

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

7 octobre 2016 / October, the 7th 2016

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Contacts

Espace documentation : documentation@irdes.fr

Marie-Odile Safon : safon@irdes.fr

Véronique Suhard : suhard@irdes.fr

Sommaire

Assurance maladie / Health Insurance 6

- (2016). La participation des assurés au financement de leurs dépenses de santé : une charge croissante, une protection maladie à redéfinir 6
- (2016). La prise en charge des affections de longue durée : une dynamique non maîtrisée, une gestion médicalisée de la dépense à mettre en œuvre 6
- (2016). Les soins bucco-dentaires : une action publique à restaurer, une prise en charge à refonder..... 6
- Barnes, K., et al. (2016). Financial Risk Protection from Social Health Insurance..... 6
- Einav, L., et al. (2016). Bunching at The Kink: Implications for Spending Responses to Health Insurance Contracts..... 7
- Geruso, M. (2016). Demand Heterogeneity in Insurance Markets: Implications for Equity and Efficiency. 7
- Glied, S., et al. (2016). "How the ACA's Health Insurance Expansions Have Affected Out-of-Pocket Cost-Sharing and Spending on Premiums." 7

Economie de la santé / Health Economics 8

- (2016). The Cost of Air Pollution : Strengthening the Economic Case for Action 8
- (2016). HEDIC : Health expenditures by diseases and conditions. 2016 Edition. 8
- (2016). Les dépenses de santé en 2015 : résultats des Comptes de la santé. Edition 2016..... 8
- (2016). Sécurité sociale : Rapport 2016 sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale..... 9
- Bapt, G., et al. (2016). Rapport d'information sur la mise en application de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2016 9
- Caby, D. (2016). "Obésité : quelles conséquences pour l'économie et comment les limiter?" 9
- Cookson, R., et al. (2016). Fairer Decisions, Better Health for All: Health Equity and Cost-Effectiveness Analysis..... 9
- Gil, J., et al. (2016). The effects of non-adherence on health care utilisation: panel data evidence on uncontrolled diabetes. 10
- Grangier, J. et Guibert, G. (2016). Une estimation partielle des dépenses de prévention sanitaire. 10
- Legendre, B. et Le Duigou, S. (2016). Retraite et vulnérabilité aux dépenses de santé 10

Ozdamar, O. et Giovanis, E. (2016). The Link between Health Condition Costs and Standard of Living Through Out-of- Pocket Health Expenditures and Labour Market Outcomes in Turkey: A Structural Equation Modelling	11
Etat de santé / Health Status	11
(2016). Women’s health and well-being in Europe: beyond the mortality advantage.....	12
Fitzpatrick, M. D. et Moore, T. J. (2016). The Mortality Effects of Retirement: Evidence from Social Security Eligibility at Age 62	12
Struffolino, E., et al. (2016). "La santé perçue des mères de familles monoparentales en Suisse : le rôle de l'activité professionnelle et de l'éducation."	12
Hôpital / Hospitals	12
(2016). La modernisation des systèmes d’information hospitaliers : une contribution à l’efficacité du système de soins à renforcer	12
Eliason, P. L., et al. (2016). Strategic Patient Discharge: The Case of Long-Term Care Hospitals .	13
Norton, E. C., et al. (2016). Moneyball in Medicare	13
Shepard, S. (2016). Hospital Network Competition and Adverse Selection: Evidence from the Massachusetts Health Insurance Exchange	13
Médicaments / Pharmaceuticals	13
(2016). Etude de l’observance médicamenteuse des patients diabétiques de type II en Île-de-France.	13
(2016). Les entreprises du médicament en France : bilan économique. Edition 2016.	14
Brennan, H., et al. (2016). "A Prescription for Excessive Drug Pricing: Leveraging Government Patent Use for Health."	14
Renwick, M. J., et al. (2016). Targeting innovation in antibiotic drug discovery and development The need for a One Health – One Europe – One World Framework.	14
Méthodologie – Statistique / Methodology - Statistics	14
Kowalski, A. E. (2016). Doing More When You're Running LATE: Applying Marginal Treatment Effect Methods to Examine Treatment Effect Heterogeneity in Experiments	14
Politique de santé / Health Policy	15
Alberti, C., et al. (2016). ABCDaire de santé publique	15
Phillips, C. V. (2016). Understanding the basic economics of tobacco harm reduction.	15
Prévention / Prevention	15

(2016). Plan d'action pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles dans la Région européenne de l'OMS. 15

Prévision – Evaluation / Prevision - Evaluation 16

Desplatz, R. et Ferracci, M. (2016). Comment évaluer l'impact des politiques publiques 16

Soins de santé primaires / Primary Health Care 16

(2016). Démographie médicale en cancérologie - État des lieux..... 16

(2016). Les mobilités internationales des quatre professions de santé : flux entrants et sortants des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pharmaciens..... 16

Berchet, C. et Nader, C. (2016). The organisation of out-of hours primary care in OECD countries. 16

Britt, H., et al. (2016). General Practice activity in Australia 2015-2016 17

Buchan, J., et al. (2016). Staffing matters; funding counts. Workforce profile and trends in the English NHS..... 17

Lefevre, C., et al. (2016). Le soin : approches contemporaines..... 17

Masters, S. et Brown, L. (2016). "Pay for performance: Australian landscape, international efforts, and impact on practice." 18

Pettigrew, L., et al. (2016). Large-scale general practice in England: What can we learn from the literature?..... 18

Strumpf, E., et al. (2016). The Impact of Team-Based Primary Care on Health Care Services Utilization and Costs: Quebec's Family Medicine Groups..... 18

Van Den Hombergh, P., et al. (2016). "Patient experiences with family medicine: a longitudinal study after the Dutch health care reforms in 2006." 18

Systèmes de santé / Health Systems 19

Emmerson, C., et al. (2016). Brexit and the UK's Public Finances..... 19

Groene, P. (2016). "Priorities for health systems strengthening in the WHO European Region." 19

Technologies médicales / Medical Technologies 19

Detournay, B. (2016). Les insuffisances en matière d'équipements d'imagerie médicale en France : étude sur les délais d'attente pour un rendez-vous IRM en 2016. Étude pour le Snitem 19

Travail et santé / Occupational Health 20

(2016). Indicateurs de sinistralité au travail France Allemagne 2010-2014..... 20

Goldin, C. et Katz, L. F. (2016). Women Working Longer: Facts and Some Explanations. 20

Lusardi, A. et Mitchell, O. S. (2016). Older Women's Labor Market Attachment, Retirement Planning, and Household Debt..... 20

Mette, C. (2016). "Quelle influence des conditions de travail sur la consommation de tabac ?" 21

Vieillesse / Ageing 21

(2016). Aide à domicile aux personnes âgées : le guide des bonnes pratiques..... 21

(2016). De la silver économie à la silver autonomie. 21

(2016). "État des lieux 2015 des dispositifs." 22

Canta, C., et al. (2016). "Maybe "honor thy father and thy mother": uncertain family aid and the design of social long term care insurance. 22

Humphries, R., et al. (2016). Social care for older people. Home truths. 22

Kappeler, A., et al. (2016). Raising Well-Being in Germany's Ageing Society 23

Matthews, F., et al. (2016). "Who Lives Where and Does It Matter? Changes in the Health Profiles of Older People Living in Long Term Care and the Community over Two Decades in a High Income Country." 23

Roquebert, Q. et Tenand, M. (2016). Pay less, consume more? Estimating the price elasticity of demand for home care services of the disabled elderly. 23

Van Den Bosh, K. (2016). Measuring social protection for older people with long-term care needs in Belgium. A report on the completion of an OECD data collection questionnaire..... 24

Assurance maladie / Health Insurance

(2016). La participation des assurés au financement de leurs dépenses de santé : une charge croissante, une protection maladie à redéfinir. In : Rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale. Paris : Cour des Comptes

<http://www.ccomptes.fr/Accueil/Publications/Publications/La-securite-sociale4>

Ce rapport de la Cour des comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale s'inscrit dans le cadre de sa mission constitutionnelle d'assistance au Parlement et au Gouvernement. Un des chapitres analyse l'évolution de la prise en charge des soins par les assurés. La Cour a constaté que si la part globale de financement des dépenses de santé par l'assurance maladie, après avoir diminué avant 2012, revenait depuis lors vers le niveau qui était le sien à la fin des années 1990, ce retour, en grande partie lié à l'effet de structure induit par la progression rapide des effectifs de patients en affection de longue durée, s'était accompagné d'une érosion progressive des niveaux individuels de prise en charge des autres dépenses de santé. Elle a aussi examiné les modalités d'intervention des organismes complémentaires, qui jouent un rôle progressivement croissant dans le financement des restes à charge après intervention de l'assurance maladie, en constatant qu'elles s'accompagnaient de coûts élevés pour les assurés comme pour la collectivité et d'inégalités dans les niveaux de prise en charge des dépenses de santé entre assurés. Devant le double constat, sur longue période, d'une dégradation des conditions de prise en charge par l'assurance maladie et d'un report croissant et coûteux vers les organismes complémentaires, un réexamen d'ensemble des modalités de couverture des dépenses de santé apparaît nécessaire.

(2016). La prise en charge des affections de longue durée : une dynamique non maîtrisée, une gestion médicalisée de la dépense à mettre en œuvre. In : Rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale. Paris : Cour des Comptes

<http://www.ccomptes.fr/Accueil/Publications/Publications/La-securite-sociale4>

Le rapport de la Cour des comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale s'inscrit dans le cadre de sa mission constitutionnelle d'assistance au Parlement et au Gouvernement. Un des chapitres analyse l'évolution de la prise en charge des affections de longue durée, les causes de ces évolutions et à apprécier la cohérence de ce dispositif dans un contexte qui s'est ainsi profondément transformé depuis son instauration sans que ses objectifs n'aient été redéfinis. Elle a constaté que le dispositif des affections de longue durée connaît une forte dynamique et représente une part prépondérante et croissante des dépenses d'assurance-maladie. Pour autant, les facteurs de ces évolutions sont encore insuffisamment analysés et les modalités de régulation des dépenses présentent des faiblesses persistantes). Mieux maîtriser ces dépenses appelle une gestion médicalisée plus construite, qui s'appuie en particulier sur une modernisation des modes de tarification et de rémunération des prises en charge des patients en affection de longue durée.

(2016). Les soins bucco-dentaires : une action publique à restaurer, une prise en charge à refonder.

In : Rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale. Paris : Cour des Comptes

<http://www.ccomptes.fr/Accueil/Publications/Publications/La-securite-sociale4>

Ce rapport de la Cour des comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale s'inscrit dans le cadre de sa mission constitutionnelle d'assistance au Parlement et au Gouvernement. Un des chapitres porte sur les soins dentaires dont la prise en charge par l'assurance maladie continue à se dégrader, non sans conséquences fortes en termes d'accès aux soins et de situation sanitaire d'une partie de la population. Les acteurs publics demeurent en effet dans une relation de faiblesse avec les professionnels. L'organisation des soins bucco-dentaires et leurs modalités de financement doivent ainsi être repensées en profondeur.

Barnes, K., et al. (2016). Financial Risk Protection from Social Health Insurance. NBER Working Paper series : n° 22620. Cambridge : NBER

www.nber.org/papers/w22620

This paper estimates the impact of social health insurance on financial risk reduction by utilizing data from a natural experiment created by the phased roll out of a social health insurance program for the poor in India. We estimate the impact of insurance on the distribution of out-of-pocket costs, frequency and amount of money borrowed for health reasons, and the likelihood of incurring catastrophic health expenditures. We use a stylized expected utility model to compute the welfare effects associated with changes due to insurance in the distribution of out-of-pocket.

Einav, L., et al. (2016). Bunching at The Kink: Implications for Spending Responses to Health Insurance Contracts. NBER Working Paper Series ; n° 22369. Cambridge : NBER

<http://www.nber.org/papers/w22369>

A large literature in empirical public finance relies on “bunching” to identify a behavioral response to non-linear incentives and to translate this response into an economic object to be used counterfactually. We conduct this type of analysis in the context of prescription drug insurance for the elderly in Medicare Part D, where a kink in the individual’s budget set generates substantial bunching in annual drug expenditure around the famous “donut hole.” We show that different alternative economic models can match the basic bunching pattern, but have very different quantitative implications for the counterfactual spending response to alternative insurance contracts. These findings illustrate the importance of modeling choices in mapping a compelling reduced form pattern into an economic object of interest.

Geruso, M. (2016). Demand Heterogeneity in Insurance Markets: Implications for Equity and Efficiency. NBER Working Paper series : n° 22440. Cambridge : NBER

www.nber.org/papers/w22440

In many markets insurers are barred from price discrimination on consumer characteristics like age, gender, and medical history. By themselves, such restrictions are known to exacerbate adverse selection problems. But the conventional wisdom—widely reflected in policy—is that with regulatory tools like premium subsidies, it is possible to address selection and induce efficient plan choices without price-discriminating. In this paper, I show why this conventional wisdom is wrong: As long as different sets of consumers (men and women, rich and poor, young and old) differ in their willingness-to-pay for insurance conditional on the losses they generate, then price discrimination across such groups is welfare-improving. The conventional wisdom is wrong because it implicitly assumes a one-to-one mapping from insurable risk to insurance valuation. I show that demand heterogeneity that breaks this one-to-one relationship is empirically relevant in a consumer health plan setting. Younger and older consumers and men and women reveal strikingly different demand for health insurance, conditional on their objective medical spending risk. This implies that these groups must face different prices in order to sort themselves efficiently across insurance contracts. The theoretical and empirical analysis highlights a previously unexplored, but fundamental, tradeoff between equity and efficiency that is unique to selection markets.

Glied, S., et al. (2016). "How the ACA’s Health Insurance Expansions Have Affected Out-of-Pocket Cost-Sharing and Spending on Premiums." Issue Brief

<http://www.commonwealthfund.org/publications/issue-briefs/2016/sep/aca-expansions-and-out-of-pocket-spending>

Issue: One important benefit gained by the millions of Americans with health insurance through the Affordable Care Act (ACA) is protection from high out-of-pocket health spending. While Medicaid unambiguously reduces out-of-pocket premium and medical costs for low-income people, it is less certain that marketplace coverage and other types of insurance purchased to comply with the law’s individual mandate also protect from high health spending. Goal: To compare out-of-pocket spending in 2014 to spending in 2013; assess how this spending changed in states where many people enrolled in the marketplaces relative to states where few people enrolled; and project the decline in the percentage of people paying high amounts out-of-pocket. Methods: Linear regression models were

used to estimate whether people under age 65 spent above certain thresholds. Key findings and conclusions: The probability of incurring high out-of-pocket costs and premium expenses declined as marketplace enrollment increased. The percentage reductions were greatest among those with incomes between 250 percent and 399 percent of poverty, those who were eligible for premium subsidies, and those who previously were uninsured or had very limited nongroup coverage. These effects appear largely attributable to marketplace enrollment rather than to other ACA provisions or to economic trends.

Economie de la santé / Health Economics

(2016). The Cost of Air Pollution : Strengthening the Economic Case for Action. Washington : Banque mondiale

<https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/25013>

Cette étude a pour but de mesurer le coût des décès prématurés liés à la pollution de l'air afin de fournir des arguments économiques en faveur de la lutte contre ce type de pollution et de faciliter la prise de décisions prioritaires dans un contexte de rareté des ressources. On estime que les maladies liées à la pollution de l'air extérieur et intérieur ont provoqué la mort de 5,5 millions de personnes en 2013. Si l'on envisage les pertes sous l'angle du bien-être, selon une méthode couramment utilisée pour évaluer les coûts et les bénéfices des réglementations environnementales dans un pays donné, le coût total des décès prématurés dus à la pollution de l'air, toutes tranches d'âge confondues, est estimé à plus de 5 000 milliards de dollars en 2013. En Asie de l'Est et en Asie du Sud, ces « pertes de bien-être » représentaient l'équivalent d'environ 7,5 % du PIB.

(2016). HEDIC : Health expenditures by diseases and conditions. 2016 Edition. Luxembourg: Office des publications officielles de l'Union européenne

<http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3888793/7605571/KS-TC-16-008-EN-N.pdf>

Ce papier présente les résultats du projet HEDIC dont l'objectif est d'obtenir des informations statistiques sur le coût des maladies en établissant un lien entre les données sur les dépenses de santé et les caractéristiques des patients.

(2016). Les chiffres clés de la Sécurité sociale 2015. Paris : Ministère chargé de la santé

http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/chiffres_cles_ed_2016_web.pdf

Publiée chaque année, cette publication rassemble les principales données chiffrées des recettes, dépenses et prestations pour chaque branche de la Sécurité sociale. Elle met en avant les équilibres financiers, les principaux indicateurs de la performance du service public de la Sécurité sociale (qualité de service, accueils téléphonique et physique, délais de traitement, coûts de gestion, dématérialisation, mise en œuvre des politiques de sécurité sociale), les programmes de qualité et d'efficacité, et présente des données relatives au RSI et à la MSA. Un organigramme institutionnel au 1er juillet 2016 complète le document.

(2016). Les dépenses de santé en 2015 : résultats des Comptes de la santé. Edition 2016. Panorama de la Drees Santé. Paris : Ministère chargé de la Santé

<http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/recueils-annuels/panoramas-de-la-drees/article/les-depenses-de-sante-en-2015-resultats-des-comptes-de-la-sante>

En 2015, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) est de 194,6 milliards d'euros. Elle progresse de 1,8 %, soit légèrement moins rapidement que le PIB en valeur (+1,9 %), contrairement à la période 2012-2014 où sa croissance était supérieure à celle du PIB. La France consacre, au total, 11 % de son PIB à la santé, tout comme la Suède, l'Allemagne et les Pays-Bas. La Sécurité sociale finance plus des trois quarts de la CSBM et les organismes complémentaires 13,3 %. La part restant à la charge

des ménages recule pour la quatrième année consécutive et atteint 8,4 % en 2015. Les ménages consacrent ainsi un peu moins de 250 euros par habitant à leur consommation de santé, soit moins que la plupart de leurs voisins européens. Les dépenses de santé en 2015 – édition 2016 présentent également un éclairage sur les dépenses de prévention sanitaire, qui représenteraient plus de 4,8 % de la CSBM, en 2014.

(2016). Sécurité sociale : Rapport 2016 sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale. Paris : Cour des Comptes

<http://www.ccomptes.fr/Accueil/Publications/Publications/La-securite-sociale4>

Ce rapport de la Cour des comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale s'inscrit dans le cadre de sa mission constitutionnelle d'assistance au Parlement et au Gouvernement. L'édition 2016 souligne que la réduction du déficit de la sécurité sociale s'est poursuivie en 2015. Toutefois, celui-ci reste élevé et sa persistance demeure une anomalie singulière au regard de la plupart de nos voisins. Le redressement des comptes sociaux devrait se poursuivre en 2016, sans certitude sur le calendrier du nécessaire retour à l'équilibre. Par ailleurs, un tel rétablissement ne se justifie pas seulement pour des raisons financières, mais aussi pour mettre un terme à l'érosion sur longue période de la protection assurée par l'assurance maladie, qui compromet l'égal accès de tous aux soins. La Cour examine en ce sens les évolutions, préoccupantes à plusieurs égards, du dispositif de prise en charge des dépenses de santé au cours de la dernière décennie.

Bapt, G., et al. (2016). Rapport d'information sur la mise en application de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2016. Paris : Assemblée nationale

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/164000466-rapport-d-information-depose-par-la-commission-des-affaires-sociales-sur-la-mise?xtor=EPR-526>

En application de l'article 145-7 du Règlement de l'Assemblée nationale, ce rapport fait état des textes réglementaires publiés pour la mise en oeuvre de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2016, ainsi que des dispositions qui n'auraient pas fait l'objet des textes d'application nécessaires.

Caby, D. (2016). "Obésité : quelles conséquences pour l'économie et comment les limiter?" Lettre Trésor Eco(179)

<http://www.tresor.economie.gouv.fr/tresor-eco>

Le coût social de la surcharge pondérale avoisinait 20 Md€ (1 % du PIB) en 2012 soit un montant comparable à celui de l'alcool et du tabac. Toutefois, le coût par individu concerné est largement inférieur à celui par personne alcoolique ou par fumeur puisque bien plus d'individus sont concernés par la surcharge pondérale. De plus, les comportements individuels ne doivent être stigmatisés puisque, contrairement à l'alcool et au tabac qui dépendent des comportements individuels, les causes de l'obésité sont multiples (qualité des aliments consommés, déterminants génétiques etc.). Si des mesures pertinentes ont déjà été mises en oeuvre pour tenter de contenir la hausse du nombre de personnes en excès de poids, elles peuvent encore sembler insuffisantes face aux risques sanitaires encourus et notamment l'augmentation prévisionnelle du nombre de personnes obèses et en surpoids (33,0 millions en 2030 contre 24,6 en 2012). Les mesures de prévention passées ont principalement mis l'accent sur les campagnes d'information de masse. Il semble possible de renforcer les incitations pour les médecins à développer la prévention et d'améliorer l'efficacité des taxes nutritionnelles pour qu'elles infléchissent de manière plus marquée les comportements.

Cookson, R., et al. (2016). Fairer Decisions, Better Health for All: Health Equity and Cost-Effectiveness Analysis. CHE Research Paper Series ;135. York : University of York

https://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP135_fairer_decisions_health_equality_cost-effectiveness.pdf

This report provides a non-technical introduction to practical methods for using cost-effectiveness

analysis to address health equity concerns, with applications to low-, middle- and high-income countries. These methods can provide information about the likely impacts of alternative health policy decisions on inequalities in health, financial risk protection and other health-related outcomes that may be considered unfair, allowing for the distribution of costs as well as benefits. They can also provide information about the trade-offs that sometimes arise between improving total health and reducing health inequalities of different kinds. We distinguish three general ways of using cost-effectiveness analysis to address health equity concerns: (1) equity impact analysis, which quantifies the distribution of costs and effects across a population by equity-relevant variables such as socioeconomic status, ethnicity, location, gender, age and severity of illness; (2) equity constraint analysis, which counts the cost of choosing fairer but less cost-effective options; and (3) equity weighting analysis, which uses equity weights or parameters to explore how much concern for equity is required to choose fairer but less cost-effective options. We hope this report will raise awareness of the practical tools of cost-effectiveness analysis that are now available to help give health care and public health policy makers a better understanding of who gains and who loses from their priority setting decisions.

Gil, J., et al. (2016). The effects of non-adherence on health care utilisation: panel data evidence on uncontrolled diabetes. Working paper ; 16/07. Londres : University of York
<https://www.york.ac.uk/media/economics/documents/hedg/workingpapers/1607.pdf>

Despite size and relevance of non-adherence to health treatments, robust evidence on its effects on health care utilisation is very limited. We focus on non-adherence to diabetes treatments, a widespread problem, and employ longitudinal administrative data from Spain (2004-2010) to identify and quantify the effects of uncontrolled type 2 diabetes on health care utilisation. We use a biomarker (glycated haemoglobin, HbA1c) to detect the presence of uncontrolled diabetes and explore its effects on both primary and secondary health care. We estimate a range of panel count data models, including

Grangier, J. et Guibert, G. (2016). Une estimation partielle des dépenses de prévention sanitaire. In : Les dépenses de santé en 2015 : résultats des Comptes de la santé. Edition 2016. Paris : Ministère chargé de la Santé
<http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/eclairages-2.pdf>

Les comptes de la santé comptabilisent chaque année la prévention dite « institutionnelle » dans la dépense courante de santé (DCS). Celle-ci est financée ou organisée par des fonds et des programmes de prévention nationaux ou départementaux et ne représente qu'une partie des dépenses de santé à visée préventive. Les autres actes de prévention sanitaire financés par l'assurance maladie et les ménages, comme ceux effectués par les médecins traitants lors de consultations médicales ordinaires, sont intégrés dans la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), avec la consommation de soins de médecins généralistes, mais n'y sont pas distingués. La prise en charge des facteurs de risque (prise en charge de la dépendance alcoolique, sevrage tabagique, traitement médicamenteux et suivi de l'hypertension artérielle...) n'est pas non plus comptabilisée dans la prévention institutionnelle ; les soins concernés sont en revanche inclus dans la CSBM. Par exemple, les patchs anti-tabac font partie de la consommation de médicaments et les conseils du médecin pour arrêter de fumer sont comptabilisés dans la consommation de soins de médecins généralistes. Parvenir à cartographier l'ensemble des dépenses de prévention sanitaire suppose donc d'identifier, d'isoler et de comptabiliser également les soins préventifs disséminés au sein de la CSBM. Une telle estimation est délicate, pour deux raisons : • d'une part, elle doit s'appuyer sur une définition précise de la prévention, dont la délimitation peut être discutable ; • d'autre part, les informations disponibles au sein du système d'information ne sont pas toujours suffisantes pour identifier finement ces actions de prévention. En 2016, un groupe de travail, piloté par la DREES et la DGS, a été mis en place afin d'améliorer la méthodologie utilisée pour estimer les dépenses de prévention (encadré 1). Dans l'attente des conclusions de ce groupe, le champ retenu pour la prévention et la méthodologie adoptée ici sont issues des travaux de l'IRDES de 2008.

Legendre, B. et Le Duigou, S. (2016). Retraite et vulnérabilité aux dépenses de santé. Noisy-le-Grand : Pôle documentation de l'Irdes / Irdes Documentation centre – Marie-Odile Safon, Véronique Suhard Page 10 sur 24
www.irdes.fr/documentation/actualites.html
www.irdes.fr/documentation/veille-bibliographique-en-economie-de-la-sante.html
www.irdes.fr/english/documentation/watch-on-health-economics-literature.html

IRES

http://www.ires.fr/images/files/EtudesAO/CFECGC/EtudeCFE_CGC_retraite_et_vulnerabilite_aux_depenses_de_sante_2016.pdf

Ce projet de recherche propose d'évaluer l'impact du passage à la retraite sur la vulnérabilité des ménages français face au poids que représentent les dépenses de santé dans leur budget. Les ménages connaissent en effet lors de leur passage à la retraite une rupture de couverture complémentaire qui a un impact direct sur le montant de leurs dépenses de santé. Nous caractériserons la vulnérabilité et mobiliserons les données de l'enquête européenne SHARE pour la mesurer. Une analyse toutes choses égales par ailleurs nous permettra d'analyser l'impact du départ en retraite et d'un certain nombre d'autres déterminants sur cette vulnérabilité. Notre contribution sera double et répondra à de grands enjeux économiques et sociaux actuels. Elle permettra de questionner le caractère équitable du système d'assurance maladie dans sa forme actuelle, et de proposer des orientations de politiques publiques en matière de financement de la santé, dans un contexte où la nécessité de réformer le système de protection sociale pour assurer sa soutenabilité financière ne fait plus débat.

Ozdamar, O. et Giovanis, E. (2016). The Link between Health Condition Costs and Standard of Living Through Out-of- Pocket Health Expenditures and Labour Market Outcomes in Turkey: A Structural Equation Modelling. Rochester : Social Science Electronic Publishing

http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2784949

This study employs a Structural Equation Modelling (SEM) to understand the effect of the costs related to health conditions of people on their standard of living (SoL) using the data from the cross-sectional Household Budget Survey (HBS) for the period 2002-2013 and the panel Income and Living Conditions Survey (ILCS) in Turkey during the period 2009-2012. Using HBS, it is tested whether out-of-pocket health expenditures (OOPEs), which is directly affected by the health conditions of people, contribute to the standard of living in a negative way. Using ILCS, it is examined the effect of labor market outcomes (wages and hours of work loss due to bad health conditions) on SoL. A Structural Equation model allows us to investigate all these concerns simultaneously. Referring health conditions, two different health-condition indices are constructed using two different datasets since they have various questions representing health status of people. Using HBS a health condition index is created regarding questions related to the mental and physical limitations (disability) of people. The second health condition index is created using ILCS that includes questions both related to disability and chronic diseases. The study extends the previous research by several ways. First, the application of a structural equation modelling (SEM) accounts for the measurement error both in the SoL and health-condition indices and it allows for the simultaneous estimation of the link between health condition costs and SoL through out-of-pocket expenditures as well as labor market outcomes using structural equations. Second, it will contribute to existing literature by analysing not only the impact of health condition costs but also the impact of health insurance types on OOPEs and therefore SoL. Third, using a propensity score matching, it creates comparable groups. Finally, the impact of disability and relevant OOPEs on transportation expenditures is analysed and their association with SoL is investigated. The results show that OOPEs and disability have a significant and negative impact on SoL. The disability related costs consist of the 24-30 per cent of the household income corresponding to monetary values ranging between 4,200-4,600 Turkish Liras (TL) per annum, while the respective values in terms of wages range between 1,000-1,200 TL. OOPEs costs are estimated at 2.5 per cent of the household income, which are equal at 540 TL per annum and OOPEs consist of 10 per cent of the non-wage household income corresponding to 870 TL per year. Moreover, the disability leads to significant increases of transportation expenditures and the associated costs are estimated at roughly 470 TL per year. However, when the households with members that have been disabled during the survey are compared with the non-disabled households, the disability costs reach 8,500 TL.

Etat de santé / Health Status

(2016). Women's health and well-being in Europe: beyond the mortality advantage, Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe
<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/gender/publications/2016/womens-health-and-well-being-in-europe-beyond-the-mortality-advantage-2016>

Women's health is at a crossroads. Countries endorsed global efforts to advance women's health by adopting the 2030 Agenda Sustainable Development and are taking them forward through the Sustainable Development Goals and the global strategy for women, children and adolescents' health. To strengthen action as part of advancing the Health 2020 agenda, in September 2016 the 66th session of the WHO Regional Committee for Europe will consider a strategy on women's health and well-being in the WHO European Region in 2017–2021. This report provides background to the strategy. It presents a snapshot of women's health in the Region; discusses the social, economic and environmental factors that determine women's health and well-being; focuses on the impact of gender-based discrimination and gender stereotypes; considers what the concept of people-centred health systems would need to entail to respond to women's needs; and considers perspectives important for the international and national frameworks that govern women's health and well-being in Europe (Résumé de l'éditeur).

Fitzpatrick, M. D. et Moore, T. J. (2016). The Mortality Effects of Retirement: Evidence from Social Security Eligibility at Age 62. Working Paper; 2016-7. Ann Arbor : Michigan Retirement Research Center
<http://crr.bc.edu/working-papers/the-mortality-effects-of-retirement-evidence-from-social-security-eligibility-at-age-62/>

Social Security eligibility begins at age 62, and approximately one third of Americans immediately claim benefits upon reaching that age. We study the link between retirement and health by examining whether mortality changes discontinuously at this threshold. Using mortality data that covers the entire U.S. population and includes exact dates of birth and death, we document a robust two percent increase in overall male mortality immediately after age 62. The rise in mortality is closely connected to changes in labor force participation, implying that mortality increases by approximately 20 percent among those who stop working because Social Security is available.

Struffolino, E., et al. (2016). "La santé perçue des mères de familles monoparentales en Suisse : le rôle de l'activité professionnelle et de l'éducation." *Population* 71(2)

Il est parfois difficile de travailler pour les mères de famille monoparentale, d'autant plus quand elles vivent dans un pays où peu de moyens sont mis en œuvre pour articuler travail rémunéré et charges parentales. Dans un tel contexte, est-il préférable de travailler et disposer de plus de ressources financières, au risque d'avoir une vie plus stressante, ou d'y renoncer ? Quel est le lien entre ces choix d'activité et la santé perçue ? Telle est la question que se posent cet article dans le contexte particulier de la Suisse où les mères avec de jeunes enfants à charge, quelle que soit leur situation conjugale, ne sont pas incitées par l'État à exercer une activité rémunérée à temps plein. Mobilisant le panel suisse des ménages, les auteures analysent les relations entre la santé perçue et l'exercice d'un travail rémunéré à temps plein ou à temps partiel, pour les mères seules relativement aux mères en couple, selon leur niveau d'instruction. Elles mettent en exergue un risque plus élevé de mauvaise santé déclarée pour les mères seules par rapport aux mères en couple, en particulier pour celles qui ne travaillent pas ou travaillent peu d'heures.

Hôpital / Hospitals

(2016). La modernisation des systèmes d'information hospitaliers : une contribution à l'efficience du système de soins à renforcer. Paris : Cour des Comptes
<http://www.ccomptes.fr/Accueil/Publications/Publications/La-securite-sociale4>

Ce rapport de la Cour des comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale s'inscrit dans le cadre de sa mission constitutionnelle d'assistance au Parlement et au Gouvernement. Un des chapitres fait un bilan des systèmes d'information à l'hôpital axés principalement sur l'informatique médicale et émet des recommandations pour en améliorer l'efficacité.

Eliason, P. L., et al. (2016). Strategic Patient Discharge: The Case of Long-Term Care Hospitals. NBER Working Paper series : n° 22598. Cambridge : NBER
www.nber.org/papers/w22598

Medicare's prospective payment system for long-term acute-care hospitals (LTCHs) gives providers modest reimbursements for short patient stays before jumping discontinuously to a large lump-sum payment after a pre-specified number of days. Using Medicare claims data, we show that LTCHs strategically discharge patients after they exceed the large-payment threshold. We find this behavior is more common among for-profit facilities, facilities acquired by leading LTCH chains, and facilities located within standard acute-care hospitals. Using a dynamic structural model, we evaluate counterfactual payment policies recently considered as alternatives for the existing scheme and find that they would provide substantial savings for CMS.

Norton, E. C., et al. (2016). Moneyball in Medicare. NBER Working Paper Series ; n° 22371. Cambridge : NBER
<http://www.nber.org/papers/w22371>

US policymakers place a high priority on tying Medicare payments to the value of care delivered. A critical part of this effort is the Hospital Value-based Purchasing Program (HVBP), which rewards or penalizes hospitals based on their quality and episode-based costs of care. Within HVBP, each patient affects hospital performance on a variety of quality and spending measures, and performance translates directly to changes in program points and ultimately dollars. In short, hospital revenue from a patient consists not only of the DRG payment, but also consists of that patient's marginal future reimbursement. We estimate the magnitude of the marginal future reimbursement for individual patients across each type of quality and performance measure. We describe how those incentives differ across hospitals, including integrated and safety-net hospitals. We find some evidence that hospitals improved their performance over time in the areas where they have the highest marginal incentives to improve care.

Shepard, S. (2016). Hospital Network Competition and Adverse Selection: Evidence from the Massachusetts Health Insurance Exchange. NBER Working Paper series : n° 22600. Cambridge : NBER
www.nber.org/papers/w22600

Health insurers increasingly compete on their covered networks of medical providers. Using data from Massachusetts' pioneer insurance exchange, I find substantial adverse selection against plans covering the most prestigious and expensive "star" hospitals. I highlight a theoretically distinct selection channel: these plans attract consumers loyal to the star hospitals and who tend to use their high-price care when sick. Using a structural model, I show that selection creates a strong incentive to exclude star hospitals but that standard policy solutions do not improve net welfare. A key reason is the connection between selection and moral hazard in star hospital use.

Médicaments / Pharmaceuticals

(2016). Etude de l'observance médicamenteuse des patients diabétiques de type II en Île-de-France. Paris :Ars Ile-de-France, IMS Health
<http://www.ars.iledefrance.sante.fr/Observance-medicamenteuse-des.193196.0.html>

En Île-de-France, 41% des patients atteints d'un diabète de type II ne sont pas observants. C'est le

principal enseignement d'une étude menée par l'Agence régionale de santé Île-de-France et IMS Health. Ce phénomène touche davantage les patients ayant changé de traitement durant la phase d'étude et les patients initiant leur traitement. Menée à partir d'une cohorte de 73 168 patients franciliens atteints de diabète de type II, cette étude repose sur une évaluation de l'observance en fonction du territoire, du sexe, de l'âge, du type de prescripteur ou encore du schéma thérapeutique à partir de données de délivrance de médicaments en pharmacies de ville. L'étude a porté sur l'ensemble de l'Île-de-France et a ciblé en particulier trois territoires prioritaires pour cette pathologie à savoir la Seine-et-Marne (77), la Seine-Saint-Denis (93) et le Val d'Oise (95).

(2016). Les entreprises du médicament en France : bilan économique. Edition 2016. Paris : Leem
<http://www.leem.org/bilan-economique-des-entreprises-du-medicament-edition-2016>

Cette brochure dresse le bilan économique et statistique du secteur pharmaceutique en France. Elle présente les dernières données chiffrées relatives à l'industrie pharmaceutique (production et entreprises, emploi et localisation, chiffre d'affaires, bénéfices, investissements, recherche et développement).

Brennan, H., et al. (2016). "A Prescription for Excessive Drug Pricing: Leveraging Government Patent Use for Health." *The Yale Journal of Law and Technology* **18**(on line): 275-354.
http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2832948

High drug prices are creating serious health and fiscal problems in the United States today. This reality is vividly illustrated by recently approved medicines to treat Hepatitis C. These new medicines can cure nearly everyone with this potentially fatal infection and may even enable the elimination of this disease. But the drugs' sticker price—close to \$100,000—has meant that very few patients who could benefit from them can access them. This Article describes an approach, available under existing law, to bring about transformative reductions in the prices of these medicines, at least for federal programs and possibly beyond.

Renwick, M. J., et al. (2016). Targeting innovation in antibiotic drug discovery and development The need for a One Health – One Europe – One World Framework. *Health Policy series*; 45. Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe
<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/studies/targeting-innovation-in-antibiotic-drug-discovery-and-development-the-need-for-a-one-health-one-europe-one-world-framework-2016>

La résistance aux antimicrobiens est une crise mondiale qui menace la santé publique et la médecine moderne. La découverte et la mise au point de nouveaux produits antibiotiques s'avèrent par conséquent cruciales pour la combattre. Un grand nombre d'initiatives internationales, de l'Union européenne et nationales visent à surmonter les obstacles scientifiques, réglementaires et économiques aux innovations dans ce domaine. L'étude procède au recensement, à l'examen et à l'évaluation critique de ces initiatives, et délivre des recommandations politiques en vue d'améliorer les programmes mondiaux et européens de recherche-développement dans le domaine des médicaments antibiotiques

Méthodologie – Statistique / Methodology - Statistics

Kowalski, A. E. (2016). Doing More When You're Running LATE: Applying Marginal Treatment Effect Methods to Examine Treatment Effect Heterogeneity in Experiments. *NBER Working Paper series* : n° 22363. Cambridge : NBER
www.nber.org/papers/w22363

I examine treatment effect heterogeneity within an experiment to inform external validity. The local average treatment effect (LATE) gives an average treatment effect for compliers. I bound and estimate

average treatment effects for always takers and never takers by extending marginal treatment effect methods. I use these methods to separate selection from treatment effect heterogeneity, generalizing the comparison of OLS to LATE. Applying these methods to the Oregon Health Insurance Experiment, I find that the treatment effect of insurance on emergency room utilization decreases from always takers to compliers to never takers. Previous utilization explains a large share of the treatment effect heterogeneity. Extrapolations show that other expansions could increase or decrease utilization.

Politique de santé / Health Policy

Alberti, C., et al. (2016). ABCDaire de santé publique. Paris : Ellipses
http://www.editions-ellipses.fr/product_info.php?products_id=10311

Cet ouvrage collectif, fruit de la collaboration entre spécialistes venus de différentes disciplines, vise à offrir une vision synthétique de la santé publique en 85 fiches claires et concises, organisées sous la forme d'un abécédaire. Les notions fondamentales de la santé publique, classées par ordre alphabétique, y sont définies, analysées et illustrées à travers les données les plus récentes et des exemples tirés de situations concrètes. Qu'il s'agisse des principales institutions sanitaires en France et dans le monde, des concepts et des outils de l'épidémiologie, ou encore des grands problèmes de santé à l'échelle nationale ou internationale, ce sont tous les grands enjeux de la santé publique, qu'ils soient démographiques, économiques, ou encore politiques et sociaux, qui sont ici expliqués en termes simples et accessibles. Destiné prioritairement aux étudiants des filières médicales et paramédicales, pour qui il constituera un alphabet indispensable pour déchiffrer les mots de cette discipline complexe, il s'adresse aussi aux professionnels de santé et à toute personne intéressée par les problèmes de santé publique qui constituent sans nul doute un enjeu majeur de ce siècle.

Phillips, C. V. (2016). Understanding the basic economics of tobacco harm reduction. IEA Discussion Paper No.72. Londres : IEA
<https://iea.org.uk/publications/understanding-the-basic-economics-of-tobacco-harm-reduction/>

This report examines the economics behind smoking cessation policies and argues that minimising taxes on low-risk tobacco products (e-cigarettes or smokeless tobacco) has the potential to improve public health.

Prévention / Prevention

(2016). Plan d'action pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles dans la Région européenne de l'OMS. Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/319233/66rs11f_NCDs_160774.pdf

Le Bureau Europe de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) lance un nouveau plan d'action relatif aux maladies non transmissibles. Le plan a pour objectifs d'éviter les décès prématurés et de réduire de façon significative la charge de morbidité due aux maladies non transmissibles. Cet objectif sera notamment poursuivi par la mise en œuvre des mesures coordonnées, et plus largement par l'amélioration de la qualité de vie en recherchant une répartition plus équitable de l'espérance de vie en bonne santé. L'approche stratégique développée par ce plan relève d'une approche globale s'appuyant sur trois niveaux d'interventions que sont : les programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies, le ciblage des groupes et des individus à haut risque, l'amélioration de la couverture des traitements et des soins efficaces dans la population. A l'occasion du lancement de ce plan, l'Organisation a souligné le besoin urgent de mesures politiques communes afin que la région Europe atteigne les objectifs mondiaux en matière de réduction de la consommation de tabac, et de lutte contre la sédentarité et de l'obésité.

Prévision – Evaluation / Prevision - Evaluation

Desplatz, R. et Ferracci, M. (2016). Comment évaluer l'impact des politiques publiques ? Paris : France Stratégie

<http://www.strategie.gouv.fr/publications/evaluer-limpact-politiques-publiques>

Une politique publique qui fait la preuve de son efficacité voit sa légitimité renforcée. Mais réaliser une telle démonstration suppose de disposer de méthodes d'évaluation objectives et transparentes. Évaluer l'impact de nos politiques ne répond pas seulement à un impératif de bonne allocation des deniers publics. Il s'agit aussi et surtout d'améliorer l'efficacité des dispositions mises en œuvre. Encore faut-il pour cela disposer d'informations précises qui permettront d'arbitrer en faveur des solutions produisant les meilleurs résultats. Ce guide vise à présenter, de manière non technique, les différentes méthodes permettant d'atteindre cet objectif, en insistant sur les contraintes opérationnelles entourant la mise en œuvre des évaluations. Par souci d'homogénéité, il se limite à l'évaluation ex post, c'est-à-dire à celle qui porte sur des dispositifs existants, pour lesquels des données sont disponibles. Ce guide propose tout d'abord une définition de ce qu'est une évaluation d'impact et présente les différentes méthodes disponibles pour mesurer les effets d'un dispositif sur ses bénéficiaires. Puis il élargit la question à la mesure des effets indirects d'une politique et aux conséquences de son extension éventuelle. Il montre ensuite avec quelles méthodes l'on peut tenter d'analyser les raisons du succès ou de l'échec d'une politique, avant d'aborder la question de la comparaison de différentes politiques poursuivant un même objectif. La conclusion recense un certain nombre de recommandations à prendre en compte en vue d'une évaluation d'impact réussie. À ce titre, le guide insiste à la fois sur la nécessité de prendre en compte, dès l'élaboration d'une politique, les conditions de son évaluation ultérieure (notamment l'accès aux données utiles), et sur la complémentarité de différentes méthodes d'évaluation, indispensable pour comprendre l'ensemble des effets d'une politique donnée.

Soins de santé primaires / Primary Health Care

(2016). Démographie médicale en cancérologie - État des lieux. Appui à la décision / soins. Boulogne-Billancourt : INCA

<http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Demographie-medicale-en-cancerologie-Etat-des-lieux>

A partir des données de 2013, ce rapport fait état de la situation démographique de trois spécialités médicales intervenant dans le traitement du cancer : anatomo-cytopathologie, oncologie médicale et radiothérapie, afin d'étudier leurs disparités territoriales. Le classement des régions repose sur 3 indicateurs : le volume d'activité, le vieillissement et le renouvellement des professionnels.

(2016). Les mobilités internationales des quatre professions de santé : flux entrants et sortants des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pharmaciens. Paris : ONDPS

http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_ondps_fnors-2.pdf

Cette étude, réalisée en collaboration avec la Fédération nationale des observatoires régionaux de santé (Fnors), décrit, en termes de démographie médicale et d'environnement réglementaire, les mobilités de médecins, odontologistes, sages-femmes et pharmaciens (professionnels et étudiants) qui viennent exercer en France après des études à l'étranger ou qui, à l'inverse, n'exercent pas en France après leur cursus français d'études.

Berchet, C. et Nader, C. (2016). The organisation of out-of hours primary care in OECD countries.

OECD Health Working Papers ; 89. Paris : OCDE

http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/the-organisation-of-out-of-hours-primary-care-in-oecd-countries_5jlr3czbqw23-en

Out-of-hours (OOH) services provide urgent primary care when primary care physician (PCP) offices are closed, most often from 5pm on weekdays and all day on weekends and holidays. Based on a policy survey (covering 27 OECD countries) and the existing literature, the working paper describes the current challenges associated with the organisation of OOH primary care and reviews the existing models of delivering OOH primary care. The paper pays particular attention to policies which have been pursued to improve access and quality of OOH primary care. Findings of the paper show that most OECD health systems report key challenges to provide OOH primary care in an accessible and safe way. These challenges relate to (i) PCPs' reluctance to practise due to high workload and insufficient remuneration; and (ii) geographical variations in access to OOH primary care within each health system. Together these challenges are leading sources of inappropriate hospital emergency department (ED) visits. Results also indicate that several models of OOH primary care exist alongside each other in the 27 OECD countries participating in the policy survey. Hospital EDs, rota groups and practice-based services remain the most common OOH arrangements, but there is a tendency to shift OOH primary care towards primary care centres and large-scale organisations known as general practice cooperatives (GPCs). A range of solutions have been implemented to improve access and quality of OOH primary care across OECD countries. These include providing organisational and financial support to PCPs; using other health care professionals (such as nurse practitioners), making OOH care participation compulsory, setting up a telephone triage system, using new technologies, and developing rich information systems (résumé des auteurs)

Britt, H., et al. (2016). General Practice activity in Australia 2015-2016. Sydney: Sydney University Press
https://ses.library.usyd.edu.au/bitstream/2123/15514/5/9781743325148_ONLINE.pdf

This report describes clinical activity at, or associated with, general practitioner (GP) encounters from April 2015 to March 2016, inclusive. It summarises results from the 18th year of the Bettering the Evaluation and Care of Health (BEACH) program.

Buchan, J., et al. (2016). Staffing matters; funding counts. Workforce profile and trends in the English NHS. Londres : Health Foundation

<http://www.health.org.uk/publication/staffing-matters-funding-counts>

This study examines the profile and features of the NHS workforce in England, including; health labour market trends; relevant international data and comparisons from other countries; and a series of specific 'pressure points'. General practice and nursing workforces in particular are examined in detail – two key components that have been the subject of much recent policy analysis and media scrutiny – as areas that continue to need a strong policy focus. There is also a supplement giving more detailed information about the profile and recent trends of the workforce of the NHS in England.

Lefevre, C., et al. (2016). Le soin : approches contemporaines. Paris : Presses Universitaires de France
https://www.puf.com/content/Le_soin_approches_contemporaines

Depuis Claude Bernard jusqu'à la médecine fondée sur les preuves, quelle place la médecine scientifique fait-elle à la clinique et au soin du patient individuel ? De Freud à la prise en charge des vétérans souffrant de stress post-traumatique, en quoi le soin psychique permet-il de mieux comprendre la vie quotidienne avec la maladie et de questionner les critères du « bon soin » bien au-delà de la santé mentale ? De la compassion critiquée par Nietzsche à la reconnaissance de la vulnérabilité et de l'interdépendance des sujets promue par les éthiques du care, quelles sont les valeurs fondatrices du soin ? En quoi les savoirs médicaux, les relations sociales et les choix économiques les mettent-ils à l'épreuve, au point de faire parfois basculer le soin en son envers fait de domination et d'exclusion ? De Franz Fanon à Joan Tronto, les approches contemporaines du soin offertes ici ancrent le questionnement éthique dans les analyses anthropologiques et politiques dont il a résolument besoin.

Masters, S. et Brown, L. (2016). "Pay for performance: Australian landscape, international efforts, and impact on practice." RESEARCH ROUNDup 47

<http://www.phcris.org.au/publications/researchroundup/issues/47.php>

Fee-for-service (FFS) funding continues to dominate primary health care in Australia despite calls for reform. FFS, where providers bill for each service they provide, rewards increased activity. This may lead to over-servicing, increased costs (with no controls on prices charged), and negative impacts on quality of care. In contrast, pay-for-performance (P4P) approaches refer to payments to general practitioners (GPs) or practices, according to the number of times a certain standard of performance is met, and have been shown to improve quality.^{1; 2} Blended funding models have been trialled in Australia, with the 2011-14 Diabetes Care Project (DCP) incorporating P4P and flexible funding, while retaining FFS components. This article will examine P4P in the Australian primary health care context and provide lessons from both systematic reviews and international experiences of P4P in primary health care.

Pettigrew, L., et al. (2016). Large-scale general practice in England: What can we learn from the literature? Londres : The Nuffield Trust

<http://www.nuffieldtrust.org.uk/publications/large-scale-general-practice-literature>

Collaborative 'at-scale' models are increasingly being heralded as the answer to the formidable challenges facing general practice. NHS England has signalled that large-scale general practice organisations should form a core component of their vision for new care models set out in the Five Year Forward View. But can these organisations really deliver what is expected of them? This report presents findings of an extensive literature review examining the evidence.

Strumpf, E., et al. (2016). The Impact of Team-Based Primary Care on Health Care Services

Utilization and Costs: Quebec's Family Medicine Groups. Rochester : Social Science Electronic Publishing

http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2838439

We investigate the effects on health care costs and utilization of team-based primary care delivery: Quebec's Family Medicine Groups (FMGs). FMGs include extended hours, patient enrollment and multidisciplinary teams, but they maintain the same remuneration scheme (fee-for-service) as outside FMGs. In contrast to previous studies, we examine the impacts of organizational changes in primary care settings in the absence of changes to provider payment and outside integrated care systems. We built a panel of administrative data of the population of elderly and chronically ill patients, characterizing all individuals as FMG enrollees or not. Participation in FMGs is voluntary and we address potential selection bias by matching on GP propensity scores, using inverse probability of treatment weights at the patient level, and then estimating difference-in-differences models. We also use appropriate modelling strategies to account for the distributions of health care cost and utilization data. We find that FMGs significantly decrease patients' health care services utilization and costs in outpatient settings relative to patients not in FMGs. The number of primary care visits decreased by nearly 8% per patient per year among FMG enrollees and specialist visits declined by 5%. The declines in costs were of roughly equal magnitude. We found no evidence of an effect on ED visits, hospitalizations, or their associated costs. These results provide support for the idea that primary care organizational reforms can have impacts on the health care system in the absence of changes to physician payment mechanisms. The extent to which the decline in GP visits represents substitution with other primary care providers warrants further investigation.

Van Den Hombergh, P., et al. (2016). "Patient experiences with family medicine: a longitudinal study after the Dutch health care reforms in 2006." BMC Family Practice 17(118)

<https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-016-0519-7>

Background: In 2006 The Dutch Health Care system changed to a market oriented system. The GP remuneration changed from $\pm 2/3$ capitation patients and $1/3$ private patients before 2006 to a mixed

payment scheme. From 2006 onward every patient was insured and the GP received partly capitation, partly fees for consultations and for specific services. This change coincided with many other organisational changes in General Practice care. Our research question was if during the years after 2006 patient experiences of Dutch family practice had changed. We also wanted to explore the influence of patient and practice characteristics on patient experiences. Data on patient experiences were available from 2007 to 2012. Method: In a series of annual cross sectional patient surveys the performance of GPs and practices was measured. Patient sampling took place as a part of the Dutch accreditation program in 1657 practices involving 2966 GPs. Patients' experiences, gender, age, health status, and number of annual consultations were documented as well as the type and location of practices. Linear regression analysis was used to examine time trends in patient experiences and the impact of patient and practice characteristics. Results: 78,985 patients assessed the performance of 2966 GPs, and 45,773 patients assessed the organisation of 1657 practices. The number of patients with positive experiences increased significantly between 2007 and 2012; respectively 4.8 % for GPs (beta 0.20 and $p < 0.0001$) and 6.6 % for practices (beta 0.10, $p < 0.004$). Higher age, having no chronic illness, more frequent consultations and attending single-handed practices, predicted better patient experiences. Conclusions: In our evaluation of patient experiences with general practice care from 2007 to 2012 we found an increase of 4.8 % for GPs and 6.6 % for practices respectively. This improvement is significant. While no direct causation can be made, possible explanations may be found in the various reforms in Dutch family practice since 2006. More insight is needed into key determinants of this improvement before policymakers and care providers can attribute the improvement to these reforms.

Systèmes de santé / Health Systems

Emmerson, C., et al. (2016). Brexit and the UK's Public Finances. Londres : IFS
<http://www.ifs.org.uk/uploads/publications/comms/r116.pdf>

If the result of the referendum on 23 June leads to the UK leaving the EU, there will be impacts on the UK public finances. This report aims to set out the possible impacts, focusing particularly on the short run, given that the Chancellor wishes to achieve a budget balance by the end of this parliament. We also look at possible long-run consequences.

Groene, P. (2016). "Priorities for health systems strengthening in the WHO European Region."
Eurohealth 22(2)
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/312319/Eurohealth-volume22-number2-2016.pdf

Ce numéro d'Eurohealth se penche sur la manière dont les États membres de l'Union européenne renforcent leurs systèmes de santé. Les articles traitent des priorités pour le renforcement des systèmes de santé centrés sur la personne; du mouvement vers la couverture maladie universelle; d'amélioration de la main-d'œuvre en santé; d'accès équitable aux médicaments et aux technologies; et d'amélioration des systèmes d'information en santé..

Technologies médicales / Medical Technologies

Detournay, B. (2016). Les insuffisances en matière d'équipements d'imagerie médicale en France : étude sur les délais d'attente pour un rendez-vous IRM en 2016. Étude pour le Snitem. Bourg-La-Reine : Cemka-Eval
http://www.fnmr.org/document.aspx?article=4007&li=1&chemin=2016/07/4007/2016_enquete_ir_m_delais_d_attente.pdf

Cette enquête sur les délais est réalisée systématiquement depuis 2003 sur l'ensemble des services ou cabinets de radiologie disposant d'une IRM. Entre le 1er janvier 2003 et le 1er janvier 2015, le parc

d'équipements IRM soumis à autorisation a augmenté pour passer d'environ 230 appareils à 839 appareils installés en France Métropolitaine (hors équipements de recherche, militaires, vétérinaires, etc.). Pour autant le délai d'attente moyen pour un examen IRM en oncologie en France métropolitaine s'était stabilisé autour de 30 jours en moyenne en France métropolitaine ces dernières années. Ce délai restait, globalement, bien supérieur aux objectifs fixés dans les différents Plans Nationaux. On peut rappeler que le Plan Cancer 2014-2019 préconise ainsi une optimisation de l'utilisation et une adaptation du parc d'IRM, nécessaires pour réduire à un maximum de 20 jours le délai moyen d'accès à une IRM. Dans le même temps, les différentes études réalisées ont mis en évidence l'existence d'inégalités régionales considérables, tant en termes de taux d'équipements par million d'habitants variant du simple au double selon les régions, que de délais moyens d'obtention d'un rendez-vous. Il existe donc des situations locales encore plus alarmantes se traduisant par des pertes de chance pour certains patients. L'association ISA Imagerie Santé Avenir ayant cessé son activité, le SNITEM a décidé de poursuivre la démarche entreprise en prenant à son compte cette année la réalisation de l'enquête sur les délais. La méthodologie des enquêtes des années précédentes a été appliquée à l'identique afin d'examiner les évolutions observées et de déterminer si les recommandations formulées dans ce domaine ont été suivies d'effets tant au niveau de la réponse aux besoins de soins de la population qu'en matière d'équité dans l'accès aux examens sur le plan territorial.

Travail et santé / Occupational Health

(2016). Indicateurs de sinistralité au travail France Allemagne 2010-2014. Paris : Eurogip
[http://www.eurogip.fr/images/pdf/Sinistralite au travail FR-ALL 2010-2014 Eurogip118F.pdf](http://www.eurogip.fr/images/pdf/Sinistralite%20au%20travail%20FR-ALL%202010-2014%20Eurogip118F.pdf)

Afin de dégager des tendances et de permettre des comparaisons plus fines, EUROGIP publie des indicateurs bilatéraux relatifs à la sinistralité au travail en Allemagne et en France de 2010 à 2014. Les informations publiées dans ce document se veulent complémentaires des statistiques harmonisées publiées par Eurostat. L'enjeu pour EUROGIP est d'identifier, parmi les données disponibles pour les deux pays, celles permettant d'assurer à la fois une comparabilité des données et un suivi dans le temps. Aussi, ce document présente non seulement des données statistiques, mais aussi des éléments financiers, en particulier les rentes actives versées aux assurés suite à un accident du travail, un accident de trajet ou une maladie professionnelle. Enfin, il sera régulièrement mis à jour pour permettre un suivi cohérent des informations dans la durée. Les informations résultent de l'exploitation et de la mise en perspective par EUROGIP des données officielles des organismes compétents des deux pays considérés, à savoir la Direction des risques professionnels de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) en France et la Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) en Allemagne

Goldin, C. et Katz, L. F. (2016). Women Working Longer: Facts and Some Explanations. *NBER Working Paper series* : n° 22607. Cambridge : NBER
www.nber.org/papers/w22607

American women are working more, through their sixties and even into their seventies. Their increased participation at older ages started in the late 1980s before the turnaround in older men's labor force participation and the economic downturns of the 2000s. The higher labor force participation of older women consists disproportionately of those working at full-time jobs. Increased labor force participation of women in their older ages is part of the general increase in cohort labor force participation. Cohort effects, in turn, are mainly a function of educational advances and greater prior work experience. But labor force participation rates of the most recent cohorts in their forties are less than those for previous cohorts. It would appear that employment at older ages could stagnate or even decrease. But several other factors will be operating in an opposing direction leading us to conclude that women are likely to continue to work even longer.

Lusardi, A. et Mitchell, O. S. (2016). Older Women's Labor Market Attachment, Retirement

Planning, and Household Debt. NBER Working Paper series : n° 22606. Cambridge : NBER
www.nber.org/papers/w22606

The goal of this paper is to ascertain whether older women's current and anticipated future labor force patterns have changed over time, and if so, to evaluate the factors associated with longer work lives and plans to continue work at older ages. Using data from both the Health and Retirement Study (HRS) and the National Financial Capability Study (NFCS), we show that older women's current and intended future labor force attachment patterns are changing over time. Specifically, compared to our 1992 HRS baseline, more recent cohorts of women in their 50's and 60's are more likely to plan to work longer. When we explore the reasons for delayed retirement among older women, factors include education, more marital disruption, and fewer children than prior cohorts. But household finances also play a key role, in that older women today have more debt than previously and are more financially fragile than in the past. The NFCS data show that factors associated with retirement planning include having more education and greater financial literacy. Those who report excessive amounts of debt and are financially fragile are the least financially literate, had more dependent children, and experienced income shocks. Thus shocks do play a role in older women's debt status, but it is not enough to have resources: people also need the capacity to manage those resources if they are to stay out of debt as they head into retirement.

Mette, C. (2016). "Quelle influence des conditions de travail sur la consommation de tabac ?" Dares Analyses(041)

<http://dares.travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2016-041-2.pdf>

En 2006, 27 % des hommes et 21 % des femmes en emploi fument quotidiennement des cigarettes, des cigares ou la pipe. Les fumeurs sont plus nombreux parmi les personnes exposées aux contraintes physiques ou aux risques psychosociaux au cours de leur carrière. Entre 2006 et 2010, la consommation de tabac des hommes augmente quand s'aggravent les contraintes physiques et l'insécurité dans l'emploi. En revanche, un rythme de travail plus soutenu ne conduit pas à fumer plus, et réciproquement un rythme moins soutenu ne conduit pas à fumer moins. La consommation des femmes augmente quand leur travail devient plus difficile et leur emploi plus menacé. Elle diminue lorsqu'elles sont davantage en contact avec un public, que l'intensité de leur travail est moins forte et qu'elles gagnent en autonomie. En revanche, de façon plus inattendue, elle augmente quand leur travail est reconnu à sa juste valeur et diminue lorsqu'elles doivent davantage faire des choses qu'elles désapprouvent.

Vieillesse / Ageing

(2016). Aide à domicile aux personnes âgées : le guide des bonnes pratiques. Paris : Ministère chargé de la santé

http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/20160708_guide_des_bonnes_pratiques_de_l_aide_a_domicile_aux_personnes_agees.pdf

Ce guide a pour but de faciliter la mise en œuvre de la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, dite loi ASV, en France. Dans un souci de prévenir les disparités entre les territoires, le guide présente les différentes dispositions de la loi, les mesures adoptées pour faciliter sa mise en œuvre et des leçons tirées des bonnes et mauvaises pratiques.

(2016). De la silver économie à la silver autonomie. Paris : CNAV

https://www.lassuranceretraite.fr/portail-info/files/live/sites/pub-bootstrap/files/pdf/rapports-documents-reference/Rapport_silver-economie-a-Silver-autonomie.pdf

Ce rapport, qui s'inscrit pleinement dans les grandes orientations de la loi d'adaptation de la société au vieillissement, formalise l'ambition stratégique de l'Assurance Retraite : inciter les acteurs de la

"Silver économie" à développer des innovations numériques et technologiques en faveur du bien vieillir de tous les retraités et du maintien de l'autonomie des plus fragilisés. Depuis 2015, la Cnav a déjà financé 63 projets d'initiative territoriale sur les champs de sa politique de prévention : adaptation des logements individuels, soutien aux lieux de vie collectifs non médicalisés, prévention à domicile, lien social, aide aux aidants, ou encore accompagnement des publics fragiles. D'un montant total de près de 7 millions d'euros, ces 63 projets sont en cours et feront tous l'objet d'une évaluation visant à déterminer leur effet, leur accessibilité financière et les conditions de leur réplique sur d'autres territoires (extrait du communiqué de presse).

(2016). "État des lieux 2015 des dispositifs." Lettre de l'observatoire des Dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de La Maladie d'Alzheimer (La)(43-44)

http://www.fondation-mederic-alzheimer.org/content/download/22466/100069/file/Lettre%2043_44%20Web%20Ter.pdf

L'enquête 2015 de la Fondation Médéric Alzheimer a permis d'identifier 14 690 dispositifs, du lieu de diagnostic à l'accompagnement des aidants. Ces structures, dont certaines n'existaient pas lorsque la Fondation a commencé, il y a plus de dix ans, ce travail de repérage, se développent, et sont toujours davantage au plus près des besoins des personnes malades et de ceux qui les entourent. Les résultats de cette enquête permettent d'observer la montée en puissance des dispositifs créés par le troisième Plan Alzheimer et dont le déploiement se poursuit dans le cadre du Plan maladies neurodégénératives : dispositifs MAIA, plateformes d'accompagnement et de répit, UHR et PASA. Deux faits marquants sont à relever dans les résultats concernant les dispositifs « historiques ». Tout d'abord, l'augmentation du nombre d'accueils de jour ayant atteint le seuil de capacité fixé par les textes réglementaires, témoigne de la maturité de ce type de dispositif. Mais il convient surtout de souligner la progression significative du nombre d'établissements soucieux d'offrir une prise en charge et un accompagnement spécifiques pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée*. Le nombre de places dédiées augmente mais, plus important encore peut-être, le nombre d'établissements déclarant garder en leur sein les personnes qui auraient une maladie d'Alzheimer après leur entrée en établissement ou dont l'état se détériorerait, augmente (extrait de l'édito).

Canta, C., et al. (2016). "Maybe "honor thy father and thy mother": uncertain family aid and the design of social long term care insurance. Tse -530. Toulouse TSE

https://www.tse-fr.eu/sites/default/files/TSE/documents/doc/wp/2016/wp_tse_685.pdf

We study the role and design of private and public insurance programs when informal care is uncertain. Children's degree of altruism is represented by a parameter which is randomly distributed over some interval. The level of informal care on which dependent elderly can count is therefore random. Social insurance helps parents who receive a low level of care, but it comes at the cost of crowding out informal care. Crowding out occurs both at the intensive and the extensive margins. We consider two types of LTC policies. A topping up (TU) scheme provides a transfer which is non exclusive and can be supplemented. An opting out (OO) scheme is exclusive and cannot be topped up. TU will involve crowding out both at the intensive and the extensive margins, whereas OO will crowd out solely at the extensive margin. However, OO is not necessarily the dominant policy as it may exacerbate crowding out at the extensive margin. Finally, we show that the distortions of both policies can be mitigated by using an appropriately designed mixed policy.

Humphries, R., et al. (2016). Social care for older people. Home truths. Londres King's Fund Institute

<http://www.kingsfund.org.uk/publications/social-care-older-people>

This report looks at the current state of social care services for older people in England, through a combination of national data and interviews with local authorities, NHS and private providers, Healthwatch and other groups. It considers the impact of cuts in local authority spending on social care providers and on older people, their families and carers. Alongside this work, we were commissioned by the Richmond Group of Charities to interview older people about their experiences of social care.

Kappeler, A., et al. (2016). Raising Well-Being in Germany's Ageing Society. *Economics Department Working Paper; 1327.* Paris OCDE
http://www.oecd-ilibrary.org/economics/oecd-economic-surveys-germany-2016/raising-well-being-in-germany-s-ageing-society_eco_surveys-deu-2016-6-en

Le vieillissement démographique sera marqué en Allemagne, où il s'est amorcé plus tôt que dans la plupart des autres économies de l'OCDE. Il pourrait conduire à un recul important de l'emploi, ce qui pèserait sur le PIB par habitant, tout en augmentant la demande de services publics liés à la santé. L'Allemagne a déjà mis en œuvre de vastes réformes destinées à limiter les incidences du vieillissement de sa population au regard du revenu par habitant, du bien-être et de la viabilité des finances publiques. Cependant, des efforts supplémentaires s'imposent pour aider les travailleurs âgés à améliorer l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée et à adapter le nombre d'heures travaillées à leurs capacités et à leurs souhaits. De plus, des conditions de travail difficiles et des modes de vie préjudiciables à la santé contribuent à un mauvais état de santé autodéclaré et réduisent la capacité et la volonté de reporter le départ à la retraite. Il serait possible de développer la formation tout au long de la vie. Par ailleurs, dans la mesure où la générosité du système public de retraite ne pourra être maintenue, il convient d'accroître la contribution des régimes privés afin de garantir des niveaux de pension appropriés.

Matthews, F., et al. (2016). "Who Lives Where and Does It Matter? Changes in the Health Profiles of Older People Living in Long Term Care and the Community over Two Decades in a High Income Country." *Plos One* 11(9)
<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0131463>

There have been fundamental shifts in the attitude towards, access to and nature of long term care in high income countries. The proportion and profile of the older population living in such settings varies according to social, cultural, and economic characteristics as well as governmental policies. Changes in the profiles of people in different settings are important for policy makers and care providers. Although details will differ, how change occurs across time is important to all, including lower and middle income countries developing policies themselves. Here change is examined across two decades in England. Methods and Findings Using the two Cognitive Function and Ageing Studies (CFAS I: 77% response, CFAS II: 56% response), two population based studies of older people carried out in the same areas conducted two decades apart, the study diagnosis of dementia using the Automated Geriatric Examination for Computer Assisted Taxonomy, health and wellbeing were examined, focusing on long term care. The proportion of individuals with three or more health conditions increased for everyone living in long term care between CFAS I (47.6%, 95% CI: 42.3–53.1) and CFAS II (62.7%, 95% CI: 54.8–70.0) and was consistently higher in those without dementia compared to those with dementia in both studies. Functional impairment measured by activities of daily living increased in assisted living facilities from 48% (95% CI: 44%-52%) to 67% (95% CI: 62%-71%). Conclusions : Health profiles of residents in long term care have changed dramatically over time. Dementia prevalence and reporting multiple health conditions have increased. Receiving care in the community puts pressure on unpaid carers and formal services; these results have implications for policies about supporting people at home as well as for service provision within long term care including quality of care, health management, cost, and the development of a skilled, caring, and informed workforce.

Roquebert, Q. et Tenand, M. (2016). Pay less, consume more? Estimating the price elasticity of demand for home care services of the disabled elderly. *Working paper ; 16/16.* Londres University of York
<https://www.york.ac.uk/media/economics/documents/hedg/workingpapers/1616.pdf>

Although the consumption of home care is increasing with population ageing, little is known about its price sensitivity. This paper estimates the price elasticity of the demand for home care of the disabled elderly, using the French home care subsidy program (\"APA\"). We use an original dataset collected from a French District Council with administrative records of APA out-of-pocket payments and home care consumption. Identification primarily relies on inter-individual variations in producer prices. We

use the unequal spatial distribution of producers to address the potential price endogeneity arising from non-random selection into a producer. Our results point to a price elasticity around -0.4: a 10% increase in the out-of-pocket price is predicted to lower consumption by 4%, or 37 minutes per month for the median consumer. Copayment rates thus matter for allocative and dynamic efficiencies, while the generosity of home care subsidies also entails redistributive effects.

Van Den Bosh, K. (2016). Measuring social protection for older people with long-term care needs in Belgium. A report on the completion of an OECD data collection questionnaire. Bruxelles

Bureau Fédéral du Plan

<http://www.plan.be/publications/publication-1616-fr-measuring+social+protection+for+older+people+with+long+term+care+needs+in+belgium+a+report+on+the+completion+of+an+oecd+data+collection+questionnaire>

La protection sociale des soins de longue durée varie amplement selon les pays et, à ce jour, aucune comparaison systématique des expériences de patients recourant à ces soins dans différents pays n'a été réalisée. Face à ce déficit d'informations, l'OCDE et la Commission européenne (CE) ont lancé un projet visant à comparer quantitativement, par la méthode des cas types, la couverture sociale des soins de longue durée dans les pays de l'OCDE et de l'UE. La protection sociale englobe à la fois les prestations en espèces conditionnées par les besoins en soins de longue durée et les services de soins de longue durée gratuits ou subventionnés. Un questionnaire a été distribué en vue de la collecte de données. Ce rapport précise comment les données pour la Belgique ont été obtenues. Les prestations suivantes ont été prises en considération : l'allocation pour l'aide aux personnes âgées, les interventions forfaitaires pour incontinence et pour malades chroniques, les prestations de l'assurance soins flamande, la couverture par l'assurance maladie et invalidité des soins infirmiers à domicile et des soins en institution, les soins à domicile (en dehors des soins infirmiers) encadrés et subventionnés par les gouvernements régionaux et les titres-services. Les données se réfèrent à 2015.