

**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

19 septembre 2014 / September the 19th, 2014

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 with a thematic classification the results of the documentary monitoring in health economics: articles, grey literature, reports...

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>
(2014). Comptes annuels de la Cnamts. Exercice 2013 .....	5
Boyle M.A., Lahey .N.(2014). Spousal Labor Market Effects from Government Health Insurance: Evidence from a Veterans Affairs Expansion .....	5
Garcia-Gomez P., Gielen A.C. (2014). Health Effects of Containing Moral Hazard: Evidence from Disability Insurance Reform .....	5
Peter R., Soika S., Steinorth P. (2014). Health Insurance, Health Savings Accounts and Health Care Utilization.....	5
<b>Economie de la santé / Health Economics .....</b>	<b>6</b>
Fan V., Savedoff W.D. (2014). The Health Financing Transition: A Conceptual Framework and Empirical Evidence .....	6
Ahlert M., Breyer F., Schewttman L. (2014). How You Ask is What You Get: Willingness-to-Pay for a QALY in Germany .....	6
Monheit A.C., Grafova I., Kumar R. (2014). How Does Family Health Care Use Respond to Economic Shocks? Realized and Anticipated Effects .....	6
Raffin N., Seegmuller T. (2014). The Cost of Pollution on Longevity, Welfare and Economic Stability.....	7
Margolis J., Hockenberry J., Grossman M., et al. (2014). Moral Hazard and Less Invasive Medical Treatment for Coronary Artery Disease: The Case of Cigarette Smoking .....	7
(2014). Le fardeau économique de la maladie au Canada, 2005-2008 .....	7
<b>Hôpital / Hospitals .....</b>	<b>7</b>
Nolte E. P., Pitchforth E., Miani C., Hughes S. (2014). The changing hospital landscape. An exploration of international experiences .....	8
Koechlin F., Konjin P., Lorenzoni L., et al. (2014). Comparing Hospital and Health Prices and Volumes Internationally. Results of a Eurostat/OECD Project .....	8
(2014). Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire. Éléments d'appréciation en vue de la prise en charge d'un patient en chirurgie ambulatoire. Rapport d'évaluation technologique.....	8
Hentschker C., Schmid A., Mennicken R. (2014). Defining Hospital Markets – An Application to the German Hospital Sector .....	9
<b>Inégalités de santé / Health Inequalities .....</b>	<b>9</b>
Bouba-Olga O., Vige M. (2014). Le renoncement aux soins : une analyse empirique à partir de la base SHARE., Métropolisation, cohésion et performances : quels futurs pour nos territoires : 51e congrès. Marle La Vallée.....	9

<b>Médicaments / Pharmaceutical .....</b>	<b>9</b>
Drake K.M., Starr M.A., McGuire T. (2014). Do "Reverse Payment" Settlements of Brand-Generic Patent Disputes in the Pharmaceutical Industry Constitute an Anticompetitive Pay for Delay? .....	9
<b>Méthodologie – Statistique / Methodology - Statistics .....</b>	<b>10</b>
Errea M., Sirven N., Rochereau T. (2014). Le don du sang : une comparaison de données multi-sources .....	10
Richardson D., Ali N. (2014). An Evaluation of International Surveys of Children .....	10
Basu A. (2014). Welfare Implications of Learning Through Solicitation versus Diversification in Health Care. ....	10
Kessler J.D., Roth A.E. (2014). Don't Take 'No' For An Answer: An Experiment With Actual Organ Donor Registrations. ....	10
Piacentini M. (2014). Measuring Income Inequality and Poverty at the Regional Level in OECD Countries .....	11
<b>Politique de santé / Health Policy.....</b>	<b>11</b>
Errea M., Sirven N., Rochereau T. (2014). Les déterminants du don du sang : une analyse sur données de l'enquête ESPS 2012 .....	11
(2014). Direction générale de l'offre de soins. Rapport d'activité 2013.....	12
(2014). Haut Conseil de la santé publique. Rapport d'activité 2013. Paris : HCSP .....	12
Safon M.O., Suhard V. (2014). Panorama des enquêtes santé dans les pays industrialisés .....	13
Van Gool K., Pearson M. (2014). Health, Austerity and Economic Crisis. Assessing the short-term in OECD countries .....	13
Fall F., Bloch D., Hoeller P. (2014). Vulnerability of Social Institutions.....	13
<b>Systèmes de santé / Health Systems.....</b>	<b>13</b>
Ahlert M., Pfarr C. (2014). Attitudes of Germans towards distributive issues in the German health system .....	14
Pisu M. (2014). Overcoming Vulnerabilities of Health Care Systems.....	14
Busse R., Blumel M. (2014). Health system review : Germany.....	14
<b>Soins de santé primaires / Primary Health Care .....</b>	<b>14</b>
Coudin E. Pla A., Samson A.L. (2014). GPs' Response to Price Regulation : Evidence from a Nationwide French Reform.....	14
Rudoler D., Deber R., Barnsley J), et al. (2014). Paying For Primary Care: The Factors Associated With Physician Self-Selection Into Payment Models.....	15

**Vieillessement / Ageing .....15**

Ishii K. (2013). La prise en charge des personnes âgées dépendantes à domicile en France: Quelles différences ?..... 15

Vellesen Loken K., Lundberg S., Riise J. (2014). Lifting the Burden: State Care of the Elderly and Labor Supply of Adult Children ..... 15

Grech A.G. (2014). Evaluating the possible impact of pension reforms on elderly poverty in Europe..... 16

Eibich P. (2014). Understanding the effect of retirement on health using Regression Discontinuity Design..... 16

Hallberg D., Johansson P., Josephson M. (2014). Early Retirement and Post Retirement Health. Bonn : ..... 16

Sirven N. (2014). Mesurer la fragilité des personnes âgées en population générale : une comparaison entre les enquêtes ESPS et SHARE ..... 16

Fontaine R. (2014). Comment la perception du risque de dépendance influence-t-elle la demande de couverture ? Premiers enseignements de l'enquête ESPS ..... 17

Vermeer N., Van Rooij M., Van Vuuren D. (2014). Social interactions and the retirement age..... 17

Costa Font J., Courbage C. (2014). Crowding Out of Long-Term Care Insurance: Evidence from European Expectations Data ..... 17

## Assurance maladie / Health Insurance

**(2014). Comptes annuels de la Cnamts. Exercice 2013.** Paris : Cnamts

Abstract: Ce document présente le bilan, le compte de résultat et l'annexe détaillée, pour l'exercice 2013 des comptes de la Cnamts.

[http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/17072014\\_Compte\\_Cnamts.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/17072014_Compte_Cnamts.pdf)

**Boyle M.A., Lahey .N.(2014). Spousal Labor Market Effects from Government Health Insurance: Evidence from a Veterans Affairs Expansion.** Cambridge : NBER

Abstract: Measuring the overall impact of public health insurance receipt is important in an era of increased access to publicly-provided and subsidized insurance. Although government expansion of health insurance to older workers leads to labor supply reductions for recipients, there may be spillover effects on the labor supply of uncovered spouses. While theory predicts a decrease in overall household work hours, financial incentives such as credit constraints, target income levels, and the need for own health insurance suggest that spousal labor supply might increase. In contrast, complementarities of spousal leisure would predict a decrease in labor supply for both spouses. Utilizing a mid-1990s expansion of health insurance for U.S. veterans, we provide evidence on the effects of public insurance availability on the labor supply of spouses. Using data from the Current Population Survey and Health and Retirement Study, we employ a difference-in-differences strategy to compare the labor market behavior of the wives of older male veterans and non-veterans before and after the VA health benefits expansion. Our findings suggest that although household labor supply may decrease because of the income effect, wives' labor supply increases, suggesting that financial incentives dominate complementarities of spousal leisure. This effect is strongest for wives with lower education levels and lower levels of household wealth. Moreover, wives with employer-provided health insurance in the previous year remain on the job while those without increase their hours, suggesting incentives to retain or obtain health insurance. Finally, non-working wives enter the labor force, those who were working part-time increase their hours, and full-time "career" women are largely unaffected.

<http://papers.nber.org/papers/w20371>

**Garcia-Gomez P., Gielen A.C. (2014). Health Effects of Containing Moral Hazard: Evidence from Disability Insurance Reform.** Bonn : IZA

Abstract: We exploit an age discontinuity in a Dutch disability insurance (DI) reform to identify the health impact of stricter eligibility criteria and reduced generosity. Women subject to the more stringent rule experience greater rates of hospitalization and mortality. A €1,000 reduction in annual benefits leads to a rise of 4.2 percentage points in the probability of being hospitalized and a 2.6 percentage point higher probability of death more than 10 years after the reform. There are no effects on the hospitalization of men subject to stricter rules but their mortality rate is reduced by 1.2 percentage points. The negative health effect on females is restricted to women with low pre-disability earnings. We hypothesize that the gender difference in the effect is due to the reform tightening eligibility particularly with respect to mental health conditions, which are more prevalent among female DI claimants. A simple back-of-the-envelope calculation shows that every dollar reduction in DI is almost completely offset by additional health care costs. This implies that policy makers considering a DI reform should carefully balance the welfare gains from reduced moral hazard against losses not only from less coverage of income risks but also from deteriorated health.

<http://ftp.iza.org/dp8386.pdf>

**Peter R., Soika S., Steinorth P. (2014). Health Insurance, Health Savings Accounts and Health Care Utilization.** Munich : university of Munich

Abstract: We show that a high deductible health plan (HDHP) combined with a health savings account (HSA) induces more savings and less treatment compared to a full coverage plan under reasonable risk preferences. Under even less restrictive assumptions, a higher tax subsidy increases savings and decreases medical utilization while a larger deductible increases savings, but does not necessarily decrease health care utilization. Whether a HDHP/HSA combination is preferred over a full coverage

Pôle documentation de l'Irdes / Irdes Documentation centre - Safon M.-O., Suhard V.

Page 5 sur 18

[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)

contract depends on absolute risk aversion. A higher tax advantage increases the attractiveness of an HDHP/HSA combination, however the effects of changes in the deductible are ambiguous. The paper shows that a potential regulator needs to carefully evaluate the size of the deductible as only in a certain corridor of the probability of sickness, a higher deductible decreases treatment and increases the favorability of the HDHP/HSA combination at the same time.

## Economie de la santé / Health Economics

**Fan V., Savedoff W.D. (2014). The Health Financing Transition: A Conceptual Framework and Empirical Evidence.** Washington DC : Center for Global Development .

Abstract: Almost every country exhibits two important health financing trends: health spending per person rises and the share of out-of-pocket spending on health services declines. We describe these trends as a "health financing transition" to provide a conceptual framework for understanding health markets and public policy. Using data over 1995-2009 from 126 countries, we examine the various explanations for changes in health spending and its composition with regressions in levels and first differences. We estimate that the income elasticity of health spending is about 0.7, consistent with recent comparable studies. Our analysis also shows a significant trend in health spending e rising about 1 percent annually - which is associated with a combination of changing technology and medical practices, cost pressures and institutions that finance and manage healthcare. The out-of-pocket share of total health spending is not related to income, but is influenced by a country's capacity to raise general revenues. These results support the existence of a health financing transition and characterize how public policy influences these trends.

[http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=2457240](http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2457240)

**Ahlert M., Breyer F., Schewttman L. (2014). How You Ask is What You Get: Willingness-to-Pay for a QALY in Germany.** Berlin : DIW

Abstract: We report results of a survey of a representative sample of the German population in which respondents were asked for their willingness-to-pay (WTP) for either an extension of their life or an improvement in their health corresponding to a gain of one quality-adjusted life year (QALY). While one version of the survey exactly copied the questionnaire used in the EuroVaQ project (Pennington et al. 2014), in other versions the wording and the survey technique were modified. The findings show first that Germans have no higher WTP for health gains than other Europeans. Second, the technique of posing the questions plays an important role when respondents are asked to imagine being in hypothetical situations. This clearly refers to the wording of the questions and the survey setting (personal or online interview). But even simple design elements such as offering an explicit option to say "No" right away greatly affect the answers, as does the position in the questionnaire that a particular question is given. This shows that in any attempts to base health care rationing decisions on the WTP of the population, where the latter is to be elicited using surveys, great care must be taken in designing the questionnaires.

[http://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw\\_01.c.465601.de/dp1384.pdf](http://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.465601.de/dp1384.pdf)

**Monheit A.C., Grafova I., Kumar R. (2014). How Does Family Health Care Use Respond to Economic Shocks? Realized and Anticipated Effects.** Cambridge : NBER

Abstract: Families in constrained economic circumstances resulting from economic shocks face difficult choices regarding how best to spend their diminished resources. As families strive to preserve their living standards, decisions regarding health care use and its allocation among family members may become more discretionary and complex. Using two-year panel data from the Medical Expenditure Panel Survey for 2004 to 2011, we examine how the intra-family allocation of health care spending responds to realized and anticipated changes in family economic status. We focus on the share of total family health care spending allocated to children, and measure realized economic shocks based on changes in the family's income, employment, and health insurance status. We account for anticipated economic shocks by differentiating families by whether they are observed prior to, at the onset of, or during the Great Recession, or in the post-recession period. Our findings

Pôle documentation de l'Irdes / Irdes Documentation centre - Safon M.-O., Suhard V.

Page 6 sur 18

[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)

suggest that both types of economic shocks affect the share of family health care spending allocated to children, with findings more pronounced for single-mother families. We also find that realized economic shocks have a greater impact on children's spending share than the anticipated change in economic status associated with the Great Recession and its recovery.  
<http://www.nber.org/papers/w20348>

**Raffin N., Seegmuller T. (2014). The Cost of Pollution on Longevity, Welfare and Economic Stability.** Marseille : Aix-Marseille School of Economic

Abstract: This paper presents an overlapping generations model where pollution, private and public health are all determinants of longevity. Public expenditure, financed through labour taxation, provide both public health and abatement. We study the complementarity between the three components of longevity on welfare and economic stability. At the steady state, we show that an appropriate fiscal policy may enhance welfare. However, when pollution is heavily harmful for longevity, the economy might experience aggregate instability or endogenous cycles. Nonetheless, a fiscal policy, which raises the share of public spending devoted to health, may display stabilizing virtues and rule out cycles. This allows us to recommend the design of the public policy that may comply with the dynamic and welfare objectives.

[http://www.amse-aixmarseille.fr/sites/default/files/dt/2012/wp\\_2014\\_nr\\_33.pdf](http://www.amse-aixmarseille.fr/sites/default/files/dt/2012/wp_2014_nr_33.pdf)

**Margolis J., Hockenberry J., Grossman M., et al. (2014). Moral Hazard and Less Invasive Medical Treatment for Coronary Artery Disease: The Case of Cigarette Smoking.** Cambridge : NBER

Abstract: Over the last several decades, numerous medical studies have compared the effectiveness of two common procedures for Coronary Artery Disease: Percutaneous Coronary Intervention (PCI) and Coronary Artery Bypass Graft (CABG). Most evidence indicates that CABG - the more invasive procedure - leads to superior long term outcomes for otherwise similar patients, though there is little consensus as to why. In this article, we propose a novel explanation: patient offsetting behavior. We hypothesize that patients who undergo the more invasive procedure, CABG, are more likely to improve their behavior - eating, exercise, smoking, and drinking - in a way that increases longevity. To test our hypothesis, we use Medicare records linked to the National Health Interview Survey to study one such behavior: smoking. We find that CABG patients are 12 percentage points more likely to quit smoking in the one-year period immediately surrounding their procedure than PCI patients, a result that is robust to numerous alternative specifications.

<http://papers.nber.org/papers/w20373>

**(2014). Le fardeau économique de la maladie au Canada, 2005-2008.** Ottawa : Agence de la santé publique du Canada.

Abstract: Le fardeau économique de la maladie au Canada (FEMC) est une étude globale du coût de la maladie. Elle fournit une estimation du fardeau de la maladie et des blessures en fonction du type de coûts, de la composante de coût, de la catégorie de diagnostics, du sexe, du groupe d'âge et de la province ou du territoire. L'objectif principal de l'étude FEMC consiste à fournir des renseignements objectifs et comparables sur l'ampleur du fardeau économique (ou coût) de la maladie et des blessures au Canada, selon des unités de mesure et des méthodes uniformisées. Le rapport FEMC est la seule étude globale du coût de la maladie au Canada qui fournit des renseignements comparables sur le coût de toutes les principales maladies. Ces estimations, de concert avec d'autres indicateurs de la santé, constituent des éléments importants pour l'élaboration des politiques et la planification des programmes en matière de santé publique.

<http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ebic-femc/2005-2008/assets/pdf/ebic-femc-2005-2008-fra.pdf>

## Hôpital / Hospitals

**Nolte E. P., Pitchforth E., Miani C., Hughes S. (2014). The changing hospital landscape. An exploration of international experiences.** Santa Monica : Rand corporation .

Abstract: The nature of hospital activity is changing in many countries, with some experiencing a broad trend towards the creation of hospitals groups or chains and multi-hospital networks. This report seeks to contribute to the understanding of experiences in other countries about the extent to which different hospital 'models' may provide lessons for hospital provision in England by means of a review of four countries: France, Germany, Ireland and the United States, with England included for comparison. We find that there has been a trend towards privatisation and the formation of hospital groups in France, Germany and the United States although it is important to understand the underlying market structure in these countries explaining the drivers for hospital consolidation. Thus, and in contrast to the NHS, in France, Germany and the United States, private hospitals contribute to the delivery of publicly funded healthcare services. There is limited evidence suggesting that different forms of hospital cooperation, such as hospital groups, networks or systems, may have different impacts on hospital performance. Available evidence suggests that hospital consolidation may lead to quality improvements as increased size allows for more costly investments and the spreading of investment risk. There is also evidence that a higher volume of certain services such as surgical procedures is associated with better quality of care. However, the association between size and efficiency is not clear-cut and there is a need to balance 'quality risk' associated with low volumes and 'access risk' associated with the closure of services at the local level.

[http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/research\\_reports/RR700/RR728/RAND\\_RR728.pdf](http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/research_reports/RR700/RR728/RAND_RR728.pdf)

**Koehlin F., Konjin P., Lorenzoni L., et al. (2014). Comparing Hospital and Health Prices and Volumes Internationally. Results of a Eurostat/OECD Project.** Paris : OCDE

Abstract: Health services account for a large and increasing share of production and expenditure in OECD and Eurostat countries but there are also noticeable differences between countries in expenditure per capita. Whether such differences are due to more services being consumed or whether they reflect differences in the price of services is a question of significant policy relevance. Yet, cross-country comparisons of health services have typically not disentangled these effects. This paper presents the results of a joint effort between OECD and Eurostat in developing price comparisons for health goods and services. The main novel feature is the collection of comparable and output-based prices for hospital services that can then be applied to matching national accounts expenditure data so as to derive consistent price and volume comparisons of health products. The data is novel in that it reflects "quasi prices" (negotiated or administrative prices or tariffs) of the output of hospital services, instead of prices of inputs such as wages of medical personnel. The new methodology moves away from the traditional input perspective, thereby relaxing the assumption that hospital productivity is the same across countries...

[10.1787/5jxznwrj32mp-en](https://doi.org/10.1787/5jxznwrj32mp-en)

**(2014). Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire. Éléments d'appréciation en vue de la prise en charge d'un patient en chirurgie ambulatoire. Rapport d'évaluation technologique.** Saint-Denis: HAS .

Abstract: En 2010, selon la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), la chirurgie ambulatoire doit être approchée comme une chirurgie de première intention, la chirurgie classique ne s'imposant en second recours que dans les situations qui l'exigent. L'article D. 6124-301 du Code de santé publique définit l'alternative à l'hospitalisation « au bénéfice de patients dont l'état de santé correspond à ces modes de prises en charge » et implique de fait une réflexion centrée sur le patient (l'évaluation de l'éligibilité lors de la consultation pré-opératoire est essentielle, notamment pour assurer la sécurité des patients). En 2005, selon Lermite, la sélection des patients a des composantes médicales et sociales. Mais l'éligibilité des patients à la chirurgie ambulatoire dépendait plus des habitudes et des traditions des services que des données d'évidence. L'objectif de ce travail est d'évaluer les éléments à apprécier en vue de la prise en charge d'un patient à la chirurgie ambulatoire afin de garantir sa sortie le soir même de l'intervention sans risque surajouté. Le but est d'identifier les éléments ou critères abordés dans la littérature et de les reconsidérer à la lumière des pratiques françaises, et non d'élaborer des recommandations de bonne pratique. En effet, selon les données du Socle de connaissances, l'éligibilité des patients est fondée sur l'analyse du triptyque patient-acte-structure. Il serait alors difficile pour chaque structure, avec des niveaux de maturité variables en termes

d'organisation et de ressources, de suivre des recommandations qui ne leur sont pas forcément adaptées (résumé de l'éditeur).

[http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c\\_1751577](http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_1751577)

### **Hentschker C., Schmid A., Mennicken R. (2014). Defining Hospital Markets – An Application to the German Hospital Sector.** Bochum : Ruhr-Universität Bochum

Abstract: The correct definition of the product market and of the geographic market is a prerequisite for assessing market structures in antitrust cases. For hospital markets, both dimensions are controversially discussed in the literature. Using data for the German hospital market we aim at elaborating the need for differentiating the product market and at investigating the effects of different thresholds for the delineation of the geographic market based on patient flows. Thereby we contribute to the scarce empirical evidence on the structure of the German hospital market. We find that the German hospital sector is highly concentrated, confirming the results of a singular prior study. Furthermore, using a very general product market definition such as "acute in-patient care" averages out severe discrepancies that become visible when concentration is considered on the level of individual diagnoses. In contrast, varying thresholds for the definition of the geographic market has only impact on the level of concentration, while the correlation remains high. Our results underline the need for more empirical research concerning the definition of the product market for hospital services.

[http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=2470529](http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2470529)

## **Inégalités de santé / Health Inequalities**

### **Bouba-Olga O., Vige M. (2014). Le renoncement aux soins : une analyse empirique à partir de la base SHARE., Métropolisation, cohésion et performances : quels futurs pour nos territoires : 51e congrès. Marle La Vallée, 7-7-2014.** Poitiers : CRIEF

Abstract: Cet article propose une analyse empirique du renoncement aux soins à partir d'une base de données originale, jamais utilisée sur ce sujet, l'enquête européenne SHARE. Dans le prolongement de travaux réalisés sur des échantillons plus réduits, il montre que, à côté des contraintes financières, les caractéristiques sociales et les comportements à risque influent fortement sur le renoncement aux soins. Le cumul des déterminants sociaux et des conduites addictives est également très influant. Cette étude observe enfin des différences significatives, notamment entre pays d'Europe du Nord et du Sud, ainsi que pour certains pays de l'Est.

[http://asrdlf2014.org/asrdlf2014\\_com/envoitextefinal/auteur/textedef/120.pdf](http://asrdlf2014.org/asrdlf2014_com/envoitextefinal/auteur/textedef/120.pdf)

## **Médicaments / Pharmaceutical**

### **Drake K.M., Starr M.A., McGuire T. (2014). Do "Reverse Payment" Settlements of Brand-Generic Patent Disputes in the Pharmaceutical Industry Constitute an Anticompetitive Pay for Delay?** Cambridge : NBER

Abstract: Brand and generic drug manufacturers frequently settle patent litigation on terms that include a payment to the generic manufacturer along with a specified date at which the generic would enter the market. The Federal Trade Commission contends that these agreements extend the brand's market exclusivity and amount to anticompetitive divisions of the market. The parties involved defend the settlements as normal business agreements that reduce business risk associated with litigation. The anticompetitive hypothesis implies brand stock prices should rise with announcement of the settlement. We classify 68 brand-generic settlements from 1993 to the present into those with and without an indication of a "reverse payment" from the brand to the generic, and conduct an event study of the announcement of the patent settlements on the stock price of the brand. For settlements with an indication of a reverse payment, brand stock prices rise on average 6% at the announcement. A

"control group" of brand-generic settlements without indication of a reverse payment had no significant effect on the brands' stock prices. Our results support the hypothesis that settlements with a reverse payment increase the expected profits of the brand manufacturer and are anticompetitive.

<http://papers.nber.org/papers/w20292>

## Méthodologie – Statistique / Methodology - Statistics

**Errea M., Sirven N., Rochereau T. (2014). Le don du sang : une comparaison de données multi-sources.**, *Enquête sur la santé et la protection sociale 2012* : Paris : Irdes

Abstract: En 2012, l'Établissement français du sang (EFS) s'est adressé à l'Irdes afin d'introduire pour la première fois dans l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) un questionnaire relatif au don du sang. L'objet du partenariat entre l'EFS et l'Irdes autour de l'introduction d'un module sur le don du sang dans l'ESPS 2012 rejoint les initiatives précédentes. L'ESPS est une enquête d'envergure nationale qui permet à la fois de disposer d'un échantillon beaucoup plus large que les enquêtes d'opinion précédemment réalisées, de sorte que les comparaisons des taux de donneurs peuvent être réalisées au niveau inter-régional ; et de mobiliser un large éventail de variables dans les domaines économique, social et de santé afin de produire une analyse fine des déterminants du don de sang. Ce second point est traité dans l'article qui fait suite à celui-ci dans ce rapport (Errea, Sirven, Rochereau, 2014), le premier objectif relatif à la décomposition des taux de donneurs en France métropolitaine est traité ici. Un intérêt particulier est porté dans cet article à la comparaison des résultats issus de l'ESPS 2012 avec ceux provenant de sources administratives à l'EFS - publiés par ailleurs (EFS, 2012 ; Fnors, 2013) ou issus d'extractions spécifiques de données réalisées par l'EFS (résumé d'auteur).

<http://www.irdes.fr/recherche/rapports/556-enquete-sur-la-sante-et-la-protection-sociale-2012.pdf>

**Richardson D., Ali N. (2014). An Evaluation of International Surveys of Children.** Paris : OCDE

Abstract: This report evaluates sources of international child well-being data to assess their suitability for supplementing national and transnational data sources to inform policy. The review of the leading surveys of children (and surveys of households with children) summarises the information available from these sources and, as importantly, identifies the gaps in measuring child well-being outcomes not covered by data from these sources. The report then undertakes an in-depth evaluation of possible systematic bias in the underlying survey population to provide confidence in the reliability of outcomes measured from these international surveys. Based on the overall evaluation, the report concludes with recommendations for the use and improvement of international surveys for monitoring child well-being (résumé de l'éditeur).

[http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-social-employment-and-migration-working-papers\\_1815199x](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-social-employment-and-migration-working-papers_1815199x)

**Basu A. (2014). Welfare Implications of Learning Through Solicitation versus Diversification in Health Care.** Cambridge : NBER

Abstract: This paper uses Roy's model of sorting behavior to study welfare implication of current health care data production infrastructure that relies on solicitation of research subjects. We show that due to severe adverse-selection issues, directionality of bias cannot be established and welfare may decrease due to new data. Direct diversification of treatment receipt may solve these issues but is infeasible. Unifying Manski's work diversified treatment choice under ambiguity and Heckman's work on estimating heterogeneous treatment effects, the paper proposes a new infrastructure based on temporary diversification of access that resolves the prior issues and can identify nuanced effect heterogeneity.

<http://papers.nber.org/papers/w20376>

**Kessler J.D., Roth A.E. (2014). Don't Take 'No' For An Answer: An Experiment With Actual Organ Donor Registrations.** Cambridge : NBER

Abstract: Over 10,000 people in the U.S. die each year while waiting for an organ. Attempts to increase organ transplantation have focused on changing the registration question from an opt-in frame to an active choice frame. We analyze this change in California and show it decreased registration rates. Similarly, a "field in the lab" experiment run on actual organ donor registration decisions finds no increase in registrations resulting from an active choice frame. In addition, individuals are more likely to support donating the organs of a deceased who did not opt-in than one who said "no" in an active choice frame.

<http://papers.nber.org/papers/w20378>

### **Piacentini M. (2014). Measuring Income Inequality and Poverty at the Regional Level in OECD Countries.** Paris : OCDE

Abstract: Il est très utile, pour les décisions des pouvoirs publics et leur suivi, de mesurer les variations entre les régions d'un même pays en termes d'inégalités de revenu et de pauvreté. Or les mesures infranationales dans ce domaine sont rares, compte tenu des difficultés liées à l'élaboration d'indicateurs régionaux à partir des données disponibles et des problèmes méthodologiques inhérents à la comparabilité entre pays. Ce rapport présente une série d'indicateurs régionaux des inégalités de revenu et de la pauvreté couvrant 28 pays de l'OCDE. Ces indicateurs sont issus d'une nouvelle collecte de données réalisée auprès des ménages, fondée sur des définitions du revenu harmonisées à l'échelle internationale dans le cadre du projet de l'OCDE sur la mesure du bien-être au niveau régional et local aux fins de l'élaboration des politiques publiques. Les données ont été recueillies au niveau territorial 2 de l'OCDE, qui correspond aux régions du niveau 2 de la NUTS en Europe et aux grandes subdivisions administratives (comme les États au Mexique ou aux États-Unis) dans les pays non européens. Ces estimations confirment l'existence de fortes variations du niveau des inégalités de revenu dans les pays, et elles montrent que les ventilations régionales sont utiles pour comprendre les causes et l'évolution des disparités de revenu et de la pauvreté. Pour la plupart des pays qui s'appuient sur des données d'enquêtes pour mesurer la distribution des revenus, les indicateurs transversaux standards des inégalités de revenu et de la pauvreté relative au niveau régional sont peu précis en ce qui concerne les régions les plus petites, en raison de la taille restreinte des échantillons. Ce phénomène a deux implications majeures pour les producteurs de données et les analystes : tout d'abord, une notification systématique des intervalles de confiance est nécessaire pour procéder à des comparaisons utiles des inégalités entre les régions et par rapport aux moyennes nationales. Ensuite, il convient d'envisager la possibilité d'utiliser des mesures moyennes sur plusieurs années ou des méthodes d'estimation spécifiques aux petites zones afin d'aboutir à des mesures plus précises. Le rapport examine également les problèmes liés à l'estimation des erreurs types pour les moyennes sur trois ans dans les enquêtes par panel avec échantillonnage par rotation, ainsi qu'à la définition de la structure d'échantillonnage pour les estimations infranationales. Les correspondants nationaux de la Base de données de l'OCDE sur la distribution des revenus et les délégués du Groupe de travail sur les indicateurs territoriaux sont invités à commenter les conclusions de ce rapport et à faire part de leur avis sur la possibilité d'améliorer et de reproduire les statistiques régionales sur le revenu des ménages à l'avenir (résumé d'auteur).

[http://www.oecd-ilibrary.org/economics/measuring-income-inequality-and-poverty-at-the-regional-level-in-oecd-countries\\_5jxzf5khtg9t-en](http://www.oecd-ilibrary.org/economics/measuring-income-inequality-and-poverty-at-the-regional-level-in-oecd-countries_5jxzf5khtg9t-en)

## **Politique de santé / Health Policy**

### **Errea M., Sirven N., Rochereau T. (2014). Les déterminants du don du sang : une analyse sur données de l'enquête ESPS 2012.**, *Enquête sur la santé et la protection sociale 2012* : Paris : Irdes

Abstract: En 2012, l'Établissement français du sang (EFS) s'est adressé à l'Irdes afin d'introduire pour la première fois dans l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) un questionnaire relatif au don du sang. La présente contribution au rapport de l'enquête ESPS propose d'analyser ces données et de

dresser un portrait des donneurs de sang dans une démarche en trois étapes. Dans un premier temps, le recours à la théorie économique permettra de discerner quels facteurs individuels peuvent motiver le comportement de don du sang. Dans un second temps, il s'agit de définir parmi la population générale trois types de donneurs : actifs, les individus qui déclarent avoir réalisé un don du sang dans les douze derniers mois ; potentiels, ceux qui n'ont pas donné dans les douze derniers mois mais qu'aucun critère d'âge ou de santé ne permet d'exclure a priori de la collecte ; et récusés, ceux dont l'âge ou les conditions de santé les excluent systématiquement du don. Dans un troisième temps, une fois les donneurs récusés exclus de l'analyse, les hypothèses retenues seront alors testées dans un modèle statistique. Les facteurs explicatifs du comportement des donneurs actifs seront comparés à ceux des donneurs potentiels (résumé d'auteur).

<http://www.irdes.fr/recherche/rapports/556-enquete-sur-la-sante-et-la-protection-sociale-2012.pdf>

#### **(2014). Direction générale de l'offre de soins. Rapport d'activité 2013. Paris : DGOS .**

Abstract: Ce rapport retrace la mise en oeuvre des nombreuses actions conduites par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) dans le champ de l'offre de soins en 2013. Il apporte un éclairage utile et précis sur la diversité des missions qui sont remplies au quotidien par cette direction et ses quelque 300 agents au service de la santé des Français. Quelques exemples d'actions marquantes en 2013 : la mise en oeuvre effective des engagements du pacte territoire santé : 750 structures d'exercice coordonné - maisons et centres de santé - recensés sur le territoire, 180 praticiens territoriaux de médecine générale installés, un accès renforcé aux soins urgents en moins de 30 minutes, l'essor de la télémédecine ; les travaux du comité de performance et de modernisation (COPERMO) de l'offre de soins hospitaliers et du comité de réforme de la tarification hospitalière (CORETAH) ; le renforcement de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients avec des travaux sur la pertinence des soins, notamment dans le champ des césariennes programmées - déjà 20% des maternités engagées pour optimiser leurs pratiques - et la poursuite du programme d'incitation financière à l'amélioration de la qualité (222 établissements expérimentateurs engagés à ce jour) ; le développement de la chirurgie ambulatoire par une politique tarifaire incitative dans les établissements de santé (42,7% des actes réalisés en chirurgie ambulatoire en 2013 contre 37,8% en 2010) , le déploiement de la santé numérique avec le pilotage de grands programmes comme Hôpital numérique et Territoire de soins numérique ; l'amélioration des conditions d'exercice des professionnels de santé et de leur installation en secteur ambulatoire, prioritairement dans des territoires isolés ; une meilleure lisibilité des droits des usagers avec la publication d'un guide pratique en collaboration avec le défenseur des droits et la labellisation de projets régionaux exemplaires (résumé de l'éditeur).

[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_activite\\_DGOS\\_2013.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_activite_DGOS_2013.pdf)

#### **(2014). Haut Conseil de la santé publique. Rapport d'activité 2013. Paris : HCSP .**

Abstract: Le Haut Conseil de la santé publique, créé par la loi de Santé publique en 2004, poursuit son deuxième mandat. Les travaux sont effectués par 122 personnalités qualifiées nommées par arrêté du ministre de la Santé et coordonnés par six experts internes mis à disposition du secrétariat général par le ministère de la Santé. Le HCSP a émis en 2013, 34 avis et 15 rapports, dont trois ont été publiés à la Documentation française (Indicateurs de suivi de l'évolution des inégalités sociales de santé dans les systèmes d'information en santé, indicateurs de mortalité prématurée et évitable, rapport d'évaluation du Plan national de lutte contre les hépatites B et C). Il a par ailleurs évalué trois plans de santé publique [amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladie chronique 2007-2011, évaluation du plan hépatites B et C 2009-2012, le deuxième Plan national santé environnement (PNSE2)] et commencé deux nouvelles évaluations au 3ème trimestre 2013 [évaluation de 10 ans de politique de lutte contre le cancer, évaluation du Programme national de prévention des infections nosocomiales (Propin) 2009-2013]. Le travail en vue d'élaborer un référentiel de l'évaluation s'est poursuivi tout au long de l'année 2013 et des propositions et recommandations ont été présentées lors du séminaire « De l'évaluation des plans à l'élaboration des politiques publiques » organisé par le HCSP le 11 décembre 2013. Dans le cadre de ses travaux sur l'exposition aux niveaux sonores élevés dans les basses fréquences de la musique, le HCSP a initié une démarche complémentaire en organisant une consultation publique sur le rapport et les recommandations qu'il a réalisés. Pour mieux répondre aux urgences liées à l'actualité épidémiologique, le HCSP a mis en place en 2013, un nouveau groupe de travail pérenne, « Grippe, MERS-CoV et autres virus respiratoires ». La mise à jour du Calendrier des vaccinations, réalisée par

le HCSP, a fait l'objet d'un numéro annuel du Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) de l'InVS (résumé de l'éditeur).

<http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Hcsp#85>

### **Safon M.O., Suhard V. (2014). Panorama des enquêtes santé dans les pays industrialisés.** Paris : Irdes

Abstract: Après quelques éléments de définition et de cadrage sur les enquêtes santé dans les pays de l'Union européenne, l'objectif de cette synthèse est de décrire brièvement, par pays, les principales enquêtes santé par interview et par examen, en mentionnant leurs caractéristiques principales, les organismes responsables, leur méthodologie et leur site de référence. Cette synthèse ne prétend pas à l'exhaustivité, car elle ne recense pas l'ensemble des enquêtes existantes dans les vingt-huit pays de l'Union européenne. En revanche, certaines enquêtes santé menées aux Etats-Unis, Canada et Australie sont décrites. Dans la mesure où l'information était connue, ce document précise, par pays, l'enquête santé par interview relevant du système d'enquête européen (SEE - EHIS). Un tableau récapitulatif permet une lecture simplifiée des enquêtes EHIS passées et en cours. Des ressources électroniques-clés et quelques éléments de bibliographie terminent cette synthèse.

<http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/panorama-des-enquetes-sante-dans-les-pays-industrialises.pdf>

### **Van Gool K., Pearson M. (2014). Health, Austerity and Economic Crisis. Assessing the short-term in OECD countries.** Paris : OCDE

Abstract: La crise économique qui a débuté en 2008 a eu d'importantes répercussions pour des millions de personnes, qui ont perdu leur travail ou l'épargne de toute leur vie et se trouvent confrontées à des difficultés financières de longue durée. La crise a également conduit plusieurs pays de l'OCDE à adopter des mesures d'austérité pour réduire leur déficit public. Le secteur de la santé, comme beaucoup d'autres programmes de protection sociale, a ainsi été soumis à d'importantes restrictions budgétaires et a fait l'objet de réformes de grande ampleur. Suite à l'effet conjugué de la crise économique, des mesures d'austérité et des réformes, les systèmes de santé de nombre de pays de l'OCDE doivent aujourd'hui se réinventer. Ce document passe en revue les retombées de la crise économique sur la santé et les soins de santé. Il fait la synthèse des résultats de diverses publications sur les effets des crises économiques des dernières décennies et décrit les récentes réformes des politiques de santé, en s'intéressant plus particulièrement aux pays les plus touchés. Enfin, il analyse, à partir des Statistiques de l'OCDE sur la santé, les relations empiriques qui existent entre le chômage et l'utilisation, la qualité et l'efficacité des soins de santé. Dans cette optique, il s'interroge sur la question de savoir si les mesures d'austérité ont contribué à atténuer les effets du chômage sur les résultats en matière de santé.

<http://www.oecd.org/health/workingpapers>

### **Fall F., Bloch D., Hoeller P. (2014). Vulnerability of Social Institutions.** Paris : OCDE

Abstract: The recent economic crisis has provided a stress test as it has left a legacy of high unemployment and high government debt in many countries. It also lowered potential output and thus the revenue base for social protection schemes. At the same time, ageing and other secular trends raise long-term sustainability issues. The design of social institutions determines their capacity to deal with shocks and trend changes and the way risks are shared between the institutions and their stakeholders. They also circumscribe the scope for automatic or discretionary adjustments, when trade-offs between sustainability, adequacy and efficiency arise. This report examines the sustainability of social institutions and their ability to absorb and cope with short-term shocks and longer-term trends by providing risk sharing and expenditure smoothing, focusing on pension, health care and unemployment insurance schemes.

<http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/5jz158r4q0zn.pdf>

## **Systèmes de santé / Health Systems**

**Ahlert M., Pfarr C. (2014). Attitudes of Germans towards distributive issues in the German health system.** Munich : MRPA

Abstract: Social health care systems are inevitably confronted with the scarcity of resources and the resulting distributional challenges. Since prioritization implies distributional effects, decisions on respective rules should take citizens' preferences into account. Thus, knowledge about citizens' attitudes and preferences regarding different distributional issues implied by the type of financing health care is necessary to judge the public acceptance of a health system. In this study we concentrate on two distributive issues in the German health system: First, we analyse the acceptance of prioritizing decisions concerning the treatment of certain patient groups, in this case patients who all need a heart operation. Here we focus on the fact that a patient is strong smoker or a non-smoker, the criteria of age or the fact that a patient has or does not have young children. Second, we investigate Germans' opinions towards income dependent health services. The results reveal strong effects of individuals' attitudes regarding general aspects of the health system on priorities, e.g. that individuals behaving health demanding should not be preferred. In addition, experiences of limited access to health services are found to have a strong influence on citizens' attitudes, too. Finally, decisions about different prioritization criteria are found to be not independent.

[http://mpra.ub.uni-muenchen.de/56881/1/MPRA\\_paper\\_56881.pdf](http://mpra.ub.uni-muenchen.de/56881/1/MPRA_paper_56881.pdf)

**Pisu M. (2014). Overcoming Vulnerabilities of Health Care Systems.** Paris : OCDE

Abstract: Ce document examine les vulnérabilités des systèmes de santé, dans les pays de l'OCDE et dans les pays BRIICS, face à des tendances séculaires négatives et à d'importants chocs macroéconomiques. Il identifie les politiques qui peuvent permettre de concilier les vulnérabilités compte tenu des caractéristiques structurelles des systèmes de santé qui dépendent notamment de l'articulation public-privé et des principales sources de financement, et la nécessité de trouver un compromis entre durabilité économique et niveau adéquat des services.

**Busse R., Blumel M. (2014). Health system review : Germany.** Health systems in transition ; vol. 16, n°2. Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe

Abstract: The Health Systems in Transition (HiT) series provide detailed descriptions of health systems in the countries of the WHO European Region as well as some additional OECD countries. An individual health system review (HiT) examines the specific approach to the organization, financing and delivery of health services in a particular country and the role of the main actors in the health system. It describes the institutional framework, process, content, and implementation of health and health care policies. HiTs also look at reforms in progress or under development and make an assessment of the health system based on stated objectives and outcomes with respect to various dimensions (health status, equity, quality, efficiency, accountability). Since reunification various governments have implemented a number of important reforms in the German health sector, including changes in self-governing structures, financing the statutory health insurance system, paying providers and assessing and reimbursing pharmaceuticals. Today the German health care system has a generous benefit basket, one of the highest levels of capacity as well as modest cost-sharing. Expenditure per capita is high and access is good. However, the system also shows areas in need of improvement when compared to other countries and has low satisfaction figures with the health system in general and issues around quality of care, if the outcomes of individual illnesses are analysed. This new health system review (HiT) on Germany examines changes and reforms that have taken place and discusses challenges for the new government that came to power at the end of 2013.

[http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0008/255932/HiT-Germany.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/255932/HiT-Germany.pdf)

## Soins de santé primaires / Primary Health Care

**Coudin E. Pla A., Samson A.L. (2014). GPs' Response to Price Regulation : Evidence from a Nationwide French Reform.** Malakoff : CREST

Abstract: This paper uses a French reform to evaluate the impacts of price regulation on general practitioners (GP) care provision, fees, and income. This reform has restricted, since 1990, the conditions self-employed GPs have to fulfill to be allowed to over-bill. We exploit 2005 and 2008 Public Health insurance administrative data on GPs activity and fees. We use regression discontinuity techniques in a fuzzy design to estimate causal impacts for GPs who set up practice in 1990 and were constrained to charge regulated prices. Our results suggest that GPs react to income effects. Under price regulation, facing prices lower of 42%, GPs provide 50% of more care than if they could overbill. Male GPs react more than female GPs, which leads to opposite effects on their labor income. GPs are more accessible to patients but may also induce demand. They reduce aside salaried activities, use more lump-sum payment schemes, and occupy more often gate-keeper positions. A complementary analysis at dates closer to the reform suggests that these figures may underestimate the short-term effects of price regulation.

<http://www.crest.fr/images/DocTravail2014/2014-14.pdf>

**Rudoler D., Deber R., Barnsley J., et al. (2014). Paying For Primary Care: The Factors Associated With Physician Self-Selection Into Payment Models.** Toronto : Canadian Centre for Health Economics.

Abstract: In this paper we use a panel of administrative data to determine the factors associated with primary care physician self-selection into different payment models in Ontario, Canada. We find that primary care physicians will self-select into payment models based on existing practice and individual characteristics. These patterns of self-selection largely follow a utility maximizing model of physician behaviour; physicians with more complex patient populations are less likely to switch into capitation-based payment models where higher levels of effort are not financially rewarded. These findings have implications for future work that considers the impact of payment incentives on provider behaviour, and for governments introducing multiple payment models in a single health-care sector.

<http://www.canadiancentrefortheconomics.ca/wp-content/uploads/2014/07/Rudoler-et-al.pdf>

## Vieillesse / Ageing

**Ishii K. (2013). La prise en charge des personnes âgées dépendantes à domicile en France: Quelles différences ?** *Revue de L'Ires (La)*, (79) :

Abstract: Avec le vieillissement de la population, les pouvoirs publics des pays industrialisés sont confrontés à la question de la prise en charge des personnes âgées dépendantes. En 1997, la France a mis en place une prestation spécifique dépendance (PSD), tandis que le Japon adoptait une assurance dépendance obligatoire qui est appliquée depuis avril 2000. Cet article met en exergue les similitudes et les divergences de la prise en charge des personnes âgées dépendantes à domicile dans ces deux pays en se plaçant du point de vue de l'utilisateur. Le travail comparatif s'appuie d'une part sur des entretiens semi-directifs menés auprès de professionnels de la santé et du social et d'autre part sur un projet des cas-types. L'étude montre un système de prise en charge japonais particulièrement standardisé, aussi bien dans le processus d'évaluation que dans la composition des aides. Le système français, moins standardisé, semble accorder une plus grande importance aux inégalités de ressources.

<http://www.cairn.info/revue-de-l-ires-2013-4-page-3.htm>

**Vellesen Loken K., Lundberg S., Riise J. (2014). Lifting the Burden: State Care of the Elderly and Labor Supply of Adult Children.** Bonn : IZA

Abstract: In this paper, we use a 1998 reform in the federal funding of local home-based care for the elderly in Norway to examine the effects of formal care expansion on the labor supply decisions and mobility of middle-aged children. Our main finding is a consistent and significant negative impact of formal care expansion on work absences longer than 2 weeks for the adult daughters of single elderly

parents. This effect is particularly strong for daughters with no siblings, and this group is also more likely to exceed earnings thresholds after the reform. We find no impacts of the reform on daughter's mobility or parental health, and no effects on adult sons. Our results provide evidence of substitution between formal home-based care and informal care for the group that is most likely to respond to the parent's need for care - adult daughters with no siblings to share the burden of parental care. These results also highlight the importance of labor market institutions that provide flexibility in enabling women to balance home and work responsibilities.

<http://ftp.iza.org/dp8267.pdf>

**Grech A.G. (2014). Evaluating the possible impact of pension reforms on elderly poverty in Europe.** Munich : MRPA

Abstract: Since the 1990s reforms have changed substantially both the nature of state pension provision and the level of generosity. This article tries to assess the impact of these changes using estimates of pension wealth for a number of hypothetical cases. By focusing on all prospective pension transfers rather than just those at the point of retirement, this approach can provide additional insights, especially on the impact of changes in benefit indexation. These estimates corroborate existing evidence that reforms have decreased generosity significantly. Moves to link benefits to contributions have made systems less progressive, raising adequacy concerns for certain groups. The reforms have, in particular, strengthened the need of ensuring better access to labour markets, of having in place adequate crediting arrangements and minimum pensions.

<http://mprpa.ub.uni-muenchen.de/57639>

**Eibich P. (2014). Understanding the effect of retirement on health using Regression Discontinuity Design.** Berlin : DIW

Abstract: This paper estimates the causal effect of retirement on health, health behavior, and healthcare utilization. Using Regression Discontinuity Design to exploit financial incentives in the German pension system for identification, I investigate a wide range of health behaviors (e.g. alcohol and tobacco consumption, physical activity, diet and sleep) as potential mechanisms. The results show a long-run improvement in health upon retirement. Relief from work-related stress and strain, increased sleep duration and more frequent physical exercise seem to be key mechanisms through which retirement affects health. Moreover, the improvement in health caused by retirement leads to a reduction in healthcare utilization.

[http://www.york.ac.uk/media/economics/documents/hedg/workingpapers/14\\_05.pdf](http://www.york.ac.uk/media/economics/documents/hedg/workingpapers/14_05.pdf)

**Hallberg D., Johansson P., Josephson M. (2014). Early Retirement and Post Retirement Health.** Bonn : IZA

Abstract: This paper studies empirically the consequences of retirement on health. We make use of a targeted retirement offer to army employees 55 years of age or older. Before the offer was implemented in the Swedish defense, the normal retirement age was 60 years of age. Estimating the effect of the offer on individuals' health within the age range 56-70, we find support for a reduction in both mortality and in inpatient care as a consequence of the early retirement offer. Increasing the mandatory retirement age may thus not only have positive government income effects but also negative effects on increasing government health care expenditures.

<http://ftp.iza.org/dp8260.pdf>

**Sirven N. (2014). Mesurer la fragilité des personnes âgées en population générale : une comparaison entre les enquêtes ESPS et SHARE.** *Questions d'Economie de la Santé (Irdes)*, (199)

Abstract: Le récent développement des travaux sur la fragilité des personnes âgées présente un potentiel de recherche important, permettant notamment une meilleure compréhension des mécanismes conduisant à la dépendance. Plusieurs travaux ont utilisé les données de l'enquête Survey of Health Ageing and Retirement in Europe (SHARE) pour identifier les déterminants individuels de la perte d'autonomie. En 2012, un questionnaire spécifique à la fragilité a été ajouté à l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) de l'Irdes. Toutefois, pour des raisons de méthodologie propre à chaque enquête, les mesures de la fragilité ne sont pas identiques dans SHARE et dans

Pôle documentation de l'Irdes / Irdes Documentation centre - Safon M.-O., Suhard V.

Page 16 sur 18

[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)

ESPS. Une comparaison des indices de fragilité obtenus par les deux enquêtes apparaît donc opportune : en effet, la mesure de la fragilité peut-elle s'accommoder d'un certain degré de liberté dans le recueil de l'information, ou bien des mesures rigoureuses doivent-elles être réalisées de manière identique dans chaque enquête ? Cette comparaison met en évidence de légères différences dans la prévalence de la fragilité obtenue entre enquêtes utilisant des questions différentes (ESPS et SHARE), mais aussi au sein d'une même enquête (SHARE) avec des mesures dissemblables. En revanche, elle montre également une certaine homogénéité dans les déterminants de la fragilité. Les différentes enquêtes s'avèrent donc être des sources possibles pour la recherche sur la fragilité. A ce titre, la présence d'inégalités sociales de fragilité attestées dans SHARE comme dans ESPS est une piste de recherche à ne pas négliger. Enfin, ce premier travail confirme la capacité d'ESPS à contribuer à la recherche sur la fragilité (résumé d'auteur).

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/199-mesurer-la-fragilite-des-personnes-agees-en-population-generale-une-comparaison-entre-les-enquetes-esps-et-share.pdf>

**Fontaine R. (2014). Comment la perception du risque de dépendance influence-t-elle la demande de couverture ? Premiers enseignements de l'enquête ESPS.**, *Enquête sur la santé et la protection sociale 2012* : Paris : Irdes

Abstract: Les données utilisées dans ce chapitre sont celles de l'enquête Santé protection sociale (ESPS) 2012. Cette enquête a été enrichie d'un volet dépendance qui permet de recueillir des informations relatives au risque dépendance des 50 ans et plus, notamment leur perception de ce risque, et leur situation assurantielle face à ce risque. L'enquête ESPS permet également de disposer des caractéristiques socio-économiques et médicales du patient, de données permettant de construire un indicateur de risque dépendance ainsi que d'indicateurs d'aversion au risque et de de prévoyance.

<http://www.irdes.fr/recherche/rapports/556-enquete-sur-la-sante-et-la-protection-sociale-2012.pdf>

**Vermeer N., Van Rooij M., Van Vuuren D. (2014). Social interactions and the retirement age.** Amsterdam : De Nederlandsche Bank

Abstract: In this study we gauge the impact of social interactions on individual retirement preferences. A survey including self- assessments and vignette questions shows that individual preferences are affected by preferences and actual retirement behavior of the social environment. Retirement from paid work depends on the retirement age of relatives, friends, colleagues and acquaintances. Information and advice provided by the social environment play a role in the retirement decision. A majority of respondents would postpone retirement when their social environment retires later. A one year increase in the social environment's retirement age leads to an average increase of three months in the individual retirement age. In addition, people tend to stick more to the state pension age than to other retirement ages, which suggests a norm about retirement at the state pension age.

<http://www.cpb.nl/sites/default/files/publicaties/download/cpb-discussion-paper-278-social-interactions-and-retirement-age.pdf>

**Costa Font J., Courbage C. (2014). Crowding Out of Long-Term Care Insurance: Evidence from European Expectations Data.** Munich : CESifo.

Abstract: Long-term care (LTC) is the largest insurable risk that old-age individuals face in most western societies. However, the demand for LTC insurance is still ostensibly small in comparison to the financial risk, which is reflected in the formation of expectations of insurance coverage. One explanation that has received limited support is that expectations of either 'public sector funding' and 'family bailout' crowd out individual incentives to seek insurance. This paper aims to investigate further the above mentioned motivational crowding out hypothesis by developing a theoretical model and by drawing on empirical analysis of representative survey data of fifteen European countries containing records on individual expectations of LTC funding sources (including private insurance, social insurance and the family). The theoretical model shows that, when informal care is treated as exogenously determined, expectations of both state support and informal care can potentially crowd out LTC insurance expectations, while this is not necessarily the case when informal care is endogenous to insurance, as is the case when intra-family moral hazard is integrated in the insurance decision. Evidence from expectations data suggest evidence consistent with the presence of family crowding out, but no evidence of public sector crowding out, and only weak evidence for cohorts of individuals older than 55.

[http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=2482984](http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2482984)