

**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 février 2014 / February The 7th, 2014

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

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

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

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

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

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

Produced by the Irdes documentation centre, Doc Veille, a bimonthly publication, presents with a thematic classification the results of the documentary monitoring in health economics: articles, grey literature, reports...

You can access to the electronic version of articles on our EJS portal (except for the French journals): <http://ejournals.ebsco.com/Home.asp> (**Access limited to Irdes team**).

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

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

## Sommaire

<b>Assurance maladie / Health Insurance .....</b>	<b>6</b>
(2014). Loi de financement de la sécurité sociale 2014 en chiffres.....	6
(2013). Les dépenses d'assurance santé - édition 2013.....	6
(2013). Rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie 2013 .....	6
Bunnings C., Tauchmann, H. (2013). Who opts out of the statutory health insurance? A discrete time hazard model for Germany .....	6
Cabral M., Mahoney N. (2014). Externalities and Taxation of Supplemental Insurance: A Study of Medicare and Medigap.....	6
Franc C., Perronnin M., Pierre A. (2014). Supplemental health insurance and healthcare consumption : a dynamic approach to moral hazard :.....	7
Karaca-Mandic P., Abraham J.M., Simon K. (2013). Going into the Affordable Care Act: Measuring the Size, Structure and Performance of the Individual and Small Group Markets for Health Insurance .....	7
<b>Démographie .....</b>	<b>7</b>
Mazuy M. (2013), Barbieri M., D'Albis H.. L'évolution démographique récente en France : la fécondité reste stable.....	7
Barbieri M. (2013). La mortalité départementale en France.....	8
Clanché F. (2014). Trente ans de démographie des territoires. Le rôle structurant du bassin parisien et des très grandes aires urbaines.....	8
<b>Economie de la santé / Health Economics .....</b>	<b>8</b>
(2013). La prise en charge des dépenses de santé : les évolutions du poids des différents acteurs depuis 2000 : analyse réalisée à partir des comptes nationaux de la santé 2012 .....	8
Ehrlich I., Yin Y. (2014). Equilibrium Health Spending and Population Aging in a Model of Endogenous Growth - Will the GDP Share of Health Spending Keep Rising.....	9
Blumenthal D. Stremekis K., Cutler D. (2013). Health Care Spending—A Giant Slain or Sleeping? .....	9
Harding M. , Lovenheim M. (2014). The Effect of Prices on Nutrition: Comparing the Impact of Product- and Nutrient-Specific Taxes.....	9
Lau M., Fung K. (2014). Convergence in Health Care Expenditure of 14 EU Countries: New Evidence from Non-linear Panel Unit Root Test .....	9

<b>Etat de santé / Health Status .....</b>	<b>9</b>
Farre L. (2013). New Evidence on the Healthy Immigrant Effect. ....	9
Com-Ruelle L. (2013). Les jeunes et l'alcool : évolution des comportements, facteurs de risque et éléments protecteurs .....	10
Garcia-Munos T. (2014). Subjective Health Status of the Older Population: Is It Related to Country-Specific Economic Development Measures .....	10
<b>Géographie de la santé / Geography of Health .....</b>	<b>11</b>
(2013). État des lieux de la démographie des chirurgiens-dentistes. ....	11
<b>Hôpital / Hospitals .....</b>	<b>11</b>
(2013). Synthèse de l'activité d'oncogénétique 2012 - Consultations et laboratoires. Bilan d'activité & d'évaluation. ....	11
Doiron D. (2013). Hips and Hearts: The Variation in Incentive Effects of Insurance across Hospital Procedures.....	11
Echevin D. (2013). Physician Payment Mechanisms, Hospital Length of Stay and Risk of Readmission: Evidence from a Natural Experiment.....	11
Chone P. (2014). Réforme du financement des hôpitaux publics : quel impact sur leur niveau d'activité.....	12
Metais J. (2013). Rapport sur l'Hospitalisation privée en psychiatrie : État des lieux et avenir. ....	12
Sabes-Figuera R. (2013). European Hospital Survey: Benchmarking deployment of e-Health services (2012–2013) – Country reports .....	12
Veran O. (2013). Hôpital cherche médecin, coûte que coûte : essor et dérives de l'emploi médical temporaire à l'hôpital public .....	13
<b>Inégalités de santé / Health Inequalities .....</b>	<b>13</b>
Ledesert B. (2013). Étude sur les liens entre précarité énergétique et santé dans le Douaisis .....	13
<b>Médicaments / Pharmaceuticals.....</b>	<b>13</b>
(2013). Médicaments : pour une transparence de la consommation et des coûts.....	13
(2013). Etat des lieux en 2013 de la consommation des benzodiazépines en France. Rapport d'expertise .....	14
(2013). Report on the event "Best use of medicines legislation to bring new antibiotics to patients and combat the resistance problem .....	14
Bar T. (2014). Direct to Consumer Advertising of Pharmaceutical Drugs: Information and Persuasion. ....	14
Birg L. (2013). Pharmaceutical Regulation and Health Policy Objectives. ....	14

<b>Politique de santé / Health Policy</b> .....	<b>15</b>
Jensen B.B. , Currie C., Dyson A., et al. (2013). Early years, family and education task group: report. European review of social determinants and the health divide in the WHO European Region .....	15
Robiliard D. (2013). Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie .....	15
<b>Prévention / Prevention</b> .....	<b>15</b>
Choquet M. (2013). Qu'est-ce qui a changé dans la consommation d'alcool chez les jeunes ? Synthèse issue de la journée scientifique de l'Ireb (5 décembre 2012).....	15
Merkur S. Sassi F. (2013). Promoting health, preventing disease: is there an economic case? .....	16
<b>Prévision – Evaluation</b> .....	<b>16</b>
(2013). How's Life? 2013. Measuring Well -being.....	16
(2013). Santé : faire le pari de l'innovation. Une ambition au service de nos finances publiques et de notre compétitivité .....	16
<b>Soins de santé primaires / Primary Health Care</b> .....	<b>17</b>
Cordero Ferrara J.M., Moran A., (2013). Efficiency assessment of primary care providers: A conditional nonparametric approach.....	17
Pylypchuk Y., Sarpong E.M. (2014). Nurse Practitioners and Their Effects on Visits to Primary Care Physicians : .....	17
<b>Systèmes de santé / Health Systems</b> .....	<b>17</b>
Barrett A., O'Sullivan V. (2013). The Wealth, Health and Wellbeing of Ireland's Older People Before and During the Economic Crisis .....	17
Burkhauser R.V. (2013). Disability Benefit Growth and Disability Reform in the U.S.: Lessons from Other OECD Nations.....	17
Burtless G., Daly M.C., Mc Vicar D. (2013). Impact of the Great Recession on Retirement Trends in Industrialized Countries. ....	18
Gaynor M., Ho K., Town R. (2014). The Industrial Organization of Health Care Markets. Cambridge :.....	18
Van den Berg M.J. (2014). The Dutch health care performance report: seven years of health care performance assessment in the Netherlands. ....	18
<b>Travail et santé / Occupational Health</b> .....	<b>18</b>
Bassanini A., Caroli E. (2014). Is Work Bad for Health? The Role of Constraint vs Choice.....	18

Moore T.J. (2014). The Employment Effect of Terminating Disability Benefits. Cambridge ..... 19

Nichols A., Mitchell J., Lindner S. (2013). Consequences of Long-Term Unemployment : Washington : Urban Institute ..... 19

**Vieillesse / Aging ..... 19**

(2014). Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011. Utilisation des services de santé et des services sociaux par les personnes avec un problème de santé de longue durée. Volume 4 ..... 19

(2013). Construire un parcours de santé pour les personnes âgées..... 20

(2014). Fin de vie des personnes âgées. Sept parcours ordinaires pour mieux comprendre les enjeux de la fin de vie en France : ..... 20

Ichino A., Schwerdt G., Winter-Ebmer R. et al. (2013). Too old to work, too young to retire ? Vienne : Institute of Advances Studies ..... 20

D'Albis H., Bonnet C., Navaux J. et al.(2013). The lifecycle deficit in France, 1979-2005 ..... 21

Gourieroux C., Lu Y. (2013). Long Term Care and Longevity ..... 21

Laborde C. (2013). Etat fonctionnel des personnes âgées vivant à domicile en Ile-de-France..... 21

Jimenez-Martin C. (2013). Informal Care and intergenerational transfers in European Countries..... 21

Siljander E. L., Vilaplana Prieto C. (2013 ). Income as a Determinants for Old Age Institutional Care in Finland. .... 22

## Assurance maladie / Health Insurance

### (2014). Loi de financement de la sécurité sociale 2014 en chiffres.

Abstract: Cette publication rassemble les principales données chiffrées de la Loi de financement de la Sécurité sociale pour 2014. Elle présente les principales conséquences de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2014 sur les comptes du régime général, du Fonds de solidarité vieillesse et de l'ensemble des régimes de base de la Sécurité sociale.

[http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/la\\_lfss\\_2014\\_en\\_chiffres.pdf](http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/la_lfss_2014_en_chiffres.pdf)

### (2013). Les dépenses d'assurance santé - édition 2013.

Abstract: Ce dépliant est édité tous les ans par la Mutualité Française. Il offre une vision synthétique et pertinente sur les derniers chiffres clés de la santé, notamment à travers de nombreux graphiques. La plaquette fournit les principaux indicateurs de suivi des dépenses de santé et permet de situer la contribution des mutuelles au financement de ces dépenses. Elle présente cette année un focus sur l'évolution des dépenses en optique. Les complémentaires santé prennent en charge 72% des dépenses en optique (près de 4 milliards d'euros) et 24% restent à la charge des ménages (plus de 1,3 milliard). En 6 ans, leurs dépenses d'optique ont augmenté de 58 %.

### (2013). Les évolutions de la protection sociale : Pertinence et performance et de la dépense sociale. *Regards*, (44) :

Abstract: Ce numéro de la revue *Regards* consacre un large dossier aux évolutions de la protection sociale. Il propose des contributions extrêmement variées d'acteurs de la protection sociale ou extérieurs à elle qui réfléchissent sur la performance et la pertinence de la dépense sociale.

### (2013). Rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie 2013 : Paris : HCAAM .

Abstract: Ce rapport annuel de l'année 2013 du HCAAM vient de sortir. Il comporte des études inédites. Deux d'entre elles portent sur l'origine des restes à charges les plus élevés des ménages ; un exercice de projection à long terme des dépenses de santé et des voies du retour à l'équilibre. Figurent également dans ce rapport l'avis et l'analyse du HCAAM sur la généralisation de la complémentaire en santé.

[http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/rapport\\_annuel\\_2013.pdf](http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/rapport_annuel_2013.pdf)

[http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/rapport\\_annuel\\_2013\\_annexes.pdf](http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/rapport_annuel_2013_annexes.pdf)

### Bunnings C., Tauchmann, H. (2013). Who opts out of the statutory health insurance? A discrete time hazard model for Germany. Leibniz : Leibniz-Informationzentrum Wirtschaft

Abstract: The coexistence of social health insurance and private health insurance in Germany is subject to intense public debate. As only few have the opportunity to choose between the two systems, they are often regarded as privileged by the health insurance system. Applying a hazard model in discrete time, this paper examines the role of incentives set by the regulatory framework as well as the influence of individual personality characteristics on the decision to opt out of the statutory system. To address potential endogeneity of one of the key explanatory variables an instrumental variable approach is also applied. The estimation results yield robust evidence on the choice of health insurance type that is consistent with rational decision making, with both incentives set by regulation and personality traits as relevant determinants.

<http://econstor.eu/bitstream/10419/88594/1/773864164.pdf>

### Cabral M., Mahoney N. (2014). Externalities and Taxation of Supplemental Insurance: A Study of Medicare and Medigap. Cambridge : NBER

Abstract: Most health insurance policies use cost-sharing to reduce excess utilization. The purchase of supplemental insurance can blunt the impact of this cost-sharing, potentially increasing utilization and exerting a negative externality on the primary insurance provider. This paper estimates the effect of private Medigap supplemental insurance on public Medicare spending using Medigap premium discontinuities in local medical markets that span state boundaries. Using administrative data on the universe of Medicare beneficiaries, we estimate that Medigap increases an individual's Medicare spending by 22.2%. We find that the take-up of Medigap is price sensitive with an estimated demand elasticity of -1.8. Using these estimates, we calculate that a 15% tax on Medigap premiums would generate combined tax revenue and cost savings of \$12.9 billion annually. A Pigouvian tax would generate combined annual savings of \$31.6 billion.

<http://www.nber.org/papers/w19787>

**Franc C., Perronnin M., Pierre A. (2014). Supplemental health insurance and healthcare consumption : a dynamic approach to moral hazard** : Paris : Irdes

Abstract: Selon l'hypothèse d'une pent-up demand, la demande de soins de santé n'est pas constante au cours du temps. Le phénomène d'aléa moral, qui se caractérise par une hausse des dépenses de santé suite à l'augmentation du niveau d'assurance, peut donc être particulièrement élevé juste après une hausse de l'assurance et s'atténuer ensuite au cours du temps. Dans ce papier, nous analysons l'existence et la persistance de l'aléa moral sur une période donnée suite à la souscription d'une surcomplémentaire santé fournie par un assureur français privé, qui complète l'assurance maladie obligatoire et une complémentaire santé dite « de base ». Nous modélisons les dépenses de santé par des modèles de panel à erreurs composées en utilisant l'approche de Chamberlain pour contrôler au mieux de la sélection adverse. En distinguant dans la consommation de soins ambulatoires (1) la probabilité de recours aux soins de santé, (2) le nombre de recours conditionnellement au fait de consommer, (3) le coût par unité de soins, nous montrons que la surcomplémentaire est significativement et positivement associée à (1), (2) et (3) et que ces effets diminuent au fil du temps, confirmant ainsi l'hypothèse d'une pent-up demand mais dont l'ampleur varie fortement selon les 3 dimensions et les postes de soins (soins médicaux, prescription de médicaments, soins dentaires ou optiques).

[www.irdes.fr/english/working-papers/058-supplemental-health-insurance-and-healthcare-consumption-a-dynamic-approach-to-moral-hazard.pdf](http://www.irdes.fr/english/working-papers/058-supplemental-health-insurance-and-healthcare-consumption-a-dynamic-approach-to-moral-hazard.pdf)

**Karaca-Mandic P., Abraham J.M., Simon K. (2013). Going into the Affordable Care Act: Measuring the Size, Structure and Performance of the Individual and Small Group Markets for Health Insurance.** Cambridge : NBER

Abstract: The Affordable Care Act (ACA) will dramatically alter health insurance markets and the sources through which individuals obtain coverage. As the ACA is implemented, it is essential to monitor the intended and the unintended consequences of these regulations. To evaluate the changes in health insurance markets linked to the ACA, it is critical to consistently measure the size and structure of health insurance markets, as well as the performance of participating health insurers, prior to and post-ACA. In this paper we discuss challenges of describing the size, structure, and performance of the individual and small group markets. Next, we discuss improvements in data availability starting in 2010 to address some of these concerns. Finally, using data from the National Association of Insurance Commissioners (NAIC), we evaluate insurance market structure and performance during 2010-2012, focusing on enrollment, the number of participating insurers, premiums, claims spending, MLR, and administrative expenses.

<http://www.nber.org/papers/w19719>

## Démographie

**Mazuy M. (2013), Barbieri M., D'Albis H.. L'évolution démographique récente en France : la fécondité reste stable.** *Population* , 68 (3)

Abstract: Au premier janvier 2013, la France comptait 65,8 millions d'habitants, dont 63,7 millions en France métropolitaine, soit un accroissement annuel supérieur à 4 ‰. Le nombre de personnes

adultes bénéficiaires d'un titre de séjour de longue durée est relativement stable, ces personnes sont majoritairement des femmes et d'âge jeune. La fécondité est équivalente à l'année précédente, mais la proportion de femmes en âge de procréer diminue, entraînant une légère baisse de la natalité en 2012. La fécondité par âge s'est peu modifiée, mais celle des femmes âgées de 35 à 39 ans continue d'augmenter. Les naissances hors mariage se sont banalisées et concernent 57 % des enfants nés en 2012. Le nombre des interruptions volontaires de grossesse (IVG) reste stable en 2012, ainsi que l'indicateur conjoncturel d'IVG et les taux par âge. Après une baisse régulière, le nombre de mariages aurait légèrement augmenté en 2012 d'après les données provisoires. La saisonnalité des mariages reste encore très marquée et la grande majorité des unions sont concentrées de juin à septembre. La mortalité a connu en 2012 un ralentissement en termes de progrès d'espérance de vie en raison des épidémies.

**Barbieri M. (2013). La mortalité départementale en France. *Population*, 68 (3) :**

Abstract: Les disparités interdépartementales de mortalité demeurent marquées en France métropolitaine depuis trente ans. Elles ont diminué chez les femmes, mais restent fortes chez les hommes. Comme dans les années 1960, les régions les plus défavorisées sont le Nord, l'Alsace et la Bretagne. La mortalité est au contraire plus faible à Paris et dans les départements situés au sud-ouest de l'Île-de-France ainsi que dans les régions Rhône-Alpes et Midi-Pyrénées (principalement pour les hommes) ; pour les femmes, la mortalité la moins importante est située dans le nord de la région Poitou-Charentes et les Pays de la Loire. Les variations géographiques d'espérance de vie à la naissance sont étroitement associées aux variations de la mortalité à partir de 30 ans et tout particulièrement à 60-79 ans, mais pas systématiquement à celles de la mortalité des enfants. Entre 30 et 60 ans, les tumeurs demeurent l'explication principale (notamment par cancer du poumon pour les hommes), ainsi que l'alcoolisme et les suicides qui ont également des conséquences sur les groupes d'âges suivants. Les tumeurs continuent de peser sur les inégalités de mortalité entre 60 et 80 ans, et pour les femmes surtout les maladies cardiovasculaires. Après 80 ans, ces maladies expliquent 50 % des variations de mortalité entre départements pour les femmes contre 40 % pour les hommes (résumé de l'éditeur).

[http://www.ined.fr/fichier/t\\_publication/1662/publi\\_pdf2\\_fr\\_population\\_fr\\_2013\\_3\\_france\\_mortalite\\_deptement.pdf](http://www.ined.fr/fichier/t_publication/1662/publi_pdf2_fr_population_fr_2013_3_france_mortalite_deptement.pdf)

**Clanché F. (2014). Trente ans de démographie des territoires. Le rôle structurant du bassin parisien et des très grandes aires urbaines. *Insee Première*, (1483).**

Abstract: Entre 1982 et 2011, la France a gagné 9,4 millions d'habitants, dont 20 % dans l'aire urbaine de Paris et 30 % dans les 13 plus grandes aires urbaines de province. L'influence de ces dernières ne cesse de s'étendre. Dans de nombreuses agglomérations, la ville-centre perd des habitants au profit des communes avoisinantes. Dans l'ensemble, les communes rurales ne perdent plus d'habitants depuis les années 1970. Elles en gagnent même lorsqu'elles sont proches de grandes agglomérations (résumé d'auteur).

<http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1483/ip1483.pdf>

## Economie de la santé / Health Economics

**(2013). La prise en charge des dépenses de santé : les évolutions du poids des différents acteurs depuis 2000 : analyse réalisée à partir des comptes nationaux de la santé 2012. Paris : FNMF**

Abstract: Cette note reprend les principaux indicateurs présentés dans les Comptes nationaux de la santé 2012 publiés par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES). Elle porte sur : l'évolution des dépenses d'assurance maladie obligatoire et complémentaire de 2000 à 2012, l'évolution du reste à charge avant et après intervention des organismes complémentaires, l'évolution des dépenses de soins et de biens médicaux par financeur depuis 2000.



**Ehrlich I., Yin Y. (2014). Equilibrium Health Spending and Population Aging in a Model of Endogenous Growth - Will the GDP Share of Health Spending Keep Rising?**  
Cambridge : NBER

Abstract: The apparently unrelenting growth in the GDP-share of health spending (SHS) has been a perennial issue of policy concern. Does an equilibrium limit exist? The issue has been left open in recent dynamic models which take income growth and population aging as given. We view these variables as endogenously determined within an overlapping-generations, human-capital-based endogenous-growth model, where a representative parent makes all life-cycle consumption and investment decisions, and life and health protection are subject to diminishing returns. Our prototype model, allowing for both quantity and quality of life as desired goods, yields equilibrium upper bounds for SHS. Our calibrated simulations also account for observed trends in reproductive choices, population aging, life expectancy, and economic growth. The analysis offers new insights about factors that drive long-term trends in aging and health spending and establishes a direct relation between health investments at young age and the equilibrium, steady-state rate of economic growth.

<http://www.nber.org/papers/w19856>

**Blumenthal D. Stremekis K., Cutler D. (2013). Health Care Spending—A Giant Slain or Sleeping?** *New England Journal of Medicine (The)* , 369 (26)

**Harding M. , Lovenheim M. (2014). The Effect of Prices on Nutrition: Comparing the Impact of Product- and Nutrient-Specific Taxes.** Cambridge : NBER

Abstract: This paper provides an analysis of the role of prices in determining food purchases and nutrition using very detailed transaction-level observations for a large, nationally-representative sample of US consumers over the period 2002-2007. Using product- specific nutritional information, we develop a new method of partitioning the product space into relevant nutritional clusters that define a set of nutritionally-bundled goods, which parsimoniously characterize consumer choice sets. We then estimate a large utility-derived demand system over this joint product-nutrient space that allows us to calculate price and expenditure elasticities. Using our structural demand estimates, we simulate the role of product taxes on soda, sugar-sweetened beverages, packaged meals, and snacks, and nutrient taxes on fat, salt, and sugar. We find that a 20% nutrient tax has a significantly larger impact on nutrition than an equivalent product tax, due to the fact that these are broader-based taxes. However, the costs of these taxes in terms of consumer utility are not higher. A sugar tax in particular is a powerful tool to induce healthier nutritive bundles among consumers.

<http://www.nber.org/papers/w19781>

**Lau M., Fung K. (2014). Convergence in Health Care Expenditure of 14 EU Countries: New Evidence from Non-linear Panel Unit Root Test** : Munich : MRPA

Abstract: This paper attempts to examine the convergence hypothesis of health care expenditure per capita of 14 European Union (EU) countries during the 1975–2008 period by applying the Cerrato et al., (2009) nonlinear panel unit root test. Although the conventional linear panel unit root tests reject the null uniformly, the Cerrato et al., (2009) test shows evidence that one cannot reject the null hypothesis of unit root for health care expenditures of each country relative to the EU average, after taking nonlinearity into account. Our results are robust using different reference countries. The empirical findings imply that the existing “EU health policy reforms” and “European law on health care provision” may not be able to encourage greater health care convergence in EU.

<http://mpr.ub.uni-muenchen.de/52871/>

## Etat de santé / Health Status

**Farre L. (2013). New Evidence on the Healthy Immigrant Effect.** Bonn : IZA

Abstract: This paper provides new empirical evidence on the contribution of selective migration to the health advantage of immigrants upon arrival to the new destination (i.e. the Healthy Immigrant Effect). It analyses a very interesting episode in international migration, namely the exodus of Ecuadorians in the aftermath of the economic collapse in the late 1990s. Between 1999 and 2005, more than 600,000 Ecuadorians left the country and most of them headed towards Spain. Using administrative data from the Vital Statistics, it compares the health distribution (in terms of birth outcomes) of immigrant children born in Spain to that of non-immigrants in Ecuador and immigrants from other nationalities, and not only to that of natives at destination. These comparisons suggest that positive selection is partly responsible for the health advantage of recent immigrants.

<http://ftp.iza.org/dp7840.pdf>

### **Com-Ruelle L. (2013). Les jeunes et l'alcool : évolution des comportements, facteurs de risque et éléments protecteurs.** *Questions d'Economie de la Santé (Irdes)*, (192)

Abstract: La consommation et les comportements des jeunes à l'égard de l'alcool sont explorés ici à partir de la dernière enquête Ireb (2007). L'élargissement de son champ aux jeunes de 21 à 24 ans, et non plus seulement aux 13-20 ans, permet de mieux appréhender les changements à l'œuvre en cette période charnière du passage de l'adolescence à l'âge adulte, qui tend à s'allonger. D'autres enquêtes ont été mobilisées, dont deux européennes, HBSC et ESPAD, ainsi que deux françaises, Escapad et le baromètre santé de l'Inpes qui fournissent des données jusqu'en 2011. Les modes de consommation d'alcool des jeunes de 13 à 24 ans sont abordés en termes de fréquence, de quantité bue, d'ivresse et de précocité et en distinguant les sexes. Ensuite, les facteurs associés aux différents modes de consommation et, en particulier, celle à risque d'abus et de dépendance, sont étudiés à partir des caractéristiques individuelles et socio-économiques des jeunes, de l'influence de l'entourage (parents, amis), du contexte de la consommation (lors de fêtes, en plein air...) et de la pratique sportive. Enfin, ces résultats sont observés en évolution depuis le début des années 2000. L'ensemble des études s'accorde sur une consommation d'alcool en baisse des jeunes, comme leurs aînés, et qui reste dans la moyenne européenne. En revanche, les études pointent une augmentation des ivresses ou consommations ponctuelles importantes et la diminution de l'écart de consommation entre garçons et filles, ces dernières buvant plus qu'auparavant.

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/192-les-jeunes-et-l-alcool-evolution-des-comportements-facteurs-de-risque-et-elements-protecteurs.pdf>

### **Garcia-Munos T. (2014). Subjective Health Status of the Older Population: Is It Related to Country-Specific Economic Development Measures?** Ramat Gan : Bar-Ilan University

Abstract: It is now common to use the individual's self-assessed-health-status (SAHS), which expresses her/his holistic 'internal' view, as a measure of health. The use of SAHS is supported by numerous studies that show that SAHS is a better predictor of mortality and morbidity than medical records. The 2011 wave of the rich Survey of Health Aging and Retirement Europe (SHARE) is used for the exploration of the full spectrum of factors behind the health-status in 16 European countries, using about 33 thousand observations. Special emphasis is given to the examination of development country measures and their correlation with aggregate country-levels of subjective-health. The empirical analysis includes 2 layers: (i) estimation of SAHS equations, using a large set of personal socio-economic characteristics as explanatory variables (controlling for country fixed-effects); and (ii) study of the correlations between average country SAH Ss – controlled for differences in populations' socio-economic characteristics – and objective country-specific aggregate macroeconomic development variables (logarithm of per-capita GDP; the Human Development Index; life expectancy at birth; per-capita expenditures on health; percentage of GDP spent on education; income inequality). The second part of the empirical examination (that borrows the technique used by Oswald and Wu, 2010) is novel and will lead to an answer to our core question: Is subjective-health affected by the country's economic development level? The main findings are: (i) the estimation of self-assessed-health-status regressions provides clear evidence of the effects of a large set of socio-economic variables on the individual's subjective rating of her/his health status, beyond and above the obvious effects of health conditions; (ii) the second, more innovative, finding is related to the effects of country-specific economic development variables on the subjective-health of the residents, beyond and above those of the personal characteristics. Country dummy variables are added to the SAHS regression, to derive the country-specific aggregate SAH Ss. These country dummies are then examined for correlations with a set of objective country economic development measures. It appears that the first five development measures (logarithm of per-capita GDP; the Human Development Index; life

expectancy at birth; per-capita expenditures on health; percentage of GDP spent on education) are positively and significantly correlates with aggregate SAHSs, while Income Inequality does not correlate significantly with SAHS. It is therefore not only 'who you are' that affects the subjective rating of health, but also 'in which country you live'. Those who live in more developed countries report higher levels of subjective-health (everything else being equal). Overall, our findings indicate that what is true for the individual is also true for the country as a whole: both individual and country-level development factors affect subjective-health and the two levels accumulate and reinforce the subjective-health assessment. This seems to be at odds with the 'Easterlin Paradox' that emphasizes within country individual effects and denies cross-country effects.

<http://econ.biu.ac.il/files/economics/working-papers/2014-02.pdf>

## Géographie de la santé / Geography of Health

**(2013). État des lieux de la démographie des chirurgiens-dentistes.** Paris : ONDPS .

Abstract: Ce rapport dresse un état des lieux de la profession des chirurgiens-dentistes afin d'appréhender au préalable :les principales caractéristiques de sa démographie et de son activité actuelles ;les éventuelles disparités régionales (description, recherche de facteurs explicatifs) ;les éléments d'information susceptibles d'éclairer des évolutions prévisibles, tant en termes de besoins que d'offre de soins.

[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Etat\\_des\\_lieux\\_de\\_la\\_demographie\\_des\\_chirurgiens\\_dentistes\\_decembre\\_2013.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Etat_des_lieux_de_la_demographie_des_chirurgiens_dentistes_decembre_2013.pdf)

## Hôpital / Hospitals

**(2013). Synthèse de l'activité d'oncogénétique 2012 - Consultations et laboratoires. Bilan d'activité & d'évaluation.** Boulogne-Billancourt : INCA

Abstract: Ce rapport dresse le bilan d'activité des consultations et des laboratoires d'oncogénétique en 2012 et revient sur l'évolution du dispositif national d'oncogénétique depuis 2003. Le dispositif d'oncogénétique s'organise autour de 48 établissements de santé (ou associations d'établissements) effectuant des consultations d'oncogénétique et de 25 laboratoires chargés de la réalisation des tests génétiques prescrits par les consultations. Cette structuration a pour objectif d'identifier les personnes prédisposées héréditairement au cancer, qu'il s'agisse de personnes malades (cas index) ou de membres non malades de leur famille (apparentés).

<http://www.e-cancer.fr/publications/59-recherche/749-synthese-de-lactivite-doncogenetique-2012-consultations-et-laboratoires>

**Doiron D. (2013). Hips and Hearts: The Variation in Incentive Effects of Insurance across Hospital Procedures.** Sydney : UNSW Australian School of Business

Abstract: The separate identification of effects due to incentives, selection and preference heterogeneity in insurance markets is the topic of much debate. In this paper, we investigate the presence and variation in moral hazard across health care procedures. The key motivating hypothesis is the expectation of larger causal effects in the case of more discretionary procedures. The empirical approach relies on an extremely rich and extensive dataset constructed by linking survey data to administrative data for hospital medical records. Using this approach we are able to provide credible evidence of large moral hazard effects but for elective surgeries only.

**Echevin D. (2013). Physician Payment Mechanisms, Hospital Length of Stay and Risk of Readmission: Evidence from a Natural Experiment.** Bonn : IZA

Abstract: This study provides an analysis of the effect of physician payment methods on their hospital patients' length of stay and risk of readmission. To do so, it exploits a major reform implemented in

Quebec (Canada) in 1999. The Quebec Government introduced an optional mixed compensation (MC) scheme for specialist physicians working in hospital. This scheme combines a fixed per diem with a reduced fee for services provided, as an alternative to the traditional fee-for-service system. It develops a model of a physician's decision to choose the MC scheme. It shows that a physician who adopts this system will have incentives to increase his time per clinical service provided. We demonstrate that as long as this effect does not improve his patients' health by more than a critical level, they will stay more days in hospital over the period. At the empirical level, it estimates a model of transition between spells in and out of hospital analog to a difference-in-differences approach. It finds that the hospital length of stay of patients treated in departments that opted for the MC system increased on average by 5.3% (0.35 days). However, the risk of readmission to the same department with the same diagnosis does not appear to be overall affected by the reform.

<http://ftp.iza.org/dp7835.pdf>

### **Chone P. (2014). Réforme du financement des hôpitaux publics : quel impact sur leur niveau d'activité ?** *Insee Analyses*, (15) :

Abstract: L'adoption de la tarification à l'activité (T2A) a modifié le mode de financement du secteur hospitalier. L'objectif du législateur était d'accroître l'efficacité et d'améliorer la qualité des soins. Dans les établissements publics ou privés à but non lucratif, un remboursement au séjour a progressivement remplacé, entre 2004 et 2008, la dotation globale annuelle. Dans les établissements privés à but lucratif, le montant du remboursement d'un séjour était sujet à des variations locales jusqu'en 2005 ; après 2005, une grille nationale de tarifs détermine ces montants suivant une classification de séjours. D'après les données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), cette réforme tarifaire se serait traduite par une augmentation graduelle de l'activité chirurgicale dans le secteur public. Entre 2005 et 2008, le nombre moyen de séjours aurait augmenté de 2,5 par établissement et par type de séjour, soit une hausse de 9,3 %, dans les établissements publics ou privés à but non lucratif par rapport aux établissements privés à but lucratif. Cette hausse de l'activité est plus sensible dans les établissements exposés à une forte concurrence des cliniques privées, mesurée par le nombre de lits des établissements privés environnants, pondérés par leur distance à chaque établissement public considéré. Alors que l'augmentation de l'activité n'est que de 3,8 % dans le quart des établissements publics les moins soumis à concurrence du privé, elle atteint 10,3 % dans le quart des établissements soumis à la concurrence la plus intense du secteur privé. L'introduction de la T2A aurait ainsi permis une amélioration de l'attractivité des établissements publics, au moins en ce qui concerne la chirurgie, domaine pour lequel ce type d'évaluation peut être mené de manière rigoureuse.

<http://www.insee.fr/fr/ffc/iana/ia15/ia15.pdf>

### **Metais J. (2013). Rapport sur l'Hospitalisation privée en psychiatrie : État des lieux et avenir.**

Abstract: Ce rapport fait un bilan de la situation des hôpitaux privés de psychiatrie dans un système de soins très largement dominé par le secteur public. Il met l'accent sur la qualité et la sécurité des prises en charges ainsi que de leur efficacité économique. Ce rapport se veut aussi le témoignage d'une volonté de contribution de la psychiatrie privée à œuvrer à l'édification de la prochaine loi de santé mentale prévue pour le printemps 2014.

[http://www.ascodocpsy.org/wp-content/uploads/santepsy/hospitalisation\\_privee\\_psy\\_%20rapport\\_Metais.pdf](http://www.ascodocpsy.org/wp-content/uploads/santepsy/hospitalisation_privee_psy_%20rapport_Metais.pdf)

### **Sabes-Figuera R. (2013). European Hospital Survey: Benchmarking deployment of e-Health services (2012–2013) – Country reports** : Luxembourg: Publications Office of the European Union .

Abstract: A widespread uptake of eHealth technologies is likely to benefit European Healthcare systems both in terms of quality of care and financial sustainability and European society at large. This is why eHealth has been on the European Commission policy agenda for more than a decade. The objectives of the latest eHealth action plan developed in 2012 are in line with those of the Europe 2020 Strategy and the Digital Agenda for Europe. This report, based on the analysis of the data from the "European Hospital Survey: Benchmarking deployment of e-Health services (2012–2013)" project, presents policy relevant results and findings for each of the 28 EU Member States as well as Iceland

and Norway. The results highlighted here are based on the analysis of the survey descriptive results as well as two composite indicators on eHealth deployment and eHealth availability and use that were developed based on the survey's data.

<http://ftp.jrc.es/EURdoc/JRC85927.pdf>

### **Veran O. (2013). Hôpital cherche médecin, coûte que coûte : essor et dérives de l'emploi médical temporaire à l'hôpital public.** Paris : Assemblée Nationale

Abstract: Ce rapport parlementaire réalisé par le député PS Olivier Véran pointe du doigt l'utilisation de plus en plus fréquente de médecins intérimaires dans les hôpitaux publics. Une pratique qui coûte très cher aux établissements. Près de 6 000 praticiens seraient employés de façon temporaire à l'hôpital public, ce qui représente un surcoût d'environ un demi-milliard d'euros par an. Ce phénomène est lié aux difficultés de recrutement des hôpitaux. Le groupe de travail à l'origine de ce rapport formule 14 recommandations organisées autour de 4 axes. Les 3 premiers axes visent à réduire le recours à l'emploi médical temporaire à l'hôpital aux seules situations transitoires, aux seuls besoins ponctuels qui le justifient, en améliorant le recrutement des médecins à l'hôpital public. Le 4ème axe a pour objectif de stopper à court terme les abus constatés dans ce secteur, en plafonnant le niveau de rémunération de ces médecins (remplaçants, contractuels, intérimaires, mercenaires...) et en renforçant les contrôles, ainsi qu'à renforcer la qualité, la sécurité, la continuité des soins. Des recommandations qui pourraient faire l'objet d'une proposition de loi. Ses recommandations sont en cours d'instruction. Certaines d'entre elles ont d'ores et déjà été traitées. Ainsi, un décret publié en septembre 2013 renforce les compétences des commissions régionales paritaires afin que les Agences régionales de santé (Ars) disposent d'une vision prospective des ressources humaines sur le territoire.

<http://documentation.fhp.fr/documents/19791R.pdf>

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

### **Ledesert B. (2013). Étude sur les liens entre précarité énergétique et santé dans le Douaisis** : Montpellier : C.R.E.A.I.-O.R.S.

Abstract: Cette étude sur les liens entre précarité énergétique et santé dans le Douaisis a été réalisée par le PACT du Douaisis et le CREA-ORS Languedoc Roussillon et initiée par la Fondation Abbé Pierre. Elle a pour objectif de décrire les effets de la précarité énergétique sur la santé et d'identifier en quoi cette forme particulière de précarité est un facteur aggravant pour l'état de santé des personnes qui y sont confrontées. Cette étude montre également que pour définir la précarité énergétique, plus que la part des revenus consacrés aux dépenses d'énergie, il faut s'attacher à l'incapacité à atteindre une température de confort, que ceci soit lié à un reste à vivre trop faible ou à l'inefficacité énergétique du logement (défaut d'isolation et appareils de chauffage inefficaces). Les résultats de cette étude doivent être maintenant combinés avec ceux de l'Hérault pour en renforcer les constats, voire en mettre de nouveaux en évidence. Par ailleurs, compléter l'étude en montrant les différences de consommation de soins entre les personnes soumises à la précarité énergétique et celles qui n'y sont pas soumises apparaît nécessaire afin de compléter les arguments sur le bien-fondé social, sanitaire et économique de la lutte contre la précarité énergétique.

<http://www.creaiorslr.fr/Documentation/Etudes-et-publications/2013-Precarite-energetique-le-Douaisis>

## **Médicaments / Pharmaceuticals**

### **(2013). Médicaments : pour une transparence de la consommation et des coûts.** Paris : CNOP

Abstract: Cette étude vise à tordre le cou à cinq idées reçues selon lesquelles la consommation de médicaments des Français est la plus élevée d'Europe, tout comme les prix des produits sans ordonnance, les pharmaciens incitent les Français à la consommation, une concurrence réelle n'existe

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

Page 13 sur 22

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

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

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

pas entre les pharmacies françaises et les pharmacies sont systématiquement plus chères que les parapharmacies.

[http://www.wk-pharma.fr/ressources/upload/imgnewspha/pharmacie/liensactus/Medicaments\\_pour\\_une\\_transparence\\_de\\_la\\_consommation\\_et\\_des\\_couts-HDef.pdf](http://www.wk-pharma.fr/ressources/upload/imgnewspha/pharmacie/liensactus/Medicaments_pour_une_transparence_de_la_consommation_et_des_couts-HDef.pdf)

**(2013). Etat des lieux en 2013 de la consommation des benzodiazépines en France. Rapport d'expertise.** St Denis : ANSM .

Abstract: Ce rapport fait un état des lieux sur la consommation de benzodiazépines. Ce rapport est une actualisation du rapport précédent publié en janvier 2012. L'ensemble de ces nouvelles données confirme en particulier la reprise de la consommation de benzodiazépines anxiolytiques et hypnotiques en lien avec une prescription importante de ces molécules et pour une durée souvent trop longue. En conséquence, un nouveau plan d'actions va être proposé par les autorités sanitaires courant 2014 pour mieux encadrer ces prescriptions de benzodiazépines et mieux informer professionnels de santé et patients sur leurs risques afin de prévenir la banalisation de leur recours.

<http://ansm.sante.fr/S-informer/Actualite/Etat-des-lieux-en-2013-de-la-consommation-des-benzodiazepines-en-France-Point-d-Information>

**(2013). Report on the event "Best use of medicines legislation to bring new antibiotics to patients and combat the resistance problem".** Londres : EMA

Abstract: Ce rapport publié par l'Agence Européenne des Médicaments (EMA) met en évidence les résultats de son atelier intitulé « Meilleure utilisation de la législation sur les médicaments pour lutter contre le problème de la résistance lié aux antibiotiques ». Ce rapport donne un aperçu des principales questions abordées lors de l'événement, ainsi que des recommandations, dans les trois domaines suivants : le processus d'approbation de nouveaux antibiotiques en Europe et les exigences réglementaires nouvellement définies sont jugés suffisants pour favoriser le développement rapide de nouveaux agents antibactériens ; l'utilisation appropriée des antibactériens prometteurs comme l'un des outils pour réduire la vitesse à laquelle se développe la résistance aux antimicrobiens ; les aspects liés à la recherche et au développement, y compris l'accord sur l'importance de l'efficacité et de dialogue précoce entre l'industrie et l'EMA pour faciliter le développement de la médecine. L'Agence Européenne des Médicaments a également publié un enregistrement vidéo de l'atelier et les diapositives présentées par les orateurs. L'événement, qui a été organisé en collaboration avec la Commission européenne, a réuni des acteurs clés de l'UE. L'objectif de l'atelier était de trouver des solutions pour que la législation existante de l'UE en matière de médicaments soit mieux utilisée afin de favoriser le développement et l'approbation de nouveaux antibiotiques et de relever le défi croissant de la résistance aux antimicrobiens.

[http://www.ema.europa.eu/docs/en\\_GB/document\\_library/Report/2013/12/WC500158230.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Report/2013/12/WC500158230.pdf)

**Bar T. (2014). Direct to Consumer Advertising of Pharmaceutical Drugs: Information and Persuasion.** Cambridge : NBER

Abstract: We formally model direct to consumer advertising (DTCA) of prescription drugs and examine factors that determine a pharmaceutical firm's DTCA strategy. We highlight how the profitability of DTCA varies with the characteristics of the condition that the advertised drug treats, the incidence of the condition, and the signal value of symptoms, and risk factors. We account for the potential information benefits from DTCA as well as its potential to persuade consumers. From a welfare perspective there can be too much or too little private investment in advertising. Welfare is more likely to increase when the population is uninsured.

<http://www.nber.org/papers/w19794>

**Birg L. (2013). Pharmaceutical Regulation and Health Policy Objectives.** Gottigen : Center for European Governance and Economic Development Research

Abstract: This paper analyzes a maximum price system and a reference price system in a vertical differentiation model with a brand-name drug and a generic. In particular, both instruments are compared with respect to their performance in reducing public expenditure, limiting financial exposure of patients, improving access to pharmaceuticals, and stimulating competition. For identical regulatory

prices, free pricing under the reference system tends to result in a higher price for the brand-name drug. For identical price reductions of the brand-name drug, the lower reimbursement amount under the reference price system results in lower health expenditure, but higher financial exposure of patients. Total welfare is higher under the maximum price system.

[http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=2371095](http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2371095)

## Politique de santé / Health Policy

**Jensen B.B. , Currie C., Dyson A., et al. (2013). Early years, family and education task group: report. European review of social determinants and the health divide in the WHO European Region.** Copenhague : OMS .

Abstract: The task group on early years, childhood and family was set up as part of the European review of social determinants of health and the health divide in the WHO European Region, which was commissioned to support the development of the new health policy framework for Europe, Health 2020. The task group was asked to identify interventions, strategies and approaches that policy-makers and practitioners in the Region can use in the childhood years to improve and equalize health outcomes throughout the life-course. The report's analysis is organized in terms of early years and later childhood to reflect phases of children's experience that are distinct in many ways and which require different forms of service provision. Evidence comes from the international research evidence, a review of reports from transnational organizations, and case studies of illuminating practice from European countries. The report's broad conclusions should be considered in conjunction with more detailed recommendations provided throughout the text.

[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0006/236193/Early-years,-family-and-education-task-group-report.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/236193/Early-years,-family-and-education-task-group-report.pdf)

**Robiliard D. (2013). Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie.** Paris : Assemblée Nationale

Abstract: Dans une première partie de ses travaux, la mission a choisi de se consacrer plus spécifiquement aux soins sans consentement, ce qui a donné lieu à un rapport d'étape. Après avoir dressé le bilan de l'organisation des soins et du dispositif de prise en charge des troubles psychiatriques, ce rapport de conclusion propose des recommandations afin de les améliorer.

<http://www.assemblee-nationale.fr/14/pdf/rap-info/i1662.pdf>

## Prévention / Prevention

**Choquet M. (2013). Qu'est-ce qui a changé dans la consommation d'alcool chez les jeunes ? Synthèse issue de la journée scientifique de l'Ireb (5 décembre 2012).** *Focus Alcoologie*, (16) :

Abstract: Pour Marie Choquet, présidente du comité scientifique de l'Ireb, « ce qui semble avoir changé dans la consommation d'alcool des adolescents d'aujourd'hui, c'est qu'ils sont plus nombreux depuis dix ans à utiliser l'alcool comme une drogue, c'est-à-dire à s'en servir exclusivement pour son effet psychotrope. Ce phénomène semble s'estomper avec l'âge mais peut avoir des répercussions immédiates, voire à long terme, sur le cerveau. Il y a aussi une bonne nouvelle : la prévention est possible et efficace si elle se fonde sur les compétences de vie, si elle se développe précocement en milieu scolaire et si elle associe parents et éducateurs ». A l'invitation de l'Ireb, onze scientifiques, chercheurs et cliniciens, issus de différentes disciplines, tentent de répondre dans le présent ouvrage aux différentes questions posées sur l'alcoolisation des jeunes : son évolution, ses conséquences et les moyens les plus efficaces de prévenir les comportements à risque. A l'invitation de l'Ireb, onze scientifiques, chercheurs et cliniciens, issus de différentes disciplines, tentent de répondre dans le

présent ouvrage aux différentes questions posées sur l'alcoolisation des jeunes : son évolution, ses conséquences et les moyens les plus efficaces de prévenir les comportements à risque.  
<http://www.ireb.com/sites/default/files/Focus%20n16.pdf>

**Merkur S. Sassi F. (2013). Promoting health, preventing disease: is there an economic case?** Copenhague: OMS - Bureau régional de l'Europe .

Abstract: There is an evidence base from controlled trials and well-designed observational studies on the effectiveness of a wide range of health promotion and disease prevention interventions that address risk factors to health. These include measures to reduce the risk of smoking and alcohol consumption, increase physical activity and promote more healthy diets, protect psychological and emotional well-being, reduce environmental harms and make road environments safer. Many of these actions may be both funded and delivered outside of the health sector. There is also an evidence base suggesting that a number of cost-effective health promotion and disease prevention interventions are available. Some of these interventions will be cost-saving, but most will generate additional health (and other) benefits for additional costs. However this evidence base must be treated with caution, given that many interventions have only been assessed in a small number of settings and different methods and assumptions are made in different studies.

[http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0004/235966/e96956.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/235966/e96956.pdf)

## Prévision – Evaluation

**(2013). How's Life? 2013. Measuring Well -being.** Paris : OCDE .

Abstract: Every person aspires to a good life. But what does "a good or a better life" mean? The second edition of of How's Life? provides an update on the most important aspects that shape people's lives and well-being: income, jobs, housing, health, work-life balance, education, social connections, civic engagement and governance, environment, personal security and subjective well-being. It paints a comprehensive picture of well-being in OECD countries and other major economies, by looking at people's material living conditions and quality of life across the population. Through a wide range of comparable well-being indicators, the report shows that countries perform differently in the various dimensions of well-being. For instance, low-income countries in the OECD area tend to do very well in subjective well-being and work-life balance. The report responds to the needs of citizens for better information on well-being and the needs of policy makers to give a more accurate picture of societal progress. In addition, the report contains in-depth studies of four key cross-cutting issues in well-being that are particularly relevant. First, this report analyses how well-being has changed during the global economic and financial crisis. Even though some effects of the crisis may become visible only in the long-term, the report finds that the crisis has had large implications for some economic and non-economic aspects of people's well-being. Secondly, the report looks at gender differences in well-being, showing that the traditional gender gap in favour of men has narrowed but has not disappeared. It also finds that women and men do well in different areas of well-being and that they are increasingly sharing tasks and roles. Third, it looks at the quality of employment and well-being in the workplace. The report presents evidence on the main factors that drive people's commitment at work and are key to strengthening their capacity to cope with demanding jobs. Finally, the last chapter of the report studies the links between current and future well-being. It looks at ways to define and measure sustainability of well-being over time.

**(2013). Santé : faire le pari de l'innovation. Une ambition au service de nos finances publiques et de notre compétitivité** : Paris : Institut Montaigne

Abstract: Ce rapport se penche sur l'innovation en santé et notamment sur le secteur des industries de santé qui emploient 4,6 % des effectifs de l'industrie française et génèrent annuellement un chiffre d'affaires de 75 milliards d'euro. Afin de faire de la santé un secteur industriel stratégique au bénéfice de l'ensemble de la population, ce rapport formule huit propositions concrètes pour favoriser une innovation gagnante pour la santé publique, le budget de l'État et le tissu économique.

<http://www.institutmontaigne.org/res/files/publications/Rapport%20innovation%20en%20sant%C3%A9.pdf>



## Soins de santé primaires / Primary Health Care

### **Cordero Ferrara J.M., Moran A., (2013). Efficiency assessment of primary care providers: A conditional nonparametric approach.** München : MRPA

Abstract: This paper uses a fully nonparametric approach to estimate efficiency measures for primary care units incorporating the effect of (exogenous) environmental factors. This methodology allows us to account for different types of variables (continuous and discrete) describing the main characteristics of patients served by those providers. In addition, we use an extension of this nonparametric approach to deal with the presence of undesirable outputs in data, represented by the rates of hospitalization for ambulatory care sensitive condition (ACSC) and of hospital readmissions. The empirical results show that all the exogenous variables considered have a significant and negative effect on efficiency estimates.

[http://mpra.ub.uni-muenchen.de/51926/1/MPRA\\_paper\\_51926.pdf](http://mpra.ub.uni-muenchen.de/51926/1/MPRA_paper_51926.pdf)

### **Pylypchuk Y., Sarpong E.M. (2014). Nurse Practitioners and Their Effects on Visits to Primary Care Physicians :** Rockville : Social Science Electronic Publishing

Abstract: The demand for primary care services is expected to increase at a time of persistent shortages of primary care physicians (PCPs) in the U.S. A proposed solution is to expand the role of other allied health professions. This study examines the effects of visits to nurse practitioners (NPs) on the demand for PCP services. We employ a system of simultaneous equations where we use states' education requirements for NPs as an identifying exclusion restriction. Results indicate that patients who visited an NP are significantly less likely to visit PCPs, and to receive prescribed medication, medical check-up, and diagnosis from PCPs. Findings were robust to other specification and passed a falsification test. The results suggest that the use of NPs could serve as a potential option to address shortages in supply of primary care services.

[http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=2377767](http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2377767)

## Systemes de santé / Health Systems

### **Barrett A., O'Sullivan V. (2013). The Wealth, Health and Wellbeing of Ireland's Older People Before and During the Economic Crisis.** Bonn : IZA

Abstract: The economic crisis of 2008/9 was felt more acutely in Ireland relative to elsewhere and culminated in the international bailout in 2010. Given the economic collapse, Ireland provides an ideal case-study of the link between wealth collapses and movements in variables such as health and well-being. Using nationally-representative samples of older people collected before and during the crisis, we show that mean net assets fell by 45 percent between 2006/7 and 2012/13. In spite of this massive fall in wealth, measures of health and well-being remained broadly unchanged. However, expectations about future living standards became less optimistic. The results tend to support the findings of other recent studies that recessions do not have widespread negative effects on health and well-being.

<http://ftp.iza.org/dp7832.pdf>

### **Burkhauser R.V. (2013). Disability Benefit Growth and Disability Reform in the U.S.: Lessons from Other OECD Nations :** San Francisco : Federal Reserve Bank of San Francisco

Abstract: Unsustainable growth in program costs and beneficiaries, together with a growing recognition that even people with severe impairments can work, led to fundamental disability policy reforms in the Netherlands, Sweden, and Great Britain. In Australia, rapid growth in disability reciprocity led to more modest reforms. Here we describe the factors driving unsustainable DI program

growth in the U.S., show their similarity to the factors that led to unsustainable growth in these other four OECD countries, and discuss the reforms each country implemented to regain control over their cash transfer disability program. Although each country took a unique path to making and implementing fundamental reforms, shared lessons emerge from their experiences.

<http://www.frbsf.org/economic-research/files/wp2013-40.pdf>

**Burtless G., Daly M.C., Mc Vicar D. (2013). Impact of the Great Recession on Retirement Trends in Industrialized Countries.** Chestnut Hill : Center for Retirement Research at Boston College

Abstract: The Great Recession had a large impact on unemployment rates and growth in wealthy industrial countries. When the recession began most rich countries were experiencing an increase in labor force participation rates after age 60. This paper examines whether the downturn slowed or reversed the trend toward higher old-age participation rates. We use straightforward time series analysis to test for a break in labor force trends after 2007. Our results indicate that the average rate of increase in labor force participation slowed in only a handful of countries. Averaging across all 20 countries in our sample, we find that the average pace of labor force participation increase was faster after 2007 than before. Countries that experienced unusually severe downturns represent exceptions to this generalization. In most countries, however, the trend toward later retirement not only continued, it accelerated.

[http://crr.bc.edu/wp-content/uploads/2013/12/wp\\_2013-23.pdf](http://crr.bc.edu/wp-content/uploads/2013/12/wp_2013-23.pdf)

**Gaynor M., Ho K., Town R. (2014). The Industrial Organization of Health Care Markets.** Cambridge : NBER

Abstract: The US health care sector is large and growing – health care spending in 2011 amounted to \$2.7 trillion and 18% of GDP. Approximately half of health care output is allocated via markets. In this paper, we analyze the industrial organization literature on health care markets focusing on the impact of competition on price, quality and treatment decisions for health care providers and health insurers. We conclude with a discussion of research opportunities for industrial organization economists, including opportunities created by the US Patient Protection and Affordable Care Act.

<http://www.nber.org/papers/w19800>

**Van den Berg M.J. (2014). The Dutch health care performance report: seven years of health care performance assessment in the Netherlands.** *Health Research Policy and Systems*, 12 (1) :

Abstract: In 2006, the first edition of a monitoring tool for the performance of the Dutch health care system was released: the Dutch Health Care Performance Report (DH CPR). The Netherlands was among the first countries in the world developing such a comprehensive tool for reporting performance on quality, access, and affordability of health care. The tool contains 125 performance indicators; the choice for specific indicators resulted from a dialogue between researchers and policy makers. In the 'policy cycle', the DH CPR can rationally be placed between evaluation (accountability) and agenda-setting (for strategic decision making). In this paper, we reflect on important lessons learned after seven years of health care system performance assessment. These lessons entail the importance of a good conceptual framework for health system performance assessment, the importance of repeated measurement, the strength of combining multiple perspectives (e.g., patient, professional, objective, subjective) on the same issue, the importance of a central role for the patients' perspective in performance assessment, how to deal with the absence of data in relevant domains, the value of international benchmarking and the continuous exchange between researchers and policy makers.

<http://www.health-policy-systems.com/content/12/1/1/abstract>

## Travail et santé / Occupational Health

**Bassanini A., Caroli E. (2014). Is Work Bad for Health? The Role of Constraint vs Choice** : Bonn : IZA

Abstract: This paper reviews the literature on the impact of work on health. We consider work along two dimensions: (i) the intensive margin, i.e. how many hours an individual works and (ii) the extensive margin, i.e. whether an individual is in employment or not, independent of the number of hours worked. We show that most of the evidence on the negative health impact of work found in the literature is based on situations in which workers have essentially no control (no choice) over the amount of work they provide. In essence, what is detrimental to health is not so much work per se as much as the gap which may exist between the actual and the desired amount of work, both at the intensive and extensive margins.

<http://ftp.iza.org/dp7891.pdf>

**Moore T.J. (2014). The Employment Effect of Terminating Disability Benefits. Cambridge : NBER**

Abstract: While time out of work normally decreases subsequent employment, Social Security Disability Insurance (DI) may improve the health of disabled individuals and increase their ability to work. In this paper, I examine the employment of individuals who lost DI eligibility after the 1996 removal of drug and alcohol addictions as qualifying conditions. Approximately one-fifth started earning at levels that would have disqualified them for DI, an employment response that is large relative to their work histories. This response is largest for those who had received DI for 2.5-3 years, when it is 50% larger than for those who had received DI for less than one year and 30% larger than for those who had received DI for six years. A similar relationship between time on DI and the employment response is found among those whose primary disability was an addiction, mental disorder, or musculoskeletal condition, but not those with chronic conditions like heart or liver disease. The results suggest that a period of public assistance can maximize the employment of some disabled individuals.

<http://www.nber.org/papers/w19793>

**Nichols A., Mitchell J., Lindner S. (2013). Consequences of Long-Term Unemployment : Washington : Urban Institute**

Abstract: In this paper, we discuss various channels through which longer unemployment duration might influence outcomes for the unemployed. The discussion of prior research that follows shows that direct evidence for many of these channels is very underdeveloped, somewhat surprisingly. Still, there are plausible channels through which longer unemployment duration might result in worse outcomes, most notably loss of human or social capital. We also discuss evidence for how job loss itself affects various outcomes. Our review shows that most of the literature finds significant negative effects in many areas, starting with lower reemployment wages of those directly affected by job loss, and continuing on to health, family structure, children's well-being, and whole communities. The measured impacts of unemployment can increase with the duration of unemployment. Cumulative loss of income increases as unemployment continues, but expected wages at reemployment also fall, leading to a permanent loss of future income. Many authors have documented long-run losses of wages following an unemployment event in addition to many other long-run impacts on measured well-being.

<http://www.urban.org/uploadedpdf/412887-consequences-of-long-term-unemployment.pdf>

## Vieillessement / Aging

**(2014). Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011. Utilisation des services de santé et des services sociaux par les personnes avec un problème de santé de longue durée. Volume 4 : Québec : Institut Statistique du Québec .**

Abstract: L'objectif général de l'Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011(EQLAV) est de fournir des données statistiques représentatives à l'échelle provinciale et régionale sur l'utilisation des services de santé et des services sociaux ainsi que sur les besoins non comblés à cet égard. Trois groupes de la population

sont étudiés : 1) les personnes âgées de 15 ans et plus ayant une incapacité; 2) les personnes âgées de 15 ans et plus ayant un problème de santé de longue durée; 3) les personnes âgées de 65 ans et plus, qu'elles aient ou non une incapacité ou un problème de santé de longue durée. Cette publication présente un portrait des problèmes de santé chroniques dans la population québécoise, notamment l'arthrite, le diabète, la bronchite chronique, l'hypertension et les maladies cardiaques. En plus de décrire les caractéristiques liées à l'état de santé des personnes avec ces problèmes (nombre et types de problèmes de santé chroniques, perception de l'état de santé, incapacités et consommation de médicaments), l'étude fait état de l'utilisation d'un large éventail de services de santé : le suivi médical et psychosocial (consultation du médecin de famille, de médecins spécialistes et d'autres professionnels de la santé et des services sociaux), les services hospitaliers et les services à domicile. Des précisions quant au lien entre les besoins non comblés et les problèmes de santé chroniques sont également fournies, ce qui représente un intérêt particulier de cette publication.

<http://www.stat.gouv.qc.ca/s>

### **(2013). Construire un parcours de santé pour les personnes âgées** : Paris : ANAP

Abstract: Cette publication vise à présenter les grandes étapes de construction d'un parcours de santé pour les personnes âgées. Rédigée pour les Agences régionales de santé (ARS), organisatrices et pilotes des actions de santé sur les territoires, elle s'adresse également à tous les acteurs de terrain qu'ils soient principalement acteurs sanitaires, médico-sociaux ou sociaux. La constitution d'un parcours de santé nécessite en effet d'impliquer dans une même démarche les professionnels et l'ARS. Issu des retours d'expérience des accompagnements que l'ANAP a effectués auprès des ARS Pays de la Loire et Île-de-France depuis 2011, ce document est constitué de fiches thématiques. Chacune des six fiches constitue l'une des étapes de la construction d'un parcours de santé pour les personnes âgées et est composée de deux parties : d'une part le cadre conceptuel, rappelant les définitions et références liées à la thématique présentée, d'autre part les enseignements et illustrations. Ces fiches synthétiques ont donc pour ambition de répondre aux questions pratiques auxquelles sont confrontés les acteurs concernés et de les aider à appréhender aussi bien les principes que l'outillage opérationnel.(résumé de l'éditeur).

[http://www.anap.fr/uploads/tx\\_sabasedocu/Construire\\_un\\_parcours\\_de\\_sante\\_pour\\_les\\_personnes\\_agees.pdf](http://www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/Construire_un_parcours_de_sante_pour_les_personnes_agees.pdf)

### **(2014). Fin de vie des personnes âgées. Sept parcours ordinaires pour mieux comprendre les enjeux de la fin de vie en France** : Paris : ONFV .

Abstract: Après avoir consacré son rapport 2012 à la question de la « Fin de vie à domicile », en 2013 l'Observatoire National de la Fin de Vie a décidé de mettre un coup de projecteur sur la fin de vie des personnes âgées. L'Observatoire National de la Fin de Vie a décidé de reprendre à son compte la notion de "parcours de santé" mise en avant dans la Stratégie Nationale de Santé. Cette approche permet de mieux comprendre la réalité concrète de la fin de vie des personnes âgées, au-delà des chiffres et des statistiques. En outre, cela montre la diversité et le caractère évolutif des situations auxquelles notre système de santé doit répondre. Chacun des sept chapitres de ce rapport débute donc par l'histoire (fictive) d'une personne âgée en fin de vie et de son parcours de santé. Ce rapport se conclue par des propositions concrètes destinées à améliorer la fin de vie en maison de retraite, à domicile et à l'hôpital, et pour les personnes handicapées.

<https://sites.google.com/site/observatoirenationalfindevie>

### **Ichino A., Schwerdt G., Winter-Ebmer R. et al. (2013). Too old to work, too young to retire ?** Vienne : Institute of Advances Studies

Abstract: We study whether employment prospects of old and young workers differ after a plant closure. Using Austrian administrative data, we show that old and young workers face similar displacement costs in terms of employment in the long-run, but old workers lose considerably more initially and gain later. We interpret these findings using a search model with retirement as an absorbing state that we calibrate to match the observed patterns. Our finding is that the dynamics of relative employment losses of old versus young workers after a displacement are mainly explained by

different opportunities of transition into retirement. In contrast, differences in layoff rates and job offer arrival rates cannot explain these patterns. Our results support the idea that retirement incentives, more than weak labor demand, are responsible for the low employment rates of older workers.

<http://www.ihs.ac.at/publications/eco/es-302.pdf>

### **D'Albis H., Bonnet C., Navaux J. et al.(2013). The lifecycle deficit in France, 1979-2005.**

Paris : Cepremap

Abstract: Ce papier utilise la méthodologie des Comptes de Transferts Nationaux pour calculer le déficit de cycle de vie en France pour les années allant de 1979 à 2005. Pendant cette période, les profils de consommation ont été à peu près constants, au contraire des profils de revenus du travail qui se sont déplacés vers des âges plus élevés. La part du déficit de cycle de vie agrégé dans le PIB a fortement augmenté au cours des années 1980 du fait de l'accroissement de l'âge moyen de la population. A l'inverse, les parts des déficits de cycle de vie par tête des moins de 20 ans et des plus de 60 ans ont peu varié au cours de la période, même si les poids relatifs de ces deux parts se sont continuellement déplacés en faveur des plus âgés.

<http://www.cepremap.fr/depot/docweb/docweb1307.pdf>

### **Gourieroux C., Lu Y. (2013). Long Term Care and Longevity.** Toronto : CREST

Abstract: The increase of the expected lifetime, that is the longevity phenomenon, is accompanied by an increase of the number of seniors with a severe disability. Because of the significant costs of long term care facilities, it is important to analyze the time spent in long term care, as well as the probability of entering into this state during its lifetime, and how they evolve with longevity. Our paper considers such questions, when lifetime data are available, but long term care data are either unavailable, or too aggregated, or unreliable, as it is usually the case. We specify a joint structural model of long term care and mortality, and explain why parameters of such models are identifiable from only the lifetime data. The methodology is applied to the mortality data of French males, first with a deterministic trend and then with a dynamic factor process. Prediction formulas are then provided and illustrated using the same data. We show in particular that the expected cost of the long term care is increasing less fast than the residual life expectancy at age 50.

[http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=2347735](http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2347735)

### **Laborde C. (2013). Etat fonctionnel des personnes âgées vivant à domicile en Ile-de-France. Prévalences et inégalités face à la perte d'autonomie en Ile-de-France.**

Abstract: Dans le contexte d'une politique de maintien des personnes âgées à domicile, l'enjeu pour la région Île-de-France est non seulement d'anticiper les besoins futurs de prise en charge de la dépendance mais aussi de limiter le nombre croissant de personnes âgées en situation de dépendance. L'ORS Île-de-France réalise une nouvelle étude dont les résultats apporteront des éléments de réponse face à ce double enjeu. L'étude se propose de poser le contexte francilien, décrire les concepts autour de la perte d'autonomie, expliciter les mécanismes sous-jacents aux inégalités de sexe, sociales et territoriales, questionner l'âge d'entrée dans la vieillesse. L'étude répond ensuite à quatre grandes interrogations. Dans quel état fonctionnel sont les personnes âgées qui vivent à domicile en Île-de-France ? Les effets de l'âge sur la perte d'autonomie sont-ils les mêmes chez les hommes et chez les femmes ? Quelle est l'ampleur des inégalités de sexe, sociales et territoriales face à la perte d'autonomie ? Qu'est-ce qui, outre un mauvais état fonctionnel, induit une situation de dépendance en Île-de-France ? Nous proposons en conclusion des recommandations (résumé d'auteur).

<http://www.ors-idf.org/>

### **Jimenez-Martin C. (2013). Informal Care and intergenerational transfers in European Countries.** Barcelone : Fedea

Abstract: In a world in which the welfare state is under pressure, understanding the dynamic effects of money transfers from parents to adult children and their relationship with informal care can be relevant for policy purposes. We use the first two waves of the Survey of Health and Retirement in Europe (SHARE) to estimate a double-hurdle model for a parental decision to provide financial support for adult children and the amount involved, taking into account the potential endogeneity of informal caregiving. We find that informal caregivers receive less frequent transfers and less generous amounts than non-caregivers. This offers support for the idea of a form of sophisticated altruistic behavior, according to which caregiving costs are outweighed by the parent's benefits. Regarding

public policies, we find that while increased unemployment benefits would not generate any crowding-out effect in parental transfers, a reduction in long-term public care benefits has a negative multiplier effect on parental transfers.

<http://documentos.fedea.net/pubs/dt/2013/dt-2013-25.pdf>

**Siljander E. L., Vilaplana Prieto C. (2013 ). Income as a Determinants for Old Age Institutional Care in Finland.** Helsinki : University of Helsinki

**Abstract:** Aim and Motivation: This paper investigates the income and socio-economic effects on institutional long-term care demand (LTC) in Finland from an economics perspective. If lessons are learned from major contributors of care needs and costs then preventative measures can be designed to answer these challenges. The motivation for this paper is that LTC costs are expected to increase in Finland by 50 percent per annum in the next 25 years due to the doubling of the 65 years old population (by 2039). Aging of populations and workforce is a European wide phenomenon. Definitions: LTC for old age people is by definition care for chronic sickness and disability in the last years of life. It can be either formal or informal care (or both) delivered to a homelike environment (home care) or given at an institution (institutional care). Methods: The economics of LTC care are reviewed based on existing literature. Next the econometric and institutional context is described. A longitudinal competing risks and multinomial logit model are estimated. The two competing risks are institutional entry or death outside institution. Data: Finnish Health2000 individual level survey data from year 2000 linked with a day-by-day care register follow-up till end of 2010. The sample consists of N=3245 over 50 year old age population. Results: It is found that higher household (OECD) and personal income reduce demand for institutional LTC care controlling for health, functional capacity and key living habits. The difference between extreme income quintiles (lowest vs. highest) is 1,3 percent for men and 0,6 percent for women. This result suggests that institutional care may include disutility from a consumer preferences point of view. The highest risks of institutional LTC care are found among small income, single living and cognitively disabled highly aged people (over 80, 90 years old). Neurological diseases and cancer are the biggest risk factors of institutional entry. For deaths outside institution the biggest risks are dementia and cancer. ADL problems and old age frailty contribute to both competing risks. Policy conclusions: There are significant socio-economic inequalities in institutional LTC care entry. Prevention of neurological and living habits diseases (smoking, weight disorders) has potential for cost savings in institutional care services.

[http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=1833342](http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1833342)