

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

20 novembre 2015 / November the 20th, 2015

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
(2015). La protection sociale en 500 mots : dictionnaire passionné.....	6
(2015). Out-of-pocket payments In healthcare systems in the European Union.....	6
Ben Halima M.A., Regaert C. (2015). Quel est l'impact du système d'indemnisation maladie sur la durée des arrêts de travail pour maladie ?.....	6
Burkhauser R.V., Skira M. (2015). Measuring Health Insurance Benefits: The Case of People with Disabilities.....	7
Cotlear D. (2015). Going universal: How 24 developing countries are implementing universal health coverage ? Reforms from the bottom-up.....	7
Dormont B., Peron M. (2015). Does health insurance encourage the rise in medical prices?	7
Duggan M., Gruber J., Vabson M. (2015). The Efficiency Consequences of Health Care Privatization: Evidence from Medicare Advantage Exits.	8
Nilsson M. (2015). Economic incentives and long-term sickness absence: the indirect effect of replacement rates on absence behavior	8
Weber M. (2015). Le régime social des indépendants	8
Economie de la santé / Health Economics.....	9
Lis M. (2015). Red Herring in the Vistula River: Time-to-Death and Health Care Expenditure	9
Brot-Goldberg Z.C., Chandra A., Handel B.R. ,et al. (2015). What Does a Deductible Do? The Impact of Cost-Sharing on Health Care Prices, Quantities, and Spending Dynamics.	9
Jess N., Legal R., Louvel A., et al (2015). Les dépenses de santé à la charge des ménages retraités. Note de la Drees pour le COR.....	9
Sood N., Alpert A., Barnes K., et al. (2015). Effects of Payment Reform in More versus Less Competitive Markets.	10
Palali A. (2015). Essays in health economics and labor economics.....	10
Etat de santé / Health Status	11
(2015). La santé périnatale en Île-de-France. Tableau de bord d'indicateurs départementaux et régionaux en périnatalité et orthogénie	11
(2015). How's Life? 2015: Measuring Well-being.....	11
Van Ooijen (R., ALessie R., Knoef M.. (2015). Health status over the life cycle. York ...	11

(2015). Global status report on road safety.....	11
Handicap / Disability	12
Ameri M., Schur L., Adya M., et al. (2015). The Disability Employment Puzzle: A Field Experiment on Employer Hiring Behavior	12
Tenand M. (2015). Being dependent rather than disabled in France: does the institutional barrier at 60 affect care arrangements?	12
Hôpital / Hospitals	13
Besstremyannaya G., Simm J. (2015). The adverse effects of incentives regulation in health care:a comparative analysis with the U.S. and Japanese hospital data	13
Giuntella O. Nicodemo C., Vargas-Silva C. (2015). The Effects of Immigration on NHS Waiting Times	13
Inégalités de santé / Health Inequalities.....	13
(2015). Observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du Monde : rapport 2014.....	13
Bradby H., Humphris R, Newall D., et al. (2015). Public health aspects of migrant health: a review of the evidence on health status for refugees and asylum seekers in the European Region.....	14
De Vito E., De Waure C., Specchia M.L., et al. (2015). Public health aspects of migrant health: a review of the evidence on health status for undocumented migrants in the European Region. Health Evidence Network (HEN).....	14
Erreygers G., Kessels R. (2015). Socioeconomic status and health: A new approach to the measurement of bivariate inequality	14
Simon J., Kiss N., Laszewska A., et al. (2015). Public health aspects of migrant health: a review of the evidence on health status for labour migrants in the European Region. ...	15
Médicaments / Pharmaceuticals.....	15
Butikofer A. , Skira M. (2015). Missing work is a pain: the effect of Cox-2 inhibitors on sickness absence and disability pension receipt.....	15
Méthodologie – Statistique / Methodology - Statistics	15
Cernat A., Couper M., Ofstedal M.B. (2015). Estimation of Mode Effects in the Health and Retirement Study using Measurement Models.....	15
Ho K., Rosen A.M. (2015). Partial Identification in Applied Research: Benefits and Challenges.	16
Mullahy J. (2015). Estimation of Multivariate Probit Models via Bivariate Probit	16

Van Praag B. (2015). A New View on Panel Econometrics: Is Probit Feasible After All?	16
Politique de santé / Health Policy	17
(2015). La santé : bien commun de la société numérique. Construire le réseau du soin et du prendre soin	17
Prévision - Evaluation / Prevision - Evaluation	17
(2015). Les nouveaux indicateurs de richesse	17
Soins de santé primaires / Primary Health Care	17
Clemens J., Gottlieb J.D., Molnar T.L. (2015). The Anatomy of Physician Payments: Contracting Subject to Complexity	17
Mousques J., Daniel F. (2015). L'exercice regroupé pluriprofessionnel en maisons, pôles et centres de santé génère des gains en matière de productivité et de dépenses. Résultats de l'évaluation des sites participant à l'Expérimentation des nouveaux modes de rémunération	18
Mousques J., Daniel F. (2015). L'impact de l'exercice regroupé pluriprofessionnel sur la qualité des pratiques des médecins généralistes. Résultats de l'évaluation des maisons, pôles et centres de santé participant à l'Expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR)	18
Rothier-Bautzer E. (2012). Entre Cure et Care : les enjeux de la professionnalisation infirmière. Fonction Cadre de santé - gestion des ressources humaines	18
Systèmes de santé / Health Policy	19
Qingyue M. (2015). People's Republic of China health system review. Health Systems in Transition,	19
Lorenzoni L., Morgan D., Murakami R., et al. (2015). Public Expenditure Projections for Health and Long-Term Care for China Until 2030	20
Travail et santé / Occupational Health	20
Mette C. (2015). Chômage et santé mentale, des liens ambivalents.	20
Mette C. (2015). Le devenir professionnel des actifs en mauvaise santé. Un maintien en emploi plus difficile	20
Thebaud-Mony A., Davezies P., Vogel L., Volkoff S., et al.. (2015). Les risques du travail : pour ne pas perdre sa vie à la gagner	21
Vieillesse / Ageing	21
Ayyagari P. (2015). Evaluating the Impact of Social Security Benefits on Health Outcomes Among the Elderly	21

Belbase A., Sanzebacher G.T., Gillis C.R. (2015). Does Age-Related Decline in Ability
Correspond with Retirement Age?.....22

Dumont G.F. 2015). Standardization, a strategic tool for the Silver Economy.....22

Assurance Maladie / Health Insurance

(2015). **La protection sociale en 500 mots : dictionnaire passionné.** Paris : DOCIS

Préfacé par Gérard Larcher et Jean-Claude Mallet, ancien Président de la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnamts) et Président fondateur du Cercle de rédaction sur l'avenir de la protection sociale (Craps), et rédigé par de grands acteurs de la Protection Sociale, ce dictionnaire passionné traduit la reconnaissance des auteurs aux pères fondateurs de ce système unique au monde et les incertitudes de sa pérennité au sein d'une société à la recherche de toujours plus de sécurité pour ses membres. À l'occasion des 70 ans des Ordonnances de 1945 où fut instituée la Sécurité Sociale par le Conseil National de la Résistance, ce dictionnaire offre les clefs nécessaires pour comprendre le système de solidarité français à travers 7 grands thèmes : grands figures, grands événements et concepts ; financement ; emploi ; santé ; vieillissement ; handicap ; politique familiale ; logement social. À la fois historique et prospectif, ce livre met le lecteur face à ses responsabilités de citoyen.

<http://www.editions-docis.com/1/71.aspx>

(2015). **Out-of-pocket payments In healthcare systems in the European Union.** Bruxelles : HOPE.

Hospitals are by essence a field where solidarity is of utmost importance, insuring the most costly risks. In the context of the crisis, one of the main worries is that choices would be made to reduce the coverage of such risks. The scope of the present work is first to know whether it is possible to have a clear picture on what out-of-pockets payments are, and then to try to understand if and how such policies affected solidarity in the healthcare coverage.

http://www.hope.be/05eventsandpublications/docpublications/99_out-of-pocket_payments/99_HOPE_Out-of-pocket-payments_September_2015.pdf

Ben Halima M.A., Regaert C. (2015). Quel est l'impact du système d'indemnisation maladie sur la durée des arrêts de travail pour maladie ? Paris : Irdes

Les indemnités pour accidents du travail et maladies professionnelles présentent la plus forte hausse des dépenses d'indemnités journalières avec 2,7 milliards d'euros en 2010. Le coût moyen d'un accident du travail avec arrêt est de 3 000 €. Des politiques de prévention ont ainsi été mises en œuvre pour réduire la sinistralité, préserver la santé de la population active et assurer sa compétitivité. Notre étude se propose, en premier lieu, d'approfondir l'éclairage porté sur le lien entre accidents du travail et déterminants individuels, environnementaux et d'entreprise. Une modélisation économétrique en panel est utilisée sur données médico-administratives appariées de 2005 à 2010, le panel Hygie. Elle permet d'étudier simultanément la dynamique des comportements et leurs éventuelles hétérogénéités tout en raisonnant « toutes choses égales par ailleurs ». Dans un second temps, nous analysons les effets causaux de la survenue d'un accident du travail en 2006 sur le salaire, l'emploi et le nombre de jours d'arrêts de travail quatre années suivant le choc, en utilisant la méthode d'appariement exact en doubles différences. Les résultats obtenus par le modèle à effets fixes concordent avec ceux de la littérature. Il existe un effet négatif durable de l'accident du travail sur le salaire annuel qui s'amplifie dans le temps. Les femmes et les individus de moins de 35 ans semblent les plus touchés. La survenue d'un accident du travail impacte aussi le statut sur le marché du travail avec une augmentation de la probabilité d'être en emploi irrégulier : + 4,2 % pour les hommes, + 5,1 % pour les femmes. L'accident du travail a une forte incidence sur le nombre de jours d'arrêts de travail : +7,9 jours par an pour

les hommes, +10,6 jours pour les femmes. Si l'on tient compte de la gravité des accidents du travail par la reconnaissance d'une Incapacité partielle permanente (IPP), les résultats sont plus marqués : la perte moyenne de salaire des hommes est de 5 139 € et de 5 156 € pour les femmes. Les individus sont également plus souvent en emploi irrégulier cette probabilité augmentant de 25,7 % pour les hommes et de 28,7 % pour les femmes. Pour autant, l'accident du travail ne ressort pas comme un facteur de désinsertion professionnelle, aucun effet sur la probabilité d'être au chômage de longue durée n'apparaissant.

<http://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/068-quel-est-l-impact-de-la-survenue-d-un-accident-du-travail-sur-la-sante-et-le-parcours-professionnel.pdf>

Burkhauser R.V., Skira M. (2015). Measuring Health Insurance Benefits: The Case of People with Disabilities. Cambridge : NBER

Since 2012 the Congressional Budget Office has included an estimate of the market value of government-provided health insurance coverage in its measures of household income. We follow this practice for both public and private health insurance to capture the impact of greater access to government-provided health insurance for working-age people with disabilities, whose value rose in 2010 dollars from \$11.7B in 1980 to \$114.3B in 2012. We then consider the more general implications of incorporating estimates of the market price of insurance, equivalent to that provided by the government, into policy analyses in a post-Affordable Care Act world.

<http://www.nber.org/papers/w21629>

Cotlear D. (2015). Going universal: How 24 developing countries are implementing universal health coverage ? Reforms from the bottom-up. Washington : Banque Mondiale.

The book analyzes dozens of policy decisions at country level that shed light on how Universal Health Coverage programs are implemented in countries around the world, for which appendix B offers some background. The data collection tool for the analysis comprised a common "Nuts & Bolts" questionnaire with nine modules (appendix D). Its modules collected information on a country's health system, detailing information on the UHC program. The unit of analysis is the UHC program, not the entire health system, although much contextual information on the latter was collected. This program approach is used to focus on what is new or changing, because this is where reforms are concentrated. While this approach may run the risk of losing sight of the "system" once we dive into the details of a program, its advantage is that it allows for a much deeper understanding of how nascent UHC programs are functioning and changing. In addition, the UHC programs are often serving to leverage broader reform of the health system, in effect blurring the distinction between program and system.

<http://www.worldbank.org/en/topic/universalhealthcoverage/publication/going-universal-how-24-countries-are-implementing-universal-health-coverage-reforms-from-bottom-up>

Dormont B., Peron M. (2015). Does health insurance encourage the rise in medical prices? York : HEDG

Our purpose is to evaluate the influence of health insurance coverage on the use of specialists who balance bill. We estimate the impact on patients' behavior of a shock consisting of better coverage of balance billing, while controlling for supply side drivers. We use a panel data set of 43,111 French individuals observed between January 2010 and December 2012. Individuals are observed when they are all covered by the same supplementary insurer, with no coverage for balance billing, and after 3,819 of them switched to other supplementary insurers which offer better coverage. Our estimations show that better coverage contributes to a rise in medical prices by increasing the demand for

specialists who balance bill: for individuals who enjoy better coverage the proportion of consultations of specialists who balance bill is increased by 9%, and balance billing charged per consultation by 32%. However, the impact of the coverage shock depends on local supply side organization. When the proportion of specialists who do not balance bill their patients is high enough, patients have a real choice between specialist type: there is neither evidence of an inflationary effect of supplementary coverage, nor of limits in access to care due to balance billing.

<http://www.york.ac.uk/media/economics/documents/hedg/workingpapers/1516.pdf>

Duggan M., Gruber J., Vabson M. (2015). The Efficiency Consequences of Health Care Privatization: Evidence from Medicare Advantage Exits. Cambridge : NBER

There is considerable controversy over the use of private insurers to deliver public health insurance benefits. We investigate the efficiency consequences of patients enrolling in Medicare Advantage (MA), private managed care organizations that compete with the traditional fee-for-service Medicare program. We use exogenous shocks to MA enrollment arising from plan exits from New York counties in the early 2000s, and utilize unique data that links hospital inpatient utilization to Medicare enrollment records. We find that individuals who were forced out of MA plans due to plan exit saw very large increases in hospital utilization. These increases appear to arise through plans both limiting access to nearby hospitals and reducing elective admissions, yet they are not associated with any measurable reduction in hospital quality or patient mortality.

<http://www.nber.org/papers/w21650>

Nilsson M. (2015). Economic incentives and long-term sickness absence: the indirect effect of replacement rates on absence behavior. Uppsala : IFAU

Reductions in SI replacement levels has been a widely used instrument to lower sickness absence rates. The idea is that increasing the direct cost of absence would lower the absence rate. This paper explores a reform to the compulsory Swedish SI that meant that the replacement rate varied over the sickness absence spell. The reform reduced the replacement rate from 90 percent of foregone earnings to 65 percent during the 3 first days of a sickness absence spell and to 80 percent for days 4 - 90. From day 91 and onwards the rate remained at 90 percent. I show that the reform had, beside the previously shown direct effect, also an indirect effect on sickness absence behavior. The indirect effect stems from an increased cost of returning to work "too soon" and having to return on sick leave, this time with a lower replacement rate. I find that the indirect effect significantly reduces the probability to end an absence spell, creating a locking-in effect in sickness absence.

<http://www.ifau.se/Upload/pdf/se/2015/wp-2015-17-Economic-incentives-and-long-term-sickness-absence.pdf>

Weber M. (2015). Le régime social des indépendants. Les Avis du Conseil Economique - Social et Environnemental. Paris : CESE.

La création en 2006 d'une caisse nationale unique pour les travailleurs indépendants a connu de nombreuses vicissitudes, aujourd'hui en voie de normalisation. Certains problèmes structurels demeurent : architecture complexe faisant intervenir l'ACOSS, les URSSAF et les organismes conventionnés, difficulté pour assurer l'interopérabilité des systèmes d'information, méconnaissance des mécanismes de cotisation... Le CESE préconise plusieurs mesures pour améliorer le recouvrement des cotisations, renforcer la prévention, l'accompagnement et garantir une restructuration efficiente. Pour autant, la couverture sociale des autoentrepreneurs, toujours plus nombreux et parfois peu au fait de la gestion de l'entreprise, reste un défi pour le RSI. (résumé des éditeurs).

http://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2015/2015_25_rsi.pdf

Economie de la santé / Health Economics

Lis M. (2015). Red Herring in the Vistula River: Time-to-Death and Health Care Expenditure. Warsaw : Institute for structural research

The aim of the article is to quantify the role of time-to-death in shaping health care costs. By combining a detailed break-down of population-wide data on publicly financed health care expenditure with the population and mortality data we are able to estimate a flexible model of live-cycle healthcare expenditure. We show that introducing time to death into the model enables the health care costs model to fit data perfectly. Our results confirm that the cumulative costs of health care over life-span depend on the age of death to a limited extent. As a result, the effect of rising life expectancy has a minor impact on HCE. However, the transitional effect of the changing age structure of the population should affect the aggregate health care expenditure.

<https://ideas.repec.org/p/ibt/wpaper/wp132015.html>

Brot-Goldberg Z.C., Chandra A., Handel B.R., et al. (2015). What Does a Deductible Do? The Impact of Cost-Sharing on Health Care Prices, Quantities, and Spending Dynamics. Cambridge : NBER

Measuring consumer responsiveness to medical care prices is a central issue in health economics and a key ingredient in the optimal design and regulation of health insurance markets. We study consumer responsiveness to medical care prices, leveraging a natural experiment that occurred at a large self-insured firm which forced all of its employees to switch from an insurance plan that provided free health care to a non-linear, high deductible plan. The switch caused a spending reduction between 11.79%-13.80% of total firm-wide health spending (\$100 million lower spending per year). We decompose this spending reduction into the components of (i) consumer price shopping (ii) quantity reductions (iii) quantity substitutions, finding that spending reductions are entirely due to outright reductions in quantity. We find no evidence of consumers learning to price shop after two years in high-deductible coverage. Consumers reduce quantities across the spectrum of health care services, including potentially valuable care (e.g. preventive services) and potentially wasteful care (e.g. imaging services). We then leverage the unique data environment to study how consumers respond to the complex structure of the high-deductible contract. We find that consumers respond heavily to spot prices at the time of care, and reduce their spending by 42% when under the deductible, conditional on their true expected end-of-year shadow price and their prior year end-of-year marginal price. In the first-year post plan change, 90% of all spending reductions occur in months that consumers began under the deductible, with 49% of all reductions coming for the ex ante sickest half of consumers under the deductible, despite the fact that these consumers have quite low shadow prices. There is no evidence of learning to respond to the true shadow price in the second year post-switch.

<http://www.nber.org/papers/w21632>

Jess N., Legal R., Louvel A., et al (2015). Les dépenses de santé à la charge des ménages retraités. Note de la Drees pour le COR. Paris : COR

Cette note analyse le poids des dépenses de santé dans le budget des ménages retraités. Le taux d'effort en matière de santé des ménages est entendu comme les dépenses de santé à la charge des ménages rapportées à leur revenu disponible. Le modèle Inès-Omar de la DREES est l'outil adapté pour analyser la distribution des primes et des restes à charge des ménages après assurance maladie complémentaire (AMC) en France métropolitaine. Il permet de fournir des éléments de distribution par statut d'activité et niveau de vie (estimé

ici par les quintiles de niveau de vie). Grâce à une amélioration de la prise en compte de l'âge dans l'imputation des contrats de complémentaire santé, la version 2012 du modèle mis à jour en 2015 permet désormais une déclinaison plus fine de ces indicateurs par tranche d'âge.

<http://www.cor-retraites.fr/IMG/pdf/doc-3022.pdf>

Sood N., Alpert A., Barnes K., et al. (2015). Effects of Payment Reform in More versus Less Competitive Markets. Cambridge : NBER

Policymakers are increasingly interested in reducing healthcare costs and inefficiencies through innovative payment strategies. These strategies may have heterogeneous impacts across geographic areas, potentially reducing or exacerbating geographic variation in healthcare spending. In this paper, we exploit a major payment reform for home health care to examine whether reductions in reimbursement lead to differential changes in treatment intensity and provider costs depending on the level of competition in a market. Using Medicare claims, we find that while providers in more competitive markets had higher average costs in the pre-reform period, these markets experienced larger proportional reductions in treatment intensity and costs after the reform relative to less competitive markets. This led to a convergence in spending across geographic areas. We find that much of the reduction in provider costs is driven by greater exit of "high-cost" providers in more competitive markets.

<http://www.nber.org/papers/w21654>

Palali A. (2015). Essays in health economics and labor economics. Le Tilburg : Center for Economic Research.

The economics literature presents a growing number of studies focusing on risky health behaviors such as tobacco use or cannabis use. One of the most important characteristics of these risky health behaviors is that they harm the users and the people around the users, causing great social and economic costs. Therefore, in this dissertation, the author focuses on research questions on tobacco and cannabis use. The first two chapters focus on tobacco use. The first chapter investigates the spousal peer effects on the decision to quit smoking in couples to see if the quit decision of one partner affects the other. The second chapter investigates the effects of early smoking on labor market performance, by paying special attention to the possible effects through educational attainment. The last two chapters focus on cannabis, or as it is called in the USA marijuana use. The third chapter investigates the effects of geographical distance to Dutch coffeeshops, retail outlets from which residents can purchase cannabis, on the starting age of cannabis use. Finally, the last chapter analyzes the determinants of the support for cannabis legalization policies to see if the personal experience with cannabis use shapes the opinions.

https://pure.uvt.nl/portal/files/7711220/dissertation_palali_7July.pdf

Etat de santé / Health Status

(2015). **La santé périnatale en Île-de-France. Tableau de bord d'indicateurs départementaux et régionaux en périnatalité et orthogénie.** Paris : ORSIF.

Chaque année en Île-de-France, ce sont plus de 50 000 interruptions volontaires de grossesses (IVG) qui sont réalisées et plus de 180 000 nouveau-nés qui voient le jour dont 6% prématurément. L'accès à l'IVG, la baisse de la mortalité périnatale et infantile, le suivi des nouveau-nés vulnérables sont de véritables enjeux de santé publique. Ce tableau de bord s'appuie sur l'ensemble des sources disponibles : état civil ou recensements de population, statistiques de causes médicales de décès, programme de médicalisation des systèmes d'information, premiers certificats de santé de l'enfant, et enquêtes spécifiques. Il adopte une présentation thématique qui va de la grossesse, à l'accouchement et au début de la vie de l'enfant. Les indicateurs sont présentés au département et à la région, en données domiciliées (lieu d'habitation) et/ou enregistrées (lieu de réalisation), sur les dernières années disponibles. Définitions et limites accompagnent chaque indicateur (résumé de l'éditeur).

[http://www.ors-idf.org/dmdocuments/2015/Tableau de bord perinatIdF2015.pdf](http://www.ors-idf.org/dmdocuments/2015/Tableau_de_bord_perinatIdF2015.pdf)

(2015). **How's Life? 2015: Measuring Well-being.** Paris : OCDE

This third edition of How's Life ? develops our understanding of well-being in new ways. There is a special focus on child well-being, which finds that not all children are getting a good start in life, and those living in less affluent families face more risks to their well-being. The report introduces new measures to capture some of the natural, human, social and economic resources that play a role in supporting well-being over time. A chapter on volunteering suggests that volunteer work can create a virtuous circle: doing good makes people feel good, and brings a variety of other well-being benefits to both volunteers and to society at large. Finally, the report looks at inequalities in well-being across different regions within countries, demonstrating that where people live can shape their opportunities for living well. (résumé de l'éditeur)

Van Ooijen (R., ALessie R., Knoef M.. (2015). Health status over the life cycle. York : HEDG

We construct a health measurement model which combines panel data on self-reported health with a rich set of health measures from administrative medical records. Our estimated health model allows us to predict health status for the population at large. We account both for unobserved heterogeneity and for the persistence in unobserved health shocks. To account for inconsistent reporting in self-reported health we propose a 'corrected' health measure. We show that this 'corrected' measure substantially increases the estimated persistence in health status. We use predicted health status to study the evolution of health as individuals age. Moreover, we analyze how health interacts with economic variables and education. We find a strong gradient in education; the age at which health starts to decline at a greater rate differs by education and gender.

<http://www.york.ac.uk/media/economics/documents/hedg/workingpapers/1521.pdf>

(2015). **Global status report on road safety** 2015. Genève : OMS.

Selon ce rapport, près de 1,25 million de personnes meurent chaque année sur les routes en dépit des progrès constatés dans ce domaine. Toutefois, le nombre de tués sur les routes se stabilise alors même que le nombre de véhicules motorisés a augmenté rapidement dans le monde, tout comme la population mondiale. Ces trois dernières années, 79 pays ont

constaté une baisse dans le nombre absolu des victimes d'accidents de la circulation et 68 pays ont enregistré une hausse.

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf

Handicap / Disability

Ameri M., Schur L., Adya M., et al. (2015). *The Disability Employment Puzzle: A Field Experiment on Employer Hiring Behavior.* Cambridge : NBER

People with disabilities have low employment and wage levels, and some studies suggest employer discrimination is a contributing factor. Following the method of Bertrand and Mullainathan (2003), new evidence is presented from a field experiment that sent applications in response to 6,016 advertised accounting positions from well-qualified fictional applicants, with one-third of cover letters disclosing that the applicant has a spinal cord injury, one-third disclosing the presence of Asperger's Syndrome, and one-third not mentioning disability. These specific disabilities were chosen because they would not be expected to limit productivity in accounting, helping rule out productivity-based explanations for any differences in employer responses. Half of the resumes portrayed a novice accountant, and half portrayed an experienced one. The fictional applicants with disabilities received 26% fewer expressions of employer interest than those without disabilities, with little difference between the two types of disability. The disability gap was concentrated among more experienced applicants, and among private companies with fewer than 15 employees that are not covered by the ADA, although comparable state statutes cover about half of them. Comparisons above and below disability law coverage thresholds point to a possible positive effect of the ADA on employer responses to applicants with disabilities, but no clear effects of state laws. The overall pattern of findings is consistent with the idea that disability discrimination continues to impede employment prospects of people with disabilities, and more attention needs to be paid to employer behavior and the demand side of the labor market for people with disabilities.

<http://www.nber.org/papers/w21560>

Tenand M. (2015). *Being dependent rather than disabled in France: does the institutional barrier at 60 affect care arrangements?* Paris : Paris School of economics

In developed countries, individuals having difficulties with the activities of daily living may benefit from public home care subsidies. The French institutional framework distinguishes between disability schemes, accessible to individuals below 60, and dependence schemes, open to those aged 60 or more. We assess whether this institutional threshold has an impact on care utilization rates among individuals with impairments living in the community. We use the French Health and Disability Survey on Households (HSM) to get a sample of individuals aged 50 to 74 with restrictions in ADL or IADL and living at home. Fitting a bivariate probit model to account for the simultaneity of formal and informal care utilization decisions, we find that being a "dependent elderly" rather than a "disabled adult" increases the non-medical formal care utilization rate, by about 6 to 10 percentage points. Decrease of informal care utilization around the threshold is smaller (of 2 to 4 percentage points) and less robust, but is suggestive of small substitution effects consistent with what is found in the literature. We also provide evidence that the distinction between disability and dependence schemes has an impact on living arrangements, as individuals above 60 are more likely to live in an institution on a permanent basis. Overall, our results show that the institutional age threshold influences the way individuals' day-to-day difficulties are being compensated. They lead to question the architecture of French compensation policies for equity concerns, but also on efficiency

grounds.

http://www.parisschoolofeconomics.eu/docs/tenand-marianne/tenand-marianne_dependence-vs-disability-schemes-and-care-arrangements_zew-submission.pdf

Hôpital / Hospitals

Besstremyannaya G., Simm J. (2015). The adverse effects of incentives regulation in health care: a comparative analysis with the U.S. and Japanese hospital data.

Moscou : NES - CEFIR

The paper analyzes the effect of incentives regulation, when the yardstick competition approach is supplemented with a performance tax on providers. In an application to prospective payments in health care in the U.S. and Japan, we show differential effects of value-based purchasing, when price-setting is related to benchmark values of quality measures or length-of-stay. The predictions of our theoretical model, as well as empirical results offer persuasive evidence that unintended effects appear for best-performing hospitals. Patient experience/clinical-process-of-care measures significantly decrease in the top percentiles of the U.S. hospitals owing to the reform. Similarly, length of stay significantly increases for most diagnosis-related groups at Japanese hospitals in percentiles with the lowest length of stay. A natural experiment aimed at best-practice rate-setting diminishes the undesired effects of the reform.

<http://www.cefir.ru/papers/WP218.pdf>

Giuntella O. Nicodemo C., Vargas-Silva C. (2015). The Effects of Immigration on NHS Waiting Times.

Bonn : IZA

This paper analyses the effects of immigration on waiting times in the National Health Service (NHS) in England. Linking administrative records from the Hospital Episode Statistics (2003-2012) with immigration data drawn from the UK Labour Force Survey, we find that immigration reduced waiting times for outpatient referrals and did not have significant effects on waiting times in Accident and Emergency (A&E) and elective care. These results are explained by the fact that immigration increases natives' internal mobility and that immigrants tend to be healthier than the natives moving to different areas. On the contrary, we show that outpatient waiting times tend to increase in areas where native internal migrants moved into. Finally, we find evidence that immigration increased waiting times for outpatient referrals in more deprived areas outside London. The increase in average waiting times in more deprived areas is concentrated in the years immediately following the 2004 EU enlargement and vanished in the medium-run (e.g., 3 to 4 years).

<http://ftp.iza.org/dp9351.pdf>

Inégalités de santé / Health Inequalities

(2015). Observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du Monde : rapport 2014.

Paris : Médecins du Monde.

L'Observatoire de l'accès aux soins de Médecins du Monde est un outil essentiel de connaissance des populations rencontrées par les équipes de Médecins du Monde permettant de faire le lien entre leurs conditions de vie, leur environnement, leurs droits et leurs problèmes de santé, d'observer les discriminations dans l'accès aux soins, les

dysfonctionnements des dispositifs, mais aussi les expériences positives. Il contribue à enrichir la connaissance des populations vulnérables en France, par ailleurs largement ignorées par les statistiques officielles françaises de santé publique : les données portent sur un nombre important de personnes sans domicile fixe ou vivant avec un statut administratif précaire sur le territoire.

<http://www.medecinsdumonde.org/content/download/18186/207629/file/RAPPORT-OBSERVATOIRE-2014-BASSE+DEF.pdf>

Bradby H., Humphris R, Newall D., et al. (2015). Public health aspects of migrant health: a review of the evidence on health status for refugees and asylum seekers in the European Region. Health Evidence Network (HEN) synthesis report; 44. Copenhague : Office des Publications du Bureau Régional de l'Europe

Refugees and asylum seekers are defined in many ways, but can be considered as those who did not make a voluntary choice to leave their country of origin and cannot return home in safety. Outcome data are limited and mostly focused on perinatal and mental health but do suggest significant levels of unmet need. This scoping review considered 72 studies in which refugees and asylum seekers formed part or all of the population studied. The results show that access to appropriate health care across the WHO European Region is very varied and is overwhelmingly shaped by legal frameworks and the regulation of the migration process. The need for improved communication with asylum seekers and coordinated action between agencies within and beyond the health care system is widely noted. Improved data are imperative to support intersectoral work to address the health care needs of asylum seekers and refugees.

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/289246/WHO-HEN-Report-A5-2-Refugees_FINAL.pdf

De Vito E., De Waure C., Specchia M.L., et al. (2015). Public health aspects of migrant health: a review of the evidence on health status for undocumented migrants in the European Region. Health Evidence Network (HEN) synthesis report; 42.

Copenhague : Office des Publications du Bureau Régional de l'Europe
Undocumented migrants are people within a country without the necessary documents and permits. They are considered at higher risk for health problems because of their irregular status and the consequences of economic and social marginalization. A systematic review found 122 documents that suggested policies and interventions to improve health care access and delivery for undocumented migrants. Undocumented migrants mostly have only access to emergency care across Europe, and even in the countries where they are fully entitled to health care, formal and informal barriers hinder their access. This raises concerns for both public health and migrant care. On the basis of findings, policy options are suggested regarding data collection, research, entitlement to health care, information and communication, training and intersectoral approach.

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/289255/WHO-HEN-Report-A5-3-Undocumented_FINAL-rev1.pdf

Erreygers G., Kessels R. (2015). Socioeconomic status and health: A new approach to the measurement of bivariate inequality. Antwerpen : University of Antwerp

We suggest an alternative way to construct a family of indices of socioeconomic inequality of health. Our indices belong to the broad category of linear indices. In contrast to rank-dependent indices, which are defined in terms of the ranks of the socioeconomic variable and the levels of the health variable, our indices are based on the levels of both the socioeconomic and the health variable. We also indicate how the indices can be modified in order to introduce sensitivity to inequality in the socioeconomic distribution and to

inequality in the health distribution. As an empirical illustration, we make a comparative study of the relation between income and well-being in 16 European countries using data from SHARE Wave 4.

<http://ideas.repec.org/p/ant/wpaper/2015017.html>

Simon J., Kiss N., Laszewska A., et al. (2015). Public health aspects of migrant health: a review of the evidence on health status for labour migrants in the European Region. Health Evidence Network (HEN) synthesis report; 43. Copenhagen : Office des Publications du Bureau Régional de l'Europe

Labour migrants form one important subgroup of international migrants. In 2010, labour migrants constituted 7.2–9.5% of the total working population in Belgium, Germany, Greece, Spain and the United Kingdom, and the number of labour migrants in the Russian Federation was estimated at 7–9 million in 2005. With labour migration at such a massive scale, provision of health care for this group has become an increasingly important issue within the WHO European Region. This report focuses on labour migrants specifically, irrespective of documentation status: those seeking work, those employed in the host country, and those who were previously employed or are seeking work but are unable to continue working or find work and remain in the host country. The objective of this report is to address the following question by way of a systematic review of the English language literature: What policies and interventions work to improve health care access and delivery for labour migrants in the European Region?

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/289245/WHO-HEN-Report-A5-1-Labour-FINAL.pdf

Médicaments / Pharmaceuticals

Butikofer A. , Skira M. (2015). Missing work is a pain: the effect of Cox-2 inhibitors on sickness absence and disability pension receipt. York : HEDG

How does medical innovation affect labor supply? We analyze how the availability of Cox-2 inhibitors, pharmaceuticals used for treating pain and inflammation, affected the sickness absence and disability pension receipt of individuals with joint pain. We exploit the market entry of the Cox-2 inhibitor Vioxx and its sudden market withdrawal as exogenous sources of variation in drug use. Using Norwegian administrative data, we find Vioxx's entry decreased quarterly sickness absence days among individuals with joint pain by 7-11 percent. The withdrawal increased sickness days by 12-21 percent and increased the quarterly probability of receiving disability benefits by 0.4-0.6 percentage points.

<http://www.york.ac.uk/media/economics/documents/hedg/workingpapers/1418.pdf>

Méthodologie – Statistique / Methodology - Statistics

Cernat A., Couper M., Ofstedal M.B. (2015). Estimation of Mode Effects in the Health and Retirement Study using Measurement Models. Colchester : ISER

Using multiple modes to collect data is becoming a standard practice in survey agencies. While this should save costs and decrease non-response error it may have detrimental effects on measurement quality. This can happen because different modes have distinct

measurement biases which, when combined with selection effects, can increase the total survey error of a mixed-mode survey relative to a single mode approach. In this paper we use a quasi-experimental design from the Health and Retirement Study to compare the measurement quality of a number of scales between face-to-face, telephone and Web modes. Panel members were randomly assigned to receive a telephone survey or enhanced face-to-face survey in the 2010 core wave, while this was reversed in the 2012 core wave. In 2011, panelists with Internet access completed a Web survey containing selected questions from the core waves. We examine the responses from 3251 respondents who participated in all three waves, using latent models to identify measurement mode effects. Two of the scales, depression and physical activity, show systematic differences between interviewer administered modes (i.e., face-to-face and telephone) and the self-administered one (i.e., Web) while religiosity shows no differences of measurement between modes. Possible explanations are discussed.

<https://www.iser.essex.ac.uk/research/publications/working-papers/iser/2015-19.pdf>

Ho K., Rosen A.M. (2015). Partial Identification in Applied Research: Benefits and Challenges. Cambridge : NBER

Advances in the study of partial identification allow applied researchers to learn about parameters of interest without making assumptions needed to guarantee point identification. We discuss the roles that assumptions and data play in partial identification analysis, with the goal of providing information to applied researchers that can help them employ these methods in practice. To this end, we present a sample of econometric models that have been used in a variety of recent applications where parameters of interest are partially identified, highlighting common features and themes across these papers. In addition, in order to help illustrate the combined roles of data and assumptions, we present numerical illustrations for a particular application, the joint determination of wages and labor supply. Finally we discuss the benefits and challenges of using partially identifying models in empirical work and point to possible avenues of future research.

<http://www.nber.org/papers/w21641>

Mullahy J. (2015). Estimation of Multivariate Probit Models via Bivariate Probit.

Cambridge : NBER

Models having multivariate probit and related structures arise often in applied health economics. When the outcome dimensions of such models are large, however, estimation can be challenging owing to numerical computation constraints and/or speed. This paper suggests the utility of estimating multivariate probit (MVP) models using a chain of bivariate probit estimators. The proposed approach offers two potential advantages over standard multivariate probit estimation procedures: significant reductions in computation time; and essentially unlimited dimensionality of the outcome set. The time savings arise because the proposed approach does not rely simulation methods; the dimension advantage arises because only pairs of outcomes are considered at each estimation stage. Importantly, the proposed approach provides a consistent estimator of all the MVP model's parameters under the same assumptions required for consistent estimation based on standard methods, and simulation exercises suggest no loss of estimator precision.

<http://www.nber.org/papers/w21593>

Van Praag B. (2015). A New View on Panel Econometrics: Is Probit Feasible After All?

Bonn : IZA

Mundlak (1978) proposed the addition of time averages to the usual panel equation in order to remove the fixed effects bias. We extend this Mundlak equation further by replacing the time-varying explanatory variables by the corresponding deviations from the averages over

time, while keeping the time averages in the equation. It appears that regression on this extended equation provides simultaneously the within and in-between estimator, while the pooled data estimator is a weighted average of the within and in-between estimator. In Section 3 we introduce observed and unobserved fixed effects. In Section 4 we demonstrate that in this extended setup Probit estimation on panel data sets does not pose a specific problem. The usual software will do. In Section 5 we give an empirical example.

<http://ftp.iza.org/dp9345.pdf>

Politique de santé / Health Policy

(2015). La santé : bien commun de la société numérique. Construire le réseau du soin et du prendre soin. Paris : Conseil National du numérique.

Ce rapport est consacré au rôle du numérique dans la refondation de notre système de santé. Il formule 15 propositions pour que la transformation numérique de notre système de santé favorise l'émergence d'une société plus solidaire, équitable et innovante, en cohérence avec la Stratégie nationale du numérique. Elles inspireront notamment trois chantiers en cours: la construction du futur service public d'information en santé, l'émergence de nouveaux espaces de co-innovation en santé et les travaux sur le futur dossier médical dématérialisé.

http://www.cnnumerique.fr/wp-content/uploads/2015/07/CNNum_Rapport-Sante%CC%81-bien-commun-de-la-soci%C3%A9t%C3%A9-num%C3%A9rique.pdf

Prévision - Evaluation / Prevision - Evaluation

(2015). Les nouveaux indicateurs de richesse. Paris : Premier ministre

Comment mesurer la croissance ? Peut-on s'accorder sur une définition commune ou bien s'agit-il d'une notion subjective ? Ce rapport sur les nouveaux indicateurs de richesse est la première édition d'un exercice inédit en France : un débat, avec les parlementaires et de nombreux Français, sur la définition de la croissance. 10 nouveaux indicateurs ont été identifiés.

<http://www.gouvernement.fr/sites/default/files/liseuse/5711/master/projet/Les-nouveaux-indicateurs-.pdf>

Soins de santé primaires / Primary Health Care

Clemens J., Gottlieb J.D., Molnar T.L. (2015). The Anatomy of Physician Payments: Contracting Subject to Complexity. Cambridge : NBER

The reimbursement rates that private insurers pay to physicians are closely linked to those set by Medicare, despite the well-known limitations of Medicare's fee schedule. We ask to what extent this relationship reflects the use of Medicare's relative price menu as a benchmark, in order to reduce transaction costs in an otherwise complex pricing environment. We analyze 71 million claims from a large private insurer, which represent \$6.3 billion in spending over three years. Using two empirical approaches, we estimate that 75

percent of services, accounting for 65 percent of dollars, are benchmarked to Medicare's relative prices. The Medicare-benchmarked share is higher for services provided by small physician groups. It is lower for capital-intensive treatment categories, for which Medicare's average-cost reimbursements deviate most from marginal cost pricing. When the insurer deviates from Medicare's relative prices, these deviations are consistent with adjusting towards the marginal costs of treatment. Our results suggest that providers and private insurers coordinate around Medicare's menu of relative payments for simplicity, but innovate when the value of doing so is likely highest.

<http://www.nber.org/papers/w21642>

Mousques J., Daniel F. (2015). L'exercice regroupé pluriprofessionnel en maisons, pôles et centres de santé génère des gains en matière de productivité et de dépenses. Résultats de l'évaluation des sites participant à l'Expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR). Questions d'Economie de la Santé (Irdes), (210) :

Quels impacts l'exercice pluriprofessionnel a-t-il dans les maisons, pôles et centres de santé ayant participé aux Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) entre 2010 et 2014 ? Les médecins généralistes des sites ENMR sont-ils plus actifs et plus productifs que les autres ? La structure de leur activité est-elle similaire ? Leurs patients recourent-ils plus ou moins fréquemment aux différentes catégories de soins ambulatoires ? Leurs dépenses sont-elles moindres ou plus élevées ? Ces résultats sont-ils homogènes ou hétérogènes entre les différents types de sites participant aux ENMR ? Autant de questions qui sont explorées dans ce cinquième volet de l'évaluation des sites regroupés pluriprofessionnels ayant participé aux ENMR. Les analyses évaluatives quantitatives de mesure de l'impact du regroupement sur l'activité et les soins et services de santé sont effectuées à partir de designs quasi-expérimentaux.

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/210-l-exercice-regroupe-pluriprofessionnel-en-maisons-poles-et-centres-de-sante-genere-des-gains-en-matiere-de-productivite-et-de-depenses.pdf>

Mousques J., Daniel F. (2015). L'impact de l'exercice regroupé pluriprofessionnel sur la qualité des pratiques des médecins généralistes. Résultats de l'évaluation des maisons, pôles et centres de santé participant à l'Expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR). Questions d'Economie de la Santé(Irdes), (211) :

Quels impacts l'exercice pluri professionnel a-t-il dans les maisons, pôles et centres de santé ayant participé aux Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) entre 2010 et 2014 ? Les médecins généralistes des sites ENMR sont-ils plus actifs et plus productifs que les autres ? La structure de leur activité est-elle similaire ? Leurs patients recourent-ils plus ou moins fréquemment aux différentes catégories de soins ambulatoires ? Leurs dépenses sont-elles moindres ou plus élevées ? Ces résultats sont-ils homogènes ou hétérogènes entre les différents types de sites participant aux ENMR ? Autant de questions qui sont explorées dans ce cinquième volet de l'évaluation des sites regroupés pluriprofessionnels ayant participé aux ENMR. Les analyses évaluatives quantitatives de mesure de l'impact du regroupement sur l'activité et les soins et services de santé sont effectuées à partir de designs quasi-expérimentaux.

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/211-l-impact-de-l-exercice-regroupe-pluriprofessionnel-sur-la-qualite-des-pratiques-des-medecins-generalistes.pdf>

Rothier-Bautzer E. (2012). Entre Cure et Care : les enjeux de la professionnalisation

infirmière. Fonction Cadre de santé - gestion des ressources humaines. Paris : Editions Lamarre

La conception du soin qui prévaut au XX^e siècle trouve son origine dans un modèle centré sur le curatif (Cure) qui tend à s'opposer aux situations qui requièrent un investissement relationnel étalé dans la durée (Care). Le soin a changé. Les progrès constatés dans de nombreux traitements au cours du XX^e siècle ont participé à la production d'une nouvelle culture du soin du XXI^e siècle dont le centre n'est plus l'hôpital, mais l'articulation des situations de soins hospitalières, au domicile des patients, et dans des structures d'accueil intermédiaires. Les traitements permettent désormais de continuer à vivre, souvent longtemps, tout en restant malade. Nombreux sont ceux qui continuent à vivre tout en se soignant continuellement. Ils sont donc amenés à entretenir une relation régulière avec leurs soignants, en participant activement au meilleur maintien de leur état de santé et en s'intéressant de près à la pathologie dont ils sont atteints. Sous-estimer le travail du « prendre soin » (care), revient à mettre en péril les possibilités curatives. Ce processus entretient malaise et désaffection chez les professionnels de santé et déficit de confiance du côté des patients. Cet ouvrage montre, à partir de l'étude de la professionnalisation des infirmières, comment les modèles de formation et de division du travail des soignants, qui se sont édifiés tout au long du siècle dernier, ont générées ces situations contreproductives. La révision des parcours de formation, fréquemment débattue mais artificiellement résolue par le nouveau référentiel de septembre 2009, s'appuie toujours sur les mêmes modèles professionnels et perpétue, de ce fait, les obstacles à la prise en compte des besoins croissants d'accompagnement des patients atteints de maladies chroniques. Comment les soignants vont-ils se saisir du malaise qu'ils traversent, pour construire, avec les patients, une nouvelle culture du soin, à l'heure où les réseaux de soins se développent et où l'autonomie est devenue une valeur suprême ? Par ses explorations des problématiques du soin et des logiques d'acteurs, cet ouvrage est indispensable pour comprendre les enjeux des professions paramédicales et envisager des stratégies d'avenir.

<http://www.parisdescartes.fr/CULTURE/Publications/Entre-cure-et-care-les-enjeux-de-la-professionnalisation-infirmiere>

Systèmes de santé / Health Policy

Qingyue M. (2015). People's Republic of China health system review. Health Systems in Transition, Vol. 5 No. 7. Copenhague : : Office des Publications du Bureau Régional de l'Europe

China has made great achievements in improving health status over the past six decades with a huge population that accounted for about 19% of total world population in 2012. The life expectancy at birth in China has increased from 35 years in 1949 to 75 years in 2012, mainly the result of government commitment to health, provision of cost effective public health programmes, coverage of health financial protection mechanisms, and a basic health care delivery network. China is facing many health challenges amid its demographic and epidemiological transition of rapid economic growth, urbanization and industrialization, population ageing, diseases and risk factors related to lifestyle and environmental pollution. [...] Social health insurance schemes, including the rural cooperative medical scheme, urban employee-based health insurance scheme, and urban resident-based health insurance schemes, have reached universal population coverage. These are run by government subsidies and individual contributions and cover both outpatient and inpatient care. Governments provide subsidies for covering essential public health programmes. Access to

health care has increased rapidly with the expanded coverage of financial protection mechanisms. Over the past decade, out-of-pocket payments as a proportion of total health expenditures have declined dramatically.

http://iris.wpro.who.int/bitstream/handle/10665.1/11408/9789290617280_eng.pdf

Lorenzoni L., Morgan D., Murakami R., et al. (2015). *Public Expenditure Projections for Health and Long-Term Care for China Until 2030*. Paris : OCDE

Ces dernières années, la Chine a connu une expansion sans précédent de la population couverte par l'assurance maladie dans sa quête pour une assurance maladie universelle. Dès 2011, 95% de la population chinoise était assurée contre moins de 50 % en 2005 par le biais de l'assurance maladie publique. Dans cette même mouvance, la structure du financement des soins de santé s'est déplacée de manière significative, au point que plus de la moitié des dépenses de santé est financée publiquement en 2013, contre un peu plus d'un tiers au début des années 2000. Dans ce contexte, il est important de déterminer les principaux moteurs de la croissance future des dépenses de santé à moyen terme, afin d'évaluer l'impact possible sur les budgets publics. En utilisant un modèle component-based des dépenses de santé développé à l'OCDE, des projections de la dépense publique en soins de santé et de longue durée, ont été réalisées pour les pays de l'OCDE et quelques pays émergents, incluant la Chine. L'utilisation d'une méthodologie unique pour l'ensemble des pays permet des comparaisons internationales cohérentes, avec différents scénarios de tension sur les coûts et de maîtrise des coûts. Ces projections, selon différents scénarios, prévoient en Chine une augmentation de la part des dépenses publiques en soins de santé et de long terme dans le PIB de 3.0% en 2012 à 4.7% ou 5.2% dès 2030. Cela correspond à une augmentation de de 55% à 72% -selon le scénario bien plus importante que celle observée dans les pays de l'OCDE – 29% à 40% en moyenne -et d'autres économies émergentes clés – 46% et 63%. Cet écart reflète en partie le vieillissement rapide de la population chinoise. Cela étant dit, la technologie et les prix relatifs restent les moteurs les plus importants dans l'augmentation des dépenses de santé publique et de soins de longue durée à travers tous les pays. Ces résultats de projection mettent en évidence les défis politiques importants pour la Chine, alors qu'elle cherche à équilibrer le contrôle des coûts tout en continuant à améliorer la profondeur et la qualité de l'assurance maladie (résumé de l'éditeur).

<http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/5jxznwri32mp.pdf>

Travail et santé / Occupational Health

Mette C. (2015). *Chômage et santé mentale, des liens ambivalents*. *Dares Analyses*, (067) :

Le chômage peut survenir en raison de problèmes de santé mentale, mais également fragiliser celle-ci. Les personnes ayant connu le chômage entre 2006 et 2010 signalent davantage de symptômes dépressifs en 2006 et avaient connu plus de problèmes de santé, en général, au cours de leur carrière. Le passage par le chômage entre 2006 et 2010 a des effets négatifs sur la santé mentale seulement pour les hommes. Ces derniers sont d'autant plus nombreux à connaître des épisodes dépressifs que leur durée de chômage a été longue. Cet impact est particulièrement marqué pour ceux n'ayant été que faiblement exposés aux risques psychosociaux au cours de leur vie professionnelle.

<http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2015-067.pdf>

Mette C. (2015). *Le devenir professionnel des actifs en mauvaise santé. Un maintien en emploi plus difficile*. *Dares Analyses*, (068) :

Une santé altérée en 2006 est défavorable au maintien dans l'emploi en 2010. Mais les actifs à la santé altérée qui restent en emploi connaissent plus souvent que les autres des changements favorables dans leur environnement familial et social. Un peu plus d'un tiers des actifs occupés en mauvaise santé en 2006 indiquent que leur état de santé a eu des conséquences sur leur vie professionnelle. Ainsi, les changements ou aménagements de poste favorisent le maintien dans l'emploi, particulièrement lorsque les problèmes de santé sont d'ordre physique. Les conditions de travail en 2006 jouent peu sur le maintien en emploi des personnes à la santé altérée, mais une baisse des expositions aux contraintes physiques pour les hommes et une augmentation du pouvoir décisionnel pour les femmes favorisent une meilleure santé pour ceux et celles qui se sont maintenus en emploi.

<http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2015-068.pdf>

Thebaud-Mony A., Davezies P., Vogel L., Volkoff S., et al. (2015). Les risques du travail : pour ne pas perdre sa vie à la gagner. Paris : Editions de la Découverte

Depuis les années 1990, les conditions de travail se sont peu à peu imposées dans le débat social. Néanmoins, la situation reste critique. Les risques traditionnels n'ont pas disparu : les manutentions lourdes, l'exposition professionnelle aux cancérogènes, au bruit ou aux vibrations demeurent répandues... De plus, certaines « améliorations » n'ont fait que déplacer et dissimuler les problèmes, telle l'externalisation des risques grâce à la sous-traitance. Dans le même temps, les transformations du travail et des modalités de gestion de la main-d'œuvre ont fragilisé les collectifs et accru l'isolement des salariés, conduisant à une montée visible de la souffrance psychique. Face à ces évolutions, il est plus que jamais nécessaire que tous les acteurs concernés, en particulier les salariés eux-mêmes et leurs représentants, s'approprient les connaissances indispensables pour améliorer la protection de la santé sur les lieux du travail. Tel est le but de ce livre, qui renouvelle intégralement sa première édition de 1985, laquelle avait fait date. Trente ans après, cette refonte s'imposait : cet ouvrage présente de manière accessible à un large public les connaissances les plus récentes sur les risques du travail, dans tous les secteurs. Mobilisant une équipe internationale de spécialistes et prenant en compte des expériences conduites dans de nombreux pays, il constitue à la fois une référence incontournable pour réfléchir à l'avenir de la prévention et un outil pratique proposant des pistes d'action.

Vieillesse / Ageing

Ayyagari P. (2015). Evaluating the Impact of Social Security Benefits on Health Outcomes Among the Elderly. Chestnut Hill : Center for Retirement Research at Boston College

Given concerns about the depletion of the Social Security Trust Fund, policymakers are considering several proposals to improve the financial sustainability of the program, including some that would lower benefits over time. The extent to which reductions in Social Security benefits impact individual health and well-being is not well understood. Using data from a nationally representative survey of older adults, we examine the impact of changes in Social Security income on a broad range of elderly health outcomes, including cognitive function, depression, disability and self-rated health. Prior literature has documented a positive association between income and health. However, this association may reflect unmeasured confounders that are correlated with both income and health (e.g. childhood environment) or may reflect the impact of health on income. To address these concerns and to identify the causal impact of income on health, we employ an instrumental variables

strategy based on changes in Social Security income due to amendments to the Social Security Act in the 1970s. We discuss the implications of our findings for aging populations and for public policy.

<http://crr.bc.edu/working-papers/evaluating-the-impact-of-social-security-benefits-on-health-outcomes-among-the-elderly-2/>

Belbase A., Sanzebacher G.T., Gillis C.R. (2015). Does Age-Related Decline in Ability Correspond with Retirement Age? Chestnut Hill : Center for Retirement Research at Boston College

While declines in physical and mental performance are inevitable as workers age, they are not uniform across the various systems of the body - some physical and cognitive abilities decline much earlier than others. This variance implies that workers in occupations that rely on skills that decline early may be unable to work until late ages, even as policy changes like increases in the Full Retirement Age (FRA) encourage them to. Researchers often estimate models of early retirement that include a control for whether a worker is in a blue-collar job - basically assuming that less-physical white-collar work allows longer careers. But this assumption ignores the fact that even workers in white-collar occupations may find themselves relying on skills that have declined. This paper instead reviews the literature on aging and constructs a Susceptibility Index meant to reflect how susceptible an occupation is to declines in ability, regardless of whether the occupation relies on physical abilities (as blue-collar occupations do) or cognitive ones.

<http://crr.bc.edu/working-papers/does-age-related-decline-in-ability-correspond-with-retirement-age>

Dumont G.F. 2015). Standardization, a strategic tool for the Silver Economy. Paris : Université Paris Sorbonne.

Effets démographiques générationnels et augmentation de l'espérance de vie : ces deux phénomènes combinés, inédits dans l'histoire de l'Humanité, confrontent la société française à de nombreux défis. En 2014, la France compte 16 millions de personnes âgées de 60 ans ou plus. Selon la projection moyenne, elles seraient 20 millions en 2030. Comment répondre à leurs besoins ? La question est au cœur de la Silver économie, filière qui vise à encourager les innovations pour accompagner l'avancée en âge et faire reculer la perte d'autonomie. Un vrai potentiel en termes de retombées économiques et d'emploi pour de très nombreux secteurs d'activités. Des normes volontaires existent, mais des manques sont identifiés comme pénalisant la structuration de la filière. Les domaines comme les besoins fondamentaux (alimentation, capacité de déplacement...), le cadre de vie (environnement, proximité de commerces...) ou la santé (accès aux soins, prévention) représentent des marchés à fort potentiel. Neuf secteurs clés sont identifiés : agroalimentaire, transports, habitat, lieu de travail, santé et action sociale, services financiers, sports loisirs et tourisme, biens de consommation et technologies de l'information. Cette expression de besoins provient d'ailleurs des seniors eux-mêmes et de leurs aidants qui, selon l'enquête nationale présentée dans ce rapport, placent l'alimentation, la santé et les nouvelles technologies dans le trio de tête de leurs attentes de services. Dans le domaine de la Silver économie, des normes volontaires et référentiels privés existent déjà, mais de nombreux manques persistent. Ces lacunes pénalisent la structuration de la filière. Pour un entrepreneur, consulter une norme volontaire permet de gagner du temps et de déployer son activité dans des conditions optimales, qui répondent aux besoins et aux exigences du secteur. Les conclusions de ce rapport encouragent tous les acteurs économiques concernés par la croissance de la filière (prestataires, industriels, PME, start-ups,...) à s'impliquer pour élaborer, ensemble, des normes volontaires qui correspondent aux besoins du marché du marché.

<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01180511/document>