

Institut d'études politiques de Paris
ECOLE DOCTORALE DE SCIENCES PO
Programme doctoral en économie
Département d'Economie - LIEPP

Doctorat en Sciences économiques

Qualité de l'emploi, assurance santé et prix des
médicaments à l'hôpital: essais en économie appliquée
Léa Toulemon

Résumé

Thèse dirigée par Etienne Wasmer, Professeur des Universités

soutenue le 16 décembre 2016

Jury :

- Mme Eve CAROLI, Professeur des Universités, Université Paris Dauphine (rapporteur)
- M. Pedro Pita BARROS, Professor Catedrático, Nova School of Business and Economics
- M. Quoc-Anh DO, Associate Professor of Economics, Department of Economics & LIEPP, Sciences Po
- M. Pierre-Yves GEOFFARD, Directeur de recherche CNRS, Ecole d'économie de Paris (PSE)
- Mme Lise ROCHAIX, Professeur des Universités, Paris 1 Panthéon-Sorbonne (rapporteur)
- M. Etienne Wasmer, Professeur des Universités, IEP Paris

1 Introduction

Cette thèse s'intéresse à deux facteurs majeurs pour le bien-être, la qualité de l'emploi et l'accès aux soins.

La plupart des gens consacrent une grande partie de leur temps à leur travail, et 58% des européens considèrent le travail "très important" dans leur vie (Halman et al. 2011). Le fait d'être au chômage est associé à un niveau inférieur de bien-être (Clark et al. 2008). Concernant les travailleurs, de multiples aspects de leur emploi peuvent influencer leur bien-être, et ces caractéristiques définissent la qualité de l'emploi (Clark 2015). Au début des années 90, des nouvelles organisations du travail émergent, comme la rotation des postes ou la méthode du juste-à-temps (Askenazy 2004). Ces pratiques ont conduit à une intensification du travail en Europe et aux Etats-Unis (Askenazy et al. 2002). De plus, la réduction du temps de travail a aussi conduit à une flexibilisation des horaires et une augmentation des contraintes de temps (Gollac & Volkoff 2010). Dans un contexte d'augmentation de l'instabilité des emplois et de l'intensification du travail, le salaire et la situation d'emploi ne sont sans doute pas suffisants pour refléter l'impact du travail sur le bien-être. Osterman (2013) identifie deux approches adoptées par les chercheurs pour étudier la qualité de l'emploi, à savoir l'utilisation de modèles économiques basés sur les différences compensatoires, et une perspective plus institutionnelle qui souligne l'importance de considérations sociologiques et politiques. D'après la théorie des différences compensatoires, les travailleurs arbitrent entre toutes les caractéristiques de l'emploi, et les emplois de mauvaise qualité seront associés à des salaires plus élevés. Ainsi, l'entreprise améliorera les conditions de travail si le coût de cette amélioration est inférieur aux bénéfices pour les salariés. Gollac & Volkoff (2010) conteste cette vision en soulignant le besoin de mesure objective des conditions de travail et d'une négociation collective des salariés pour que

les mauvaises conditions de travail puissent être compensées. Deux équilibres peuvent se mettre en place. Dans le meilleur des cas, les travailleurs restent employés longtemps dans la même entreprise, négocient des améliorations de conditions de travail, et la qualité de l'emploi augmente. Le second équilibre serait un cercle vicieux où les emplois sont de mauvaise qualité et la rotation de la main d'œuvre est élevée à cause des mauvaises conditions de travail. Dans ce cas, les travailleurs ne prennent pas le temps de négocier de meilleures conditions de travail et préfèrent changer d'emploi. Par conséquent, les améliorations de la qualité de l'emploi ne se font pas toujours spontanément, et il est intéressant de comprendre dans quel contexte de telles améliorations peuvent émerger. Pour résumer, la qualité de l'emploi est un nouveau domaine de recherche pour les économistes en raison de la présence possible d'équilibres sous-optimaux et de son importance pour le bien-être des individus.

Un autre aspect important du bien-être individuel est la possibilité d'accéder à des soins adaptés en cas de maladie. Dans un article fondateur, Arrow (1963) définit l'économie de la santé comme l'étude de l'industrie des soins de santé, et détaille ses particularités par rapport à d'autres marchés. Premièrement, les patients ne peuvent pas savoir à l'avance quand ils seront malades, la demande de soins est irrégulière et imprévisible. Une deuxième spécificité des marchés de soins est l'incertitude à propos de la qualité des soins reçus. L'information est asymétrique entre le médecin - offreur et le patient - acheteur. De plus, la consommation de soins engendre des externalités positives et négatives, la vaccination par exemple est un cas classique d'externalités positives. Les marchés de soins sont aussi parfois caractérisés par des rendements croissants. Dans la production de médicaments par exemple, le coût de la recherche ne dépend pas de la quantité produite et pèsent énormément sur les coûts moyens. Par conséquent, les coûts marginaux de production de médicaments sont souvent décroissants. Enfin, les soins médicaux ne sont pas des biens de consommation ordinaires. La consommation de soins est directement liée à la proba-

bilité de survie, et peut être vue comme un investissement pour être en mesure de travailler.

Ces particularités des marchés de soins de santé expliquent l'importance des interventions gouvernementales sur ces marchés, et en font des objets d'études particulièrement riches.

2 Objectifs de la thèse

Cette thèse utilise l'analyse microéconomique pour étudier des questions liées au bien-être au travail et à l'organisation du système de santé.

Nous nous intéressons d'abord à l'impact de la perte d'emploi sur la qualité de l'emploi retrouvé. Dans le premier chapitre, nous étudions les effets de long-terme de la perte d'emploi sur plusieurs dimensions de la qualité de l'emploi et du bien-être, en nous concentrant exclusivement sur les individus qui perdent leur emploi suite à une fermeture d'usine. Des travaux précédents ont trouvé un effet de la perte d'emploi sur le salaire, qui perdure dans le long-terme, aux Etats-Unis, et plus récemment en Europe - Jacobson et al. (1993), Eliason & Storrie (2006). Parallèlement, certains articles montrent un effet de la perte d'emploi sur la mortalité - Sullivan & von Wachter (2009), Eliason & Storrie (2009), Browning & Heinesen (2012). Dans ce contexte, nous identifions l'impact de la perte d'emploi sur la qualité de l'emploi, pour donner un aperçu général des impacts de la perte d'emploi sur la carrière.

Dans les chapitres deux et trois, nous mettons l'accent sur deux aspects importants de la viabilité des systèmes de santé: l'assurance santé et la fixation des prix des médicaments. Des problèmes d'anti-sélection peuvent empêcher l'émergence d'assurance de santé privées,

et il y a d'importantes économies d'échelle liées à l'assurance. Ces spécificités constituent une raison pour implanter des assurances à grandes échelle, souvent publiques et obligatoires. Dans ce contexte, un problème crucial est de déterminer le niveau d'aléa moral, c'est à dire de voir dans quelle mesure l'assurance influence la demande de soins de santé. Si les effets d'aléa moral sont importants, l'implémentation d'une assurance obligatoire pourrait faire baisser le bien-être collectif, même si tous les individus sont averse au risque (Pauly 1968). Nous utilisons la coexistence de deux systèmes publics d'assurance santé obligatoires en France pour mesurer l'impact des taux de remboursement de l'assurance maladie sur les consommations de soins de santé, en utilisant des données administratives de l'assurance maladie.

Le troisième chapitre de la thèse met l'accent sur un autre aspect des marchés de soins de santé. Contrairement aux prix des médicaments dispensés en pharmacie de ville qui sont fixés au niveau national, les prix des médicaments hospitaliers sont négociés entre les firmes pharmaceutiques et les hôpitaux. Comme la recherche a un poids important dans les coûts moyens des médicaments, la production de médicament est caractérisée par des coûts décroissants, ce qui complexifie la fixation du prix. Un des enjeux pour la fixation des prix est de savoir si elle doit se faire au niveau national ou de manière décentralisée, auquel cas les prix d'achat des hôpitaux dépendront de leur capacité à payer et de leur pouvoir de négociation. Une des réponses à ces interrogations à été l'introduction d'un niveau intermédiaire, les groupements régionaux d'achat, qui permettent aux hôpitaux de faire des appels d'offre communs. Nous montrons comment l'achat groupé influence les prix des médicaments hospitaliers.

3 Données utilisées

Dans les trois chapitres de cette thèse, trouver les données les plus pertinentes a été un enjeu majeur. Nous avons utilisé trois bases de données. La base de données utilisée dans le premier chapitre est le panel socio-économique allemand (G-SOEP), qui donne des informations détaillées sur les carrières et les caractéristiques de l’emploi de milliers d’individus, des années 80 à aujourd’hui. Nous utilisons les vagues de 1984 à 2012, qui incluent 46000 personnes. Nous supprimons les mineurs et les personnes âgées de plus de soixante ans pour obtenir notre échantillon final de 37500 personnes, dont 2396 individus perdant leur emploi suite à une fermeture d’usine.

Les bases données utilisées dans les chapitres deux et trois, en revanche, sont des données administratives, qui utilisent des informations qui n’ont pas été collectées à des fins de recherche. Elles contiennent toutes deux des informations utilisées par l’assurance maladie pour effectuer des remboursements, aux patients (chapitre deux) ou aux hôpitaux (chapitre trois). La base de données du chapitre deux est la base “Hygie”. Mise à la disposition des chercheurs récemment, elle a été créée dans le but d’étudier les arrêts maladie. Pour ce faire, la base Hygie fusionne des informations sur les dépenses de santé remboursées par l’assurance maladie, et des informations sur les carrières - qui viennent de la Caisse nationale de l’assurance vieillesse des travailleurs salariés. C’est un échantillon aléatoire de 540000 personnes qui ont entre 22 et 70 ans, qui ont cotisé au moins une fois au système de retraite pendant leur vie et qui ont utilisé le système de santé au moins une fois entre 2003 et 2005. Parmi eux, 2500 personnes déménagent en entrant ou en sortant d’Alsace Moselle, et forment notre groupe de traitement. Le groupe de contrôle contient 33000 personnes qui déménagent entre d’autres régions françaises, sans passer par l’Alsace Moselle.

La base de données utilisée dans le troisième chapitre est directement utilisée par l'assurance maladie pour rembourser les médicaments innovants et coûteux aux hôpitaux publics. A ma connaissance, c'est une des rares bases de données qui contient les prix entre acheteurs et vendeurs sur un marché de biens intermédiaire (business-to-business). La base de données contient les prix d'achat moyens annuels et les quantités annuelles des médicaments innovants administrés dans tous les hôpitaux publics français, de 2009 à 2014, avec des identifiants hôpitaux et médicaments. Ces médicaments nous permettent d'apparier cette base de données à d'autres bases de données publiques, pour ajouter des informations au niveau de l'hôpital et du médicament. En particulier, nous avons pu ajouter l'information sur l'appartenance des hôpitaux à un groupement d'achat régional pour 350 hôpitaux. Cinquante-quatre hôpitaux rejoignent un groupe pendant la période, et forment notre groupe de traitement.

Les données administratives individuelles sont jugées essentielles pour la recherche, et en particulier pour l'évaluation des politiques publiques (Card et al. 2010), en raison de leur qualité élevée. Elles ont deux avantages majeurs: elles permettent d'avoir des données longitudinales qui contiennent de nombreuses observations, et évitent la non-réponse et l'attrition. En revanche, utiliser des données administratives induit des problèmes de fiabilité et de documentation, en particulier quand elles ont été peu utilisées par des chercheurs précédemment. Pour des raisons de confidentialité, les administrations sont parfois réticentes à rendre leurs données accessibles. L'accès aux données administratives est une piste prometteuse pour les recherches futures, et cette thèse est une étape dans cette direction.

4 Estimation d'effets causaux avec des données de panel

Chaque chapitre de cette thèse vise à mesurer l'impact d'une situation sur une variable d'intérêt avec des techniques similaires. Nous présentons dans cette section les méthodes adoptées et les hypothèses effectuées. Le chapitre un mesure l'impact de la perte d'emploi sur la qualité de l'emploi retrouvé, le chapitre deux mesure l'impact des taux de remboursement sur les dépenses de soins de santé, et le chapitre trois mesure l'impact de l'achat groupé sur les prix des médicaments. Les "situations" considérées sont binaires: les travailleurs perdent leur emploi ou le conservent. Les individus sont affiliés au régime Alsace Moselle, ou au régime général uniquement. Certains hôpitaux sont dans un groupement d'achat régional, d'autres non. Nous appellerons "groupe de traitement" le groupe touché, et "groupe de contrôle" le groupe qui n'est pas affecté, en utilisant le vocabulaire utilisé pour les expériences aléatoires, puisque chaque chapitre essaie de reproduire un cadre expérimental.

Quand on cherche à mesurer l'effet d'un traitement, il y a différentes possibilités: (1) le traitement est aléatoire, ce qui est proche d'un cadre expérimental, et nous pouvons comparer les valeurs de la variable d'intérêt dans les deux groupes pour obtenir une mesure non biaisée de l'impact du traitement. La situation où le traitement n'est pas aléatoire, mais corrélé à des caractéristiques qui ne sont pas liées à la variable d'intérêt appartient aussi à cette catégorie. (2) le traitement dépend de caractéristiques observables et/ou de caractéristiques inobservables qui ne varient pas dans le temps, et qui ont un effet constant sur la variable d'intérêt. Par contre, le traitement ne dépend pas de caractéristiques qui varient dans le temps et qui ont un effet sur la variable d'intérêt. Dans ce cas, nous pouvons utiliser la structure de panel des données pour obtenir des résultats non biaisés, en utilisant une méthode de différence-en-différence ou d'appariement - selon l'hypothèse

que l'on veut faire sur les tendances dans les groupes de traitement et de contrôle. (3) il y a des facteurs qui varient dans le temps et qui ont un impact à la fois sur le traitement et sur la variable d'intérêt. Cette situation survient par exemple si certaines personnes choisissent le traitement quand elles viennent de recevoir - ou qu'elle anticipent - un choc sur la variable d'intérêt. Avec l'exemple de l'assurance santé, quelqu'un pourrait choisir des taux de remboursement plus élevés quand ils anticipent qu'ils vont être malades, ce qui biaiserait l'estimation de l'impact de l'assurance sur les dépenses de santé vers le haut. Dans ce cas, observer la variable d'intérêt (la consommation de soin) avant le traitement ne permet pas de réduire le biais. Une situation où des caractéristiques permanentes ont un impact sur la probabilité d'être traité et un impact sur la variable d'intérêt qui varie dans le temps serait aussi dans cette catégorie. Dans ce dernier cas, nous devons nous appuyer sur une stratégie utilisant des variables instrumentales pour mesurer l'effet du traitement.

Tous les chapitres de cette thèse appartiennent à la situation (2). Les conditions pour mesurer des impacts causaux dans ce cas sont nombreuses. Premièrement, nous devons avoir des raisons de penser que les facteurs qui affectent la variable d'intérêt sont indépendants du traitement, ou sont constants dans le temps et ont un impact constant sur la variable d'intérêt. La manière exacte d'adresser cette question est différente dans chaque chapitre, mais il y a des points communs. Le premier point commun est d'étudier une situation où la personne traitée n'a pas choisi d'entrer dans le traitement, et le traitement est a priori non lié aux évolutions de la variable d'intérêt. Dans le premier chapitre, des travailleurs sont licenciés à cause de la fermeture de leur usine. Nous excluons les individus qui ont perdu leur emploi suite à une démission ou un licenciement individuel, situations où la perte d'emploi est plus susceptible d'être liée à leurs caractéristiques individuelles. Dans le second chapitre, nous utilisons la coexistence de deux systèmes de santé publics et obligatoires en France, le système national et le régime local d'Alsace Moselle, qui offre des

taux de remboursement plus élevés. Nous ne prenons pas des personnes qui choisissent des assurances avec des taux plus élevés. Dans le troisième chapitre, nous nous concentrons sur les hôpitaux qui rejoignent un groupement l'année de sa création. Nous excluons les hôpitaux qui les rejoignent plus tard. Le traitement dépend donc de facteurs régionaux et pas des décisions individuelles des hôpitaux.

Le deuxième point important est de trouver des groupes de contrôle adaptés, c'est à dire de trouver des individus - où des hôpitaux - qui n'ont pas été traités, mais qui auraient pu l'être. Dans le premier chapitre, nous choisissons de prendre les travailleurs qui ont les mêmes caractéristiques avant le traitement, en incluant les variables d'intérêt, pour prendre en compte les facteurs inobservables qui ne varient pas dans le temps. L'idée est que la fermeture d'usine n'est pas aléatoire, que certains travailleurs sont plus exposés, mais que le moment où le travailleur perd son emploi n'est pas lié aux variations de ses caractéristiques actuelles ou futures. Par exemple, les ouvriers sont peut-être plus susceptibles de subir un plan de licenciement que les cadres, mais si on prend deux ouvriers, et que l'un est sur le point de s'arrêter de travailler à cause de problèmes de santé, le premier est aussi susceptible de perdre son emploi suite à une fermeture d'usine que le second. Dans le deuxième chapitre, nous identifions l'impact de déménager en Alsace Moselle, une région avec une assurance publique obligatoire est plus généreuse. Nous prenons les personnes qui déménagent entre d'autre régions françaises pour former le groupe de contrôle, parce que le groupe de traitement ressemble sans doute plus à d'autres personnes qui déménagent qu'à la population générale. Enfin, dans le troisième chapitre, nous estimons l'impact de rejoindre un groupement d'achat l'année de sa création. Le groupe de contrôle est formé des hôpitaux qui rejoignent un groupement l'année de sa création, avant 2009, la première année de la base, ou qui sont dans une région où il n'y a pas de groupement régional. Nous excluons les hôpitaux non comparables: les centres hospitaliers universitaires et les

hôpitaux privés.

Une fois que le groupe de contrôle est défini, un point crucial est de donner une description détaillée du groupe de traitement et du groupe de contrôle, pour voir s'ils ont des caractéristiques différentes, et pour voir si les tendances des variables d'intérêt avant le traitement sont les mêmes entre les deux groupes.

Dans les contextes utilisés dans ces trois chapitres, trois méthodes économétriques peuvent être utilisées: la différence-en-différence, l'appariement, et le "change-in-change" - développé par Athey & Imbens (2006). Comme nous utilisons des données de panel, la technique du change-in-change est proche de l'appariement sur les variables d'intérêt avant le traitement. Dans les deux cas, un individu du groupe de traitement est apparié à un individu du groupe de contrôle qui ont la même valeur pour la variable d'intérêt avant le traitement. L'individu apparié du groupe de contrôle - ou la personne ayant le même rang pour le change-in-change - est ensuite utilisé pour avoir la valeur contrefactuelle de la variable d'intérêt pour l'individu traité en l'absence de traitement.

L'hypothèse principale pour la méthode d'appariement - utilisée dans le chapitre un - est l'indépendance conditionnelle: les valeurs potentielles des variables d'intérêt - c'est à dire les valeurs que chaque groupe auraient eu s'ils avaient été traités (Y_1) ou non-traités (Y_0) - ne dépendent pas de l'appartenance à un groupe. En d'autres termes, cela veut dire que le groupe de contrôle s'il avait été traité aurait eu les mêmes valeurs que le groupe de traitement, et le groupe de traitement, s'il n'avait pas été traité, aurait eu les mêmes valeurs que le groupe de contrôle. Avec des données de panel, nous pouvons réaliser un appariement exact sur les valeurs passées de la variable d'intérêt, donc nous n'avons pas besoin d'utiliser une double différence. Les individus traités et non traités appariés ont les

mêmes valeurs pour la variable d'intérêt avant le traitement.

En nous appuyant sur Lechner (2011), dans une situation sans co-variables, les hypothèses pour la différence-en-différence dont nous avons besoin pour les chapitres deux et trois sont les suivantes: pas d'interférence, pas d'effet sur la population avant traitement, et tendance commune. Pas d'interférence veut dire que la valeur de la variable d'intérêt d'un individu n'est pas affectée par l'entrée dans le traitement d'autres individus. Cela exclut la possibilité d'externalités du traitement sur le groupe de contrôle (Rubin 1978). Pas d'effet sur la population avant traitement exclut le cas où le traitement est anticipé. La tendance commune, ou biais stable, est l'hypothèse centrale de la différence-en-différence: le groupe de contrôle et le groupe de traitement doivent suivre des tendances communes pour la variable d'intérêt.

Ces méthodes permettent seulement d'identifier un effet moyen du traitement sur les traités. L'importance de cette focalisation dépend de la question posée et du groupe d'individus traités. Dans les chapitres un et trois, l'échantillon traité est représentatif de toute la population traitée. En effet, ils sont sélectionnés surtout sur leur appartenance au groupe traité. En revanche, dans le chapitre deux, les individus traités sont nécessairement entrés ou sortis d'Alsace Moselle, et la variable d'intérêt est le taux de remboursement de l'assurance santé, pas le déménagement lui-même. Les caractéristiques des personnes qui déménagent sont différentes de celles de la population générale qui pourrait être affectée par un changement des taux de remboursement. Nous regardons l'hétérogénéité des effets et les différences entre les traités et la population générale pour évaluer la validité externe des résultats.

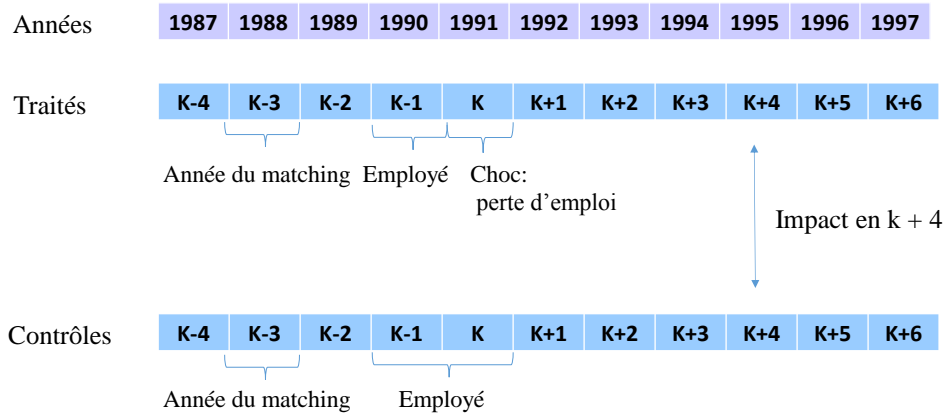
5 Résumé des chapitres

Nous présentons un bref résumé de chaque chapitre et des résultats principaux.

5.1 Chapitre 1: L'impact de la perte d'emploi sur la qualité de l'emploi la satisfaction

Ce chapitre a été co-écrit avec Lexane Weber-Baghdigian. Dans ce chapitre, nous étudions la manière dont la perte d'emploi suite à une fermeture d'usine affecte la qualité de l'emploi futur, quand les travailleurs retrouvent un emploi. Nous utilisons des données d'enquête: le Panel Socio-économique Allemand (G-SOEP) qui suit des individus de 1984 à 2012, et permet d'avoir des informations précises sur différentes dimensions de la qualité de l'emploi. Nos indicateurs de qualité de l'emploi sont des indicateurs monétaires - salaires mensuels et horaires -, la sécurité de l'emploi perçue, et la qualité de l'environnement de travail - mesurée par la probabilité de travailler à temps plein, la distance au travail, la différence entre les heures désirées et réalisées et la satisfaction au travail. Notre groupe de contrôle est formé de travailleurs jumeaux qui ont les mêmes caractéristiques que les travailleurs licenciés trois ans avant le licenciement. La méthode d'appariement utilisée est l'appariement exact par tranche, en appariant à la fois sur les co-variables et sur les valeurs passées des variables d'intérêt. Nous utilisons les jumeaux pour estimer l'évolution contrefactuelle de la variable d'intérêt dans le groupe de traitement. La Figure 1 présente la temporalité de l'appariement. Nous comparons les variables d'intérêt des travailleurs licenciés et des travailleurs du groupe de contrôle un à dix ans après le licenciement pour voir comment les effets varient dans le temps, évaluer s'il y a un rétablissement, et, le cas échéant, quand celui-ci intervient pour chaque dimension étudiée. Nos résultats principaux montrent un impact large et durable du licenciement sur la probabilité d'être en emploi. Quand les travailleurs licenciés trouvent un nouvel emploi, leurs salaires annuels et horaires

Figure 1: Temporalité de l'appariement et de la mesure des impacts



sont inférieurs aux salaires du groupe de contrôle jusqu'à quatre ans après le licenciement. Concernant la sécurité de l'emploi, les travailleurs licenciés reportent une probabilité plus élevée de perdre leur emploi à nouveau. Les indicateurs de qualité de l'environnement de travail - travail à temps plein, travailler plus de quarante-huit heures par semaine, distance au travail - sont tous affectés par le licenciement sur le long-terme, sauf la probabilité de travailler à temps plein. Ces résultats sont robustes même quand nous nous concentrons uniquement sur les travailleurs qui ne sont pas restés longtemps sans emploi.

5.2 Chapitre 2: Déménager vers un système où l'assurance maladie est plus généreuse augmente-t-il la consommation de soins de santé?

Ce chapitre a été co-écrit avec Laurent Davezies, et l'article correspondant a été publié dans la revue *Annals of Economics and Statistics* en décembre 2015. En utilisant une expérience naturelle, nous évaluons l'impact des taux de remboursement sur les dépenses de santé. Nous utilisons la coexistence de deux systèmes d'assurance maladie en France, tous deux publics et obligatoires: le système national d'assurance maladie, et le régime local d'Alsace Moselle. Un système d'assurance santé a été mis en place par Bismarck en 1883, quand l'Alsace Moselle faisait partie de l'Allemagne. A cette époque, la France ne disposait pas d'un tel système d'assurance. Au moment de l'intégration de l'Alsace Moselle en France en 1919, les habitants d'Alsace Moselle ont souhaité conserver ce système, et un système de Droit local a été créé. Ce système a perduré jusqu'à aujourd'hui, et s'est mué en une assurance complémentaire obligatoire au moment de la création de la sécurité sociale. Les individus qui déménagent en Alsace Moselle sont donc sujets à une hausse de taux de remboursement, qui est a priori non liée à leur état de santé, puisqu'ils n'ont pas choisi d'adhérer à ce système. En utilisant une méthode de différence-en-différence sur des données administratives longitudinales, nous mesurons comment ce changement affecte la consommation de soins de santé. Nous utilisons les individus déménageant entre d'autres régions comme groupe de contrôle, pour prendre en compte l'effet du déménagement. Nous étudions l'impact de la hausse du taux de remboursement sur plusieurs types de dépenses, les dépenses pour des visites chez le médecin (généraliste ou spécialiste), chez le dentiste, les dépenses en médicaments, et les congés maladie. Nous trouvons des effets hétérogènes sur ces différents postes de dépenses. Globalement, la hausse du taux de remboursement de l'assurance maladie n'induit pas de hausse des dépenses de santé.

5.3 Chapitre 3: L'impact des groupements d'achat régionaux sur les prix des médicaments à l'hôpital

Ce chapitre mesure l'effet de l'achat groupé sur les prix des médicaments dans les hôpitaux français, en utilisant les créations de groupements. Cette étude est la première à étudier l'impact des groupements d'achat hospitaliers en utilisant des données sur les prix d'achats et des créations de groupements. Les marchés des médicaments innovants ont des niveaux de concurrence faibles, et sont soit des monopoles soit des oligopoles. Les groupements d'achat ont été créés pour augmenter le pouvoir de négociation des hôpitaux quand ils négocient les prix des médicaments. Nous utilisons la création de groupements d'achats régionaux entre 2009 et 2014 pour mesurer l'impact de l'appartenance à un groupement sur les prix des médicaments hospitaliers. La base de données utilisée contient les prix moyens d'achat pour tous les hôpitaux publics et tous les médicaments innovants. Grâce à un modèle à effet fixes, nous contrôlons pour le pouvoir de négociation de chaque hôpital pour chaque médicament, et pour les variations annuelles de prix pour chaque médicament. Nos résultats montrent que l'achat groupé baisse les prix des médicaments en oligopole, mais n'a pas d'impact sur les prix des médicaments qui n'ont pas de concurrents.

References

Arrow, K. J. (1963), 'Uncertainty and the welfare economics of medical care', *The American economic review* **53**(5), 941–973.

Askenazy, P. (2004), *Les désordres du travail: Enquête sur le nouveau productivisme*, Seuil.

- Askenazy, P., Marcus, C. V. & Caroli, È. (2002), ‘New organizational practices and working conditions’, *Recherches économiques de Louvain* **68**(1), 91–110.
- Athey, S. & Imbens, G. W. (2006), ‘Identification and inference in nonlinear difference-in-differences models’, *Econometrica* **74**(2), 431–497.
- Browning, M. & Heinesen, E. (2012), ‘Effect of job loss due to plant closure on mortality and hospitalization’, *Journal of Health Economics* **31**(4), 599–616.
- Card, D., Chetty, R., Feldstein, M. S. & Saez, E. (2010), ‘Expanding access to administrative data for research in the united states’, *American Economic Association, Ten Years and Beyond: Economists Answer NSF’s Call for Long-Term Research Agendas* .
- Clark, A. E. (2015), ‘What makes a good job? job quality and job satisfaction’, *IZA World of Labor* .
- Clark, A. E., Diener, E., Georgellis, Y. & Lucas, R. E. (2008), ‘Lags And Leads in Life Satisfaction: a Test of the Baseline Hypothesis’, *Economic Journal* **118**(529), F222–F243.
- Eliason, M. & Storrie, D. (2006), ‘Lasting or Latent Scars? Swedish Evidence on the Long-Term Effects of Job Displacement’, *Journal of Labor Economics* **24**(4), 831–856.
- Eliason, M. & Storrie, D. (2009), ‘Does Job Loss Shorten Life?’, *Journal of Human Resources* **44**(2).
- Gollac, M. & Volkoff, S. (2010), *Les conditions de travail*, La Découverte.
- Halman, L., Sieben, I. & van Zundert, M. (2011), *Atlas of European Values. Trends and Traditions at the turn of the Century*, Brill.

- Jacobson, L. S., LaLonde, R. J. & Sullivan, D. G. (1993), 'Earnings losses of displaced workers', *The American Economic Review* **83**(4), pp. 685–709.
- Lechner, M. (2011), 'The Estimation of Causal Effects by Difference-in-Difference Methods', *Foundations and Trends(R) in Econometrics* **4**(3), 165–224.
URL: <http://ideas.repec.org/a/now/fnteco/0800000014.html>
- Osterman, P. (2013), 'Introduction to the special issue on job quality: What does it mean and how might we think about it?', *Industrial & Labor Relations Review* **66**(4), 739–752.
- Pauly, M. V. (1968), 'The economics of moral hazard: comment', *The American Economic Review* **58**(3), 531–537.
- Rubin, D. B. (1978), 'Bayesian inference for causal effects: The role of randomization', *The Annals of statistics* pp. 34–58.
- Sullivan, D. & von Wachter, T. (2009), 'Job Displacement and Mortality: An Analysis Using Administrative Data', *The Quarterly Journal of Economics* **124**(3), 1265–1306.