financièrement les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) en espérant qu'elles attirent et maintiennent des médecins dans ces espaces. Cette recherche étudie dans quelle mesure l'espace et le territoire participent à l'implantation de MSP, et en retour quels sont les effets de ces structures sur les espaces et territoires concernés. L'implantation des MSP et leurs effets seront étudiées à différentes échelles géographiques à partir d'approches quantitative et qualitative. Au plan quantitatif, l'analyse spatiale des MSP utilise plusieurs outils (typologies et SIG). Ceci est complété par plusieurs terrains dans lesquels il s'agit d'étudier la place des MSP dans des régions et territoires donnés, en recueillant les témoignages des principaux acteurs concernés. Les effets des MSP sur l'offre de soins sont étudiés sur le territoire métropolitain selon une approche nationale comparant l'évolution de la densité de généralistes libéraux dans des espaces avec MSP comparativement à des espaces « similaires » sans MSP. La conduite de terrains dans deux régions vient compléter et discuter les résultats. Mots clés : espace défavorisé, espace fragile, espace rural, évaluation de politiques publiques, géographie de la santé, maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), soins de premiers recours, médecins généralistes libéraux.

**Lucas-Gabrielli, V., et al. (2016). «Analyse de sensibilité de l'Accessibilité potentielle localisée (APL).» Document de travail Irdes ; 70. Paris : Irdes**  
<http://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/070-analyse-de-sensibilite-de-l-accessibilite-potentielle-localisee-apl.pdf>

L'Accessibilité potentielle localisée (APL) est une mesure locale de l'accessibilité aux soins appliquée aux médecins généralistes. Calculée au niveau de chaque commune, elle considère également l'offre de soins et la demande des communes environnantes. L'APL permet de répondre aux principales critiques faites aux indicateurs usuels d'offre de soins tels que la densité et la distance. L'un des enjeux de l'indicateur est également de proposer des pistes d'amélioration concernant la quantification de l'offre de soins et des besoins de soins ainsi qu'une définition plus précise de l'interaction entre l'offre et la demande. Pour ce faire, l'APL tient compte du niveau d'activité des médecins pour mesurer l'offre et du taux de recours différencié par âge des habitants pour mesurer la demande. Une fonction de décroissance du recours avec la distance à parcourir est également utilisée pour pondérer l'accessibilité spatiale en fonction de l'éloignement de la population à l'offre de soins. Le paramétrage de ces différents critères a un impact important sur la mesure de l'APL. La mesure de la sensibilité de l'indicateur APL a été testée en modifiant les deux grands paramètres de l'APL que sont la définition d'Equivalent temps plein (ETP) de médecin et les seuils d'accessibilité à cette offre de soins. L'utilisation d'une fonction continue rapportant l'activité du médecin à l'activité moyenne nationale entraîne une augmentation significative de l'APL – entre 21 et 24 % – par rapport à l'APL initiale. Cette augmentation profite à tous les types de communes, qu'elles soient urbaines ou rurales, situées dans un pôle ou dans sa périphérie ou bien hors de l'influence de ceux-ci. Par ailleurs, l'utilisation de fonctions théoriques de décroissance associée à une augmentation du seuil d'accessibilité de 15 à 30 minutes impacte considérablement l'APL. Ceci entraîne à la fois une réduction des disparités infra régionales par rapport à la seule modification du paramètre de l'offre de soins et une structuration des valeurs de l'APL selon le type de communes autour d'un axe centre/périphérie des pôles beaucoup plus importante (résumé d'auteur).

## Hôpital / Hospitals

**(2016). "Evidence from NHS Improvement on clinical staff shortages: a workforce analysis."**

Pôle documentation de l'Irdes / Irdes Documentation centre – Marie-Odile Safon, Véronique Suhard

Page 9 sur 21

[www.irdes.fr/documentation/actualites.html](http://www.irdes.fr/documentation/actualites.html)

[www.irdes.fr/documentation/veille-bibliographique-en-economie-de-la-sante.html](http://www.irdes.fr/documentation/veille-bibliographique-en-economie-de-la-sante.html)

[www.irdes.fr/english/documentation/watch-on-health-economics-literature.html](http://www.irdes.fr/english/documentation/watch-on-health-economics-literature.html)

Londres : NHS

[https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/500288/Clinical\\_workforce\\_report.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/500288/Clinical_workforce_report.pdf)

NHS providers have reported shortages of qualified clinical staff. This report looks at the causes and extent of current clinical staff shortages in acute hospitals, focusing on adult nurses and consultants. It also sets out the actions NHS Improvement is taking to help support providers facing workforce shortages.

**Grennan, M. and A. Swanson (2016). "Transparency and Negotiated Prices: The Value of Information in Hospital-Supplier Bargaining." NBER Working Paper Series ; n° 22039.**

Cambridge : NBER

<http://www.nber.org/papers/w22039>

We empirically examine the role of information in business-to-business bargaining between hospitals and suppliers of medical technologies. Using a new data set including all purchase orders issued by over sixteen percent of US hospitals 2009-14, and differences-in-differences identification strategies based on both timing of hospitals' joining a benchmarking database and on new products entering the market, we find that access to information on purchasing by peer hospitals leads to reductions in prices. These reductions are concentrated among hospitals previously paying high prices relative to other hospitals and for products purchased in relatively large volumes, and we demonstrate that they are consistent with hospitals resolving asymmetric information problems between themselves and their suppliers. We estimate that the achieved savings due to information provision amount to 26 percent of the savings we would observe if all hospitals paying above average prices for a given product at a point in time were to instead pay the average price. These results have implications for understanding the economic effects of introducing more information into relatively opaque business-to-business markets, including the emerging role of intermediaries offering benchmarking data and policymakers' calls for transparency in medical device pricing.

**Grignon, M., et al. (2015). "Safe Discharges from Acute Care Hospitals on Weekends. Final Report Submitted to the Ontario Ministry of Health and Long-Term Care September 23, 2013."**

Chepa working paper series ; 15-04. Hamilton : McMaster University

<http://www.chepa.org/docs/default-source/default-document-library/chepa-2024-7-20final-20report-20sept-2023-202013cfa5af8f0c606a109574ff00001f4731.pdf>

In this study, we approach weekend discharges from acute-care hospitals (ACHs) from three perspectives: What do published studies tell us about the consequences of being discharged from an acute-care hospital on weekends or during night shifts? What do stakeholders in Ontario think are barriers to and facilitators of safe weekend discharges from acute-care hospitals? Last, how do discharge rates vary within the week, do we observe changes over time in these rates and does it depend on the type of post-discharge care (PDC) setting?

## Inégalités de santé / Health Inequalities

**Akbulut-Yuksel, M. and A. D. Kugler (2016). "Intergenerational Persistence of Health in the U.S.: Do Immigrants Get Healthier as they Assimilate?" NBER Working Paper Series ; n° 21987.**

Cambridge : NBER

<http://www.nber.org/papers/w21987>

It is well known that a substantial part of income and education is passed on from parents to children, generating substantial persistence in socio-economic status across generations. In this paper, we examine whether another form of human capital, health, is also largely transmitted from generation to generation, contributing to limited socio-economic mobility.

Using data from the NLSY, we first present new evidence on intergenerational transmission of health outcomes in the U.S., including weight, height, the body mass index (BMI), asthma and depression for both natives and immigrants. We show that both native and immigrant children inherit a prominent fraction of their health status from their parents, and that, on average, immigrants experience higher persistence than natives in weight and BMI. We also find that mothers' education decreases children's weight and BMI for natives, while single motherhood increases weight and BMI for both native and immigrant children. Finally, we find that the longer immigrants remain in the U.S., the less intergenerational persistence there is and the more immigrants look like native children. Unfortunately, the more generations immigrant families remain in the U.S., the more children of immigrants resemble natives' higher weights, higher BMI and increased propensity to suffer from asthma.

**Blanpain, N. (2016). "Les inégalités sociales face à la mort - Tables de mortalité par catégorie sociale et par diplôme." Insee Résultats : Société(177)**  
[http://www.insee.fr/fr/publications-et-services/sommaire.asp?ref\\_id=irsocmorta13&nivgeo=0](http://www.insee.fr/fr/publications-et-services/sommaire.asp?ref_id=irsocmorta13&nivgeo=0)

L'échantillon démographique permanent permet de suivre la mortalité d'un échantillon d'individus au fil du temps en fonction de leurs caractéristiques sociodémographiques au recensement. Les tables de mortalité ont été calculées par : sexe, âge et catégorie sociale pour cinq périodes (1976-1984, 1983-1991, 1991-1999, 2000-2008, 2009-2013) ; sexe, âge et diplôme pour trois périodes (1991-1999, 2000-2008, 2009-2013).

**Blanpain, N. (2016). "Les hommes cadres vivent toujours 6 ans de plus que les hommes ouvriers."**  
Insee Première(1584): 4  
<http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1584/ip1584.pdf>

Depuis la fin des années 1970, les hommes de 35 ans ont gagné 7 années d'espérance de vie et les femmes 5,5 années. Toutes les catégories sociales ont profité de ce progrès et les écarts entre les cadres et les ouvriers se sont maintenus. Les hommes cadres vivent en moyenne 6 ans de plus que les ouvriers dans les conditions de mortalité de 2009-2013. Chez les femmes, les inégalités sociales sont moins marquées, seuls 3 ans séparent l'espérance de vie des cadres et des ouvrières. Pour la première fois, l'Insee publie l'espérance de vie de la population selon le niveau de diplôme. Ainsi, entre les diplômés du supérieur et les non-diplômés, l'écart d'espérance de vie à 35 ans est de 7,5 ans pour les hommes et de 4 ans pour les femmes. Pour les hommes, il existe une gradation : plus le diplôme est élevé, plus l'espérance de vie l'est. Pour les femmes, l'écart d'espérance de vie est net entre celles qui ont un diplôme et celles qui n'en ont pas ; en revanche, parmi les diplômées, la gradation est peu marquée selon le niveau de diplôme obtenu. Quelle que soit leur catégorie sociale, les femmes vivent plus longtemps que les hommes. L'espérance de vie des ouvrières est ainsi supérieure d'un an à celle des hommes cadres.

**Constant, A. F., et al. (2016). "Micro and Macro Determinants of Health: Older Immigrants in Europe." Iza Working Paper ; 8754.** Bonn : IZA  
<http://ftp.iza.org/dp8754.pdf>

This working paper studies the health determinants of immigrant men and women over the age of fifty, in Europe, and compare them to natives. It utilizes the unique Survey of Health Aging and Retirement (SHARE) and augmented it with macroeconomic information on the 22 home countries and 16 host countries. Using Multilevel Analysis it can best capture the within and between countries variation and produce reliable results. It finds that during the first decade after arrival, immigrants report higher levels of subjective health compared to natives and to previous cohorts of immigrants. As time since migration passes by, reported subjective health decreases; immigrants' health becomes the same as that of comparable

natives or it even decreases. The level of economic development of both the origin and the host country positively affect the individual's health, but the effect of the host country is much more pronounced. It appears that positive and negative deviations (of the host from the origin country) have different impacts on individual health: an increase in a positive deviation (the country of origin is more developed compared to the host country – a 'loss' for the immigrating individual) leads to a decrease in the immigrant's subjective health, while an increase in the absolute negative deviation (a 'gain' for the immigrating person) leads to an increase in the immigrant's subjective health. These differential effects can be explained as some variant of the Loss-Aversion Theory.

**Giuntella, O. and L. Stella (2016). "The Acceleration of Immigrant Unhealthy Assimilation."** IZA Discussion Paper ; 9664. Bonn : IZA

<http://ftp.iza.org/dp9664.pdf>

It is well-known that immigrants tend to be healthier than US natives and that this advantage erodes with time spent in the US. However, we know less about the heterogeneity of these trajectories among arrival cohorts. Recent studies have shown that later arrival cohorts of immigrants have lower entry wages and experience less economic assimilation. It is well-known that immigrants tend to be healthier than US natives and that this advantage erodes with time spent in the US. However, we know less about the heterogeneity of these trajectories among arrival cohorts. Recent studies have shown that later arrival cohorts of immigrants have lower entry wages and experience less economic assimilation. In this paper, we investigate whether similar cohort effects can be observed in the weight assimilation of immigrants in the US. Focusing on obesity, we show that more recent immigrant cohorts arrive with higher obesity rates and experience a faster "unhealthy assimilation" in terms of weight gain.

**Lovenheim, M. F., et al. (2016). "How Does Access to Health Care Affect Teen Fertility and High School Dropout Rates? Evidence from School-based Health Centers."** NBER Working Paper Series ; n° 22030. Cambridge NBER: 59 , tabl., fig., annexes.

<http://www.nber.org/papers/w22030>

Children from low-income families face persistent barriers to accessing high-quality health care services. Previous research studies have examined the importance of expanding children's health insurance coverage, but there is little prior evidence concerning the impacts of directly expanding primary health care access to this population. We address this gap in the literature by exploring whether teenagers' access to primary health care influences their fertility and educational attainment. We study how the significant expansion of school-based health centers (SBHCs) in the United States since the early 1990's has affected teen fertility and high school dropout rates. Our results indicate that school-based health centers have a negative effect on teen birth rates: adding services equivalent to the average SBHC reduces the 15-18 year old birth rate by 5%. The effects are largest among younger teens and among African Americans and Hispanics. However, primary care health services do not reduce high school dropout rates by very much despite the sizable reductions in teen birth rates.

## Médicaments / Pharmaceuticals

**Vanstone, M., et al. (2014). "Patient Experiences of Medication Adherence: A systematic review and qualitative meta-synthesis."** Chepa working paper series ; 15-01. Hamilton : McMaster University

<http://www.chepa.org/docs/default-source/default-document-library/patient-experiences-of-medication-adherence-chepa-working-paper.pdf>

**Background :** Adherence to prescribed medication regimens is an important part of self- - management for patients with diabetes. This report synthesizes qualitative information on how patients respond differently to the challenges of medication adherence, suggesting avenues for future research and intervention to assist patients with this aspect of self--- management. Qualitative and descriptive evidence can also illuminate challenges that may affect the success and equitable impact of medication adherence interventions. **Objectives :** To examine the challenge of medication adherence from the perspective of patients with Type 2 diabetes and to describe the barriers and facilitators to medication regimens reported by this group. **Data Sources :** This report synthesizes 86 primary qualitative studies to examine barriers and facilitators to medication adherence from the perspective of adult patients with Type 2 diabetes mellitus. Included papers were published between 2002 and 2013 and studied adult patients in North America, Europe, and Australia/New Zealand. **Review Methods :** Qualitative meta---synthesis was used to integrate findings across primary research studies. **Results :** Analysis identified that medication adherence should be considered within the context of an individual patient's life, with barriers identified in three categories: lived experiences, health beliefs and understandings, and practical considerations. **Limitations :** While qualitative insights are robust and often enlightening for understanding experiences and planning services in other settings, they are not intended to be generalizable. The findings of the studies reviewed here—and of this synthesis—do not strictly generalize to the Ontario(or any specific) population. This evidence must be interpreted and applied carefully, in light of expertise and the experiences of the relevant community. **Conclusions :** Medication adherence is an important part of improving clinical outcomes for patients with diabetes. Barriers to medication adherence are complex and individualized, reflecting the fact that each patient manages his or her medications in the context of his or her own life. A patient---centered approach to medication regimen should consider the unique circumstances, resources, and situation of the patient. A regimen which is responsive to the individual requirements of each patient may result in increased concordance with clinical recommendations.

## Méthodologie – Statistique / Methodology - Statistics

**Zhao, J. (2015). "Forecasting Health Expenditure: Methods and Applications to International Databases." *Chepa working paper series ; 15-05*. Hamilton : McMaster University [http://www.chepa.org/docs/default-source/default-document-library/zhao-2015-forecasting-health-expenditure\\_chepa-working-paper.pdf](http://www.chepa.org/docs/default-source/default-document-library/zhao-2015-forecasting-health-expenditure_chepa-working-paper.pdf)**

This paper examines a number of issues encountered when using standard health accounts data to forecast national health expenditures. In particular, it focuses on measurement issues, model specifications, and a comparison of performance indicators based on commonly used health accounts data from OECD. It assesses the performance of alternative forecasting methods based on three criteria — accuracy, precision, and certainty. Based on these criteria, it assesses the performance of model specifications including univariate (i.e., health spending) and multivariate (e.g., macroeconomic factors), static (e.g., fixed effect) and dynamic (e.g., dynamic panel), and single-equation models (e.g., ARIMA) and system of equations (e.g., VAR). It uses the better-performing models to forecast health expenditures for individual countries. This analysis makes three contributions to the literature on forecasting health expenditures. First, with longer data series, in contrast to some previous papers on health expenditure projections, we obtain a result that is more conventional in the forecasting field — econometric time series models and statistical smoothing models perform better than econometric panel data models. Second, a recent literature review of health expenditure forecasting suggests that with better computing power and more refined

data, the future of forecasting is complicated micro models. But modeling and understanding the determinants of expenditure growth (whether using micro data or CGE macro models) require considerably more data and effort, and may still do worse with pure forecasting. This paper confirms this. At the same time, it contributes to the call for more rigorous methods of forecasting, for more transparency, and for better assessment of performance. This analysis can inform both research and policy debate on budgetary planning and fiscal sustainability of health expenditure.

## Politique de santé / Health Policy

(2016). «**La lutte contre le tabagisme : une politique à consolider.**» In : Rapport public annuel 2016 de la Cour des Comptes., Paris : Cour des comptes: 326-356.

<https://www.ccomptes.fr/content/download/89523/2121307/version/1/file/08-lutte-contre-tabagisme-RPA2016-Tome-2.pdf>

La Cour avait dégagé trois grandes priorités pour une relance de la lutte contre le tabagisme : une stratégie ambitieuse, portée politiquement et s'inscrivant dans la durée, un dispositif de pilotage unifié, des actions volontaristes et articulées entre elles. Trois ans après la remise de cette évaluation, la Cour s'est attachée à apprécier la manière dont les pouvoirs publics avaient pris en compte ses analyses et ses recommandations, dans le contexte notamment de la publication en septembre 2014 d'un programme national de réduction du tabagisme, dont la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé porte un volet important. Elle a constaté que le programme national de réduction du tabagisme affirme une stratégie d'ensemble assortie d'objectifs ambitieux (I). Dans le même temps cependant, la menace pour la santé publique n'a pas diminué et a même tendance à augmenter (II). Dans ce contexte, les pouvoirs publics ne peuvent se priver, pour atteindre dans les délais prévus les objectifs qu'ils se sont fixés, de recourir à tous les leviers disponibles, y compris celui de la fiscalité (III).

(2016). "**Plan cancer 2014-2019 : deuxième rapport au président de la République.**" Boulogne-Billancourt : Inca

<http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Deuxieme-rapport-au-president-de-la-Republique-Fevrier-2016>

Dans ce deuxième rapport adressé au Président de la République, l'Institut national du cancer (INCa), responsable du pilotage du troisième Plan cancer pour le compte des ministres chargés de la santé et de la recherche, présente avec ses partenaires les principales actions réalisées sur l'ensemble du territoire en 2015.

**Deb, P. and C. Vargas (2016). "Who Benefits from Calorie Labeling? An Analysis of its Effects on Body Mass."** NBER Working Paper Series ; n° 21992. Cambridge : NBER

<http://www.nber.org/papers/w21992>

This study uses county-level variation in implementation of calorie labeling laws in the US to identify the effects of such laws on body mass. Using the 2003 to 2012 waves of the Behavioral Risk Factor Surveillance System, we find a statistically insignificant average treatment effect for women and a small, statistically significant and negative average treatment effect for men, indicating a decrease in BMI after implementation of calorie-labeling laws. We estimate finite mixture models and discover that the average treatment effects mask substantial heterogeneity in the effects across three classes of women and men. For both women and men, the three classes, determined within the model, can be described as a subpopulation with normal weight, a second one that is overweight on average and a third one that is obese on average. Estimates from finite mixture models show that the effect

is largely concentrated among a class of women with BMI distributions centered on overweight. The effects for men are statistically significant for each of the three classes and large for men in the overweight and obese classes. These results suggest that overweight and obese individuals are especially sensitive to relevant information.

## Prévision – Evaluation / Prevision - Evaluation

(2016). "E-santé : faire émerger l'offre française en répondant aux besoins présents et futurs des acteurs de santé." Paris : Pipame

<http://www.entreprises.gouv.fr/etudes-et-statistiques/e-sante-faire-emerger-offre-francaise>

Soigner autrement est un impératif de santé publique dans un contexte de vieillissement de la population, d'augmentation des maladies chroniques, d'hyperspécialisation de la médecine, de désertification médicale et d'exigence accrue des patients. C'est également un impératif économique qui touche particulièrement la France dont les dépenses de santé croissent aujourd'hui plus fortement que le PIB. Le système de santé français qui s'est bâti autour de l'hôpital fait face, comme beaucoup d'autres secteurs économiques, à une transformation de son activité impulsée par le numérique. Au-delà de l'informatisation des établissements de santé ou des dossiers patients, les technologies numériques permettent aujourd'hui le développement de nouveaux services dans l'ensemble des domaines de la chaîne de valeur : bien-être, information, prévention, soins ou accompagnement du patient. L'étude dresse un état des lieux des différents segments du marché de l'e-santé, existants ou en développement, qui constitueront demain la croissance industrielle de cette activité encore émergente que ce soit en France, en Europe ou dans le monde. Elle évalue les différents points forts et points faibles de l'offre industrielle française et se penche sur les bonnes pratiques de plus d'une vingtaine de pays. L'étude identifie l'ensemble des leviers structurants permettant de développer une filière industrielle de l'e-santé en France. Elle montre ainsi que la France dispose de tous les atouts pour réussir. Pour autant, de nombreux obstacles demeurent dans les domaines réglementaire et institutionnel, mais également dans l'appropriation des usages par les patients et les professionnels de santé. Comme souvent avec ces technologies, l'usage par le plus grand nombre constitue la clé de la transformation (résumé de l'éditeur).

## Psychiatrie / Psychiatry

(2016). "Les hospitalisations psychiatriques de longue durée, situation dans le Nord - Pas-de-Calais et focus sur la zone de Lens - Hénin-Beaumont."

[www.santementale5962.com/IMG/pdf/rapport\\_hospitalisations\\_psychiatriques\\_de\\_longue\\_duree\\_janvier\\_2016.pdf](http://www.santementale5962.com/IMG/pdf/rapport_hospitalisations_psychiatriques_de_longue_duree_janvier_2016.pdf)

Les hospitalisations psychiatriques de longue durée constituent une situation persistante, même si elles sont considérablement moins nombreuses qu'avant les années 1960. A partir du Recueil médicalisé d'informations en psychiatrie (RimP), les séjours à temps complet de 292 jours et plus ont été étudiés dans le Nord - Pas-de-Calais, avec un focus sur la situation de la zone de proximité de Lens – Hénin-Beaumont durant les années 2011-2013. Ils concernent 2,6% de la population hospitalisée à temps complet en psychiatrie, et représentent 22,5% des journées enregistrées dans la région et la période d'étude. Les analyses statistiques font apparaître de nombreuses variations significatives de ces taux : certaines sont liées à la situation du patient (présenter des troubles du développement

psychologique, des troubles psychotiques ...), alors que d'autres relèvent plus de l'organisation des soins ou des caractéristiques du lieu de résidence (taille de la commune, défavorisation ...). L'étude suggère également l'existence d'une ancienne génération de patients, très désocialisés, et de patients entrés récemment à l'hôpital pour lesquels va être très rapidement recherchée un retour à domicile ou une place en établissement médico-social (résumé de l'éditeur).

## Soins de santé primaires / Primary Health Care

(2015). "Déserts médicaux, territoires en santé : Actes des Journées de l'Assurance maladie, du CISS, de la FNATH et de l'Unaf du 4 novembre 2015." Paris : CISS.

[http://www.leciss.org/sites/default/files/151104\\_Actes-CISS-JourneeDesertsMédicaux.pdf](http://www.leciss.org/sites/default/files/151104_Actes-CISS-JourneeDesertsMédicaux.pdf)

Ce document reprend un des actes des Journées du 4 novembre 2015, organisées conjointement par l'Assurance maladie, le CISS, la FNATH et l'Unaf portant sur les déserts médicaux et les territoires de santé en France. Il souligne en quoi les tensions géographiques sont spécifiques aux médecins en France et analyse les outils et les leviers de l'organisation des soins primaires en France.

(2016). "Télémédecine et autres prestations médicales électroniques." Paris : CNOM

<https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1692>

Le CNOM constate qu'au terme de la Grande consultation qu'il a conduite, 70% des médecins indiquent la nécessité d'intégrer le numérique dans l'organisation des soins sur les territoires. En revanche les innovations technologiques ne doivent pas conduire à l'ubérisation des prestations médicales. Le CNOM demande donc à la fois : - une simplification de la réglementation de la télémédecine pour qu'elle soit intégrée concrètement dans les parcours de soins des patients et les pratiques quotidiennes des médecins, l'instauration d'une régulation des offres numériques en santé, dans le respect de principes éthiques et déontologiques dans le champ sanitaire.

Kumpunen, S., et al. (2015). "Collaboration in general practice: surveys of GPs and clinical commissioning groups." Londres : Nuffield Trust

[http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/publication/national\\_survey\\_results\\_slid\\_e\\_set\\_final.pdf](http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/publication/national_survey_results_slid_e_set_final.pdf)

Primary care is facing unprecedented demand to find new ways to deliver care – with an increased emphasis on managing population out-of-hospital through a focus on improved prevention, access and quality of care. All the while, spending on general practice has fallen or flat-lined for the past five years. Collaborative working – including the formation of federations and networks within general practice – is at the heart of overcoming these challenges. ". See also the PPT presentation on the study.

## Systèmes de santé / Health Systems

(2016). "OECD Reviews of Health Care Quality: United Kingdom 2016: Raising Standards." Paris : OCDE

<http://www.oecd.org/health/health-systems/oecd-reviews-of-health-care-quality-united-kingdom-2016-9789264239487-en.htm>

Health systems in the United Kingdom have, for many years, made the quality of care a highly visible priority, internationally pioneering many tools and policies to assure and improve the quality of care. A key challenge, however, is to understand why, despite being a global leader



in quality monitoring and improvement, the United Kingdom does not consistently demonstrate strong performance on international benchmarks of quality. This report reviews the quality of health care in the England, Scotland, Wales and Northern Ireland, seeking to highlight best practices, and provides a series of targeted assessments and recommendations for further quality gains in health care. To secure continued quality gains, the four health systems will need to balance top-down approaches to quality management and bottom-up approaches to quality improvement; publish more quality and outcomes data disaggregated by country; and, establish a forum where the key officials and clinical leaders from the four health systems responsible for quality of care can meet on a regular basis to learn from each other's innovations.

**Bojke, C., et al. (2016). "Productivity of the English NHS: 2013/14 update."** *CHE Research Paper Series* ; 126. York : University of York

[http://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP126\\_NHS\\_productivity\\_update\\_2013-14.pdf](http://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP126_NHS_productivity_update_2013-14.pdf)

The issue of NHS productivity currently holds substantial public attention, particularly given the efficiency challenge set out in the Five Year Forward View published by NHS England and other national bodies 2014. In 2015 the Department of Health appointed a Minister (Parliamentary under Secretary of State) with a specific ministerial brief for NHS productivity. This report is the latest in a regular series of NHS productivity measures produced by the Centre for Health Economics. This report updates the time-series of National Health Service (NHS) productivity to account for growth between 2012/13 and 2013/14. NHS output encompasses all activity, as valued by administrative costs, for NHS patients, and is measured by combining data from Reference Costs, Hospital Episode Statistics, Prescription Cost Analysis, and the GP Patient Survey. NHS inputs are made up of labour, intermediates and capital, used by the NHS in carrying out its activity for the financial year. We calculate input growth using data from organisational accounts and from workforce data. Productivity growth is positive when the rate of growth of outputs exceeds that of inputs – as we again observe here for the most recent financial year – and negative when the opposite is true. Output growth is measured at 2.64% for the NHS as a whole, with improvements in quality accounting for 0.27% of this growth. These rates represent an increase on the previous year's output growth of 2.34% – the lowest recorded since our series began in 2004/5 – and a return to a positive quality adjustment. Quality improvements include reductions in waiting times and improvements in HRG-level survival rates following discharge from hospitals. Output growth is broadly within the range observed over the last four years, and is driven mainly by growth in non-admitted activity as captured by Reference Cost data. We find that overall NHS input growth is low, at around 0.55%, and down from 2.36% on the previous year. This is mainly due to replacement of Primary Care Trusts by Clinical Commissioning Groups, following the 2012 Health & Social Care Act. Productivity growth between 2012/13 and 2013/14 for the NHS was 2.07%. This represents a substantial rise on the 0.36% estimate recorded for the previous financial year, and is the fourth consecutive period of positive year-on-year productivity growth.

## Travail et santé / Occupational Health

**(2015). «Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout. Mieux comprendre pour mieux agir.»** Paris : Ministère chargé du travail.

[http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/Exe\\_Burnout\\_21-05-2015\\_version\\_internet.pdf](http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/Exe_Burnout_21-05-2015_version_internet.pdf)

Risques psychosociaux (RPS), burnout, épuisement professionnel... Ces termes recouvrent aujourd'hui une diversité de situations qui, toutes, sont à analyser au regard du travail et de

ses conditions d'exercice. Comme pour l'ensemble des RPS, le syndrome d'épuisement professionnel provient d'une situation de travail dégradée, mettant en jeu l'individu et l'organisation au sein de laquelle il travaille. Il est donc important de bien circonscrire ce que recouvre le syndrome d'épuisement professionnel, plus communément appelé burnout, afin de permettre à toute structure, publique comme privée, d'agir en amont pour éviter son apparition. Dans cet objectif, et, dans la continuité des travaux sur la prévention des RPS, la Direction générale du travail (DGT), l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS) et l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact), avec l'appui d'enseignants-chercheurs et d'experts de terrain (médecin du travail, docteur en psychologie du travail), publient un guide pour aider l'ensemble des acteurs de la prévention (employeur, encadrement, représentants du personnel, service de santé au travail, médecin traitant, médecin spécialiste, etc.) à agir en prévention sur le syndrome d'épuisement professionnel. Le guide met notamment en évidence les facteurs liés au travail sur lesquels l'entreprise peut agir en répondant à trois questions : - Que recouvre le burnout ? - Quels sont les actions collectives et individuelles et qui peuvent être mis en œuvre pour prévenir ce syndrome ? - Quelles recommandations peuvent être données pour réagir, collectivement et individuellement, face à un ou plusieurs cas de burnout ?

**Algava, E. (2015). "Insécurité de l'emploi et exercice des droits dans le travail." *Dares Analyses*(092) <http://dares.travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2015-092.pdf>**

Le sentiment d'insécurité de l'emploi a fortement augmenté entre 2005 et 2013, en particulier pour les salariés en CDI, les agents de la fonction publique et les non-salariés. Les salariés qui craignent pour leur emploi, en CDI ou dans la fonction publique, tendent à faire valoir moins pleinement leurs droits : ils sont plus nombreux que les autres à venir travailler même quand ils sont malades, à dépasser les horaires normaux sans compensation ou à ne pas prendre tous leurs congés. Ils disposent moins souvent de consignes de sécurité, les respectent moins systématiquement quand ils en ont, et sont plus touchés par les accidents du travail. Ils peuvent moins facilement s'exprimer en cas de désaccord avec leur supérieur.

**Banks, G., et al. (2016). "Health Capacity to Work at Older Ages: Evidence from the United Kingdom". *NBER Working Paper Series ; n° 21980*. Cambridge : NBER:**

<http://www.nber.org/papers/w21980>

This paper estimates how much additional work capacity there might be among men and women aged between 55 and 74 in the United Kingdom, given their health, and how this has evolved over the last decade. The objective is not to suggest how much older people should work but rather to shed light on how much ill-health (as opposed to other constraints and preferences) constrains older individuals' ability to work. We present two alternative methods, both of which rely on constructing a 'counterfactual' employment rate for older people based on the behaviour of other similarly healthy individuals. Both methods suggest that there is significant additional capacity to work among older men and women, but that this has been declining over recent years for women (and possibly also for men). This latter finding suggests that the increase in employment rates among older people seen over the last decade are more rapid than would have been expected based on the improvements seen in health alone.

**Bingley, P., et al. (2016). "Health Capacity to Work at Older Ages in Denmark." *NBER Working Paper Series ; n° 22018*. Cambridge : NBER**

<http://www.nber.org/papers/w22018>

Longevity is increasing and many people are spending a greater proportion of their lives reliant on pensions to support consumption. In response to this, several countries have mandated delays to age of first entitlement to pension benefits in order to reduce incentives

to retire early. However, it is unknown to what extent older individuals have the health capacity to sustain the longer working lives that delayed pension benefits may encourage. We estimate the health capacity to work longer in Denmark by comparing how much older individuals work today with how much those with similar mortality rates worked in the past, and how much younger individuals today with similar self-assessed health work. We find substantial health capacity for longer working lives among those currently aged 55 and above. We also find significant heterogeneity by education and gender. Those with a high school degree have the greatest additional work capacity, women have more additional capacity than men, especially women with a college degree.

**Blanchet, D., et al. (2016). "Health Capacity to Work at Older Ages in France." NBER Working Paper Series; n° 22024. Cambridge : NBER**  
<http://www.nber.org/papers/w22024>

France stands out as a country with a low labor force attachment of older workers. A reversal in the trend of French labor participation rates over 50 is under way, partly due to the pension reforms that took place since 1993. The French ageing process is driven by large gains in life expectancy and Pension reforms allocate part of these gains to work rather than to retirement. The implicit assumptions guiding the reforms have been that additional years of life are years with a health status that can be considered reasonably compatible with work. If this is not the case, the idea of sharing these additional years of life between work and retirement is questionable. Considering mortality and health status, we question the fact that the reforms may have gone too far in increasing the retirement age. To tackle these issues, we rely on two different methodological approaches developed in the economic literature: one based on the gap in employment rates across time for given mortality rates; the other using the work/health relationship measured at certain ages to predict the health-related work capacity of older age groups at the same period of time. Both methods aim at providing measures of additional work capacity. This capacity may be defined as a measure of the distance between current retirement ages and what we call the "health barrier", i.e. the age at which health prevents people from working longer. Both methods predict high average levels of additional work capacity. However, the picture becomes somewhat different when disaggregating the results by social groups or education. Our results emphasize the idea that policies aiming at activating any estimated additional work capacity should take into account, when possible, the heterogeneity of health conditions in the population. Moreover, additional work capacity cannot be a general indicator of how much seniors should work. The methods used here indeed leave aside many factors that determine the employment rate of older workers.

**Koning, P. and J. M. Van Sonsbeek (2016). "Making Disability Work? The Effects of Financial Incentives on Partially Disabled Workers." IZA Discussion Paper ; 9624. Bonn : IZA**  
<http://ftp.iza.org/dp9624.pdf>

This study provides insight in the responsiveness of disabled workers to financial incentives, using administrative individual data from the Netherlands from 2006 to 2013. We focus on workers receiving partial DI benefits and with substantial residual work capacities that can be exploited. After the first phase of benefit entitlement, workers that do not use their residual income capacity experience a large drop in benefit income. In effect, this implies a substantial increase in incentives to resume work. With entitlement periods in the first phase of DI benefits varying across individuals, we use a difference-in-difference approach to analyze the effects on the incidence of work, the wage earnings and full work resumption of disabled workers. Based on the effect estimate on work incidence, we infer a labor elasticity rate of 0.12. Elasticity estimates are highest among younger DI recipients, as well as individuals with mental impairments. The incentive change has only a limited impact on

wage earnings of partially disabled workers and no significant impact on work resumption rates.

**Van Den Berg, G. J., et al. (2016). "The Role of Sickness in the Evaluation of Job Search Assistance and Sanctions."** IZA Discussion paper ; 8626. Bonn : IZA

<http://ftp.iza.org/dp9626.pdf>

Unemployment insurance agencies may combat moral hazard by punishing refusals to apply to assigned vacancies. However, the possibility to report sick creates an additional moral hazard, since during sickness spells, minimum requirements on search behavior do not apply. This reduces the ex-ante threat of sanctions. We analyze the effects of vacancy referrals and sanctions on the unemployment duration and the quality of job matches, in conjunction with the possibility to report sick. We estimate multi-spell duration models with selection on unobserved characteristics. We find that a vacancy referral increases the transition rate into work and that such accepted jobs go along with lower wages. We also find a positive effect of a vacancy referral on the probability of reporting sick. This effect is smaller at high durations, which suggests that the relative attractiveness of vacancy referrals increases over the time spent in unemployment. Overall, around 9% of sickness absence during unemployment is induced by vacancy referrals.

## Vieillesse / Ageing

**De Mello, L., et al. (2016). "Greying the Budget: Ageing and Preferences over Public Policies."** IZA Discussion Paper ; 9681. Bonn : IZA

<http://ftp.iza.org/dp9681.pdf>

This paper looks at how individual preferences for the allocation of government spending change along the life cycle. Using the Life in Transition Survey II for 34 countries of Europe and Central Asia, we find that older individuals are less likely to support a rise in government outlays on education and more likely to support increases in spending on pensions. These results are very similar across countries, and they do not change when using alternative model specifications, estimation methods and data sources. Using repeated cross-sections, we control for cohort effects and confirm our main results. Our findings are consistent with a body of literature arguing that conflict across generations over the allocation of public expenditures may intensify in ageing economies.

**Gand, S. and E. Periac (2016). "Gouverner sans les instruments ? La difficile construction des politiques relatives à la perte d'autonomie des personnes âgées"**. Villeurbanne HALSHS

Engagée dans un processus de vieillissement démographique jusqu'en 2060, la France, comme l'ensemble des pays occidentaux, cherche à déployer des aides et des services pour les personnes âgées en perte d'autonomie et leurs proches. Cette politique publique est encore en voie de construction et souffre particulièrement d'une difficulté à organiser une gouvernance adaptée à l'implication d'acteurs hétérogènes et situés à différents niveaux d'intervention. Nous proposons tout d'abord un état des lieux de cette problématique avant d'offrir des perspectives pour répondre au double défi du vieillissement de la population et de l'organisation de ces politiques multi-parties prenantes, représentatives des mutations de l'action publique contemporaine et de ses incertitudes.

**Hussem, A., et al. (2016). "The ability to pay for long-term care in the Netherlands: a life-cycle perspective."** Nestpar Academia Series : DP 02/2006. Tilburg : Network for Studies on Pensions, Aging and Retirement

<https://arno.uvt.nl/show.cgi?fid=139426>

This paper uses synthetic life-cycle paths at the individual level to analyze the distribution of long-term care expenditures in the Netherlands. Using a comprehensive set of administrative data 20,000 synthetic life-cycle paths of household income and long-term care costs are constructed using the nearest neighbor resampling method. We show that the distribution of these costs is less skewed when measured over the life-cycle than on a cross-sectional basis. This may provide an argument for self-insurance by smoothing these costs over the life-cycle. Yet costs are concentrated at older ages, which limits the scope for self-insurance. Furthermore, the paper investigates the relation between long-term care expenditures, household composition, and income over the life-cycle. The expenditures on a lifetime basis from the age of 65 are higher for low income households, and (single) women.