

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

24 février 2017 / February, the 24th

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

Marie-Odile Safon : safon@irdes.fr

Véronique Suhard : suhard@irdes.fr

Sommaire

Sommaire 2

Assurance maladie / Health Insurance 7

(2016). Rapport sur les conditions d'application du tiers payant pour les bénéficiaires d'une prise en charge à 100% au titre de l'assurance maternité ou pour les soins en rapport avec une affection longue durée (ALD).....	7
Batifoulier, P. (2016). "L'extension de l'assurance santé privée : une stratégie inégalitaire et inefficace."	7
Gosh, A., et al. (2017). The Effect of State Medicaid Expansions on Prescription Drug Use: Evidence from the Affordable Care Act.....	7
Jaffe, S. P. et Shepard, M. (2017). Price-Linked Subsidies and Health Insurance Markups.	8
Leighton, K., et al. (2017). "Repealing Federal Health Reform: Economic and Employment Consequences for States.....	8
Levy, H., et al. (2016). Health Reform and Health Insurance Coverage of Early Retirees.....	8
McLean, J. C., et al. (2017). Health Insurance Expansions and Provider Behavior: Evidence from Substance Use Disorder Providers	9

Economie de la santé / Health Economics 9

(2017). The Economics of Tobacco and Tobacco Control	9
(2016). État des lieux actualisé du financement de la protection sociale.....	9
Curto, V., et al. (2017). Healthcare Spending and Utilization in Public and Private Medicare.	9
Dunn, A., et al. (2017). Decomposing Medical-Care Expenditure Growth.....	10
Morgan, D., et al. (2017). An OECD analysis of health spending in Norway	10
Safon, M. O. (2017). Historique des lois de financement de la Sécurité sociale en France : synthèse documentaire.	10
Strulik, H. et Trimborn, T. (2016). Hyperbolic discounting can be good for your health.....	11

Etat de santé / Health Status11

(2016). Diagnostic et prise en charge précoces des maladies chroniques.....	11
(2016). Etat de santé des collégiens en France : enquête HSBC	11
Bansal, S. et Zilberman, D. (2017). Does health care expenditure counter adverse effects of obesity on health: Evidence from global data.	12
Oberlander, L., et al. (2016). Globalisation and national trends in nutrition and health -a grouped fixed-effects approach to inter-country heterogeneity	12

Handicap / Handicap12

(2016). Stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale. Volet handicap psychique12

(2016). Stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale. Volet polyhandicap....13

Hôpital / Hospitals13

(2016). Satisfaction des patients hospitalisés et résultats 2016 qualité et sécurité des soins dans les hôpitaux et clinique en France.13

Bonastre, J., et al. (2017). "L'accès aux soins en cancérologie : évolution de l'offre et recours aux soins entre 2005 et 201213

Le Bail, M. /dir, et Or, Z. / dir. (2016). Atlas des variations de pratiques médicales. Recours à dix interventions chirurgicales - Edition 201613

Einav, L., et al. (2017). Provider Incentives and Healthcare Costs: Evidence from Long-Term Care Hospitals.....14

Gobillon, L. et Milcent, C. (2017). Competition and Hospital Quality: Evidence from a French Natural Experiment.....14

Lu, L. X. et Lu, S. F. (2016). Distance, Quality, or Relationship? Interhospital Transfer of Heart Attack Patients14

Moret, L., et al. (2016). Performances du système hospitalier.15

Moscelli, G., et al. (2016). Market Structure, Patient Choice and Hospital Quality for Elective Patients.15

Takaku, R. et Yamaoka, A. (2016). Payment Systems and Hospital Length of Stay: A Bunching-Based Evidence.....15

Inégalités de santé / Health Inequalities16

(2016). Mortalité des personnes sans domicile fixe. Enquête dénombrer et décrire.....16

Aragon Aragon, M. J., et al. (2017). Defining and measuring unmet need to guide healthcare funding: identifying and filling the gaps.16

Christiansen, T. et Lauridsen, J. (2016). Dynamic Changes in Determinants of Inequalities in Health in Europe with Focus on Retired – with particular Regard to Retired Dane16

Fidalgo, A., et al. (2016). A nonparametric analysis of the healthy immigrant effect.....17

Murtin, F., et al. (2017). Inequalities in longevity by education in OECD countries: Insights from new OECD estimates17

Rellstab, S., et al. (2016). The Migrant Health Gap and the Role of Labour Market Status: Evidence from Switzerland.....17

Sannino, N. et Picon, E. (2016). Etude des parcours de soins des personnes en situation de précarité : spécificité en rapport avec l'environnement local.....18

Schmitt, K. et Sicsic, M. (2017). "Estimation avancée du taux de pauvreté et des indicateurs d'inégalités."	18
Médicaments / Pharmaceuticals.....	19
(2016). Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé. Sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient lors de son parcours de soins. .	19
Pajares Y Sanchez. C., et Saout, C. (2017). Prix et accès aux traitements médicamenteux innovants.....	19
Kyle, M. et Williams, H. L. (2017). Is American Health Care Uniquely Inefficient? Evidence from Prescription Drugs.....	19
Parkinson, B., et al. (2016). "Stratégies de désinvestissement des produits pharmaceutiques : une revue de littérature internationale."	19
Methodologie – Statistique / Methodology - Statistics	20
Khaled, M. A., et al. (2016). A Framework for Testing the Equality Between the Health Concentration Curve and the 45-Degree Line	20
McDonough, I. K. et Millimet, D. L. (2016). Missing Data, Imputation, and Endogeneity	20
Thomas, S. (2016). A Standardized Method for the Evaluation of Adherence to Practice Guidelines.....	20
Politique de santé / Health Policy.....	21
(2016). Avis relatif aux indicateurs d'évaluation du plan cancer 2014-2019	21
(2016). France, portrait social. Edition 2016.	21
(2016). Objectifs et indicateurs des résultats pour l'évaluation du PNSE3	21
Caniard, E. (2016). Mieux soignés demain !,.....	22
Lockwood, B. B. et Taubinsky, D. (2017). Regressive Sin Taxes.....	22
Prévision-Evaluation / Prevision – Evaluation	22
Bourgueil, Y./ dir.. (2016). L'évaluation économique et la recherche sur les services de santé...22	22
Soins de santé primaires / Primary Health Care	23
(2017). Improving patient access to general practice.....	23
(2017). "Patients pris en charge dans une maison de santé pluridisciplinaire, impact sur trois postes de remboursement : hospitalisations, visites à domicile et consultations chez le dentiste."	23
Agha, L., et al. (2017). Causes and Consequences of Fragmented Care Delivery: Theory, Evidence, and Public Policy	23

Bodenheimer, T., et al. (2016). High-Functioning Primary Care Residency Clinics. Building Blocks for Providing Excellent Care and Training.....	24
Oxholm, A. S. (2016). Physician Response to Target-Based Performance Payment.....	24
Safon, M. O. (2017). La médecine spécialisée libérale en France : éléments de bibliographie....	24
Systèmes de santé / Health Systems	25
Charlesworth, A., et al. (2016). Efficiency measurement for policy formation and evaluation ...	25
Cylus, J. é., et al. (2016). Health system efficiency: How to make measurement matter for policy and management	25
Ham, C., et al. (2016). Improving quality in the English NHS: a strategy for action.....	25
Smatana, M., et al. (2016). Health system review : Slovakia	26
Technologies médicales – E-santé / Medical Technologies –E-Health.....	26
(2017). Expérimentations relatives à la prise en charge par télémédecine – Rapport préalable.	26
(2016). GT 28 CSF. Créer les conditions d’un développement vertueux des objets connectés et des applications mobiles en santé.....	27
Ehrel, C. et De Laraudière, L. (2016). Rapport d'information sur les objets connectés.	27
Paris, V., et al. (2017). New Health Technologies : Managing Access, Value and Sustainability. .	27
Travail et santé / Occupational Health	28
Ben Halima, B., et al. (2016). L'impact du diagnostic du cancer sur les transitions professionnelles en France. Une étude sur données de panel administratives.....	28
Berniell, I. et Bietenbeck, J. (2017). The effects of working hours on health.	28
Callison, K. et Pesko, M. F. (2016). The Effect of Mandatory Paid Sick Leave Laws on Labor Market Outcomes, Health Care Utilization, and Health Behaviors.....	28
Cohidon, C., et al. (2016). Surveillance de la santé mentale au travail - Le programme Samotrace. Volet en entreprises. Régions Centre, Pays de la Loire et Poitou-Charentes, 2006-2008.	28
Sebastien, R., et al. (2017). Assessing the Propensity for Presenteeism with Sickness Absence Data	29
Van Den Berg, G. J., et al. (2017). The role of sickness in the evaluation of job search assistance and sanctions.	29
Vieillesse / Ageing	30
(2017). Projections démographiques. Dossier du 25 janvier 2017	30
Abeliansky, A. L. et Strulik, H. (2017). How we fall apart: Similarities of human aging in 10 European countries.....	30

Kolodziej, I. W. K. et Garcia-Gomez, P. The causal effects of retirement on mental health:
Looking beyond the mean effects30

Assurance maladie / Health Insurance

(2016). Rapport sur les conditions d'application du tiers payant pour les bénéficiaires d'une prise en charge à 100% au titre de l'assurance maternité ou pour les soins en rapport avec une affection longue durée (ALD). Paris : Cnamts

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Rapport_TP100-ALD-Maternite_VF.pdf

L'article 83 de la loi de modernisation de notre système de santé, publiée le 27 janvier 2016, a prévu la mise en place du tiers payant généralisé en trois étapes. Chaque étape permet une augmentation progressive du nombre de bénéficiaires concernés, en démarrant par les populations les plus précaires ou celles recourant au système de soins régulièrement - pour lesquelles l'avance des frais constitue un frein à l'accès aux soins - pour, au final, se généraliser à l'ensemble de la population. Ce rapport d'étape Ce rapport d'étape, porte sur la période 1er juillet - 15 novembre 2016 et a été établi par la CNAMTS en lien avec les organismes nationaux des autres régimes d'assurance maladie comme le prévoit la loi. Il est structuré en deux parties. La première partie décrit toutes les actions mises en œuvre, tant par les organismes d'assurance maladie que les éditeurs de logiciels des professionnels de santé, afin d'atteindre l'objectif de simplicité et de rapidité de la pratique du tiers payant par le professionnel de santé. La seconde partie présente un point de situation, à mi-novembre 2016, de la mise en œuvre de la pratique du tiers payant par les professionnels de santé pour la population visée à l'étape du 1er juillet 2016.

Batifoulier, P. (2016). "L'extension de l'assurance santé privée : une stratégie inégalitaire et inefficace." CEPN Policy Brief(8)

La privatisation du soin en Europe se traduit par le transfert de charge de l'assurance publique vers l'assurance privée et fait de la santé l'un des nouveaux moteurs du développement du capitalisme. Elle est nourrie par la théorie économique de l'assurance santé qui fait de la couverture publique une incitation perverse alors que l'assurance privée serait de nature à mieux responsabiliser le malade. Cette stratégie est non seulement inégalitaire. Elle est aussi inefficace quand elle active des dépenses nouvelles.

Gosh, A., et al. (2017). The Effect of State Medicaid Expansions on Prescription Drug Use: Evidence from the Affordable Care Act. NBER Working Paper Series ; n° 23044. Cambridge NBER
www.nber.org/papers/w23044

This study provides a national analysis of how the 2014 Affordable Care Act (ACA) Medicaid expansions have affected aggregate prescription drug utilization. Given the prominent role of prescription medications in the management of chronic conditions, as well as the high prevalence of unmet health care needs in the population newly eligible for Medicaid, the use of prescription drugs represents an important measure of the ACA's policy impact. Prescription drug utilization also provides insights into whether insurance expansions have increased access to physicians, since obtaining these medications requires interaction with a health care provider. We use 2013-2015 data from a large, nationally representative, all-payer pharmacy transactions database to examine effects on overall prescription medication utilization as well as effects within specific drug classes. Using a differences-in-differences (DD) regression framework, we find that within the first 15 months of expansion, Medicaid-paid prescription utilization increased by 19 percent in expansion states relative to states that did not expand; this works out to approximately seven additional prescriptions per year per newly enrolled beneficiary. The greatest increases in Medicaid prescriptions occurred among diabetes medications, which increased by 24 percent. Other classes of medication that experienced relatively large increases include contraceptives (22 percent) and cardiovascular drugs (21 percent), while several classes more consistent with acute conditions such as allergies and infections experienced significantly smaller increases. As a placebo test, we examine Medicare-paid prescriptions and find no evidence of a post-ACA effect. Both expansion and non-expansion states followed statistically similar trends in Medicaid prescription utilization in the pre-policy era, offering support for our DD approach. We did not observe reductions in uninsured or privately insured prescriptions,

suggesting that increased utilization under Medicaid did not substitute for other forms of payment. Within expansion states, increases in prescription drug utilization were larger in geographical areas with higher uninsured rates prior to the ACA. Finally, we find some suggestive evidence that increases in prescription drug utilization were greater in areas with larger Hispanic and black populations.

Jaffe, S. P. et Shepard, M. (2017). Price-Linked Subsidies and Health Insurance Markups. NBER Working Paper Series ; n° 23104. Cambridge NBER
www.nber.org/papers/w23104

Subsidies in many health insurance programs depend on prices set by competing insurers – as prices rise, so do subsidies. We study the economics of these “price-linked” subsidies compared to “fixed” subsidies set independently of market prices. We show that price-linked subsidies weaken price competition, leading to higher markups and subsidy costs for the government. We argue that price-linked subsidies make sense only if (1) there is uncertainty about costs/prices, and (2) optimal subsidies increase as prices rise. We propose two reasons why optimal health insurance subsidies may rise with prices: doing so both insures consumers against cost risk and indirectly links subsidies to market-wide shocks affecting the cost of “charity care” used by the uninsured. We evaluate these tradeoffs empirically using a structural model estimated with data from Massachusetts’ health insurance exchange. Relative to fixed subsidies, price-linking increase prices by up to 5%, and by 5-10% when we simulate markets with fewer insurers. For levels of cost uncertainty that are reasonable in a mature market, we find that the losses from higher prices outweigh the benefits of price-linking.

Leighton, K., et al. (2017). "Repealing Federal Health Reform: Economic and Employment Consequences for States." Issue Brief (Commonwealth Fund)
http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/issue-brief/2017/jan/ku-aca-repeal-job-loss/1924_ku_repealing_federal_hlt_reform_ib.pdf

The incoming Trump administration and Republicans in Congress are seeking to repeal the Affordable Care Act (ACA), likely beginning with the law’s insurance premium tax credits and expansion of Medicaid eligibility. Research shows that the loss of these two provisions would lead to a doubling of the number of uninsured, higher uncompensated care costs for providers, and higher taxes for low-income Americans. Goal: To determine the state-by-state effect of repeal on employment and economic activity. Methods: A multistate economic forecasting model (PI+ from Regional Economic Models, Inc.) was used to quantify for each state the effects of the federal spending cuts. Findings and Conclusions: Repeal results in a \$140 billion loss in federal funding for health care in 2019, leading to the loss of 2.6 million jobs (mostly in the private sector) that year across all states. A third of lost jobs are in health care, with the majority in other industries. If replacement policies are not in place, there will be a cumulative \$1.5 trillion loss in gross state products and a \$2.6 trillion reduction in business output from 2019 to 2023. States and health care providers will be particularly hard hit by the funding cuts.

Levy, H., et al. (2016). Health Reform and Health Insurance Coverage of Early Retirees. Working Paper; 2016-345. Ann Arbor Michigan Retirement Research Center
<http://www.mrrc.isr.umich.edu/publications/papers/pdf/wp345.pdf>

This paper presents evidence of the dynamics of health insurance coverage between 2008 and 2014 among early retirees, defined as individuals ages 55 to 64 who are not in the labor force. We focus on three questions. First, how did insurance coverage change among early retirees in 2014, when the new ACA options became available, compared with trends in coverage from 2008 to 2013? Second, are there differences between states that did and did not implement the ACA’s Medicaid expansion in January 2014? Third, how did the income gradient in insurance coverage for early retirees change in 2014, both overall and in states with or without Medicaid expansion? We find that between 2013 and 2014, the fraction of early retirees without health insurance declined significantly from 14.7 percent to 11.2 percent, reversing a trend toward increasing uninsurance in recent years. This change was driven by increases in both Medicaid and private non-group coverage. Gains in coverage were larger in states that implemented the Affordable Care Act’s Medicaid expansion in January 2014 than in states that

did not. The gains in coverage disproportionately benefited low-income early retirees, and therefore reduced the gradient in coverage with respect to income. There is no evidence of an acceleration of the decline in employer-sponsored coverage for early retirees, either overall or in states that expanded Medicaid. These results suggest that the major coverage provisions of the ACA have increased coverage among early retirees, with particularly large gains among those with very low income in states that expanded Medicaid.

McLean, J. C., et al. (2017). Health Insurance Expansions and Provider Behavior: Evidence from Substance Use Disorder Providers. *NBER Working Paper Series ; n° 23094.* Cambridge NBER
www.nber.org/papers/w23094

We examine how substance use disorder (SUD) treatment providers respond to private health insurance expansions induced by state equal coverage ("parity") laws for SUD treatment. We use data on the near universe of specialty SUD treatment providers in the United States between 1997 and 2010 in an event study analysis. During this period, 18 states implemented parity laws. Following the passage of a state parity law we find that providers are less likely to participate in public markets, are less likely to provide charity care, increase the quantity of healthcare provided, and become more selective of the type of patients they are willing to admit.

Economie de la santé / Health Economics

(2017). The Economics of Tobacco and Tobacco Control. Genève OMS
https://cancercontrol.cancer.gov/brp/tcrb/monographs/21/docs/m21_complete.pdf

This monograph, a collaboration between the National Cancer Institute and WHO, examines the current research and evidence base surrounding the economics of tobacco control—including tobacco use, tobacco growing, manufacturing and trade, tobacco product taxes and prices, and tobacco control policies and other interventions to reduce tobacco use and its consequences. This information can help direct future research and inform tobacco prevention and control programs and policies in countries around the world (résumé de l'éditeur).

(2016). État des lieux actualisé du financement de la protection sociale. Paris HCFPS
http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/note_d_etat_des_lieux_du_financement_janvier_2017_2017_01_11.pdf

La présente note actualise l'état des lieux du financement de la protection sociale régulièrement établi pour le Haut Conseil. Elle s'attache tout d'abord à décrire l'environnement économique et financier dans lequel la protection sociale a évolué en 2015 et 2016 (I). Elle porte une attention particulière à l'évolution récente du coût du travail en France, comparée aux autres pays développés, dans le contexte du déploiement des dispositions (crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi, pacte de responsabilité et de solidarité) qui visent à améliorer la compétitivité de l'économie française et l'emploi en agissant sur le coût du travail (II). Elle évoque enfin les évolutions du financement de la protection sociale qui interviennent en 2017, sous l'effet notamment de la mise en œuvre des mesures adoptées ou en cours d'adoption dans les lois de finances et de financement de la sécurité sociale pour 2017 (III).

Curto, V., et al. (2017). Healthcare Spending and Utilization in Public and Private Medicare. *NBER Working Paper Series ; n° 23090.* Cambridge NBER
www.nber.org/papers/w23090

We compare healthcare spending in public and private Medicare using newly available claims data from Medicare Advantage (MA) insurers. MA insurer revenues are 30 percent higher than their healthcare spending. Healthcare spending is 25 percent lower for MA enrollees than for enrollees in traditional Medicare (TM) in the same county with the same risk score. Spending differences between

MA and TM are similar across sub-populations of enrollees and sub-categories of care, with similar reductions for "high value" and "low value" care. Spending differences primarily reflect differences in healthcare utilization; spending per encounter and hospital payments per admission are very similar in MA and TM. Geographic variation in MA spending is about 20 percent higher than in TM, but geographic variation in hospital prices is about 20 percent lower. We present evidence consistent with MA plans encouraging substitution to less expensive care, such as primary rather than specialist care, and outpatient rather than inpatient surgery, and with employing various types of utilization management. Some of the overall spending differences between MA and TM may be driven by selection on unobservables, and we report a range of estimates of this selection effect using mortality outcomes to proxy for selection.

Dunn, A., et al. (2017). Decomposing Medical-Care Expenditure Growth. NBER Working Paper Series ; n° 23117. Cambridge NBER
www.nber.org/papers/w23117

Medical-care expenditures have been rising rapidly, accounting for over 17 percent of GDP in 2012. In this study, we assess the sources of the rising medical-care expenditures in the commercial sector. We employ a novel framework for decomposing expenditure growth into four components at the disease level: service price growth, service utilization growth, treated disease prevalence growth, and demographic shift. The decomposition shows that growth in prices and treated prevalence are the primary drivers of medical-care expenditure growth over the 2003 to 2007 period. There was no growth in service utilization at the aggregate level over this period. Price and utilization growth were especially large for the treatment of malignant neoplasms. For many conditions, treated prevalence has shifted towards preventive treatment and away from treatment for late-stage illnesses.

Morgan, D., et al. (2017). An OECD analysis of health spending in Norway. OECD Health Working Papers ; 91. Paris OCDE
http://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/an-oecd-analysis-of-health-spending-in-norway_63302bbf-en

Norway is one of the top spenders on health care among OECD countries in per capita terms but much closer to the average when seen as a share of GDP. The question is to what extent these two key measures are compatible, and how Norway really measures up to other relevant high-income countries in health spending. In considering the latter, Norway allocates more to long-term care services than any other country. So how comparable are countries in the measurement of sectors such as long-term care and does this play a key role in determining overall spending estimates? Delving further, how does spending on the key sector of somatic specialist health care compared to other countries? If too much is spent, there is a risk that there is an over-emphasis on hospitals compared to primary care. On the other hand if there are too little resources in hospitals, there may be an over-expectation from the sector. However, estimates of spending based on inpatient care still mask a number of organisational and accounting differences, requiring adjustments to be made to the underlying figures. The resulting figures provide a new insight into cross-country comparisons and trends of somatic hospital spending. Finally, to determine what is explaining the different levels of spending, the appropriate use of international spatial deflators is discussed. Recent advances in the methodology to compile comparative price information for the health and hospital sectors are used to reveal to what extent spending across the comparator countries is the result of price or volume effects.

Safon, M. O. (2017). Historique des lois de financement de la Sécurité sociale en France : synthèse documentaire. Paris : IRDES
<http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-des-lois-de-financement-de-la-securite-sociale-en-france.pdf>

Régulièrement mise à jour, cette synthèse dresse un historique des lois de financement de la sécurité sociale, instaurées en France suite au plan Juppé par la loi constitutionnelle du 22 février 1996. Elle

aborde les lois de financement de la Sécurité sociale sous l'angle exclusif des mesures relatives à l'assurance maladie.

Strulik, H. et Trimborn, T. (2016). Hyperbolic discounting can be good for your health. Vienna Vienna Institute of Technology

http://www.econ.tuwien.ac.at/wps/econ_wp_2016_11.pdf

It has been argued that hyperbolic discounting of future gains and losses leads to time-inconsistent behavior and thereby, in the context of health economics, not enough investment in health and too much indulgence of unhealthy consumption. Here, we challenge this view. We set up a life-cycle model of human aging and longevity in which individuals discount the future hyperbolically and make time-consistent decisions. This allows us to disentangle the role of discounting from the time consistency issue. We show that hyperbolically discounting individuals, under a reasonable normalization, invest more in their health than they would if they had a constant rate of time preference. Using a calibrated life-cycle model of human aging, we predict that the average U.S. American lives about 4 years longer with hyperbolic discounting than he would if he had applied a constant discount rate. The reason is that, under hyperbolic discounting, experiences in old age receive a relatively high weight in life time utility. In an extension we show that the introduction of health-dependent survival probability motivates an increasing discount rate for the elderly and, in the aggregate, a u-shaped pattern of the discount rate with respect to age.

Etat de santé / Health Status

(2016). Diagnostic et prise en charge précoces des maladies chroniques. Paris : HCSP

<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=583>

En France, plus de 15 millions de personnes sont atteintes de maladies chroniques, responsables de difficultés personnelles, familiales et socio-professionnelles importantes et d'altération de la qualité de la vie. Que faut-il proposer aujourd'hui à une personne qui présente les premiers signes d'une maladie chronique, pour éviter toute perte de chances dans l'évolution ultérieure : doit-on agir précocement ? Pour répondre à cette question, le Haut Conseil de la santé publique a dressé l'état des lieux des carences de diagnostic et de prise en charge précoces des personnes atteintes de maladies chroniques. Les conséquences mesurables de ces carences pour la personne, l'entourage et la société (errances diagnostiques, constitution évitable au début de la maladie de lésions ensuite irréversibles, de complications...), ont été analysées, ainsi que les mécanismes en cause. La prise en compte des leviers conduisant à un retard dans le diagnostic et/ou la prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques, lorsque le bénéfice de la précocité est prouvé, constitue aujourd'hui un objectif à la fois important et réaliste, dans le but in fine d'améliorer l'état de santé global de la population concernée, ainsi que sa qualité de vie et celle des proches.

(2016). Etat de santé des collégiens en France : enquête HBSC. Saint-Maurice Santé Publique France

<http://www.santepubliquefrance.fr/Actualites/Sante-des-collégiens-en-France-nouvelles-donnees-de-l-enquete-HBSC-2014>

L'enquête internationale « Health Behaviour in School-aged Children » (HBSC), menée tous les 4 ans dans plus de 40 pays, permet de documenter précisément l'état de la santé et du bien-être des adolescents de 11 à 15 ans et d'appréhender ses évolutions. Les données du volet français viennent d'être publiées sous forme de fiches thématiques. L'enquête indique que les adolescents français s'estiment majoritairement en bonne santé : 86 % des filles et 78 % des garçons ont une perception positive de leur vie. Elle identifie des évolutions positives s'agissant des comportements de santé avec l'augmentation du brossage des dents, la diminution de la violence et du harcèlement, l'augmentation de la pratique régulière d'un sport. Cependant, des évolutions négatives se dégagent également telles que la perception plus négative de la vie chez les filles, une augmentation du stress lié au travail scolaire, ou encore la diminution de la consommation de fruits et légumes. De plus, les inégalités de

santé apparaissent marquées comme l'attestent certains indicateurs. L'obésité et le surpoids ou le fait de ne pratiquer aucune activité physique sont significativement plus fréquents chez les élèves de familles les moins favorisées.

Bansal, S. et Zilberman, D. (2017). Does health care expenditure counter adverse effects of obesity on health: Evidence from global data. Milwaukee : Agricultural and Applied Economics Association
<http://ageconsearch.umn.edu/bitstream/250115/2/Health%20Care%20Expenditure.pdf>

There is evidence that obesity is a risk to health and longevity of life. This is the first paper to use cross-country data to analyze the effect of obesity levels on life expectancy, and the trade-off between health expenditure and obesity levels. It uses a panel data of 194 countries for the years 2002, 2005 and 2010. We find that life expectancy has non-monotonic relationship with obesity levels. At low prevalence of obesity, life expectancy is increasing in obesity levels, but beyond a certain threshold level of obesity prevalence, an increase in obesity level reduces life expectancy. Countries that spend more on health expenditure are able to counter the effects of increased obesity on life expectancy. Incremental effect of health expenditure in enhancing life expectancy is higher for countries where obesity prevalence is low. The impact of health expenditure on increasing life expectancy is higher for women. The results are consistent over three data sets: when the health indicator is life expectancy at birth, mortality rate between age group 15-60 years, and healthy life expectancy.

Oberlander, L., et al. (2016). Globalisation and national trends in nutrition and health -a grouped fixed-effects approach to inter-country heterogeneity. *PSE Working Papers ; 2016-24.* Paris Ecole économique de Paris
<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01400829/document>

Using a panel dataset of 70 countries spanning 42 years (1970-2011), we investigate the distinct effects of economic and social globalisation on national trends in markers of diet quality (supplies of animal protein, free fat and sugar, prevalence of diabetes, average body mass index). Our key methodological contribution is the application of the grouped fixed effects estimator, which extends linear fixed-effects models to include both time-invariant and time-varying unobserved heterogeneity, under the assumption that both the latter and the former follow group-specific patterns. We find that increasing social globalisation has a significant impact on the supplies of animal protein and sugar available for human consumption. Specific components of social globalisation like personal contacts with foreigners and above all information flows drive these results. Economic globalisation has no effect on dietary outcomes, and has a negative impact on health. These findings suggest that the social and cultural aspects of globalisation should deserve greater attention in studies of the nutrition transition.

Handicap / Handicap

(2016). Stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale. Volet handicap psychique. Paris Ministère chargé de la santé
http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_quinquennale_de_l_evolution_de_l_offre_medico-sociale_volet_handicap_psychique.pdf

Ce rapport présente les axes retenus par le Gouvernement, déclinés en fiches action dans le cadre du volet spécifique Handicap psychique du plan de transformation de l'offre médico-sociale. Sept axes ont été dégagés : Prise en compte de la spécificité du handicap psychique dans la mise en oeuvre des politiques de santé mentale ; déploiement et accompagnement de la mise en oeuvre d'un parcours global coordonné pour les personnes en situation ou à risque de handicap psychique ; prévention et réduction des situations de non-recours initial ou après une rupture du parcours, accompagnement et maintien de l'insertion des personnes en situation de handicap psychique vers le logement et l'emploi ; impulsion d'une démarche pour changer les représentations sociales du handicap psychique ; faire

évaluer les pratiques des professionnels du secteur sanitaire, social et médico-social ; amélioration des connaissances

(2016). Stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale. Volet polyhandicap. Paris
Ministère chargé de la santé

www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2016/12/strategie_quinquennale_de_levolution_de_loffre_medico-sociale_volet_polyhandicap.pdf

Ce rapport présente les axes retenus par le Gouvernement, déclinés en fiches action dans le cadre du volet spécifique polyhandicap du plan de transformation de l'offre médico-sociale. Quatre axes stratégiques ont été dégagés : Accompagner en proximité en assurant la continuité des parcours de vie et de soins; Renforcer et valoriser l'expertise de l'accompagnement du polyhandicap; Promouvoir la citoyenneté, la participation et l'accès aux droits des personnes en situation de polyhandicap; Outiller et développer la recherche sur le polyhandicap.

Hôpital / Hospitals

(2016). Satisfaction des patients hospitalisés et résultats 2016 qualité et sécurité des soins dans les hôpitaux et clinique en France. Saint-Denis: HAS

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2731463/fr/dossier-de-presse-satisfaction-des-patients-hospitalises-et-resultats-2016-qualite-et-securite-des-soins-dans-les-hopitaux-et-cliniques-en-france

Pour la 1ère fois, la Haute Autorité de Santé (HAS) a mesuré cette année la satisfaction des patients hospitalisés en France. Plus de 56 000 patients ont ainsi répondu à un questionnaire de satisfaction détaillé, permettant à la HAS de calculer un score de satisfaction par établissement. Cette information vient compléter les dispositifs de mesure de la qualité et de sécurité des soins dans les hôpitaux et cliniques, déjà mis en place par la HAS depuis plusieurs années. Ce document présente les résultats et identifie les thématiques qui présentent de bons résultats – gestion de la douleur, satisfaction des patients sur leur prise en charge – ou celles sur lesquelles des progrès doivent être réalisés en priorité – organisation de la sortie de l'hôpital, prise en charge médicamenteuse, bloc, identité-vigilance (résumé de l'éditeur).

Bonastre, J., et al. (2017). "L'accès aux soins en cancérologie : évolution de l'offre et recours aux soins entre 2005 et 2012." *Questions d'Economie de la Santé (Irdes)*(221)

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/221-l-acces-aux-soins-en-cancerologie-evolution-de-l-offre-et-recours-aux-soins-entre-2005-et-2012.pdf>

Avec près de 355 000 nouveaux cas par an, la prise en charge des cancers représente un défi tant en termes médical qu'économique. Au cours des dix dernières années, l'offre de soins en cancérologie a connu une importante restructuration, d'une part sous l'effet de la Tarification à l'activité (T2A) comme mode de financement des hôpitaux, d'autre part à la suite de la mise en place de seuils d'activité minimale, sans que l'on ne connaisse aujourd'hui les répercussions en termes de redistribution des activités de cancérologie sur le territoire, d'accès géographique et de qualité des soins. L'évolution de l'offre de soins hospitaliers en cancérologie entre 2005 et 2012 est décrite ici pour les structures pratiquant la chirurgie des cancers et la chimiothérapie. Les effets de la recomposition de l'offre en cancérologie sont examinés à partir de l'évolution des distances d'accès et des taux de recours départementaux.

Le Bail, M. /dir, et Or, Z. / dir. (2016). Atlas des variations de pratiques médicales. Recours à dix interventions chirurgicales - Edition 2016. Paris : Irdes

<http://www.irdes.fr/recherche/ouvrages/002-atlas-des-variations-de-pratiques-medicales-recours-a-dix-interventions-chirurgicales.pdf>

Premier Atlas français des variations de pratiques médicales, cet ouvrage, élaboré grâce à une collaboration entre la DGOS, l'Irdes et les membres du groupe technique national Pertinence des soins, notamment l'ATIH, la Cnamts et la HAS, propose un panorama de dix interventions chirurgicales parmi 33 thématiques déclarées prioritaires par les pouvoirs publics en termes de pertinence et de qualité des soins, d'équité d'accès à l'offre de soins sur le territoire et d'efficacité dans l'allocation de ressources humaines et financières. Ces interventions chirurgicales ont été sélectionnées car elles sont identifiées dans la littérature internationale comme sensibles à l'offre de soins et parce que leurs prises en charge varient selon les patients. Cet Atlas permet d'illustrer les écarts de pratiques chirurgicales existant entre les départements et d'interroger leurs causes afin de réduire celles qui ne correspondent pas aux besoins. Il s'adresse tant aux professionnels de santé qu'aux usagers du système de soins, aux institutions de santé et aux chercheurs : les premiers pour les inciter à comparer et questionner leurs pratiques, les deuxièmes pour leur apporter des informations transparentes, les derniers pour les encourager à alimenter la réflexion par la production de données objectives afin de mieux comprendre les déterminants et les conséquences des variations observées.

Einav, L., et al. (2017). Provider Incentives and Healthcare Costs: Evidence from Long-Term Care Hospitals. *NBER Working Paper Series ; n° 23100.* Cambridge NBER
www.nber.org/papers/w23100

We study the design of provider incentives in the post-acute care setting – a high-stakes but understudied segment of the healthcare system. We focus on long-term care hospitals (LTCHs) and the large (approximately \$13,000) jump in Medicare payments they receive when a patient's stay reaches a threshold number of days. The descriptive evidence indicates that discharges increase substantially after the threshold, and that the marginal patient discharged after the threshold is in relatively better health. Despite the large financial incentives and behavioral response in a high mortality population, we are unable to detect any compelling evidence of an impact on patient mortality. To assess provider behavior under counterfactual payment schedules, we estimate a simple dynamic discrete choice model of LTCH discharge decisions. When we conservatively limit ourselves to alternative contracts that hold the LTCH harmless, we find that an alternative contract can generate Medicare savings of about \$2,100 per admission, or about 5% of total payments. More aggressive payment reforms can generate substantially greater savings, but the accompanying reduction in LTCH profits has potential out-of-sample consequences. Our results highlight how improved financial incentives may be able to reduce healthcare spending, without negative consequences for industry profits or patient health.

Gobillon, L. et Milcent, C. (2017). Competition and Hospital Quality: Evidence from a French Natural Experiment. *IZA Discussion Paper;10476.* Bonn IZA
<http://ftp.iza.org/dp10476.pdf>

We evaluate the effect of a pro-competition reform gradually introduced in France over the 2004-2008 period on hospital quality measured with the mortality of heart-attack patients. Our analysis distinguishes between hospitals depending on their status: public (university or non-teaching), non-profit or for-profit. These hospitals differ in their degree of managerial and financial autonomy as well as their reimbursement systems and incentives for competition before the reform, but they are all under a DRG-based payment system after the reform. For each hospital status, we assess the benefits of local competition in terms of decrease in mortality after the reform. We estimate a duration model for mortality stratified at the hospital level to take into account hospital unobserved heterogeneity and censorship in the duration of stays in a flexible way. Estimations are conducted using an exhaustive dataset at the patient level over the 1999-2011 period. We find that non-profit hospitals, which have managerial autonomy and no incentive for competition before the reform, enjoyed larger declines in mortality in places where there is greater competition than in less competitive markets.

Lu, L. X. et Lu, S. F. (2016). Distance, Quality, or Relationship? Interhospital Transfer of Heart Attack Patients. Rochester Social Science Electronic Publishing.
https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2896812

We empirically investigate the pattern of where heart attack patients are transferred between hospitals. Using 2011 Florida State Emergency Department and Inpatient Databases, we demonstrate the relative importance of three key factors in determining transfer destinations: (1) the distance between sending and receiving hospitals, (2) publicly-reported quality measures of receiving hospitals, and (3) the relationship between sending and receiving hospitals as identified by whether they are affiliated with the same multihospital system. Our conditional logit analysis shows that hospital relationship plays a dominant role in the choice of transfer destinations, compared to distance and quality. This result is robust to three alternative specifications of choice sets using distance ranking, radius circles, and Hospital Referral Regions, and also robust to alternative measures of distance and quality. When using 30-day all-cause readmission rate to evaluate the health outcome of transferred patients, we find that relationship-based transfers are associated with a much worse outcome than distance-based and quality-based transfers. We also find that nonprofit hospitals are more likely to conduct quality-based transfers and less likely to conduct relationship-based transfers than their for-profit counterparts. Our study calls for a reevaluation of current practice in interhospital transfer of heart attack patients — selecting transfer destinations based on quality or distance may potentially decrease hospital readmission rates.

Moret, L., et al. (2016). Performances du système hospitalier. *Traité de santé publique*. Paris : Lavoisier Médecine Sciences: 585-594.

http://www.lavoisier.fr/pdf/fichiers/9782257206794_traite-de-sante-publique-3-ed_Sommaire.pdf

Ce chapitre vise à définir ce que sont les performances hospitalières et sur quels cadres conceptuels elles s'appuient, avant d'envisager les différentes approches permettant leur mesure. Enfin, sont traités les usages des indicateurs de performances.

Moscelli, G., et al. (2016). Market Structure, Patient Choice and Hospital Quality for Elective Patients. *CHE Research Paper Series ;139*. York University of York

https://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP139_market_structure_patient_choice_hospital_quality.pdf

We examine the change in the effect of market structure on hospital quality for elective procedures (hip and knee replacements, and coronary artery bypass grafts) following the 2006 loosening of restrictions on patient choice of hospital in England. We allow for time-varying endogeneity due to the effect of unobserved patient characteristics on patient choice of hospital using Two Stage Residual Inclusion. We find that the change in the effect of market structure due to the 2006 choice reforms was to reduce quality by increasing the probability of a post-operative emergency readmission for hip and knee replacement patients. There was no effect of the choice reform on hospital quality for coronary bypass patients. We find no evidence of self-selection of patients into hospitals, suggesting that a rich set of patient-level covariates controls for differences in casemix.

Takaku, R. et Yamaoka, A. (2016). Payment Systems and Hospital Length of Stay: A Bunching-Based Evidence

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2883048

Despite the huge attention on the long average hospital length of stay (LOS) in Japan, there are limited empirical studies on the impacts of the payment systems on LOS. In order to shed new light on this issue, this study focuses on the fact that reimbursement for hospital care is linked to the number of patient bed-days, where a “day” is defined as the period from one midnight to the next. This “midnight-to-midnight” definition may incentivize health care providers to manipulate hospital acceptance times in emergency patients, as patients admitted before midnight would have an additional day for reimbursement when compared with those admitted after midnight. The analysis tests this hypothesis using administrative data of emergency transportations in Japan from 2008 to 2011 (N = 2,146,498). The results indicate that there is a significant bunching in the number of acceptances at the emergency hospital around midnight; the number heaps a few minutes before

midnight, but suddenly drops just after midnight. Given that the occurrence of emergency episode is random and the density is smooth during nighttime, bunching in the number of hospital acceptances around midnight suggests that hospital care providers shift the hospital acceptance times forward by hurrying-up to accept the patients. This manipulation clearly leads to longer LOS by one bed-day. In addition, the manipulation is observed in the prefectures where private hospitals mainly provide emergency medical services (EMS), suggesting hospital ownership is associated with the manipulation of hospital acceptance time.

Inégalités de santé / Health Inequalities

(2016). Mortalité des personnes sans domicile fixe. Enquête dénombrer et décrire. Paris Collectif les Morts de la Rue

Les objectifs principaux de ce travail sont d'estimer le nombre de décès de personnes «SDF» en France en 2015 et de décrire le parcours des personnes étant ou ayant été «SDF» décédées en France en 2015. Au total, 585 décès survenus en 2015 ont été transmis au CMDR. Parmi eux, 497 personnes étaient «SDF» et 88 anciennement «SDF». Le nombre de décès signalé au collectif se situe actuellement à 497 soit près de 6 fois moins que le chiffre total estimé. D'après une étude menée en collaboration avec l'Inserm-CepiDc en 2013 nous pourrions estimer le nombre total des décès de personnes «SDF» en France en 2015 à 2838 (entre 1489 et 4253).

Aragon Aragon, M. J., et al. (2017). Defining and measuring unmet need to guide healthcare funding: identifying and filling the gaps. *CHE Research Paper Series ;141*. York University of York https://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP141_need_healthcare_funding.pdf

Budget allocations to Clinical Commissioning Groups include adjustments for unmet need for healthcare, but there is a lack of robust evidence to support this. This article describes a literature review with an objective to understand the available evidence regarding unmet need. We developed a conceptual framework for what constitutes ideal evidence that; defines unmet need for a given population, indicates how that need can be met by health care, establishes the barriers to meeting need and provides relevant proxies based on observable measures. Our search focused on recent and empirical UK data and conceptual papers. We found no one article which satisfied all requirements of ideal evidence; the literature was strongest in defining need but weakest in regard to establishing observable proxies of need capable of being used in budget allocations. Our review was limited by its timescale and a vast body of literature, which translated into a limited number of key words for the search. We conclude that further research to inform budget allocation is required and should focus on conditions or services where adverse health outcomes from unmet need are amenable to healthcare interventions and which affect a sizeable proportion of the population.

Christiansen, T. et Lauridsen, J. (2016). Dynamic Changes in Determinants of Inequalities in Health in Europe with Focus on Retired – with particular Regard to Retired Dane. *COHERE discussion paper No. 8/2016*. Odense University of Southern Denmark http://www.sdu.dk/-/media/files/om_sdu/centre/cohere/working+papers/2016/wp_2016_8.pdf

Earlier studies of health inequality across European countries have shown intriguing results, in particular with respect to retirement status as one of the determinants of health inequality. A priori, one would expect that inequality in health and income would be associated. Theory suggests that health deteriorates with age, in particular for low income groups. Moreover, as income declines after retirement, elderly people tend to rank lower in the relative income ranking. Consequently, retirement status, and in particular early retirement due to health problems, is expected to contribute to inequalities in income-related inequalities in health. The present paper contributes to previous knowledge by looking further into the contribution by retired Europeans to income-related inequalities in health and the development in this contribution over time. The study is based on data

from the first and the fourth waves of the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE), including individuals born in 1954 or earlier (wave 1) and 1960 or earlier (wave 2) from 10 European countries. Income-related inequality in health is measured using the concentration index. A decomposition of the index into its determinants allows a calculation of the contribution of each determinant's separate contribution to inequality in health. The results presented here indicate that retirement status contributes substantially to income-related inequality in health across European countries, and that the variation can be explained by income differences as well as health differences, depending on the country considered. Furthermore, it is indicated that the contribution from retirement status falls for certain countries due to improved socioeconomic status as well as improved health of the retired.

Fidalgo, A., et al. (2016). A nonparametric analysis of the healthy immigrant effect. *IRENE Working paper* ; 16-15. Neuchatel University of Neuchatel

https://www.unine.ch/files/live/sites/irene/files/shared/documents/Publications/Working%20papers/2016/WP_16-15.pdf

This paper uses data from the Swiss Labour Force Survey to evaluate the existence of the healthy immigrant effect (HIE) which would translate in i. a health advantage of immigrants upon their arrival in Switzerland compared to individuals with similar characteristics but Swiss-born and ii. an erosion of that advantage over the time of residence until convergence in the levels of health between these two groups. This original contribution is to address this issue by taking a nonparametric approach in order to overcome any potential danger of misspecification that would preclude valid inference. The study finds little empirical support for the HIE: i. no initial advantage and ii. no convergence but the health status of immigrants is shown to deteriorate more than Swiss-born individuals with similar characteristics. Significant differences appear when disaggregating among immigrants' country of origin. Interestingly, it shows that a standard parametric approach, in contrast to these findings, would fully confirm the existence of the HIE with the same data set.

Murtin, F., et al. (2017). Inequalities in longevity by education in OECD countries: Insights from new OECD estimates. *OECD Statistics Working Papers*; 2017/02. Paris OCDE

http://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/inequalities-in-longevity-by-education-in-oecd-countries_6b64d9cf-en

This paper assesses inequality in longevity across education and gender groups in 23 OECD countries around 2011. Data on mortality rates by age, gender, and educational attainment, as well as cause of death for 17 countries, were collected from national sources with similar treatment applied to all countries in order to derive comparable measure of longevity at age 25 and 65 by gender and education. These estimates show that, on average, the gap in life expectancy between highly educated and poorly educated people is 8 years for men and 5 years for women at age 25, and 3.5 years for men and 2.5 years for women at age 65. Other measures of inequalities in longevity by education (such as country averages of age standardised mortality rates and the slope index of inequality) do not significantly change the inequality ranking of countries relative to one based on life expectancy measures. While significant, differences in longevity between groups with low and high educational attainment account, on average, for around 10% of overall differences in ages of death. Cardiovascular diseases are the first cause of death for all gender and education groups after age 65, and the first cause of mortality inequality between highly educated and poorly educated elderly people.

Rellstab, S., et al. (2016). The Migrant Health Gap and the Role of Labour Market Status: Evidence from Switzerland. *IRENE Working paper* ; 16-14. Neuchatel University of Neuchatel

http://www.unine.ch/files/live/sites/irene/files/shared/documents/Publications/Working%20papers/2016/WP_16-14.pdf

With more than a fifth of the population being foreign citizens, Switzerland offers an ideal case to study the migrant health gap and the role of labour market status on the migrants' health. This paper examines the potential health gaps between Swiss nationals and different migrant groups (from the permanent foreign resident population), and how alternative types of labour market status affect

health among each selected groups. Using a sample of working-age males from the Swiss Labour Force Survey for the years 2003-2009, we estimate a model with a dichotomic dependent variable and test the potential endogeneity of labour market status. Our empirical strategy avoids inconsistencies incurred by unobserved heterogeneity and simultaneity of the choice of labour market status. We observe a health gap in terms of chronic illness between Swiss nationals and all considered migrant groups. Compared to the Swiss, nationals from former Yugoslavia and Turkey have a worse health status whereas Germans have a lower prevalence of chronic illness. Our findings show a negative influence of part-time work, unemployment, and inactivity on health for all groups under study. Labour market status and standard individual characteristics (human capital, demographic attributes, etc.) explain the health disadvantage for migrants from Italy and Portugal/Spain entirely, whereas it does not for migrants from Turkey and former Yugoslavia. We provide insights on the unconditional health gap between migrants and Swiss nationals and estimate the causal effect of labour market status on chronic illness for different groups of the permanent resident population in Switzerland. The results show a negative correlation between non-employment (i.e. unemployment and inactivity) and health but this effect is reduced when taking into account the endogeneity of this variable. The same conclusion applies when labour market status is subdivided into three types: part-time work, unemployment, and inactivity.

Sannino, N. et Picon, E. (2016). Etude des parcours de soins des personnes en situation de précarité : spécificité en rapport avec l'environnement local. Paris Ministère chargé de la santé.

http://www.itinere-conseil.com/wp-content/uploads/2016/09/Parcours_DGOS_Rapport_VF.pdf

Malgré la connaissance descriptive de nombreux déterminants de l'accès aux soins des publics précaires, la réalité du caractère complexe de leur prise en charge (retard dans l'accès aux soins, ruptures de suivi, modes d'entrée spécifiques en particulier par les offreurs de soins les plus visibles comme les urgences de l'hôpital) et l'explicitation de cette complexité (imbrication de difficultés, multi pathologies) demeurent insuffisantes pour la Direction générale de l'offre de soins pour disposer d'une vision d'ensemble et proposer les adaptations structurelles en corollaire, ainsi que des modifications dans l'état d'esprit et les pratiques professionnelles. Afin de mieux définir une politique d'organisation territoriale des soins, adaptée et adossée à des facteurs clés de réussite, la DGOS a donc souhaité disposer d'une étude visant à reconstituer les parcours d'un échantillon de personnes en situation de précarité et objectiver la réalité du caractère complexe de la prise en charge en identifiant, le cas échéant, les différents éléments de blocage, par types. In fine, il s'agit d'analyser la part de l'organisation dans les difficultés d'accès aux soins des publics «précaires» et de proposer des améliorations relatives à l'organisation de l'offre de soins, en termes d'information, de modalités de prise en charge et de suivi, de coordination des acteurs,...afin que les populations en situation de précarité bénéficient «du juste enchaînement et au bon moment des différentes compétences professionnelles liées directement ou indirectement aux soins. les résultats sont présentés dans ce rapport réalisé par deux sociétés de consultants.

Schmitt, K. et Sicsic, M. (2017). "Estimation avancée du taux de pauvreté et des indicateurs d'inégalités." Insee Focus(70)

http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=if38

L'Insee publie tous les ans, en septembre, le taux de pauvreté et les principaux indicateurs d'inégalités de niveau de vie pour l'avant-dernière année. Il a ainsi publié en septembre 2016 ces indicateurs pour l'année 2014. Comme il est souhaitable de disposer d'indicateurs plus précoces, l'Insee a décidé de publier en fin d'année N+1 une estimation avancée pour l'année N à l'aide d'une méthode expérimentale fondée sur la microsimulation. Mise en œuvre pour la première fois fin 2015 sur l'année 2014, cette méthode a fourni des résultats avancés pour 2014 proches des données définitives publiées en septembre 2016 : très légère hausse du taux de pauvreté et des inégalités mesurées par l'indice de Gini. Appliquée à l'année 2015, cette méthode indique une poursuite de la remontée du taux de pauvreté (+ 0,2 point) et, dans une moindre mesure, des inégalités (+ 0,003 pour l'indice de Gini). En 2015, le taux de pauvreté atteindrait 14,3 % de la population. Les données définitives seront publiées en septembre 2017

Médicaments / Pharmaceuticals

(2016). Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé. Sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient lors de son parcours de soins. Paris HAS

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2736453/fr/mettre-en-oeuvre-la-conciliation-des-traitements-medicamenteux-en-etablissement-de-sante

La conciliation des traitements médicamenteux est une démarche de prévention et d'interception des erreurs médicamenteuses visant à garantir la continuité de la prise en charge médicamenteuse du patient dans son parcours de soins. Parce que les multiples points de transition majorent le risque médicamenteux, elle repose sur la transmission et le partage des informations complètes et exactes des traitements du patient entre les professionnels de santé et le patient, tout au long de son parcours. Ce guide a pour objectif de sensibiliser et d'accompagner les professionnels et les patients à la conciliation médicamenteuse, en favorisant une mise en œuvre progressive de cette démarche et en facilitant son déploiement par la mise à disposition d'outils et de mise en situation éprouvés par les professionnels de santé.

Pajares Y Sanchez. C., et Saout, C. (2017). Prix et accès aux traitements médicamenteux innovants. Les Avis du Conseil Economique - Social et Environnemental. Paris CESE

http://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2017/2017_04_acces_medicaments_innovants.pdf

Les niveaux extrêmement élevés des prix récemment demandés par les industriels pour certains traitements innovants ont interpellé la communauté médicale, la société civile et l'opinion publique. Les stratégies pratiquées par plusieurs laboratoires pharmaceutiques suscitent de vives oppositions et les Français demandent plus de transparence dans la fixation des prix. Au-delà, c'est la crainte que notre pays se mette à sélectionner les bénéficiaires de ces traitements innovants qui est exprimée. Alors que l'ensemble de nos concitoyens comme les responsables publics confirment leur attachement au principe d'accès universel aux médicaments, le CESE a entendu, à travers cet avis, explorer les voies et moyens de sauvegarder ce modèle, qui constitue un des piliers de la cohésion sociale et de l'égalité en France. Ses préconisations, qui distinguent ce qui peut être traité dans le cadre national de ce qui relève d'une régulation européenne ou internationale, visent à sauvegarder juste rémunération de l'innovation et accès de tous aux nouveaux médicaments (résumé de l'éditeur).

Kyle, M. et Williams, H. L. (2017). Is American Health Care Uniquely Inefficient? Evidence from Prescription Drugs. NBER Working Paper Series ; n° 23068. Cambridge NBER

www.nber.org/papers/w23068

Alan Garber and Jonathan Skinner (2008) famously conjectured that the US health care system was "uniquely inefficient" relative to other countries. We test this idea using cross-country data on prescription drug sales newly linked with an arguably objective measure of relative therapeutic benefits, or drug quality. Specifically, we investigate how higher and lower quality drugs diffuse in the US relative to Australia, Canada, Switzerland, and the UK. Our tabulations suggest that lower quality drugs diffuse more in the US relative to high quality drugs, compared to each of our four comparison countries – consistent with Garber and Skinner's conjecture.

Parkinson, B., et al. (2016). "Stratégies de désinvestissement des produits pharmaceutiques : une revue de littérature internationale." Questions d'Economie de la Santé (Irdes)(220)

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/220-strategies-de-desinvestissement-des-produits-pharmaceutiques.pdf>

Cette revue de littérature internationale vise à évaluer les politiques de désinvestissement partielles ou complètes de certains médicaments financés ou subventionnés par l'État dans cinq pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) : Australie, Canada, France, Nouvelle-Zélande et Royaume-Uni. Elle s'appuie sur une étude internationale publiée dans la revue

PharmacoEconomics en 2015. Le désinvestissement peut prendre deux formes, passive et active. La première n'est pas liée à l'intervention directe des pouvoirs publics : un médicament sera retiré du marché par le fabricant pour des raisons commerciales ou du fait de problèmes de sécurité. Le désinvestissement actif est porté par une volonté politique d'améliorer l'efficacité et la qualité des soins en allégeant la pression sur les budgets pharmaceutiques. Si les pays se sont davantage appuyés dans un premier temps sur le désinvestissement passif, ils ont tendance à recourir de plus en plus au désinvestissement actif. Les pouvoirs publics subissent des pressions croissantes pour désinvestir des médicaments à faible valeur thérapeutique afin de dégager une marge de manœuvre en faveur de nouveaux médicaments innovants à l'efficacité reconnue.

Methodologie – Statistique / Methodology - Statistics

Khaled, M. A., et al. (2016). A Framework for Testing the Equality Between the Health Concentration Curve and the 45-Degree Line. Brisbane University of Queensland
<http://www.uq.edu.au/economics/abstract/533.pdf>

The health concentration curve is the standard graphical tool to depict socioeconomic health inequality in the literature on health inequality. This paper shows that testing for the absence of socioeconomic health inequality is equivalent to testing if the regression function of health on income is a constant function that is equal to average health status. In consequence, any test for parametric specification of a regression function can be used to test for the absence of socioeconomic health inequality (subject to regularity conditions). Furthermore, this paper illustrates how to test for this equality using the Hardle and Mammen (1993) test for correct parametric regression functional form, and applies it to the National Health Survey 2014.

McDonough, I. K. et Millimet, D. L. (2016). Missing Data, Imputation, and Endogeneity. IZA Discussion Paper ; 10402. Bonn IZA
<http://ftp.iza.org/dp10402.pdf>

Basmann (Basmann, R.L., 1957, A generalized classical method of linear estimation of coefficients in a structural equation. *Econometrica* 25, 77-83; Basmann, R.L., 1959, The computation of generalized classical estimates of coefficients in a structural equation. *Econometrica* 27, 72-81) introduced two-stage least squares (2SLS). In subsequent work, Basmann (Basmann, R.L., F.L. Brown, W.S. Dawes and G.K. Schoepfle, 1971, Exact finite sample density functions of GCL estimators of structural coefficients in a leading exactly identifiable case. *Journal of the American Statistical Association* 66, 122-126) investigated its finite sample performance. Here, we build on this tradition focusing on the issue of 2SLS estimation of a structural model when data on the endogenous covariate is missing for some observations. Many such imputation techniques have been proposed in the literature. However, there is little guidance available for choosing among existing techniques, particularly when the covariate being imputed is endogenous. Moreover, because the finite sample bias of 2SLS is not monotonically decreasing in the degree of measurement accuracy, the most accurate imputation method is not necessarily the method that minimizes the bias of 2SLS. Instead, we explore imputation methods designed to increase the first-stage strength of the instrument(s), even if such methods entail lower imputation accuracy. We do so via simulations as well as with an application related to the medium-run effects of birth weight.

Thomas, S. (2016). A Standardized Method for the Evaluation of Adherence to Practice Guidelines. Department of Economics working paper series ; 2016-14. Hamilton McMaster University
<http://socserv.mcmaster.ca/econ/rsrch/papers/archive/McMasterEconWP2016-14.pdf>

Practice guidelines are widely used in medical settings as a means of improving efficiency and quality of care by aligning service provision with evidence of what is effective. The objective of this work is to propose a methodology for the effective evaluation of the match of clinical practice data with a practice guideline. The proposed methodology uses a combination of existing analytical techniques

which minimize the need for the analyst to specify a functional form for the process generating the clinical data. The methodology is illustrated in an application to a set of field data on the supplemental oxygen administration decisions of volunteer medical first responders. The result is a methodology for evaluation of guideline adherence which leverages existing patient care records and is generalizable across clinical contexts. In addition, the results are visually intuitive, supporting communication across diverse audiences.

Politique de santé / Health Policy

(2016). Avis relatif aux indicateurs d'évaluation du plan cancer 2014-2019. Paris HCSP

<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=590>

Le Plan cancer 2014-2019 se décline en 17 objectifs opérationnels structurés en 184 actions. Afin d'en permettre le suivi et l'évaluation, trois types d'indicateurs ont été proposés : de suivi, d'impact, et de résultats. L'avis du HCSP porte sur 12 indicateurs d'impact et 39 indicateurs de résultat pour répondre à la saisine de la Direction générale de la santé (DGS). Ayant pris acte de la qualité des fiches descriptives qui lui ont été communiquées, le HCSP a concentré son analyse sur le seul critère de la pertinence, mesurant la capacité d'un indicateur à rendre compte des objectifs auxquels il se rapporte. Le HCSP a également examiné les indicateurs au regard de la manière dont ils permettraient in fine de rendre compte des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS), dans la mesure où leur réduction est, en France, un enjeu majeur de santé publique. Le HCSP fait les constats suivants : la grande majorité des indicateurs sont pertinents, car ils permettent de rendre compte de l'atteinte de l'objectif auquel ils se rattachent, mais parfois de façon partielle. Ils ne rendent compte que de résultats quantitatifs et non de la modification qualitative visée par l'objectif. Les indicateurs sont de nature à permettre l'évaluation in fine du plan : ils sont nécessaires et utiles tout en restant souvent partiels ou limités. Les indicateurs retenus ne permettront pas, à la fin du plan, d'évaluer la progression des inégalités sociales et territoriales de santé même lorsque les enquêtes existantes permettent de le faire (résumé de l'éditeur).

(2016). France, portrait social. Edition 2016. Paris : Insee

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/2492313>

France, portrait social présente dans son édition 2016, dans un dossier qui lui est consacré, un éclairage sur la situation sociale des jeunes en France à partir d'une enquête inédite. Il s'agit de l'enquête nationale sur les ressources des jeunes (ENRJ) mise en place par la Drees et l'Insee. Son objectif est de mieux appréhender les ressources dont disposent les jeunes adultes. Par ailleurs, trois études analysent de manière approfondie différents aspects de la société française. L'une d'entre elles s'attache à analyser les déterminants des disparités de réussite scolaire des enfants d'immigrés. Une autre porte sur les réformes des prestations et prélèvements intervenues en 2015 qui opèrent une légère redistribution des 30 % les plus aisés vers le reste de la population. Enfin, comme chaque année dans France, portrait social, une quarantaine de fiches synthétiques, présentant les données essentielles et des comparaisons européennes, complètent ce panorama social. On compte notamment plusieurs fiches sur les niveaux de vie, la pauvreté et la redistribution monétaire.

(2016). Objectifs et indicateurs des résultats pour l'évaluation du PNSE3. Paris HCSP

<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=581>

Les 107 actions du troisième Plan national santé environnement (PNSE3, 2015-2019) visent à réduire les risques pour la santé qui pèsent sur la population générale et plus particulièrement sur les personnes les plus vulnérables ou exposées, et à diminuer les inégalités de santé qui sont liées aux déterminants environnementaux. Exprimées principalement en termes de moyens mobilisés et de processus mis en œuvre, les actions du PNSE3 peuvent difficilement, en l'état, faire l'objet d'une évaluation au terme du Plan. Le HCSP a été saisi par les ministères en charge de la Santé et de l'Environnement afin de formuler des propositions en vue de faciliter cette future évaluation des

effets du PNSE3. Dans ce rapport, le HCSP formule pour 63 actions ces propositions d'objectifs des résultats attendus de la mise en œuvre du Plan et identifie les indicateurs qui permettront de donner la mesure des avancées obtenues. Ces objectifs de résultats traduisent les modifications des conditions environnementales auxquelles sont exposées des populations qui sont attendues grâce à la mise en œuvre effective et efficace des actions du plan. Ils couvrent un grand nombre de domaines : air extérieur et intérieur, qualité des eaux, sites et sols pollués, risques émergents et ré-émergents, agents physiques, changement global, qualité de l'alimentation. Les systèmes d'information existants sur la qualité des milieux ou sur l'état de santé de la population, et susceptibles de produire les indicateurs de résultats pertinents ont été identifiés, à l'échelle nationale (cf. annexe technique). Les caractéristiques de ces indicateurs ont été analysées (résolution spatiale, temporelle et populationnelle ; facilité d'accès et d'exploitation). Des propositions ont été formulées pour améliorer l'accessibilité et l'opérationnalité de ces systèmes d'information. Ce travail contribue ainsi à l'évaluation à venir du PNSE3 et pourra dès maintenant servir aux différents acteurs en charge de l'élaboration des prochains plans régionaux santé environnement.

Caniard, E. (2016). Mieux soignés demain !, Paris : Cherche Midi

Le système de santé et de protection sociale français a beaucoup d'atouts mais peine à se réformer. Aucun nouveau progrès ne sera possible sans un engagement et une implication de tous les acteurs : soignants, patients, Sécurité sociale, mutuelles... auxquels l'État devrait faire confiance plutôt que d'agir en leur nom et place. C'est un important repositionnement qui est nécessaire pour chacun. Grâce au numérique, il sera possible de sortir d'une organisation figée depuis des décennies en créant les conditions d'un véritable parcours de santé, avec une prise en charge médicale personnalisée. À partir d'exemples précis, Étienne Caniard invite à une réflexion sur ces enjeux majeurs des politiques de santé, dont le principal objectif est de développer une médecine plus efficace, c'est-à-dire, enfin, une médecine plus humaine.

Lockwood, B. B. et Taubinsky, D. (2017). Regressive Sin Taxes. NBER Working Paper Series ; n° 23085. Cambridge NBER
www.nber.org/papers/w23085

A common objection to "sin taxes"—corrective taxes on goods like cigarettes, alcohol, and sugary drinks, which are believed to be over-consumed—is that they fall disproportionately on low-income consumers. This paper studies the interaction between corrective and redistributive motives in a general optimal taxation framework. On the one hand, redistributive concerns amplify the corrective benefits of a sin tax when sin good consumption is concentrated on the poor, even when bias and demand elasticities are constant across incomes. On the other hand, a sin tax can generate regressivity costs, raising more revenue from the poor than from the rich. Sin tax regressivity can be offset by targeted transfers or income tax reforms if differences in sin good consumption are driven by income effects, but not if they are driven by preference heterogeneity, and not if the indirect incentives the sin tax generates for labor supply decisions are not salient. The price elasticity of demand determines the extent to which corrective benefits versus regressivity costs determine the size of the optimal tax. We implement our optimal tax formulas in a calibrated model of sugar-sweetened beverage consumption for a range of parameter values suggested by empirical work.

Prévision-Evaluation / Prevision – Evaluation

Bourgueil, Y./ dir.. (2016). L'évaluation économique et la recherche sur les services de santé. Les rapports de l'Irdes ; 565. Paris IRDES
<http://www.irdes.fr/recherche/rapports/565-l-evaluation-economique-et-la-recherche-sur-les-services-de-sante.pdf>

Ce rapport présente les actes du colloque international organisé par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) en collaboration avec l'Institut de recherche et

documentation en économie de la santé (Irdes), à Paris, le 1er décembre 2014. Les acteurs en situation de gérer les ressources collectives en santé doivent effectuer de multiples choix : priorités d'actions, programmes de prévention, allocation de ressources, modes d'organisation, de rémunération... L'objectif de ce colloque a été de présenter des méthodes et des travaux d'évaluation qui permettent d'éclairer la décision publique et l'engagement dans les processus de changement des organisations de soins. La nette amélioration de la finesse des données de santé collectées ainsi que le développement des méthodes d'analyse transforment la façon de répondre à ces problématiques. L'évaluation économique et la recherche sur les services de santé apportent des éléments d'objectivation et d'analyse qui sont à même d'enrichir les débats et de renforcer la légitimité de décisions publiques souvent au cœur d'intérêts contradictoires. Cette journée s'est inscrite dans la perspective d'un renforcement des démarches d'évaluation. Elle a visé à apporter des repères méthodologiques et à développer les échanges au travers d'expériences internationales et françaises. Ces expériences, aussi bien nationales que régionales, permettront des regards croisés sur les modalités d'élaboration, de mise en œuvre et d'utilisation pour l'action publique de travaux d'évaluation économique et de recherche sur les services de santé.

Soins de santé primaires / Primary Health Care

(2017). Improving patient access to general practice. Londres NAO

<https://www.nao.org.uk/wp-content/uploads/2017/01/Improving-patient-access-general-practice.pdf>

This report examines the structures and mechanisms that exist to improve patient access to general practice. The main body of the report starts with an overview of how access to general practice is currently managed (Part One) before covering the support given to general practice to improve access (Part Two) and availability of funding and staffing (Part Three).

(2017). "Patients pris en charge dans une maison de santé pluridisciplinaire, impact sur trois postes de remboursement : hospitalisations, visites à domicile et consultations chez le dentiste." Synthèse

<http://www.msa.fr/lfr/documents/98830/9488297/Synth%C3%A8se+-+Patients+en+maison+de+sant%C3%A9%20pluridisciplinaire+en+2013.pdf>

Afin d'apprécier et d'évaluer l'impact économique de prise en charge des patients au sein d'une maison de santé pluridisciplinaire, la consommation de soins ambulatoires des patients tous régimes de plus de 70 ans dont le médecin traitant exerce dans l'une des six maisons de santé pluridisciplinaire (MSP) accompagnées historiquement par la MSA, a été comparée à celle des ressortissants du régime agricole de la même tranche d'âge en 2013, indépendamment de la structure ambulatoire de prise en charge. Une première étude a montré que le montant moyen des dépenses du 1er groupe était inférieur de 12 % à celui du second. Dans ce deuxième volet, l'intérêt est porté sur l'impact de l'exercice de groupe sur le recours à l'hospitalisation. Il ressort que les hospitalisations non programmées et les hospitalisations évitables sont moins importantes chez les ressortissants du régime agricole que chez les patients des MSP. Le recours aux visites à domicile effectuées par les généralistes est également exploré dans cette étude, elles s'étaient révélées plus coûteuses dans la première étude chez les patients dont le médecin traitant exerce en MSP. La présente étude ne met pas en évidence un poids plus important des visites dans l'activité des médecins généralistes exerçant en MSP. Par ailleurs, aucune différence significative n'est mise en évidence dans la comparaison de la consommation de soins dentaires entre les deux groupes.

Agha, L., et al. (2017). Causes and Consequences of Fragmented Care Delivery: Theory, Evidence, and Public Policy. NBER Working Paper Series ; n° 23078. Cambridge NBER

www.nber.org/papers/w23078

Fragmented health care occurs when care is spread out across a large number of poorly coordinated providers. We analyze care fragmentation, an important source of inefficiency in the US healthcare system, by combining an economic model of regional practice styles with an empirical study of

Medicare enrollees who move across regions. Roughly sixty percent of cross-regional variation in care fragmentation is independent of patients' clinical needs or preferences for care. A one standard deviation increase in regional fragmentation is associated with a 10% increase in utilization. Our analysis also identifies conditions under which anti-fragmentation policies can improve efficiency.

Bodenheimer, T., et al. (2016). High-Functioning Primary Care Residency Clinics. Building Blocks for Providing Excellent Care and Training

<https://members.aamc.org/eweb/upload/AAMC-UCSF%20Primary%20Care%20Residency%20Innovation%20Report.pdf>

As health systems adapt to focus increasingly on maximizing the value of care they deliver, more and more are coming to recognize the importance of improving efficiency and quality at the interface of primary care and specialty care. The report includes innovations in practice and training for each of the above building blocks, undertaken by leading primary care residency programs across the country. The report is based on comprehensive site visits to 23 resident teaching clinics conducted from 2013 to 2015.

Oxholm, A. S. (2016). Physician Response to Target-Based Performance Payment. COHERE discussion paper No. 9/2016. Odense University of Southern Denmark

http://www.sdu.dk/-/media/files/om_sdu/centre/cohere/working+papers/2016/wp_2016_9.pdf

In many health care systems payers reward physicians for reaching predetermined performance targets. These targets may be based on measures for which own performance is difficult to predict. This paper uses a principal-agent model to analyse physicians' response to a target-based performance payment and the role uncertainty about own performance plays. It is shown that physicians' response depends on their type (determined by abilities and preferences), the size of the performance payment, and their uncertainty about own performance. Only in the presence of uncertainty do all physician types respond to the target payment, and they respond by increasing effort. Meanwhile, increased uncertainty leads some physician types to reduce the magnitude of their response and other types to increase their response. Therefore, when designing target-based payment schemes it is important to perform baseline measurements to assess the distribution of physician types and to predict physicians' ability to assess own performance.

Safon, M. O. (2017). La médecine spécialisée libérale en France : éléments de bibliographie. Paris : Irdes

<http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-medecine-specialisee-liberale-en-france.pdf>

Le système de santé français repose sur une architecture mixte : hôpital public et médecine libérale. La particularité du secteur libéral est d'associer une médecine générale de qualité à une médecine plus spécialisée efficace. La médecine libérale spécialisée de proximité a un rôle majeur dans le système de soins français, apportant une expertise efficace et le plus souvent rapide auprès des patients, mais elle demeure souvent méconnue des pouvoirs publics et en manque de reconnaissance. L'objectif de cette bibliographie est de recenser les sources d'information (ouvrages, rapports, articles scientifiques, littérature grise, sites institutionnels...) sur la médecine spécialisée en France dans la période s'étendant de 2000 à 2016. Les aspects ciblés sont les suivants : sociologie de la profession ; organisation des soins et relations conventionnelles ; coopération professionnelle ; formation médicale ; démographie médicale ; revenus et modes de rémunération. Quelques études comparées internationales figurent à la fin de cette bibliographie.

Systèmes de santé / Health Systems

(2017). Caring for quality in health : lessons learnt from 15 reviews of Health Care Quality. Paris OCDE
<http://www.oecd.org/els/health-systems/Caring-for-Quality-in-Health-Final-report.pdf>

Over the past four years, the OECD has conducted a series of in-depth reviews of the policies and institutions that underpin the measurement and improvement of health care quality in 15 different health systems. Caring for Quality in Health: Lessons learnt from 15 reviews of health care quality seeks to answer the question of what caring for quality means for a modern health care system by identifying what policies and approaches work best in improving quality of care. Despite differences in health care system priorities, and in how quality-improvement tools are designed and applied, a number of common approaches and shared challenges emerged across the 15 OECD Reviews of Health Care Quality analysed. The most important of these concerns transparency. Governments should encourage, and where appropriate require, health systems and health care providers to be open about the effectiveness, safety and patient-centredness of care they provide. More measures of patient outcomes are also needed - especially those reported by patients themselves. These should underpin standards, guidelines, incentives and innovations in service delivery. Greater transparency can lead to optimisation of both quality and efficiency – twin objectives which reinforce, rather than subvert, each other. In practical terms, greater transparency and better performance can be supported by changes in where and how care is delivered; changes in the roles of patients and professionals; and employing tools such as data and incentives more effectively. Key actions in these three areas are set out in the 12 lessons presented in this synthesis report.

Charlesworth, A., et al. (2016). Efficiency measurement for policy formation and evaluation. Health system efficiency: How to make measurement matter for policy and management. Copenhagen : OMS Bureau régional de l'Europe

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/324283/Health-System-Efficiency-How-make-measurement-matter-policy-management.pdf

Ce chapitre examine le rôle que peuvent jouer les mesures de l'efficacité dans l'élaboration et l'évaluation des choix de politique dans les pays à revenu intermédiaire et à revenu élevé, en utilisant un cadre conceptuel de développement de politiques contre lequel un certain nombre d'exemples de pays sont évalués.

Cylus, J. é., et al. (2016). Health system efficiency: How to make measurement matter for policy and management. Paris OMS Bureau régional de l'Europe.

<http://www.euro.who.int/fr/about-us/partners/observatory/publications/studies/health-system-efficiency-how-to-make-measurement-matter-for-policy-and-management>

Efficiency is one of the central preoccupations of health policy-makers and managers, and justifiably so. Inefficient care can lead to unnecessarily poor outcomes for patients, either in terms of their health, or in their experience of the health system. What is more, inefficiency anywhere in the system is likely to deny health improvement to patients who might have been treated if resources had been used better. Improving efficiency is therefore a compelling policy goal, especially in systems facing serious resource constraints. The desire for greater efficiency motivates a great deal of decision-making, but the routine use of efficiency metrics to guide decisions is severely lacking. To improve efficiency in the health system we must first be able to measure it and must therefore ensure that our metrics are relevant and useful for policy-makers and managers. In this book the authors explore the state of the art on efficiency measurement in health systems and international experts offer insights into the pitfalls and potential associated with various measurement techniques

Ham, C., et al. (2016). Improving quality in the English NHS: a strategy for action. London The King's Fund

https://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/Improving-quality-Kings-Fund-February-2016.pdf

The NHS in England faces the immense challenge of bringing about improvements in patient care at a time of growing financial and workload pressures. It is expected to deliver productivity improvements of £22 billion by 2020/21 as well as implement new commitments such as seven-day working. It is doing so in the context of workforce shortages among key clinical groups and evidence of high levels of work-related stress among staff (Health and Safety Executive 2015). The Spending Review has committed additional resources to the NHS yet, even so, health care spending as a share of GDP is forecast to fall by the end of this parliament (Appleby 2015). The purpose of this paper is not to reopen debate about the adequacy of planned funding, challenging as that is. Rather, its aim is to argue that the English NHS cannot hope to meet the health care needs of the population without a coherent, comprehensive, unifying and sustained commitment to quality improvement as its principal strategy.

Smatana, M., et al. (2016). Health system review : Slovakia, Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/325784/HiT-Slovakia.pdf

The Slovak health system is based on universal coverage, compulsory health insurance, a basic benefit package and a competitive insurance model with selective contracting of health care providers. However, 14 years after the introduction of a competitive insurance model, some health indicators, such as life expectancy, healthy life years and avoidable deaths, are troubling. This hints at persistent room for improvement in the delivery of care, especially primary and long-term care. Additionally, inequity in the distribution of health providers, resulting in lengthy travelling distances and waiting times for patients, needs to be addressed, especially as, given the ageing workforce, this trend is likely to continue. Allocative efficiency also remains a challenge for the Slovak health system. For instance, the parallel systems of HICs, and the lack of data sharing capacity, promote repetitive testing and this contributes to the second highest spending on ancillary services in the EU in 2013. On the one hand, there is a strong will to improve the Slovak health system, for example the current strategic documents and reform efforts by the Ministry of Health aim at a complete overhaul of enduring inefficiencies in the Slovak health system. On the other hand, health policy has been unstable over the last years and characterised by two rigid ideological positions. Key features of the 2002 reform are still the topic of heated debate and consequent modifications. For instance, user fees were introduced to make patients share the costs of health service provision, and, whilst set at a very low level, these were subsequently subject to several changes and will be abolished completely in the near future (résumé de l'éditeur).

Technologies médicales – E-santé / Medical Technologies –E-Health

(2017). Expérimentations relatives à la prise en charge par télémedecine – Rapport préalable. St Denis La Plaine HAS

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2742462/fr/experimentations-relatives-a-la-prise-en-charge-par-telemedecine-rapport-prealable

La télémedecine est une forme de pratique médicale à distance fondée sur l'utilisation des technologies de l'information et de la communication. Elle fait l'objet, depuis 2011, d'une stratégie nationale de déploiement. Dans ce contexte, l'article 36 de la loi n°2013-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2014 permet la réalisation d'expérimentations à compter du 1er janvier 2014 pour une durée de 4 ans, dans 9 régions pilotes : Alsace, Basse-Normandie, Bourgogne, Centre, Haute-Normandie, Languedoc-Roussillon, Martinique, Pays de la Loire et Picardie. Les expérimentations ont pour objectif de déployer des organisations de télémedecine au bénéfice de patients pris en charge en ville ou en structures médico-sociales et de proposer des modes de financement préfigurateurs pour les actes réalisés. Au terme de ces expérimentations, la HAS est chargée de réaliser une évaluation en vue d'une généralisation, qui fait l'objet d'un rapport transmis au Parlement par le ministre chargé de la santé. Les conditions de mise en œuvre de ces expérimentations doivent être définies dans un

cahier des charges arrêté par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le démarrage des expérimentations n'étant pas effectif à ce jour, la HAS n'a pas été en mesure d'en réaliser l'évaluation. Le présent rapport est donc un rapport préalable qui retrace les principales étapes de l'élaboration des cahiers des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par télémédecine en deux temps : cadre expérimental initial, avec la publication du cahier des charges relatif à la prise en charge par télémédecine des plaies chroniques et/ou complexes ; évolution du cadre des expérimentations, avec la publication du cahier des charges dit « générique » en vigueur relatif aux actes de téléconsultation et téléexpertise.

(2016). GT 28 CSF. Créer les conditions d'un développement vertueux des objets connectés et des applications mobiles en santé. Paris CSIS

<http://social-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/e-sante/article/objets-connectes-et-applications-mobiles-en-sante>

Le ministère des Affaires sociales et de la Santé (Délégation à la Stratégie des Systèmes d'Information de Santé), le ministère de l'Économie, de l'Industrie et du Numérique, et les Fédérations d'industriels regroupés au sein de l'alliance eHealth France (SNITEM, LESSIS, Syntec Numérique, LEEM, FEIMA) ont achevé leurs travaux dans le cadre du Comité Stratégique de Filière Santé et publient le rapport élaboré par le groupe de travail sur la thématique de la santé mobile (GT 28). Afin de « Créer les conditions d'un développement vertueux des objets connectés et des applications mobiles en santé », ils proposent la mise en œuvre d'un référentiel de labellisation avec un focus sur la fiabilité médicale, la protection des données et la cybersécurité.

Ehrel, C. et De Laraudière, L. (2016). Rapport d'information sur les objets connectés. Paris Assemblée nationale: 147.

<http://www.assemblee-nationale.fr/14/pdf/rap-info/i4362.pdf>

Internet connaît aujourd'hui une extension inédite avec le développement des objets connectés. Jusqu'alors, internet se concevait comme la capacité des personnes de communiquer à tout moment et en tout lieu ; avec les objets connectés, le monde physique peut désormais communiquer, que ce soit pour des relations de personnes à personnes, de personnes à objets ou d'objets à objets. Partant, les importantes potentialités offertes par ce qu'il a été convenu d'appeler « l'internet des objets » (IoT, Internet of Things) sont encore, pour la plupart, à explorer. Sommes-nous à l'aube d'une nouvelle révolution technologique ? Le présent rapport détaille de façon précise les services que les objets connectés sont amenés à rendre, individuellement et collectivement : les objets connectés ne sont donc pas que les « gadgets technologiques » qui occupent régulièrement la rubrique des actualités insolites de la presse.

Paris, V., et al. (2017). New Health Technologies : Managing Access, Value and Sustainability. Paris OCDE.

<http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/8116251e.pdf>

This report discusses the need for an integrated and cyclical approach to managing health technology in order to mitigate clinical and financial risks, and ensure acceptable value for money. The analysis considers how health systems and policy makers should adapt in terms of development, assessment and uptake of health technologies. The first chapter provides an examination of adoption and impact of medical technology in the past and how health systems are preparing for continuation of such trends in the future. Subsequent chapters examine the need to balance innovation, value, and access for pharmaceuticals and medical devices, respectively, followed by a consideration of their combined promise in the area of precision medicine. The final chapter examines how health systems can make better use of health data and digital technologies. The report focuses on opportunities linked to new and emerging technologies as well as current challenges faced by policy makers, and suggests a new governance framework to address these challenges.

Travail et santé / Occupational Health

Ben Halima, B., et al. (2016). L'impact du diagnostic du cancer sur les transitions professionnelles en France. Une étude sur données de panel administratives. Document de travail ; 188. Noisy Le Grand : CEE

<http://www.cee-recherche.fr/publications/document-de-travail/limpact-du-diagnostic-du-cancer-sur-les-transitions-professionnelles-en-france>

Dans cette étude, nous mesurons l'impact d'un choc de santé sévère, le diagnostic d'un cancer, sur la mobilité des individus entre quatre situations professionnelles. Nous estimons des matrices de transition annuelle entre l'emploi permanent, l'emploi non permanent, le chômage et l'inactivité, afin de comparer les expériences de mobilité pour deux populations : 3 168 individus atteints d'un cancer entre 2006 et 2009, 282 035 individus sélectionnés dans la population générale, sans maladie chronique. Plusieurs modèles sont estimés : le premier en stratifiant selon le genre quel que soit le site du cancer, le deuxième pour la population de femmes atteintes d'un cancer du sein, le dernier pour les hommes touchés par un cancer de la prostate (résumé d'auteur).

Berniell, I. et Bietenbeck, J. (2017). The effects of working hours on health. IZA Discussion Papers Series ; 10524. Bonn IZA

Does working time causally affect workers' health? We study this question in the context of a French reform which reduced the standard workweek from 39 to 35 hours, at constant earnings. Our empirical analysis exploits variation in the adoption of this shorter workweek across employers, which is mainly driven by institutional features of the reform and thus exogenous to workers' health. Difference-in-differences and lagged dependent variable regressions reveal a negative effect of working hours on self-reported health and positive effects on smoking and body mass index, though the latter is imprecisely estimated. Results are robust to accounting for endogenous job mobility and differ by workers' occupations.

Callison, K. et Pesko, M. F. (2016). The Effect of Mandatory Paid Sick Leave Laws on Labor Market Outcomes, Health Care Utilization, and Health Behaviors. Upjohn Institute for Employment Research Working Paper ; 2016-265. Kalamazoo W.E. Upjohn Institute for Employment Research
http://research.upjohn.org/up_workingpapers/265/

We evaluate the impact of paid sick leave (PSL) mandates on labor market outcomes, the utilization of health care services, and health behaviors for private sector workers in the United States. By exploiting geographic and temporal variation in PSL mandate adoption, we compare changes in outcomes for workers in counties affected by a PSL mandate to changes for those in counties with no mandate. Additionally, we rely on within-county variation in the propensity to gain PSL following a mandate to estimate policy effects for workers most likely to acquire coverage. Results indicate that PSL mandates lead to increased access to PSL benefits, especially for women without a college degree. We find that PSL laws reduce average weekly hours worked and private sector employment, but appear to have no effect on job tenure or labor force participation. PSL mandates are associated with sizable reductions in emergency department utilization and increases in general practitioner visits. Finally, we present suggestive evidence that PSL mandates lead to more days binge drinking

Cohidon, C., et al. (2016). Surveillance de la santé mentale au travail - Le programme Samotrace. Volet en entreprises. Régions Centre, Pays de la Loire et Poitou-Charentes, 2006-2008. Saint-Maurice Santé Publique France
http://invs.santepubliquefrance.fr/content/download/133050/476629/version/4/file/rapport_surveillance_sante_mentale_travail_programme_samotrace.pdf

Le programme Samotrace a pour objectif de décrire la prévalence des problèmes de santé mentale en milieu de travail et leurs expositions professionnelles associées. L'échantillon (6 056 personnes) a été constitué par tirage au sort de salariés surveillés par un réseau de médecins du travail dans les régions

Centre, Pays de la Loire et Poitou-Charentes entre 2006 et 2008. L'environnement psychosocial au travail était décrit principalement par la tension au travail de Karasek, le déséquilibre efforts/récompenses de Siegrist, l'exposition aux violences physiques et psychiques. Trois indicateurs de santé mentale étaient explorés : la souffrance psychique (GHQ28), les problèmes d'alcool et la consommation de médicaments psychotropes. Les catégories d'employés et d'ouvriers étaient généralement les plus exposées aux facteurs professionnels psychosociaux. On trouvait peu de différences de prévalence de troubles de santé mentale selon la catégorie sociale mais celle-ci semblait plus élevée chez les femmes et dans les secteurs de la production et distribution d'électricité, de gaz et d'eau, des activités financières et de l'administration publique. Des liens entre certaines expositions psychosociales et la souffrance psychique ainsi que la consommation de psychotropes étaient décrits ; aucun lien n'était observé avec les problèmes d'alcool. Ce travail montre que les risques professionnels psychosociaux diffèrent généralement selon l'indicateur considéré aussi bien pour les problèmes de santé mentale que pour les expositions psychosociales associées. Néanmoins certaines tendances globales peuvent être dégagées et orienter des études complémentaires.

Sebastien, R., et al. (2017). Assessing the Propensity for Presenteeism with Sickness Absence Data. COHERE discussion paper No. 1/2017. Odense University of Southern Denmark
http://www.sdu.dk/-/media/files/om_sdu/centre/cohere/working+papers/2017/wp_2017_01.pdf

Presenteeism occurs when an employee attends work while sick or unwell. It is a major Human Resource and organizational issue: in addition to productivity losses, presenteeism is believed to increase sickness absence and decrease self-rated health. However, by its very nature, presenteeism cannot be monitored in the same manner as sickness absence. We show how the probability of presenteeism can be estimated from simple absence data by means of a zero-inflated binomial regression analysis (ZINB). The approach is validated on a Danish data set that contains self-reported sickness absence and presenteeism, whereas causality and reliability are verified by conducting Monte-Carlo simulations. The objective of paper was to explore how far the traditional but costly tool used to assess presenteeism behaviour, a questionnaire, could advantageously be replaced by a statistical approach that relies on easily available information on sickness. We show that the ZINB model captures presenteeism well via the inflation process and delivers insight on both absenteeism and presenteeism. Using Monte Carlo simulations, we further highlight that the model can be used to compute a global indicator, propensity for presenteeism, even when important assumptions are violated.

Van Den Berg, G. J., et al. (2017). The role of sickness in the evaluation of job search assistance and sanctions. Working papers ; 2017:1. Uppsala IFAU

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. Based on a large inflow sample into unemployment of male job seekers in West Germany in the year 2000, 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 multispell 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. In our setting, with relatively severe sanctions, around 9 percent of sickness absence during unemployment is induced by vacancy referrals.

Vieillessement / Ageing

(2017). **Projections démographiques. Dossier du 25 janvier 2017**. Paris : COR

<http://www.cor-retraites.fr/article480.html>

L'INSEE réalise tous les cinq ans environ des projections démographiques pour la France, sur lesquelles le COR s'appuie pour réaliser ses projections financières à long terme du système de retraite. L'INSEE vient de publier fin octobre 2016 de nouvelles projections à l'horizon 2070, auxquelles la première partie du présent dossier est consacrée. Si l'espérance de vie continue de progresser, qu'en est-il de l'espérance de vie sans incapacité, et plus particulièrement à la retraite ? La deuxième partie du dossier aborde cette problématique. La troisième partie, consacrée à l'influence des conditions de carrière professionnelle sur l'état de santé des retraités, complète le dossier de la séance du COR du 23 novembre 2016 consacrée aux liens entre santé et départ à la retraite. Les projections démographiques de l'INSEE seront suivies, dans les premiers mois de l'année 2017, par des projections de population active prenant en compte, outre la démographie, les taux d'activité projetés pour chaque tranche d'âge. Les projections du COR en vue du rapport annuel de juin 2017 et du rapport thématique de septembre 2017 s'appuieront sur ces projections.

Abeliansky, A. L. et Strulik, H. (2017). How we fall apart: Similarities of human aging in 10 European countries. *CEGE Discussion paper series ; 301*. Göttingen Center for European Governance and Economic Development Research. (C.E.G.E.)

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2908330

We analyze human aging, understood as health deficit accumulation, for a panel of European individuals. For that purpose, we use four waves of the Survey of Health, Aging and Retirement in Europe (SHARE dataset) and construct a health deficit index. Results from log-linear regressions suggest that, on average, elderly European men and women develop about 2.5 percent more health deficits from one birthday to the next. In non-linear regression (akin to the Gompertz-Makeham model), however, we find much greater rates of aging and large differences between men and women as well as between countries. Interestingly, these differences follow a particular regularity (akin to the compensation effect of mortality). They suggest an age at which average health deficits converge for men and women and across countries..

Blanpain, N. et Buisson, G. (2016). "21 000 centenaires en 2016 en France, 270 000 en 2070 ?" *Insee Première*(1620)

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/2496218>

Au 1er janvier 2016, 21 000 centenaires vivent en France : c'est près de vingt fois plus qu'en 1970. Cinq centenaires sur six sont des femmes et parmi les « supercentenaires », c'est-à-dire les personnes de 110 ans ou plus, il n'y a quasiment que des femmes. Près d'un centenaire sur deux vit à domicile, qu'il soit seul, en couple, ou avec une autre personne que son conjoint. Les hommes centenaires, plus souvent en couple, sont plus fréquemment à leur domicile que les femmes. En 2070, neuf femmes sur dix et huit hommes sur dix nés en 1990 deviendraient octogénaires, tandis que 13 % des femmes et 5 % des hommes nés en 1970 atteindraient leur centième anniversaire. Si les tendances actuelles se prolongent, la France pourrait compter à cette date 270 000 centenaires, soit treize fois plus qu'aujourd'hui.

Kolodziej, I. W. K. et Garcia-Gomez, P. The causal effects of retirement on mental health: Looking beyond the mean effects. *Ruhr Economic Papers; 668*. Bochum Ruhr-Universität Bochum

<http://econpapers.repec.org/RePEc:zbw:rwirep:668>

We analyze the causal effect of retirement on mental health, exploiting differences in retirement eligibility ages across countries and over time using data from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. We estimate not only average effects, but also use distributional regression to examine whether these effects are unequally distributed across the mental health distribution. We

find unequally distributed protective effects of retirement on mental health. These gains are larger among those above the clinically defined threshold of being at risk of depression. The preserving effects are larger for women, blue collar workers and those in social networks.