

Résumé

L'objectif de cette étude est de tirer un certain nombre d'enseignements et de recommandations sur la mise en place, sous les auspices de l'Ecole d'économie de Paris (PSE), d'une nouvelle entité de recherche en économie de la santé, basée à Paris et financée par l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP).

Le point de départ de cette étude est la perception d'un fossé grandissant entre la recherche académique en économie de la santé et la décision publique, tout particulièrement en France et dans le secteur hospitalier. Deux hypothèses peuvent être posées pour expliquer ce paradoxe : soit les résultats des analyses économiques ne sont pas sous le radar des décideurs parce que les outils de l'analyse économique ne sont pas perçus comme pertinents dans le secteur de la santé, soit les décideurs manquent à la fois de temps et d'une bonne connaissance de ce que l'analyse économique peut leur offrir.

Identifier les obstacles rencontrés dans l'usage de l'analyse économique pour la décision est donc le point de départ de cette étude, demandée par le Directeur général de l'AP-HP, Martin Hirsch. L'entité de recherche qu'il envisage de mettre en place a reçu comme double objectif de développer des recherches académiques qui auront un impact sur la politique publique et contribuer à ce que les décisions prises à l'AP-HP, et plus généralement, soient fondées sur des résultats robustes de la science économique.

La façon d'atteindre ce double objectif, et de manière plus importante encore, les moyens de l'atteindre sont au centre de cette étude d'opinion. Un questionnaire a été administré à 70 chercheurs seniors en économie de la santé dans 19 pays différents et des interviews ont été menées, en complément, auprès d'environ 25 répondants.

Des recommandations ont été tirées de ce matériau et ont été suivies dans la mise en place de la nouvelle entité de recherche, tant pour sa gouvernance que son organisation. Au delà, ces retours d'expérience ont apporté de riches éléments d'information sur l'interface entre décideurs et économistes de la santé qui appellent des recherches complémentaires sur ce sujet.

Plan

Introduction

1 – Contexte et méthodes

- 1.1 – Objectifs de l'étude
 - 1.2 – Questionnaire et échantillon
 - 1.3 – Interviews, données et méthodes
-

2 – Interface avec les décideurs

- 2.1 – Le message général
 - 2.2 – Comprendre le paradoxe : deux hypothèses en concurrence ... voire plus
 - 2.3 – Les facteurs-clef de succès
-

3 – Interaction avec les autres chercheurs en santé

- 3.1 – La théorie est-elle utile aux travaux appliqués en santé ?
 - 3.2 – Conditions pour un travail multidisciplinaire efficace
 - 3.3 – Les voies d'une coopération
-

4 – Recommandations

- 4.1 – Périmètre, gouvernance et aspects organisationnels
 - 4.2 – Financement et visibilité internationale
 - 4.3 – Programme de travail et perspectives de collaboration
 - 4.4 - Domaines de recherche, attentes et perspectives de collaboration
-

Conclusion

INTRODUCTION

Quand bien même l'économie se définit comme la « science des choix », elle est, de manière surprenante, relativement peu mobilisée au moment de la prise de décision. Ce paradoxe a fait l'objet de travaux par des économistes afin d'identifier la valeur ajoutée des économistes dans la décision. La réponse varie en fonction du domaine d'application et du pays.

Le contexte de cette étude est la perception d'un fossé grandissant entre la recherche académique en économie de la santé et la décision publique, notamment dans le secteur hospitalier en France. Ceci a été évoqué par l'un des participants à l'étude, Laura Pellisé, de la façon suivante : *'Alors que la contribution des économistes à la définition de la politique de santé reste limitée, d'autres disciplines ont su assumer ce rôle d'aide à la décision (recherche opérationnelle, sciences politiques, santé publique). La responsabilité en revient aux économistes eux-mêmes, car leurs modèles sont parfois bien loin de la réalité. Il importe donc que les économistes prennent plus en compte le contexte dans lequel les décisions sont prises'*.

Deux hypothèses peuvent être posées pour expliquer ce paradoxe : soit les résultats des analyses économiques ne sont pas sous le radar des décideurs parce que les outils de l'analyse économique ne sont pas perçus comme pertinents dans le secteur de la santé, soit les décideurs manquent à la fois de temps et d'une bonne connaissance de ce que l'analyse économique peut leur offrir.

Identifier les obstacles rencontrés dans l'usage de l'analyse économique pour la décision est donc le point de départ de cette étude, demandée par le Directeur général de l'AP-HP, Martin Hirsch. L'entité de recherche qu'il envisage de mettre sur pied a reçu comme double objectif de développer des recherches académiques qui auront un impact sur la politique publique et contribuer à ce que les décisions prises à l'AP-HP, et plus généralement, soient fondées sur des résultats robustes de la science économique.

Sur les 70 chercheurs seniors en économie de la santé auxquels un questionnaire a été envoyé par internet, 46 ont répondu, issus de 17 pays

différents. 26 interviews téléphoniques ont été menées, dont 4 avec des chercheurs n'ayant pas répondu au questionnaire, ce qui porte à 50 le nombre total de répondants.

Des recommandations ont été tirées de ce matériau et ont été suivies dans la mise en place de la nouvelle entité de recherche, tant pour sa gouvernance que pour son organisation. Au delà, ces retours d'expérience ont apporté de riches éléments d'information sur l'interface entre décideurs et économistes de la santé qui appellent des recherches complémentaires sur ce sujet.

La première section de ce rapport présente le contexte et les méthodes retenues. La deuxième section analyse la relation entre économistes et décideurs. La troisième section traite de l'interaction entre économistes de la santé et autres chercheurs, que ce soit des théoriciens ou des représentants d'autres disciplines (médecine, santé publique, recherche dans les systèmes de santé, autres sciences sociales. La quatrième section présente les recommandations tirées pour la future entité en économie de la santé.

1 – Contexte et méthodes

1.1 – Objectifs de l'étude

L'objectif principal de l'étude est de mesurer la difficulté d'atteindre l'objectif double assigné à la future entité de recherche. Pour ce faire, il importe au préalable de comprendre la nature de la relation entre économistes de la santé et décideurs, ainsi qu'avec les autres disciplines présentes dans ce champ d'application. L'étude poursuit aussi l'objectif de tirer les leçons de l'expérience d'autres chercheurs, dans leur tentative d'atteindre le double objectif, afin d'en tirer un certain nombre d'enseignements concernant le périmètre, le financement et l'organisation de la future entité de recherche en économie de la santé.

1.2 – Questionnaire et échantillon

Un questionnaire a été élaboré et testé pour répondre à un certain nombre de questions d'importance pour le projet. Un minimum

d'information a été donné aux participants pour éviter d'influencer les réponses (cf. l'introduction présentée aux répondants et les questions dans l'annexe 1).

La définition de l'échantillon a été effectuée sur plusieurs critères, dont le principal est le fait d'appartenir (ou avoir appartenu), dans une position senior, à une structure de recherche en économie de la santé ayant un impact sur la décision (cf. la liste des répondants et leur affiliation).

Par construction, l'échantillon ne comprenait pas de décideurs, dans la mesure où l'objectif était de tirer parti de l'expérience de centres de recherche poursuivant le double objectif évoqué ci-dessus. De même, seuls les économistes de la santé ont été interrogés. Les chercheurs spécialisés en évaluation des technologies de santé, les spécialistes de santé publique ou en recherches dans le domaine de l'organisation des soins de santé n'ont pas non plus été inclus dans l'échantillon, à une ou deux exceptions. Tous les répondants avaient une bonne connaissance du domaine d'application, bien que certains soient des économistes généraux, avec une formation théorique. De même et à une exception près, les consultants n'ont pas été sollicités. Enfin, la grande majorité des répondants a eu une expérience de direction de centres de recherche et d'articulation forte avec le décideur. Certains sont issus de larges institutions de recherche insérées dans des écoles de médecine ou des départements d'économie, d'autres venaient de plus petites entités de recherche. Le nombre de pays couvert par l'étude a été aussi large que possible, avec une forte représentation de certains pays (dont le Royaume-Uni et les USA) du fait du nombre important d'économistes de la santé qui y sont présents.

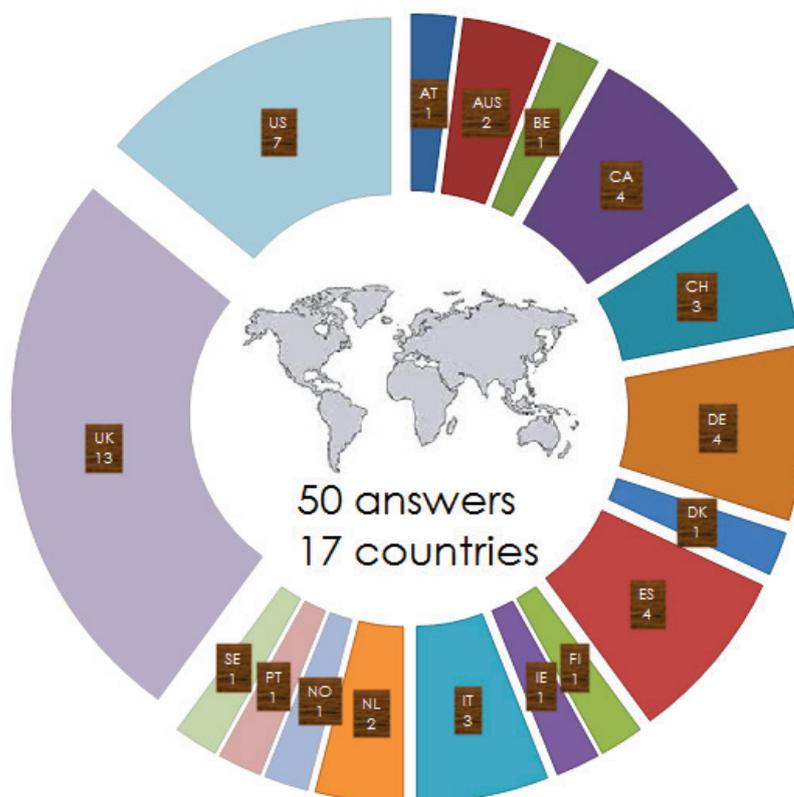
1.3 – Questionnaire, données et méthodes

Sur les 70 chercheurs étrangers initialement sollicités, 46 ont répondu au questionnaire. Certains des répondants ont accepté de participer à une interview de 90 minutes. Au total, 26 entretiens semi-structurés ont été réalisés par vidéoconférence, appel téléphonique ou réunion (dont 4 auprès de chercheurs n'ayant pu répondre au questionnaire initial). Des questions de clarification ont été posées lors de l'entretien, suivies par des questions sur des sujets faisant débat, comme l'utilisation d'incitations financières à l'impact pour les chercheurs, l'importance de l'évaluation

des technologies de santé, la répartition du temps de travail à l'intérieur de l'entité de recherche). Chaque répondant a reçu une synthèse qu'il a pu valider.

La plupart des questions étant de nature ouverte et non quantitative, un traitement systématique aurait été idéalement requis, afin de dénombrer les fréquences et occurrences dans les réponses. Une première analyse a cependant été menée en recourant aux citations pour assurer une transcription loyale des propos tenus. Une validation du rapport a aussi été obtenue de l'ensemble des répondants.

Au total, le matériau collecté provient de 50 répondants différents, dont 46 ont répondu au questionnaire et 26 ont participé à un entretien (sous forme de vidéoconférence, réunion ou appel téléphonique). Seuls 4 entretiens ont été réalisés sans qu'un questionnaire ait été préalablement rempli et 17 pays sont représentés dans l'échantillon.



2 – Interface avec le décideur

Le défi représenté par le double objectif assigné à la future entité de recherche a été défini par Randall P (Randy) Ellis comme étant « *la recherche d'un équilibre entre, d'une part, la rigueur de la théorie, des méthodes, des statistiques, de la validation et de l'application pratique, et d'autre part, la pertinence pour la prise de décision qui requiert la simplicité, la pédagogie et une acceptabilité par tous* ».

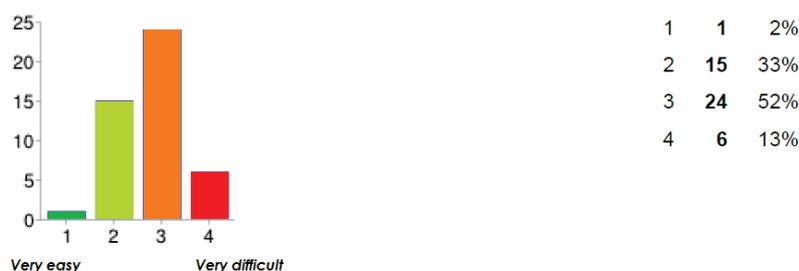
Le premier temps de cette étude tente d'offrir une appréciation globale de la difficulté d'atteindre ce double objectif (2.1) et à recueillir l'avis des répondants tant sur les obstacles rencontrés (2.2) que sur les facteurs clef de succès (2.3).

2.1 – Le message général

Dans certains des entretiens, les répondants se sont exprimés sur la pertinence mais aussi la difficulté d'atteindre l'objectif double assigné à la future entité. Pour Tom McGuire, « *peu de centres de recherche tentent d'atteindre ce double objectif dans le monde et la difficulté sera de satisfaire deux maîtres (le monde académique et le décideur)* ». Et pour Peter Smith, « *l'objectif double est juste et important mais il est difficile à atteindre. Pour ce faire, il faudra passer de la vision à l'action* ».

Dans le questionnaire, une échelle a été définie, de façon à recueillir la perception de la difficulté de l'atteinte de ce double objectif par les répondants. Une question supplémentaire a permis de savoir si les répondants ont eu (ou pas) l'expérience de l'aide à la décision au cours de leur carrière. Ceux qui ont répondu au questionnaire (46) ont pu indiquer sur cette échelle leur appréciation de la difficulté d'atteindre ce double objectif (allant de 1 – très facile - à 4 – très difficile-). La distribution des résultats indique clairement que la majorité considère que c'est plutôt difficile (niveaux 2 et 3).

1. How difficult do you think this dual goal of encouraging high quality policy-oriented research while contributing towards increasingly evidence-based decisions is to achieve?



2.2 – Comprendre le paradoxe : deux hypothèses en concurrence, voire plus.

1 Les hypothèses initiales

Deux hypothèses concurrentes ont été formulées dans un premier temps pour expliquer pourquoi les résultats des travaux économiques ne sont pas dans le radar du décideur, particulièrement en santé :

Hyp1: Les outils utilisés par les chercheurs académiques en économie de la santé sont perçus comme inadaptés à l'analyse des systèmes de santé.

Hyp2: Les décideurs n'ont ni le temps ni la connaissance de ce que l'analyse économique peut leur apporter.

La question des temporalités différentes, contenue dans l'hypothèse 2, a été systématiquement évoquée par presque tous les répondants. Le décalage entre le temps de la recherche et le temps de la décision est perçu comme l'obstacle le plus important pour atteindre le double objectif. Pour Carl Hampus Lyttkens, « *la principale difficulté est la différence des calendriers. Alors qu'on apprend aux universitaires à trouver la meilleure réponse (optimum de premier rang), les décideurs ont besoin de la meilleure des solutions acceptables, étant donné les contraintes auxquelles ils font face* ». Pour Michel Grignon, « *les calendriers diffèrent : la preuve est attendue dans un temps court alors que la publication requiert un temps de production qui est plus long, sachant*

que parfois, les délais sont imputables à la disponibilité de l'information qui est détenue ou produite par le décideur lui-même ».

De manière peu surprenante, l'hypothèse 1 n'a guère été relayée par les répondants, car l'échantillon est restreint, par construction, aux économistes de la santé et ces derniers ont naturellement des difficultés à penser que leurs outils sont perçus comme inadaptés à l'analyse des systèmes de santé.

Ceci étant dit, de nombreux répondants ont conscience de ce que les économistes ne font pas l'effort, ou n'ont pas la compétence nécessaire pour communiquer avec le décideur, ce qui offre une forme de soutien à l'hypothèse 1. Pour Andrew Street, par exemple : *« les chercheurs ne sont pas connus pour exceller dans l'art de distiller des résultats de recherche complexes en messages simples et lisibles ».*

Pour vraiment tester l'hypothèse 1, il conviendrait de poser les mêmes questions aux décideurs, ce qui pourra être effectué dès lors qu'une telle étude complémentaire sera considérée comme importante. Toutefois, un petit nombre de répondants a occupé des postes à responsabilité, proches de la décision et leurs réponses ont permis d'approcher la perception par les décideurs du monde académique en général. D'après eux, les universitaires sont perçus comme plus prêts à identifier toutes les limites de la politique qu'ils analysent que de faire des propositions opérationnelles. Pourtant, pour Julian Legrand, *« plutôt que de faire jouer son esprit de contradiction, le chercheur doit avant tout tenter d'être constructif ».* Les chercheurs ne prendraient ainsi pas assez en compte les pressions exercées sur les décideurs et les responsabilités auxquelles ils doivent faire face.

Pour Martin Gaynor, *« les décideurs ont d'autres pressions et d'autres objectifs. Comparé aux chercheurs, les décideurs ont un sens aigu de leurs responsabilités, car leurs décisions vont avoir un impact sur la vie des gens ».*

Au delà des questions de calendriers différents, évoquée dans l'hypothèse 2, les répondants ont souvent mis en avant le fait que les décideurs et les professionnels de santé associent souvent l'économie et la comptabilité. Pour Laura Pellisé, *« au niveau micro, les économistes sont*

souvent vus comme des comptables ou des financiers que l'on va solliciter seulement quand il faudra mesurer les coûts d'une innovation et pas les bénéfices ».

Cette assimilation peut conduire à un rejet de la part du décideur et est souvent une source de tension dans la relation. Il en va de même pour les professionnels de santé qui craignent, comme l'exprime Laura Sampietro, que *« les économistes ne produisent des résultats allant à l'encontre de leur propre intérêt ».*

Ce malentendu peut aller jusqu'à conduire les décideurs à attendre une forme de rationalisation *ex post* d'idées ou de solutions préconçues. Comme l'exprime Mark Sculpher, *« le décideur a une idée préconçue de ce que la recherche devrait (ou va) conclure ».* Et pour Unto Häkkinen, *« si les résultats vont à l'encontre des intuitions initiales du décideur, il est alors très difficile de le faire changer d'avis ».*

Ceci génère des malentendus avec les économistes qui ont alors le sentiment d'être instrumentalisés. Pour Joseph Newhouse, l'un des obstacles majeurs à l'atteinte du double objectif est une situation dans laquelle *« le décideur a des attentes qui ne sauraient être satisfaites par la recherche, comme par exemple trouver un fondement scientifique à la non fermeture d'un hôpital pour des raisons qui sont en fait purement politiques ».*

Quand bien même les deux hypothèses initiales offrent plusieurs pistes de compréhension de l'interface défectueuse entre économistes et décideurs dans le domaine de la santé, elles sont utilement complétées par deux autres explications.

2 Explications complémentaires

Le manque de données a souvent été mis en avant comme obstacle à la présence de résultats économiques auprès de la décision. Pour Joseph Newhouse, *« il est difficile d'obtenir des résultats probants car les réponses tirées des données sont parfois embrouillées ».* Et pour Martin Gaynor, *« il n'est pas toujours possible d'obtenir des résultats probants et quand on en obtient, ils ne correspondent pas toujours aux questions qui sont posées ».* Pour Erik Schokkaert, *« ce qui est le plus frustrant pour un chercheur est la*

situation dans laquelle une recherche a permis d'apporter, sur la base des meilleures données disponibles, des réponses pertinentes aux questions posées par le décideur, mais qui ne peut faire l'objet d'une publication du fait d'une qualité considérée comme insuffisante des données ».

Les répondants ont aussi systématiquement évoqué le manque d'incitations au développement d'une recherche au service de la décision. Il y aurait un coût d'opportunité élevé associé à la production de résultats directement utilisables par le décideur, et ce coût pourrait être plus important dans le secteur de la santé que dans d'autres domaines d'application de la science économique. Et pourtant, selon Joan Rovira, *« les incitations académiques ne récompensent pas la pertinence pour la décision »*. De fait, comme le note Patricia Danzon, *« les universitaires doivent publier dans les meilleures revues pour être promus, or ces revues ne sont souvent pas intéressées par la publication de recherches pertinentes pour la décision »*.

2.3 – Les facteurs de succès

Un seul répondant a évoqué la crise économique comme facteur-clef de succès dans l'atteinte du double objectif. Ceci n'est pas surprenant car les économistes ne partagent guère l'opinion répandue selon laquelle l'économie n'est réellement pertinente que lorsque les temps sont durs. Pour les économistes en effet, la rareté est intrinsèque et des choix doivent toujours être faits. Mais poussés dans leurs retranchements, les économistes finiraient bien par s'accorder avec Stéfano Capri pour dire qu'effectivement *« la crise économique actuelle va peut-être contribuer à convaincre la communauté scientifique et les décideurs de l'urgence à réaliser (et utiliser) les études économiques »*.

Les facteurs-clef de succès mentionnés par les répondants sont présentés ci-après par ordre décroissant d'importance (mesurée en nombre d'occurrences).

1 Les bonnes questions

Tous s'entendent pour souligner l'importance de choisir les bonnes questions, à savoir celles pour lesquelles les économistes ont un avantage comparatif. Pour Jim Butler, ce qui importe est *« de poser les bonnes*

questions, à savoir celles qui portent sur des sujets centraux et qui auront un impact sur la décision prise pour finir, et qui peuvent trouver des réponses dans les temps impartis ».

2 Les bonnes données

Les bonnes questions certes, comme l'indique Joseph Newhouse, mais aussi les bonnes données : *« choisir les bonnes questions, à savoir celles qui comptent, mais aussi celles pour lesquelles des données pertinentes et convaincantes pourront être mobilisées ».*

3 Les bonnes personnes

Comme l'indique Jim Butler, ce qui compte est de *« recruter des personnes compétentes, capables d'échanger et communiquer et qui prennent au sérieux les préoccupations du décideur ».* Et pour Sigfried Walch, *« il est bien difficile de définir des incitations pour que les chercheurs prennent en compte l'impact de leurs recherches sur la décision, car ils sont focalisés sur leur propre visibilité et carrière. Il est donc important de choisir des personnes pour lesquelles il importe à la fois de publier et d'avoir un impact sur les politiques ».*

4 Une mobilisation précoce des deux parties

Pour de nombreux répondants, il importe de mobiliser les chercheurs et les décideurs aussi précocement que possible. Pour John Appleby, *« il faut bien connaître les décideurs qui sont demandeurs d'études et analyses économiques : qu'attendent-ils ? Avec quel niveau de preuve ? Il faut pouvoir discuter avec eux de ce dont ils pensent avoir besoin ».* Terkel Christiansen évoque pour sa part *« l'intérêt de contacts précoces, sous forme d'un groupe d'interaction avec les décideurs pour clarifier les objectifs, les attentes respectives, le calendrier et les modalités de mise en œuvre ».*

Au delà d'un engagement bilatéral précoce, il convient aussi, selon Tom McGuire, *« d'entretenir des relations de long terme avec les décideurs pour que les deux parties s'investissent également dans la relation ».* Maria Goddard insiste elle aussi sur cette relation de long terme avec les décideurs et les financeurs.

5 Un financement stable

Un financement stable est essentiel, mais pour Peter Smith, il doit rester suffisamment souple pour ne pas trop contraindre la définition des objectifs des recherches.

6 Des méthodes à la fois scientifiques et flexibles

Pour Michel Grignon, les chercheurs doivent reconnaître que *« la réalité ne colle pas à la rationalité postulée dans les manuels »* et comme le souligne Joan Rovira, *« il faut arriver produire des résultats acceptables d'un point de vue scientifique avec des données de qualité sous-optimale »*. Et comme le rappelle Julian Legrand, *« souvent, les résultats disponibles dans la littérature ne permettent pas de répondre à la question posée et on doit les adapter »*. Mais l'équilibre est difficile à trouver et pour Jim Butler, *« il ne faut pas sacrifier la qualité scientifique des travaux sous couvert de réactivité »*. Pour Patricia Danzon, la solution est dans *« le recours à des méthodes reconnues sur le plan scientifique mais aussi des méthodes plus simples, de façon à communiquer auprès de publics de niveaux d'expertise différents »*.

7 Un système d'incitations adapté

Trouver le bon mode de valorisation des chercheurs est au cœur du succès pour la plupart des répondants. Pour ce faire, d'après Chris Henshall, il faut *« mettre en place un système de mesure de la performance et d'évaluation des chercheurs. Il faut évaluer de manière régulière le flux de nouveaux projets et l'impact des travaux – mesuré par une comparaison avant-après. Il faut enfin que les chercheurs et les décideurs puissent s'enrichir à la lecture des résultats de l'évaluation »*.

8 De la pédagogie

Permettre aux décideurs de mieux apprécier ce que l'économie peut leur offrir est aussi considéré comme essentiel. Pour Ruth Schwarzer, *« il importe de faire comprendre au décideur l'intérêt de pouvoir fonder sa décision sur des preuves scientifiques »*. Pour Mark Sculpher, *« il faut soutenir avec force que c'est la bonne science qui permet de définir in fine de bonnes politiques »*.

Pedro Pita Barros résume avec humour les principaux facteurs de succès : *« bien que je les cherche encore, il me semble que les principaux facteurs de succès sont un financement stable, un centrage sur des projets de recherche solides et la capacité à communiquer les résultats aux décideurs, voire à un public large ».*

3 – Interaction avec les autres chercheurs en santé

La question ici posée est de savoir quelles articulations rechercher avec les économistes théoriciens (3.1) et avec les autres chercheurs en santé (3.2), dans la poursuite de ce double objectif. La section 3.3 reprend les propositions concrètes qui ont été faites par les répondants pour développer la coopération entre ces différents chercheurs en santé.

3.1– Apports des théoriciens à l'analyse appliquée en santé

Parmi ceux qui ont abordé la question de la relation entre économistes théoriciens et économistes appliqués en santé, l'apport de la théorie apparaît limité. Mais pour les publications scientifiques, dans des revues à comité de lecture, la modélisation est une condition nécessaire. Comme l'indique Joseph Newhouse, *« je ne pense pas qu'un théoricien puisse apporter beaucoup dans ce contexte ; mais toute étude empirique doit reposer sur un modèle théorique, même si la modélisation n'est pas nécessairement d'une grande originalité ».*

Pour Alberto Holly, *« il est important d'adopter une politique de fertilisation croisée entre les deux approches. Quand cela est possible, le travail théorique doit être soutenu par des recherches empiriques, le travail empirique devant, pour sa part, posséder des fondements théoriques solides. Mais cette politique doit rester suffisamment flexible pour préserver l'indépendance entre les deux approches, tout particulièrement celle de la recherche théorique vis à vis des méthodes théoriques ».*

Pour Luigi Siciliani, *« fédérer les théoriciens et les économistes appliqués est un défi car ils parlent des langues différentes, publient dans des revues différentes et abordent les problèmes de manière différente. L'ouverture*

d'esprit est la clef d'une collaboration fructueuse et le retour sur investissement peut alors être important ».

Selon Jim Butler, « de nombreux départements d'économie donnent la préférence aux travaux théoriques par rapport aux travaux empiriques et cela peut générer des tensions entre les deux groupes. Une solution pour encourager la coopération est que les chercheurs appliqués choisissent des thèmes de recherche qui vont susciter un intérêt de la part des théoriciens (tout en restant attractifs pour le décideur) ».

Certains des répondants ont exprimé ce que des économistes pouvaient attendre d'une coopération avec des théoriciens. Pour Eddy van Doorslaer, *« une solution consisterait à forcer des économistes appliqués (comme moi) à intégrer dans les protocoles d'évaluation la question de la généralisation des résultats. Il importe que l'évaluation des politiques publiques soit utile y compris au delà du contexte particulier dans lequel l'évaluation a été réalisée ».*

Sandy Tubeuf partage aussi cette idée selon laquelle *« il faut donner aux chercheurs la possibilité de sortir du seul cadre de l'éclairage de la décision publique et leur donner les moyens, y compris financiers, de mener des recherches plus techniques et méthodologiques ».* Trouver des financements pour des travaux théoriques est un défi, d'après Audrey Laporte, et il faut *« faire comprendre aux décideurs que le travail théorique est tout aussi nécessaire en santé que dans d'autres domaines comme la physique ».*

En image miroir, certains des répondants avec un bagage plus théorique évoquent ce qu'ils attendent d'une coopération avec des économistes appliqués. Pour Tom McGuire, *« les théoriciens ont parfois des contributions importantes qu'ils ne peuvent inclure dans une publication théorique. Il peut donc être utile de les associer à d'autres formes de recherche et de coopérations – comme l'évaluation de certaines interventions qui n'a pas a priori d'intérêt théorique en soi. Ce type d'implication dans des travaux de terrain est à la fois intéressant et enrichissant pour les théoriciens ».*

En conclusion, et pour reprendre les termes de Charles Normand, ce qui importe est de *« comprendre qu'il n'y a en réalité pas de différence –*

l'analyse la plus pratique est de la bonne théorie. Mais il faut aussi créer les conditions d'un respect mutuel, sans hiérarchie et rappeler qu'il n'y a pas de salut pour un travail théorique sans application, à un moment ou à un autre ».

3.2- Créer les conditions d'un travail multidisciplinaire efficace

Pour plusieurs répondants, dont Randall P (Randy) Ellis, « *l'association efficace des différentes disciplines qui composent une équipe interdisciplinaire est nécessaire* ». La question est alors de savoir comment combiner ces différentes compétences.

Là encore est soulignée l'importance du respect mutuel et l'ouverture d'esprit. Pour Giuliano Masiero, ce qui importe est « *la capacité à dépasser les barrières (psychologiques) entre les différentes disciplines pour se concentrer sur des objectifs communs. Plutôt que de forcer une convergence de vues, il faut accepter et valoriser l'hétérogénéité des approches entre économistes, sociologues, statisticiens, spécialistes de l'information, médecins, cliniciens, biologistes. C'est la coopération entre disciplines qu'il faut encourager et non la concurrence* ».

Comme le résume Eddy van Doorslaer, « *la condition nécessaire est de communiquer (le jargon étant ici un frein), et la mise en place d'incitatifs (comme le financement de recherches communes) devrait permettre de réduire le fossé entre disciplines* ».

Par delà les sciences médicales, l'une des communautés de chercheurs avec laquelle les économistes de la santé ont le plus d'interactions est celle des spécialistes de l'évaluation des technologies de santé (ETS) ou encore Health Technology Assessment³ (HTA) en anglais. Les travaux d'ETS se sont développés au départ de manière relativement indépendante de ceux des économistes de la santé. Et jusqu'à récemment, la plupart des ETS réalisées dans le cadre de la régulation du système de santé, que ce soit pour la mise sur le marché ou la décision de remboursement n'a pas

³ Voir la définition de l'ETS (HTA) sur le site de l'INAHTA : <http://www.inahta.org/>

inclus un volet économique, à l'exception de l'instance britannique en charge de l'ETS, le NICE⁴.

Les évaluations produites dans le secteur hospitalier incluent pour la plupart des analyses d'impact budgétaire et de coûts, mais elles sont de nature différente de ce que les économistes développent pour leur part sous le terme d'évaluation dans les départements d'économie. De fait, comme le note Laura Sampietro, *« l'ETS n'est pas assimilable à l'économie de la santé. Elle suscite de plus en plus d'intérêt, en raison des mesures de contrôle des dépenses de santé mises en place en Europe pour assurer la soutenabilité des systèmes de santé »*.

De fait, l'intérêt croissant pour l'inclusion d'études économiques dans les ETS, tant au niveau Européen que dans les États-Membres, s'est accompagné d'une demande forte pour les compétences des économistes de la santé, peu nombreux. En conséquence, la partie économique des ETS est souvent menée dans des unités ou agences qui n'emploient pas des économistes mais des médecins qui ont une formation complémentaire en économie.

Cette pratique a eu pour conséquence de brouiller le signal sur ce qu'un économiste de la santé peut apporter et comme le dit Guillem Lopez : *« l'économie de la santé est aujourd'hui une coquille vide : quelques notions d'économie suffisent souvent pour se qualifier en tant qu'économiste de la santé et prendre d'assaut le domaine. Et la demande est si forte pour ces compétences qu'il est difficile de mettre en œuvre les filtres nécessaires. Les marchés ne sont pas à l'équilibre »*. En d'autres termes, les employeurs ne recrutent pas les compétences qu'ils souhaiteraient acquérir car les économistes n'ont pas la possibilité de signaler leur différence de formation et la nature de leur contribution par rapport aux spécialistes de l'ETS. Ceci fait écho à ce qu'évoque Peter Smith à savoir que *« la vraie difficulté pour les économistes de la santé est de ne pas savoir où se trouve leur 'maison', car il n'y a pas de faculté d'économie de la santé en tant que telle. Ceci explique pourquoi l'économiste de la santé est si souvent identifié à un comptable »*.

⁴ National Institute for Health and Clinical Excellence

Il y a donc un besoin pour les sociétés savantes comme l'iHEA⁵ de contribuer à clarifier le signal, ce qui améliorera le fonctionnement du marché des économistes de la santé.

Ce qui importe plus encore est que les économistes de la santé travaillent avec les spécialistes d'ETS plutôt que de s'éloigner de ce champ de recherches en l'abandonnant à ces derniers. Pour Bob Elliott, *« souvent, les ETS qui sont conduites par des médecins ou spécialistes de santé publique consistent en l'application des méthodes existantes, et la coopération avec des économistes permettrait de nouvelles percées méthodologiques, avec publication jointe »*.

La coopération se développe aujourd'hui, entre autres du fait des contraintes à la multidisciplinarité inscrites dans les appels à projets de recherche. Pour Sandy Tubeuf, *« les financeurs sont aujourd'hui peu enclins à financer des projets de recherche quand il n'y a pas d'économiste de la santé dans l'équipe, car les évaluations coût-efficacité sont une composante très importante de la recherche appliquée dans ce domaine »*. Pour Andrew Street, *« il faut être ouvert à toutes les occasions de participer en tant que partenaire junior à des projets d'ETS sous la responsabilité d'investigateurs d'autres disciplines. Les économistes de la santé sont peu nombreux et il faut s'assurer que leur contribution à de tels projets est récompensée tant financièrement que par leur association aux auteurs dans les publications »*. Pour Maarten Lindeboom, *« pour des économistes appliqués comme moi, publier dans des revues de bonne qualité, en santé publique, en économie sociale ou en épidémiologie est gratifiant. Je comprends mieux les éléments médicaux et je profite des opportunités offertes par des données médicales de grande qualité. Tous ces éléments contribuent à la production de travaux de bonne qualité en sciences économiques »*.

Comme le suggère Audrey Laporte, *« ceux qui font des analyses coût-efficacité ont en général des réseaux développés de relations avec les sciences médicales. Mais avec l'émergence de l'économie comportementale, il faudrait élargir ces réseaux à d'autres disciplines »*.

⁵ International Health Economics Association

Pour autant, un tel élargissement à d'autres sciences sociales peut avoir un prix, comme le rappelle Luigi Siciliani : *« c'est déjà bien difficile de combler le fossé entre deux disciplines. Passer à des équipes de recherche pluridisciplinaires est un défi supplémentaire. Ceci peut s'avérer indispensable pour certains sujets mais dans la plupart, ce ne sera pas indispensable. La multidisciplinarité accroît les coûts de coordination qui ne doivent pas être négligés, notamment parce que les stratégies et les supports de publication sont différents d'une discipline à l'autre »*.

Pour que la multidisciplinarité soit efficace, une condition importante doit être satisfaite, selon Eddy van Doorslaer : *« la multidisciplinarité doit conduire à l'interdisciplinarité. En d'autres termes, pour contribuer utilement au dialogue entre disciplines, il faut que chaque représentant d'une discipline excelle dans son propre domaine. Sinon la multidisciplinarité risque de conduire à la non-disciplinarité »*.

Enfin, selon Erik Schokkaert, *« la ligne de séparation n'est pas entre les disciplines mais plutôt entre les chercheurs qui ont un intérêt pour l'approche analytique et empirique et les autres. On trouve les premiers dans toutes les disciplines (peut-être, hélas, moins en France), et le dialogue est à la fois fructueux et relativement facile. C'est par contre extrêmement difficile de développer le dialogue avec les scientifiques qui ne sont pas analytiques et ce, quelle que soit leur discipline »*.

3.3 – Les solutions pratiques pour améliorer l'interface

Les solutions proposées ci-après s'appliquent tout aussi bien au développement de la coopération entre économistes de la santé et théoriciens qu'avec les chercheurs d'autres disciplines.

Tous s'entendent pour dire qu'il ne faut en aucun cas forcer la coopération, mais qu'il faut accompagner ce rapprochement. Pour la plupart des répondants, ce qui importe par dessus tout est l'interaction informelle. Comme l'exprime Tom McGuire, *« la géographie est importante, à savoir là où les chercheurs ont leur bureau et se croisent régulièrement »*. Pour Albert Ma, *« l'organisation de la structure doit être suffisamment ouverte et permettre que les chercheurs puissent être accessibles quand ils sont sollicités »*.

1 – Modifier les incitations

Plusieurs suggestions ont été faites dans ce domaine, allant d'incitations au niveau du système de santé, à des incitations au niveau de l'équipe, que ce soit en matière d'avancement de carrière académique ou sous forme d'incitations financières.

Incitations au niveau macro

Pour Sigfried Walch, *« des changements profonds doivent être opérés dans les modes de valorisation de la recherche. Il faut lier la réputation et la carrière des chercheurs à la valeur de leur contribution pour la société, et pas seulement au nombre de publications dans des revues à comité de lecture »*.

Pour Reinhardt Busse aussi, il importe de revoir les incitations à la publication. *« Certaines revues médicales, bien qu'ayant un facteur d'impact important, ne sont pas connues des économistes de la santé. L'économie de la santé est à la frontière de plusieurs disciplines. Dans certains milieux académiques, le British Medical Journal (ou le Lancet) est la référence alors qu'ils sont inconnus des économistes de la santé. C'est ce que l'on pourrait appeler le syndrome du 'C'est quoi le Lancet ?'. Pour combler le fossé, il faudrait se rapprocher des deux facultés pour s'assurer que les contributions économiques sont mieux valorisées dans les revues médicales »*.

Mathias Kifmann propose quant à lui de mettre en place des incitations au niveau de l'équipe elle-même, pour valoriser les demandes de financement jointes, par exemple. Joan Rovira partage ce point de vue et suggère de *« donner la priorité à la recherche en équipe fédérant des compétences variées et des incitations à la recherche multidisciplinaire »*.

Les incitations au niveau micro

Le plus souvent, ce sont des incitations individuelles qui sont mises en avant. Guillem Lopez suggère ainsi *« des paiements mixtes pour les chercheurs, qui incluent une partie incitative à la performance »*.

La question est alors de savoir quel indicateur de performance retenir, plusieurs modalités étant envisageables :

- Patricia Danzon suggère des incitations financières individuelles pour valoriser la participation à des travaux en équipe. L'idée est donc de *« valoriser au niveau individuel la participation à des travaux en équipe ou à des projets de recherche collectifs pour contrebalancer les incitations personnelle »*. Pour Richard Scheffler il faut effectivement *« récompenser en partie le chercheur sur le fait de participer à l'effort collectif »*.
- Jurgen Maurer propose aussi une *« valorisation de la performance multidimensionnelle (sur la capacité à publier, à obtenir des financements, à documenter des impacts de politiques publiques ou sur la pratique clinique) »*.

Giuliano Masiero propose un système d'incitations basé sur la performance individuelle à la fois du chercheur et du décideur. Il suggère *« la mise en place d'incitations (financières) pour les chercheurs qui prennent en compte l'application, voire l'usage de leur recherche au service de la décision éclairée en santé. Ceci nécessite d'aller au delà du seul décompte du nombre de publications académiques dans des revues à comité de lecture, facteurs d'impact, citations, etc., pour inclure l'impact de leur recherche mesurée en termes d'influence sur les décideurs. Les publications dans des revues professionnelles, les interviews (radio/télé), les réglementations/lois passées pourraient constituer des indicateurs d'influence. A l'inverse, les décideurs pourraient aussi être gratifiés pour avoir suggéré, pris, voire mis en oeuvre des décisions fondées sur des preuves scientifiques. Il pourrait alors être demandé au décideur de se référer aux publications sur lesquelles il s'est appuyé pour prendre la décision »*.

Pour autant, tous les économistes ne s'accordent pas sur la nécessité de recourir à des incitations financières individuelles. Si certains adhèrent à l'idée d'utiliser les outils communément prescrits par les économistes, à savoir le paiement à la performance, d'autres au contraire sont circonspects.

Comme le note Katharina Janus, *« ce qui importe est de comprendre ce qui motive les chercheurs. Pour certains, c'est l'interaction dans des groupes d'experts alors que pour d'autres, l'incitation financière est importante pour accepter de participer »*. Comme le note Erik Schokkaert,

« il se peut même que l'incitation financière soit superflue car l'accès à des données de bonne qualité est en soi un moteur suffisant pour les chercheurs ».

Pour Simon Burgess, *« les universitaires seront peu enclins à accepter une quelconque obligation à travailler sur un sujet précis ou pour un mandat. Ce qui compte est d'aligner les intérêts des décideurs et des universitaires par des mécanismes plus subtils que des incitations financières directes ».*

En tout état de cause, pour que des incitations financières puissent être utilisées, des indicateurs de performance et d'impact doivent avoir été préalablement définis. Or mesurer l'impact implique d'avoir pu inférer une causalité entre la recherche, la recommandation et la décision. Ces réflexions ont été développées autour du concept de transfert et d'échange de connaissance (KTE : Knowledge Transfer and Exchange), comme le souligne Tony Culyer, et ceci constitue, là aussi, une voie prometteuse de recherche.

3 – Changer les modes d'interaction

Plusieurs formats ont été proposés pour développer les coopérations à de multiples niveaux, que ce soit en recherche ou en formation.

Séminaires joints et ateliers

Avec les décideurs, ce qui compte avant tout, selon Pedro Pita Barros, *« c'est de développer une relation de confiance mutuelle. Pour cela, il vaut mieux des réunions qui ne soient pas publiques, mais avec des discussions ouvertes ».*

Pour développer les relations entre économistes théoriciens et appliqués, Martin Gaynor suggère de *« développer un esprit de collégialité et de coopération. Des ateliers auxquels tous peuvent participer, des rencontres informelles (par exemple un déjeuner régulier) sont utiles. Ce qui importe est de se focaliser sur le problème à résoudre ».*

Pour Erik Schokkaert, *« des séminaires avec des discutants 'mixtes' est une bonne solution : les théoriciens sont sollicités pour réagir à des travaux appliqués et vice versa ».* Audrey Laporte développe la même idée en

suggérant « d'inviter des économistes théoriciens et appliqués à présenter leurs travaux mais en leur demandant d'inclure un court préambule dans lequel ils expliquent en quoi ce qu'ils font est pertinent pour la théorie (dans le cas de chercheurs appliqués) ou pour la recherche appliquée (pour les théoriciens) mais en veillant à ce que les deux expliquent en quoi ce qu'ils font informe et est utile pour la décision publique ou la prévision ».

Pour ce qui est de l'interface entre économistes de la santé et représentants d'autres disciplines, Jim Butler suggère « la tenue de séminaires joints et d'ateliers pour établir des ponts linguistiques entre les disciplines. Mais ceci requiert de la bonne volonté entre les participants qui doivent accepter de renoncer au jargon spécifique à leur discipline, dans l'intérêt d'un dialogue constructif entre disciplines ».

La formation, la co-direction et l'enseignement

Un certain nombre de répondants ont suggéré de mettre en place des formations pour les économistes ou pour les décideurs pour permettre une meilleure compréhension mutuelle et une coopération. Pedro Pita Barros suggère de « former les chercheurs sur la façon d'interagir avec les décideurs » et pour Laura Sampietro, « l'un des facteurs-clé du succès est la disponibilité de formations de haut niveau pour les cliniciens ».

La coopération sera renforcée par des directions jointes et des enseignements partagés. Pour ce qui est de renforcer les liens avec les théoriciens, Peter Smith suggère « la mise sur pied de modules d'enseignement d'économie de la santé dans des programmes de master ». Maria Goddard suggère ainsi « la direction partagée de thèses de doctorat et des demandes jointes de financement ».

Échanges avec les décideurs

Plusieurs modalités d'interaction ont été suggérées avec les décideurs. Pour Michel Grignon, « engager des étudiants en thèse sur une thématique appliquée, afin de permettre des échanges sous forme de stages est très porteur : ceci est riche d'enseignements pour les étudiants et développe leur intérêt pour des postes auprès de structures en charge d'éclairer la décision ». Pour Erik Schokkaert, « une bonne façon de lier les

chercheurs et les décideurs est de faire en sorte que les directeurs de thèse soient accompagnés de leurs étudiants quand ils rencontrent les décideurs ».

Pour Andrew Street, « au delà des rencontres, il pourrait y avoir des programmes d'échanges de postes, avec des décideurs qui pourraient être invités à passer quelques mois dans des centres de recherche. Mais dans ce cas, il faut avoir un projet bien défini et sélectionner les participants pour lesquels ces échanges seront bénéfiques ».

Pour Bob Elliott, « on peut aussi encourager les économistes de la santé à participer et à présenter des articles à des conférences dans le domaine de l'organisation des soins (Health Services Research) ou des rencontres de professionnels (médecins, infirmiers, autres paramédicaux) ». Fred Paccaud suggère pour sa part « d'augmenter le nombre de postes mixtes : le matin dans le laboratoire, l'après-midi avec les décideurs ». Pour Jan-Erik Askildsen: « la participation d'universitaires à des commissions placées auprès du décideur est une bonne façon de développer les interactions entre recherche et décision ».

Les répondants ont proposé des principes clairs et des actions concrètes pour développer la coopération à de multiples niveaux. Certaines de ces propositions sont particulièrement pertinentes pour guider la mise en place de la structure de recherche en économie de la santé dont l'AP HP souhaite se doter. Leur application à ce cas concret fera l'objet d'une analyse plus précise dans la section suivante.

4 – Recommandations

Tous les répondants considèrent qu'il est utile de développer une nouvelle entité de recherche sur le thème prioritaire des soins hospitaliers. Les recommandations faites sur la base de leur propre expérience touchent à plusieurs domaines. IL s'agit de questions de périmètre, de gouvernance et d'organisation (4.1), de questions de financement et de visibilité internationale (4.2), enfin, de suggestions sur la façon d'élaborer le programme de travail et sur les perspectives de collaboration (4.3).

4.1– Périmètre, gouvernance et aspects organisationnels

1 – Ce que l'entité ne devrait pas devenir

Une cellule de management des hôpitaux

L'une des interrogations est de savoir s'il convient de restreindre le périmètre aux seules questions hospitalières. Pour Tom McGuire, *« le centrage sur l'hôpital est intéressant car il y a tant à faire dans ce domaine et cela permet de plus de se différencier de que font les autres structures de recherche »*. Pour d'autres, comme Erik Schokkaert, *« ce qui importe aujourd'hui est de réduire le recours à l'hôpital. Or une structure de recherche financée par les hôpitaux ne sera peut-être pas en capacité de faire entendre ce type de message (ou du moins, ne sera pas perçue comme suffisamment indépendante pour le faire passer). Diversifier les financeurs serait une bonne solution »*. Le choix de travailler sur les parcours de santé des patients limitera ce risque de centrage sur des questions d'organisation interne ou sur la seule recherche d'économies.

Un 'think tank'

Pour Simon Burgess, *« il vaut mieux s'en tenir aux faits et se positionner sur l'évaluation des politiques publiques plutôt que de devenir une entité de type 'think tank', qui émet des recommandations »*.

Une société de consultants en évaluation des technologies de santé

Sur la question de savoir quelle part de l'activité consacrer à l'évaluation des technologies de santé (ETS), tous les répondants s'entendent pour dire que c'est là où se trouvent les financements. Pour Pedro Pita Barros, *« la plupart des décideurs croient que les études coût-efficacité vont résoudre tous leurs problèmes, donc d'une façon ou d'une autre, il faudra en faire »*. Et pour Peter Smith, *« il faudra faire de l'ETS, dès lors que l'on attend les économistes sur ce terrain. Mais il importe de se centrer sur les questions méthodologiques et de renvoyer vers ceux qui font de l'ETS si besoin »*.

Pour Stefano Capri, il faut un portefeuille d'activités : *« c'est stimulant de faire à la fois de l'ETS, du conseil en matière de régulation du système et des travaux universitaires. Il y a là une valeur ajoutée potentiellement forte car la régulation du système est très importante pour les industriels. Comprendre à la fois les aspects de régulation et l'ETS sera très attractif pour de futurs partenaires. Connaître les enjeux de la régulation du marché est très important pour faire de l'ETS et vice et versa (notion d'impact dynamique) ».*

Mener des évaluations de technologies de santé est aussi une façon d'interagir avec les représentants des sciences médicales. Pour Rosella Levaggi, *« les médecins reconnaissent aujourd'hui que l'économie est essentielle dans le processus de décision. Mais ceci ne doit pas leur être imposé : il faut plutôt les amener à penser aux conséquences économiques de leurs choix de sorte qu'ils demandent eux-mêmes cet éclairage de la décision ».* Laura Sampietro suggère pour sa part de mener des ETS à l'hôpital et d'inclure une partie recherche sur la façon dont on pourrait mieux faire comprendre aux professionnels de santé comment ils peuvent utiliser l'ETS au quotidien et en quoi elle est pertinente. Des recherches similaires pourraient être menées sur la façon de convaincre les directeurs d'hôpitaux de fonder leurs décisions sur les résultats de l'ETS.

Pour Laura Pellisé, *« sur la question de l'ETS, ce qui importe est de fournir une contre expertise et un appui méthodologique. Il ne s'agit donc pas de faire de l'ETS, car il y a d'autres structures de consultants, comme IMS, qui sont là pour le faire, surtout lorsque la commande provient de l'industrie ».* Et les chercheurs de l'IEMS de Lausanne reconnaissent, eux-aussi que *« ce qui importe est de bien se coordonner avec les structures hospitalières d'ETS lorsqu'elles existent ».*

En conclusion, pour Bob Elliott, *« il serait préférable que la nouvelle entité investisse dans de nouvelles méthodes issues de la théorie économique et de l'évaluation des politiques publiques ».*

Recommandation 1 : Positionner l'entité comme centre de référence utile tant sur les aspects méthodologiques pour l'évaluation des technologies de santé (ETS) que pour l'évaluation des politiques

publiques, avec une ouverture sur les parcours de santé, au delà des questions hospitalières.

2 – Mettre en place une gouvernance interactive

Pour tous les répondants, le levier le plus important pour atteindre le double objectif est une gouvernance interactive. Deux types de structures doivent être mises sur pied. Pour Andrew Jones, *« un comité scientifique est important pour définir les priorités et pour résoudre d'éventuelles controverses, alors qu'un comité de pilotage sera utile pour maintenir l'équilibre entre les disciplines et la diversité des travaux »*. Erik Schokkaert recommande aussi deux structures indépendantes : *« d'un côté, un comité scientifique en charge des questions techniques à débattre entre économistes, dans un espace protégé, et de l'autre un comité exécutif, sachant qu'il pourrait y avoir un léger recouvrement entre les deux comités »*.

En lien avec les principes généraux définis dans les sections 2 et 3, des suggestions supplémentaires ont été faites pour que le choix du mode de gouvernance facilite l'atteinte de ce double objectif.

Des interactions précoces et régulières avec les décideurs

Pour Andrew Street, *« il importe de donner aux décideurs et financeurs la possibilité de réagir aux différentes étapes de la recherche (cadrage, premiers résultats, avant-dernière version du rapport). Ceci permet de maintenir leur intérêt tout au long du processus de production et remédie en partie aux différences de calendrier entre décideurs et chercheurs »*.

Pour Audrey Laporte: *« mettre en place un comité stratégique consultatif est un bon moyen de rendre plus visible le retour sur investissement pour les financeurs, sans leur donner pour autant la possibilité d'influencer le contenu de la recherche »*.

Et pour Erik Schokkaert, *« il faut un conseil consultatif qui ne serait pas composé de représentants des institutions officielles mais de participants intéressés par le sujet. Une fois par an, un forum des parties prenantes pourrait être organisé (incluant les personnes intéressées, qu'elles soient*

représentantes de décideurs, d'élus ou de patients), afin de recueillir leur avis et réactions sur le programme de travail et sur les productions ».

En ce qui concerne la publication des résultats, Michel Grignon souligne la nécessité de règles claires de publication : *« tous les résultats doivent faire l'objet d'une publication mais les résultats préliminaires peuvent être transmis un mois à l'avance aux financeurs. Sans qu'ils puissent les changer, les financeurs sauront apprécier que leurs réactions aient été sollicitées. Le fait de financer la recherche justifie que les résultats leur soient communiqués à l'avance ».*

Une contractualisation explicite avec un suivi des impacts

L'expérience de l'IEMS a montré que ce qui compte est de clarifier les attentes avec la définition d'indicateurs permettant de mesurer l'atteinte des objectifs et faire en sorte que les financeurs puissent avoir une mesure du retour sur investissement.

Afin de rendre le retour sur investissement plus tangible, Peter Smith suggère de *« prédéfinir un pourcentage de l'activité totale (par exemple 25%) qui soit affecté directement aux questions ponctuelles des décideurs, afin de montrer la capacité des universitaires à s'intéresser à des questions de terrain. La question devient alors : quels sont les livrables qui sont attendus dans ce cadre et qui les produit, sachant qu'il est moins gratifiant de faire ce type de recherche qui est plus difficile à publier ».*

John Appleby suggère aussi d'avoir une *« capacité de réponse en urgence, ce qui permet une certaine perméabilité entre les projets de court terme (parfois sur seulement quelques semaines) et la recherche de long terme. Toutefois, le nombre et la nature des demandes de court terme doit être prédéfini, sauf à être rapidement submergé ».*

Maarten Lindeboom évoque le fait que, d'expérience, *« les parties prenantes du secteur privé (et dans une certaine mesure, les décideurs aussi) ont tendance à attendre un retour sur investissement à court terme. La question de la publication des résultats a aussi posé des difficultés et plusieurs réunions ont dû être organisées pour présenter les résultats aux parties prenantes. Bien que compréhensible, la lourdeur administrative de cette demande d'échanges a pu faire peur aux meilleurs chercheurs ».*

Cette option a des implications sur la façon de répartir la charge de travail interne dans la future entité et sur le système de gratification qui sera retenu. Or il peut être difficile de mettre en œuvre des incitations au niveau individuel, comme le note Bob Elliott : *« plutôt que de mettre en place des incitations basées sur les résultats, des indicateurs de performance intermédiaires pourraient être retenus, comme le nombre de manifestations organisées (ateliers, séminaires, écoles d'été, ...) et le nombre d'interactions avec le grand public (sites internet, notes de synthèses, ...) »*.

Recommandation 2 : Développer une gouvernance interactive avec un fort engagement bilatéral et un système d'audit de l'impact et des processus, pour rendre plus visible le retour sur investissement.

3 – Une politique de recrutement équilibrée et des méthodes flexibles de gestion des ressources humaines

Comme Terkel Christiansen, plusieurs répondants ont souligné *« l'importance d'avoir un groupe stable de chercheurs, avec des perspectives d'évolution de carrière possibles à l'intérieur de l'entité (plutôt que de considérer que c'est un tremplin vers d'autres structures). Les chercheurs doivent posséder une expertise suffisamment large et des capacités d'interaction et de communication »*.

Resserrer les liens avec les départements d'économie

En écho aux remarques faites sur la multidisciplinarité et le risque de non disciplinarité, Tony Culyer ne recommande pas *« une politique de recrutement qui viserait à associer toutes les disciplines dans la même unité »*. Pour Jan-Erik Askildsen, *« l'un des facteurs importants de reconnaissance des économistes dans leur capacité à recommander la bonne stratégie de modélisation (plutôt que de faire un simple calcul de coûts) est d'ancrer l'entité dans un département d'économie générale »*. Pour Peter Smith, *« ceci peut prendre diverses formes, comme des emplois à mi-temps dans des départements universitaires »*. Pour Erik Schokkaert, *« ce qui importe est que les économistes ne soient pas isolés et qu'ils aient la masse critique leur permettant de publier »*.

Alberto Holly, considère qu'associer des programmes d'éducation à l'entité est important pour atteindre l'objectif double. Il faut ainsi *“mettre en place : a) un programme de Ph.D de renommé internationale dans le domaine de l'économie et de la politique de santé ; b) un master interdisciplinaire à vocation professionnelle. Ceci permettra à la fois d'accompagner le changement de culture si attendu et de trouver un soutien auprès des sphères de décision”*.

Pour Bob Elliott aussi, *« le lien avec une formation de Master, en relation étroite avec l'entité future, est absolument nécessaire »*. Pour Eddy van Doorslaer, *« articuler des programmes de formation en économie de la santé ou des sciences de la vie avec l'entité est essentiel »*. Et l'expérience de l'IEMS à Lausanne montre aussi que *« globalement, l'activité d'enseignement aura été un facteur clef du succès pour plusieurs raisons, notamment la capacité à agir comme tête de réseau de toutes les forces locales en économie de la santé »*.

Recommandation 3 : Resserrer les liens avec les départements d'économie par des postes joints et des formations de Master.

Des comités de recrutement équilibrés et ouverts

Bien que l'économie doive occuper une place centrale dans l'entité, Joseph Newhouse suggère de recruter aussi *« des médecins avec un doctorat d'économie. Ils peuvent contribuer à l'atteinte de l'objectif double de publications académiques et d'avis utiles au décideur »*. Et pour Reinhardt Busse, *« il est important de recruter des économistes qui ne sont pas trop orientés vers la théorie. Les équations ne sont pas très utiles pour le décideur. Certains des chercheurs sont mieux placés pour atteindre le double objectif, en particulier ceux qui travaillent dans l'analyse des systèmes de santé (Health services research – HSR), avec une compétence économique. Mais garder l'équilibre entre les deux est un combat quotidien et un vrai défi. Les jeunes hésitent souvent entre le HSR et l'économie de la santé et les comités de sélection doivent être ouverts aux deux »*.

Sur la base de l'expérience de l'IEMS, « ce qui est important est de mettre en place un comité de recrutement qui garantit un bon équilibre entre les profils et les disciplines ».

Joan Rovira suggère par exemple que « sur dix chercheurs recrutés, 2 d'entre eux aient une pure formation académique, 2 soient orientés vers l'éclairage de la décision, les 6 personnes restantes ayant des profils mixtes. Il importe d'avoir des universitaires qui garantissent que les méthodes retenues sont adaptées aux besoins de l'étude. Les compétences statistiques sont aussi importantes ». Pour Bob Elliott, « la masse critique minimale en terme d'équipe est de 10 à 12 chercheurs, si l'on veut établir une entité reconnue internationalement ».

D'autres compétences pourront être recrutées dans le futur. Pour Martin Gaynor, « tous les travaux de recherche sont susceptibles de produire des livrables utiles au décideur, mais il doivent faire l'objet d'une réécriture pour arriver sous leur radar. Ce travail nécessite une vraie compétence que les chercheurs n'ont pas toujours la facilité d'acquérir, dans la mesure où leurs interactions les plus fréquentes sont avec leurs pairs. S'ils n'ont pas acquis cette compétence, ou qu'ils n'en ont pas le goût, mettre en place des incitations financières ne saura suffire à inciter les chercheurs à le faire eux-mêmes. Il faudra alors plutôt envisager de recruter des personnes qualifiées pour le faire ». Les compétences juridiques et le management d'équipe ont aussi été évoqués comme moyens importants pour une plus grande efficacité.

Recommandation 4 : Adopter une politique juste et équilibrée de recrutement entre profils et disciplines, accordant de l'importance à l'intérêt porté par les chercheurs à l'interaction avec les décideurs.

Des règles flexibles de répartition de la charge de travail

Andrew Jones souligne le fait que dans certains pays, comme le Royaume-Uni, « un modèle souple de répartition de la charge de travail a été expérimenté entre les différentes activités : enseignement, notation, direction de thèses et recherche. Du temps supplémentaire peut être dégagé pour la recherche en reversant une partie du financement externe pour l'enseignement ». Permettre des compensations entre les

activités et donner plus de poids à celles qui sont en relation avec l'aide à la décision, devrait être facilité par le nouveau mode de répartition des financements de recherche, le Research Excellence Framework (REF), qui sera en place fin 2014. Ce programme a pour vocation de mesurer la performance des équipes de recherche au niveau national et accordera des financements plus importants à celles qui orienteront leur programme vers des recherches utiles à la décision, tout en valorisant la prise de responsabilités administratives au niveau individuel.

La question qui se pose alors est de savoir comment répartir la charge de travail et les gratifications à l'intérieur de l'entité.

Pour Sigfried Walsh, « l'un des défis importants repose sur la répartition des différentes tâches dans l'entité. Il faudrait pouvoir valoriser de manière comparable la publication, l'interaction avec les parties prenantes, l'enseignement et la direction de travaux d'étudiants. Pour ce faire, des accords internes peuvent être envisagés, permettant la réduction de la charge d'enseignement en contrepartie de l'obtention de financements extérieurs ».

Pour Carl-Hampus Lyttkens, « concernant la division interne du travail, il serait bon que les jeunes chercheurs se consacrent aux travaux les plus théoriques, qui comptent le plus pour leur carrière, et que ce soit les plus seniors qui soient en charge de la dissémination et de l'interaction avec les décideurs ».

Pour Simon Burgess, « parfois les livrables de court terme peuvent prendre la forme de synthèses de littérature, à produire dans un délai d'un mois. Ce type de recherches peut être fait par des assistants de recherche, des post-doctorants ou des étudiants en thèse. Les chercheurs plus seniors doivent, pour leur part, développer des interactions avec les décideurs et les médias ».

Pour Bob Elliott, ce qui doit être mis en place est une interaction entre les gratifications nationales et celles qui prévalent à l'intérieur de la structure, afin de « créer un système de valorisation de ce type de recherche appliquée au niveau des départements d'économie des meilleures universités et mettre en correspondance une structure interne de gratification pour les membres de ces départements d'économie de

façon à encourager la production de travaux utiles aux décideurs en s'assurant qu'une partie des primes accordées à ces chercheurs est conditionnée au fait d'avoir un impact sur la politique de santé ».

Recommandation 5 : Encourager la flexibilité interne et construire un système d'intéressement pour développer la recherche orientée vers la décision et la diffusion large des résultats.

4.2– Financement et visibilité internationale

1 – La recherche de la soutenabilité financière

Carl Hampus Lyttkens exprime avec humour ce que la majorité des répondants ont pensé de la question du financement : *« un financement de long terme est certes essentiel. La difficulté est de l'obtenir. Si je savais comment faire, je l'aurais déjà fait ! ».*

Pour la plupart des répondants, l'idéal est effectivement d'obtenir de l'État qu'il soit le principal financeur, sur un horizon de long terme, avec des financements complémentaires, par exemple, d'une université indépendante. Pour Randall P (Randy) Ellis, *« obtenir le soutien du gouvernement est la meilleure stratégie ».* Pour Bob Elliott, ceci serait effectivement important car *« l'entité doit dès le départ établir sa réputation par la production d'une recherche indépendante, impartiale, objective et robuste. Des partenariats avec une entreprise commerciale pourraient être mal vus. Par contre, la contribution financière de partenaires à but non lucratif serait une bonne solution ».* Pour Richard Scheffler, Joseph Newhouse et Claude Montmarquette, nouer des partenariats avec des fondations constitue une bonne stratégie pour garantir la soutenabilité financière. Anne Lemay suggère aussi *« des actions jointes entre les universités, le secteur privé et les régulateurs ».*

Mais Tony Culyer remarque, de manière pragmatique, que *« la notion de soutenabilité financière n'existe pas. Ce que l'on peut mettre en place, au mieux, ce sont des contrats pluri-annuels et des programmes. Par contre, les instances fondatrices doivent donner des garanties de leur engagement et le financement d'emplois clef ».* Pour Maria Goddard, *« le financement de programmes de recherche sur 5 ans est essentiel pour*

l'organisation, avec en complément des financements de court et moyen terme ».

Pour Alberto Holly, « un aspect important dans ce domaine est d'émarger sur le budget d'une institution, qu'elle soit ou non universitaire, afin d'avoir une stabilité de long terme pour une partie du budget de l'entité (entre 60 et 70%). Le reste du financement peut provenir de sources extérieures. Ainsi, il est possible d'obtenir des contrats de moyen terme avec une administration publique désireuse de financer de la recherche orientée vers la décision. Ces contrats de moyen terme pourraient ainsi couvrir une période de trois ans, pendant laquelle des assistants de recherche pourraient être recrutés, avec la possibilité de travailler 15% du temps sur leur propre doctorat ».

Utiliser le financement de long terme pour obtenir des financements complémentaires

Pour Martin Gaynor, « l'une des possibilités est de s'assurer d'un financement pérenne suffisant pour couvrir les activités comme le secrétariat, la gestion des bases de données, et d'utiliser ce financement comme tremplin pour obtenir des contrats supplémentaires sur des projets spécifiques. Si le financement pérenne permet la constitution d'une base de données de grande qualité, c'est un atout important pour obtenir des financements supplémentaires ». Pour Andrew Street aussi, « l'entité pourrait chercher à obtenir des financements de long terme sur des activités centrales, comme la constitution d'un centre de données, et utiliser ces activités comme moyen d'obtenir des financements sur des projets spécifiques ». Mais comme le note John Appleby, « ce qui compte est de rappeler que les travaux de court terme ne peuvent être menés à bien que grâce à la recherche académique produite par l'entité ».

Pour Andrew Street, « ce qui est important est : 1/ d'investir dans des thématiques de recherche centrales pour l'entité, qui permettront de produire des livrables à intervalles réguliers ; 2/ d'identifier des thèmes de recherche prometteurs qui ne fassent pas simplement écho à des préoccupations ponctuelles mais qui recouvrent de vrais défis ; 3/ de garder une capacité de réserve pour répondre à des projets de court-terme, de façon à équilibrer le portefeuille d'activités entre court terme et long terme ».

Mais comme le note Jan-Erik Askildsen, « on marche sur le fil du rasoir lorsqu'on essaie d'équilibrer les activités entre financement principal et financements de projets à court terme ». Et c'est alors bien difficile de résister à la spirale du consultanat. Pour Julian Legrand, « l'autre danger dans le fait d'accepter des projets de court terme de type consultant est que le responsable de l'entité finit par passer son temps à chercher de nouveaux contrats de consultant pour pouvoir garantir l'emploi de ceux qui ont été recrutés sur des projets de court terme, l'entité grossissant rapidement jusqu'à atteindre 40 chercheurs. C'est l'un des risques professionnels avérés et bien qu'il faille certes trouver des financements supplémentaires, il faut éviter les contrats de court terme. La spécialisation doit aussi être évitée entre les membres de l'équipe, de façon à partager la production des livrables de court terme ».

Recommandation 6 : Assurer un équilibre et des échanges bénéfiques entre projets de court et de long terme, tout en évitant la spirale du consultanat.

L'association progressive et encadrée des partenaires privés

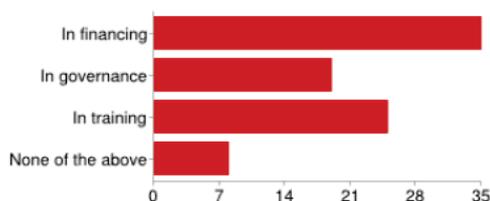
Seulement 9% des répondants ont émis un avis négatif à la question de savoir s'il fallait associer des partenaires privés au financement, à la gouvernance ou dans les activités de formation de l'entité. Les raisons invoquées sont principalement la complexité apportée par la présence de partenaires privés et le fait que l'entité doit être perçue comme n'étant pas sous l'influence des intérêts tant publics que privés, sauf à compromettre sa réputation.

Ceux qui pensent que des partenaires privés peuvent être associés s'accordent sur le fait que des règles strictes doivent être définies et que les conflits d'intérêt doivent être gérés de manière active, mais les réponses varient selon le type d'activité.

40% des répondants considèrent que les partenaires privés peuvent participer au financement, l'argument étant que ces partenaires ont une place importante dans le système de santé, tant par leur production que par leur potentiel de financement de la recherche. Dans la mesure où les gouvernements n'ont plus les moyens de s'engager sur le long terme,

s'associer avec des partenaires privés constitue une réelle opportunité, sous réserve que des conditions strictes soient remplies. A cet égard, il importe que les partenaires privés n'aient pas de contrôle sur la recherche et que les sources de financement soient rendues publiques. Comme l'indique Jurgen Maurer, « tous les résultats doivent pouvoir être accessibles et publiables sans clauses spéciales émises par les financeurs ». Et pour Martin Gaynor, « tous les financements de l'entité et des chercheurs doivent être transparents ».

6. Should private partners be taken on board?



In financing	35	40%
In governance	19	22%
In training	25	29%
None of the above	8	9%

22% des répondants considèrent que les partenaires privés peuvent aussi participer à la gouvernance de l'entité, dans la mesure où ce sont aussi des décideurs. « Ils ont l'expertise et les ressources et sont une partie de la réponse », comme le note Christ Henshall. Pour Laura Sampietro, « il est important d'associer des partenaires privés dans la gouvernance de l'entité, en observateurs, avec la possibilité de s'exprimer mais sans droit de vote ».

29% des répondants s'accordent pour recommander d'associer les partenaires privés dans les activités de formation, l'argument principal étant que cela renforce la probabilité pour les diplômés de trouver un emploi.

Andrew Street suggère de gérer les conflits d'intérêt à trois niveaux : « 1. Au niveau de l'entité, il faut un conseil d'orientation qui puisse aider à la détermination des axes stratégiques, contribuer à élaborer les priorités, être un appui pour la gestion des conflits d'intérêt et donner de la visibilité

à l'entité. 2. Au niveau de l'équipe, il faut définir des axes clairs de management et de remise de compte, une revue annuelle de la performance, etc. 3. Au niveau individuel, il faut des contrats d'embauche clairs et de la transparence, tout ceci afin d'encourager le développement d'un environnement de travail collaboratif ».

Ce qui demeure sujet à controverse, parmi ceux qui sont en faveur d'associer des partenaires privés, est le calendrier : faut-il le faire dès le démarrage de l'entité ou plus tard, de manière progressive ?

Mathias Kifmann considère que « le financement est une question sensible, car la réputation d'indépendance de l'entité est en jeu. Une fois établie, des projets spécifiques avec des partenaires privés pourront être menés ». Patricia Danzon partage ce point de vue : « au démarrage, il faut mieux rentrer dans la sphère des politiques publiques sans les partenaires privés. Leur but est la poursuite de leur propre intérêt et leur présence pourrait exercer une influence sur la conduite des travaux. Mais on peut les associer en tant que participants à des réunions, puis, plus tard, à d'autres activités, une fois que les normes ont été établies ».

Pour certains répondants, le fait d'associer de manière progressive les partenaires privés est susceptible d'induire de nouvelles demandes, notamment dans le domaine de l'évaluation des technologies de santé, à tel point qu'il faille, à un moment donné, mettre sur pied un consortium. Pour Bob Elliott, « mettre sur pied un consortium peut dans ce cas être une solution à envisager. L'entité académique garderait la main sur le contenu scientifique mais le consortium lui permettrait de produire en temps et en heure les livrables attendus ». Tony Culyer suggère lui aussi de mettre sur pied « un groupe de consultants qui puisse s'appuyer sur les membres académiques de l'entité ».

Recommandation 7 : Associer progressivement les partenaires privés sous des règles strictes concernant la publication des travaux et la gestion active des conflits d'intérêt.

Pour la diversification

D'après Andrew Jones, *« sur le long terme, la diversification est plus soutenable »*. Mark Sculpher partage cette opinion, et selon lui *« la diversification est à encourager, lorsqu'elle est possible, avec des activités d'enseignement, des formations de court terme, des financements associés à des projets spécifiques et des subventions pérennes de long terme. Compléter les ressources nationales par des financements internationaux est aussi une bonne option »*.

L'intérêt d'une stratégie de diversification est aussi d'assurer l'indépendance. Selon Audrey Laporte, *« afin de maintenir une réputation d'indépendance en matière de recherche, il serait bon de diversifier les sources de financement (contrats spécifiques, subventions de recherche, financements publics), tout en ayant conscience que cela constitue beaucoup plus de travail que dans le cas d'un financeur unique »*.

De manière synthétique, Charles Normand décrit l'idéal en matière de financement comme un mélange : *« certaines dotations publiques procurent une sécurité utile. Certains projets demandés spécifiquement par des financeurs leur procurent un contrôle direct. Certains projets sur appel d'offre permettent de maintenir le niveau scientifique par des processus de référé. Personne ne doit posséder l'entité »*.

Recommandation 8 : Adopter une stratégie de diversification des sources de financement avec des règles strictes pour garantir l'indépendance.

2 – Développer la visibilité nationale et internationale

Pour tous les répondants, la visibilité va de pair avec la qualité des productions et des publications. Comme le souligne Mathias Kifmann, *« tout tourne autour de la qualité des résultats de recherche »*. Pour certains répondants comme Joseph Newhouse, Pedro Pita Barros ou Fred Paccaud, la visibilité vient avec les publications et elles seules.

Pour d'autres comme Martin Gaynor, cela demande de s'investir dans des activités de dissémination. Il recommande de *« publier des rapports ou articles que le décideur trouvera utiles, au point de devenir, à terme, le*

centre de ressources vers lequel on se tourne lorsqu'on cherche une information. Ceci passe par la production de rapports qui peuvent être parfois simplement descriptifs. Mais il faut associer les décideurs par la production de publications sur des sujets d'actualité et qui ont du sens pour eux ».

D'autres répondants suggèrent d'utiliser les réseaux sociaux et le networking. Bien que cela prenne du temps et demande des compétences spécifiques, ceci fait aujourd'hui partie intégrante de l'acquisition d'une visibilité.

Parmi les stratégies possibles, les réseaux sociaux constituent la priorité. Pour Andrew Street, *« il peut s'avérer utile d'investir dans des compétences spécifiques afin de produire des documents visuels et de communiquer par les réseaux sociaux. Un compte twitter est une très bonne façon de mettre les résultats des recherches à la disposition des journalistes [...] plutôt que d'attendre qu'ils viennent d'eux-mêmes demander les informations »*. Pour Sandy Tubeuf, *« les réseaux sociaux professionnels comme Research Gate, RePeC, Twitter, permettent de créer des pages web aisément accessibles et de faire connaître l'existence de l'entité par des listes d'adresses mail »*. Pour John Appleby, *« il faut utiliser tous les moyens possibles pour publier et faire connaître les résultats des recherches, depuis Twitter jusqu'aux articles dans des revues et magazines spécialisés. Il faut bien reconnaître que très peu de personnes lisent les revues académiques ! Et il faut aussi être prêt à faire des interventions dans les médias »*.

Cultiver les relations est tout aussi important. Pour Peter Smith, *« il est utile de faire du lien avec les instances internationales comme l'OMS, la Banque mondiale, l'Union européenne, les fondations comme la Gates fondation, même si ce n'est pas directement en lien avec le programme de travail de l'entité »*.

Des stratégies plus précises ont été évoquées, comme celle proposée par Randall P (Randy) Ellis, à savoir *« financer une table ronde au colloque de l'iHEA »* ou, comme le suggère John Appleby, *« organiser une conférence annuelle sur un jour pour présenter les travaux de l'entité, ce qui permet de renforcer les liens avec les décideurs »*. Audrey Laporte propose *« des stages à l'étranger pour les étudiants de l'entité et des bourses pour des*

étudiants invités ». Laura Pellisé suggère « *d'investir dans des MOOCs et des programmes internationaux de formation* ». Richard Scheffler suggère aussi de faire en sorte que « *le premier rapport de l'entité soit un 'block buster'* ».

Recommandation 9 : Tous les chemins mènent à la renommée et il ne faut en laisser aucun de côté ... mais les bonnes publications académiques sont au premier rang.

4.3 – Programme de travail et perspectives de collaboration

La plupart des répondants reconnaissent que le choix de thèmes de travail est en partie spécifique à chaque pays et que les axes de recherche doivent être définis avec les financeurs et les décideurs de façon à répondre à leurs besoins. Pour autant, un certain nombre d'indications ont été données pour l'établissement du programme de travail et des axes de recherche d'intérêt pour la communauté scientifique internationale ont été identifiés.

1 – Mesurer précocement le potentiel de recherche

La question initiale est de savoir s'il faut définir le programme de recherche en partant des préoccupations du décideur pour revenir ensuite à la théorie ou l'inverse. Pour Reinhardt Busse, comme d'autres « *il n'y a pas une seule réponse à la question. Les décideurs sont en général intéressés par des livrables de court terme et il faudra bien répondre à leurs demandes. Mais l'approche inverse est aussi valable. Cela implique d'identifier une niche dans laquelle on souhaite acquérir une réputation et une visibilité internationale* ».

Tony Culyer suggère d'utiliser « *le processus de transfert de connaissance et d'expertise (Knowledge Transfer and Expertise - KTE) pour identifier les axes de recherche les plus prometteurs, puis de faire une analyse de ce que requiert la production de livrables dans ces domaines, du point de vue de la théorie et des méthodes, tout ceci afin de produire in fine un portefeuille intégré de travaux de recherche incluant les dimensions théoriques, méthodologiques, multidisciplinaires et appliquées* ».

Pour Jim Butler, « Il faut se placer dans une perspective d'anticipation (horizon scanning) pour identifier les sujets émergents. Parmi ceux-ci, il faut privilégier les thèmes de recherche susceptibles de faire l'objet de travaux analytiques, qui sous-tendront des résultats utiles, qui sont suffisamment larges pour intéresser des universitaires ouverts, et qui offrent des perspectives de publication dans la littérature scientifique. Il est clair que des sujets comme l'analyse de l'efficacité d'un service de radiologie d'un hôpital local ne satisfera pas ces conditions, sauf à ce que les conclusions soient généralisables ou qu'il contribue à des développements méthodologiques ».

Pour Peter Smith, ce qui compte est de « choisir les sujets de recherche qui sont clef pour le décideurs, tout particulièrement ceux qui peuvent faire l'objet de financements de moyen à long terme. Il convient de séparer les activités de recherche de court terme de type consultant et recourir, si nécessaire, à la mise en place d'un consortium. De bons sujets pourraient être par exemple les fusions entre hôpitaux, les modèles économiques, les sujets de coordination, l'évaluation des technologies de santé, etc. »

Recommandation 10 : Utiliser les techniques de transfert de connaissance et d'expertise (KTE) et d'anticipation (horizon scanning) pour analyser précocement le potentiel comparé des sujets de recherche en matière de publications académiques ou de livrable de court terme. Développer un processus joint de définition des priorités de recherche entre décideurs et économistes.

2 – Faciliter l'accès à des données originales

Bien que les répondants soulignent le fait que la législation est spécifique à chaque pays en matière d'accès aux données, ils s'accordent à dire que faciliter l'accès à des données originales est primordial. Pour Alberto Holly, « permettre un accès privilégié à des données constitue un atout important pour atteindre le double objectif assigné à l'entité ».

Simon Burgess suggère « la création d'un groupe d'utilisateurs pour mettre sur pied une large banque de données et faciliter l'accès à toutes les équipes de recherche intéressées, sous réserve qu'il soit assorti de conditions strictes de sécurité (comme par exemple, l'obligation de

travailler sur les données dans un lieu sécurisé) ». Pour Andrew Jones, « développer des bases de données originales devrait contribuer à atteindre le double objectif assigné à l'entité et encourager les coopérations entre les chercheurs du domaine ». Il suggère « d'utiliser les données administratives existantes ou provenant d'autres sources, comme des cohortes, que l'on peut associer pour construire des bases innovantes de données longitudinales prêtes à être utilisées pour la recherche ».

Pour ce faire, d'après Guillem Lopez, il faut faire jouer les réseaux et conduire le processus de construction de la base de données, avec, si besoin, des financements à la clef. Les répondants ont précisé les étapes de la création et mise à disposition de bases de données originales.

Argumenter en faveur de l'accès aux données

Joan Rovira suggère une façon indirecte d'argumenter en faveur d'un accès facilité à des données : « refuser, ou à tout le moins critiquer l'usage, par des chercheurs, de données qui ne seraient pas mises à disposition du public. Ceci est en effet une pratique non scientifique, car il n'y a pas de possibilité de réplique ».

La plupart des répondants suggèrent de montrer aux professionnels de santé, aux décideurs, aux journalistes et aux patients les bénéfices que l'on peut attendre d'une mise à disposition sécurisée de données. Pour Randall P (Randy) Ellis, il est important « de consacrer du temps à des discussions avec les administrateurs de bases de données pour s'assurer que la mise à disposition est perçue comme une priorité et de collaborer avec les facultés de médecine ou les hôpitaux qui disposent d'un accès aux bases de données sur les pratiques médicales, pour montrer qu'un accès facilité aux données pour la recherche est susceptible d'améliorer la qualité des soins ».

Pour Peter Smith, « il faut démontrer que les barrières à l'accès aux données posent un problème éthique car elles ont un effet délétère sur la santé des (futurs) patients en réduisant le potentiel de recherche ». Pour Bob Elliott, « il faut montrer que l'accès aux données peut produire des bénéfices pour les patients et améliorer les résultats de santé. En prenant une ou deux pathologies comme exemple, il faut expliquer aux décideurs

et aux professionnels de santé comment la recherche peut permettre d'améliorer les traitements et les soins et montrer que les bénéfices pourraient être bien supérieurs si l'accès aux données était garanti. Il importe d'établir un dialogue avec les représentants de patients, comme avec les médias, pour démontrer les bénéfices que les patients peuvent attendre d'un accès facilité des chercheurs aux données ».

Établir une relation de confiance en définissant des règles d'accès et des processus clairs

Pour Laura Sampietro « pour tout ce qui concerne l'usage de données, la rigueur, la transparence et la coopération entre les administrateurs de bases de données et utilisateurs sont de mise ».

L'étape suivante est donc celle de la définition de règles claires qui permettront d'établir une relation de confiance entre parties prenantes. Pour Randall P (Randy) Ellis, « il convient d'établir des processus et des garanties pour s'assurer que les liens entre bases de données patients se feront sous un format anonymisé, qu'elles seront sécurisées et ne seront pas utilisées à des fins commerciales. La production de ces processus prendra du temps et des compétences pour standardiser les formats des variables, valider et nettoyer les données (doublons, montants négatifs de consommation), répertorier les données pour en faciliter l'usage, assurer des formations sur les données. Il peut être utile de recruter un juriste pour établir les contrats et simplifier les règles d'usage des données ».

Développer les réseaux

Pour Jim Butler, « associer les départements statistiques du gouvernement comme partenaires, lorsque c'est envisageable, peut s'avérer très utile. Ces instances sont indépendantes et pérennes, leur futur n'est pas sujet aux mêmes incertitudes que celui qui affecte le financement de la recherche et elles possèdent une très riche expertise dans la collecte et l'administration de données ». Pour Tony Scott, « des séjours en tant que chercheur invité dans ces instances pourraient être envisagés ».

Recommandation 11 : Faciliter l'accès à des données originales suscite l'intérêt et développe la coopération avec les chercheurs. L'entité doit devenir un portail d'accès privilégié aux données.

4.4 – Domaines de recherche, attentes et perspectives de collaboration

1 – Suggestions de priorités de recherche

La question est ici d'identifier les domaines de recherche prioritaires pour l'entité, à savoir ceux qui seront les plus à même de conduire à la production de travaux de recherche utiles pour le décideur⁶. Un certain nombre de principes et d'axes de recherche ont été notés.

Des thèmes avec une composante appliquée et proches des préoccupations du public

Pour Jo Newhouse, « parmi tous les thèmes possibles, il faut privilégier ceux qui se prêtent à des travaux appliqués ». Erik Schokkaert partage ce point de vue : « tous les sujets sont envisageables, à condition qu'ils se prêtent à une analyse empirique ». Pour Randall P (Randy) Ellis aussi, « des études empiriques sur des sujets choisis par des décideurs auront plus de chances d'avoir un impact ».

Charles Normand évoque sa propre expérience comme exemple de ce qui pourrait constituer un bon choix de thèmes de recherche : « travailler dans des domaines à forte visibilité, comme les soins de fin de vie. Le principe est de revenir à des questions plus générales à travers le prisme de situations dans lesquelles les tensions sont déjà marquées. Le vieillissement est aussi un thème de recherche qui se prête à des considérations plus générales de politiques de santé. L'analyse de l'impact des effets du vieillissement de la population offre un cadre conceptuel à travers lequel de nombreuses questions peuvent être explorées, comme par exemple l'accès et le financement des soins ».

D'autres sujets proches des préoccupations du public ont été suggérés. Pour Bob Elliott, « une priorité de recherche pourrait être l'analyse des incitations à mettre en œuvre pour encourager l'adoption, par le public,

⁶ Cette question a malencontreusement été posée de façon ambiguë dans le questionnaire, comme indiqué par un certain nombre de répondants.

de comportements et de styles de vie plus sains ». Pour Giuliano Masiero, «travailler sur la prévention de comportements à risque chez les adolescents (comme la consommation excessive d'alcool, de substances illicites ou de réseaux sociaux), pourrait être utile pour la société car ces comportements réduisent la productivité et augmentent les coûts futurs de santé (obésité, maladies cardio-vasculaires, dépression) ».

Pour Michel Grignon, « un autre critère de sélection pourrait être le choix de thèmes de recherche qui requièrent une interaction forte avec le décideur, comme les modes de rémunération, car dans ce domaine, il n'est pas possible de conduire une recherche pertinente sans cette interaction. Il en va de même pour les ressources humaines (et la formation médicale) qui restent des boîtes noires qu'il conviendra d'ouvrir ».

Enfin, comme le note John Appleby, « il n'est pas toujours possible de produire des travaux théoriques à partir de sujets appliqués : certains travaux, de type consultant, ne se prêteront jamais à une publication académique ». Et pour Patricia Danzon, « pour que la recherche appliquée soit pertinente pour le décideur, elle doit parfois être contextualisée et menée à un niveau micro, alors que les conclusions sur les politiques de santé se doivent d'être générales ».

Recommandation 12 : Retenir en priorité des sujets appliqués, à forte visibilité, bénéficiant d'une interaction forte avec le décideur. Reconnaître qu'il y aura une intersection entre sujets académiques et sujets appliqués mais qu'elle n'est pas complète : certains sujets ne pourront pas donner lieu à des publications académiques et vice versa.

Mesure et évaluation

Pour Andrew Jones, la priorité doit être mise sur les sujets centrés sur des questions de mesure et d'évaluation. Pour Patricia Danzon, « trois domaines peuvent être définis : 1. L'évaluation des modes d'organisation des soins prenant en compte les asymétries d'information ; 2. L'évaluation des modes alternatifs de rémunération et de fixation de prix ; 3. L'évaluation des barrières à l'accès aux soins et à l'équité indépendantes des caractéristiques des systèmes de santé ».

Peter Smith suggère « l'évaluation ex-post de pseudo expérimentations dans les services de santé, en recourant aux méthodes économétriques ; l'exploitation de bases de données complexes ; l'évaluation ex ante de nouvelles technologies ou de nouveaux modes de production de services ». Pour Michel Grignon, « des études basées sur des protocoles quasi-expérimentaux permettent d'illustrer l'impact des différents modes de rémunération, comme le paiement à la performance, comparé à d'autres modes de rémunération comme la capitation ou les salaires. Ces études sont à la fois éclairantes pour le décideur et peuvent donner lieu à des publications académiques ». Claude Montmarquette suggère aussi de « travailler sur le taux de rendement social des investissements en santé ».

Le recours à l'analyse comparative

Selon Stefano Capri, « la comparaison d'études coût-efficacité réalisées dans les pays européens (tant sur le plan des résultats que des questions de méthode suscitées par ces comparaisons), offrirait un état des lieux de la situation internationale, des perspectives liées à l'introduction de la concurrence dans les systèmes de santé et des leçons à tirer de l'expérience d'autres pays ».

Les questions hospitalières replacées dans un environnement large

Dans le domaine plus spécifique de la production hospitalière, Richard Scheffler suggère d'investiguer « les mesures hospitalières de volumes et de coûts » et Mathias Kifmann évoque « la qualité à l'hôpital, car c'est un sujet d'entrée plus facile, de même que les déterminants de la dépense hospitalière, qui suscitent beaucoup d'intérêt ».

Anne Lemay souligne l'importance de « travailler à la fois sur les indicateurs de qualité et d'efficience dans les établissements de santé ». Ce qui lui paraît intéressant serait de « mener des recherches en économie de la santé au niveau macroéconomique, ou sur des sujets comme les incitations financières pour les hôpitaux ou la médecine ambulatoire. Il manque aujourd'hui au décideur à l'hôpital un éclairage des questions de fusions et reconfigurations entre établissements ou sur la taille optimale des hôpitaux ».

Pour Randall P (Randy) Ellis, « *plutôt que de se concentrer sur le potentiel d'économies ou de gains d'efficience dans la fonction de production hospitalière, ou sur la répartition de financements supplémentaires entre différentes fonctions à l'hôpital, ce qui aujourd'hui apparaît comme le plus porteur aux États-Unis est de travailler sur la façon de réduire la charge de l'hôpital par une réduction des recours injustifiés* ». Ceci est confirmé par Joseph Newhouse : « *ce qui prime aujourd'hui aux États-Unis est de prendre en compte dans les critères de financement des hôpitaux la bonne gestion des sorties et la qualité des soins après hospitalisation* ».

Pour Giuliano Masiero, l'hôpital du futur devrait être l'un des thèmes prioritaires : « *comment un hôpital moderne doit-il être organisé et intégré dans le système de santé ? Les recherches pertinentes du point de vue du décideur doivent être centrées sur le patient plutôt que sur le producteur (hôpital ou professionnel de santé). Et il faut éclairer les décisions touchant à l'organisation des soins, sous forme de parcours intégrés de soins centrés sur le patient* ».

Recommandation 13 : Privilégier les thématiques de mesure et d'évaluation, en relation avec les parcours de soins intégrés, dans une approche comparative internationale

2 – Attentes et perspectives de collaboration

Renforcer les liens avec la communauté scientifique internationale

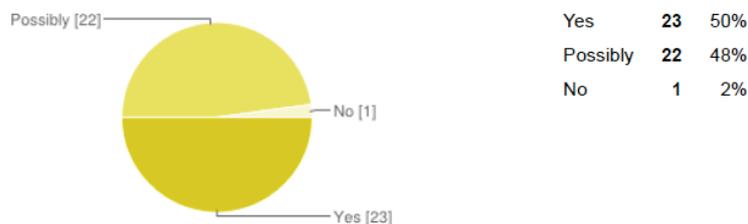
L'intérêt de mettre en place une nouvelle entité en France est de renforcer les liens existants au niveau européen et international en économie de la santé. La recherche comparative internationale et le benchmarking peuvent contribuer à élever les niveaux de la recherche à l'international et renforcer l'impact des recherches scientifiques. Des projets menés conjointement par plusieurs institutions pourront être développés.

Bénéficier de l'expérience des autres et partager l'expertise

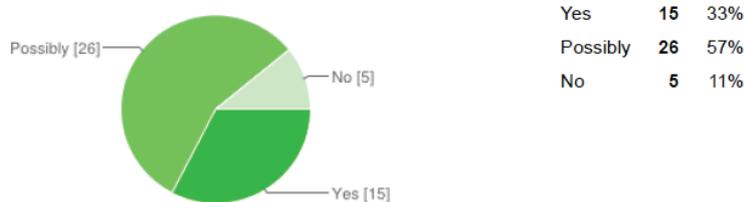
La coopération sur des questions partagées stimule les avancées, tant sur le plan scientifique qu'en matière de politiques de santé. Les chercheurs de différentes institutions peuvent s'inspirer les uns des autres pour les méthodes de recherche, ce qui engendre des partages de connaissance

entre différents systèmes de santé. La comparaison de systèmes de santé qui ont obtenu de bons résultats en matière d'organisation et de mise à disposition de soins peut apporter de nouvelles solutions. De nombreux répondants ont exprimé le souhait de participer à des projets communs avec les chercheurs de la future entité, sous la forme de séjours comme chercheurs invités ou par des échanges d'étudiants. La nature de leur engagement dépendra des sujets et des méthodes qui seront retenus et des termes de la collaboration proposée.

Would you be interested - in your own name - in being associated/affiliated at some point?



Would you be interested - in you organisation's name - in being associated/affiliated at some point?



23 répondants ont ainsi indiqué qu'ils seraient intéressés à participer en leur nom propre et 15 répondants l'ont fait au titre de leur organisation.

Conclusion

Bien que reconnu comme difficile à atteindre, le double objectif assigné à la future entité de recherche, à savoir encourager la publication de recherches pertinentes pour le décideur tout en éclairant la décision par des travaux scientifiques, n'est pas apparu comme inaccessible, sous réserve que quelques conditions soient remplies. La plupart des répondants considèrent que c'est en réduisant le fossé entre économistes de la santé et décideurs que la recherche académique aura un impact plus marqué sur la vie des gens.

Les répondants ont avancé de multiples explications à l'existence d'un tel fossé (section 2), parmi lesquelles vient en premier la différence des calendriers et la mauvaise qualité des données. Ils ont suggéré de nombreuses solutions concrètes, au niveau global comme au niveau individuel, pour réduire ce fossé (section 3). Ils ont enfin produit un ensemble cohérent de recommandations pour la future entité, présentées en section 4. Le large consensus qui apparaît dans ces recommandations s'étend jusqu'à inclure l'ultime recommandation, à savoir, la persévérance.

Trois domaines semblent pouvoir bénéficier d'investigations complémentaires :

Le premier concerne la place à réserver aux partenaires privés. Le consensus est clairement de permettre cette association, mais de manière progressive. Mais demeure la question de la nature de leur implication. Bien que cela dépende en grande partie des circonstances locales et de perspectives de développement difficiles à anticiper au démarrage de l'entité, les choix effectués en la matière auront un rôle structurant pour le positionnement de l'entité et sur sa future gouvernance.

Le deuxième relève du potentiel, en économie de la santé, du processus de transfert et échange de connaissance (Knowledge Transfer and Exchange - KTE). Le recours plus systématique à ce processus permettrait

à la fois de mieux choisir les domaines de recherche et de faciliter l'interaction avec les décideurs.

Le troisième ouvre un débat plus large encore. Il a trait au bien fondé du recours à des incitations financières basées sur les processus ou les résultats, au niveau individuel comme au niveau collectif. De manière surprenante, les économistes qui ont recommandé la mise en place de ces leviers du changement, ne sont plus nécessairement convaincus de leur utilité quand il s'agit d'inciter les chercheurs en économie de la santé à produire des recherches utiles au décideur. L'absence de consensus entre répondants sur l'utilité des incitations financières dans ce cadre n'est pas sans rappeler les objections de Kreps⁷ formulées en termes d'effet d'éviction de bonne volonté. L'hétérogénéité des préférences des individus, selon l'importance qu'ils attribuent aux motivations intrinsèques (notamment financières) par rapport aux motivations extrinsèques (liées à l'éthique, à la recherche du travail bien fait) est un élément central qui conditionne la réponse à la question de l'utilité des incitations financières.

Quand il s'agit de mettre en place des incitations financières basées sur les résultats, tout l'enjeu est alors de mettre en évidence une causalité robuste entre la production d'une recommandation académique et son impact réel sur la décision publique en santé. Ces deux questions de l'hétérogénéité des préférences et de l'inférence de causalité doivent encore faire l'objet de travaux de recherche complémentaires et de discussions ouvertes. Tel pourra être le thème retenu pour le colloque de lancement de la future entité à l'automne 2014.

⁷ Kreps, D. M. [1997], « Intrinsic Motivation and Extrinsic Incentives », *American Economic Review*, vol. 87, n° 2, p. 360.

Annexe 1 : Présentation du questionnaire de l'étude

Pilot Survey - Health Economics Institute, Paris

Hospitals of Paris (AP-HP) are setting up an **International Institute of Health Economics**, taking on board all interested researchers with innovative partnerships. A first step will be the launch in March 2014 of a joint **Paris School of Economics (PSE) - Hospitals of Paris (AP-HP)** chair on innovation in health care systems which will have a focus on hospital efficiency and equity of access.

Topics of interest will include **organisational changes** (information & incentive schemes, new production modes such as task delegation, teamwork, telemedicine, individual patient data management), as well as **economic assessment of new technologies** (drugs, procedures and medical devices).

The goal is to encourage **high quality policy-oriented research** (with academic publications in peer-reviewed journals) and to contribute towards **increasingly evidence-based decisions** (with clear incentives to reconcile research and decision making).

We are carrying out a feasibility study and we would like to draw on your experience in this respect.

Thank you for having accepted to answer to our questions. It should take no more than 20 minutes of your time. Please do not forget to click submit at the end of the questionnaire.

Kind regards,

Lise Rochaix

Full professor in Economics at Aix-Marseille University

Raphaël Beaufret

Project manager in AP-HP's Cabinet

Can you please fill in your name?

Can you please fill in your organisation (Institution/Unit/Department)?

Can you please fill in your e-mail?

1. How difficult do you think this dual goal of encouraging high quality policy-oriented research while contributing towards increasingly evidence-based decisions is to achieve? (1 to 4, from very easy to very difficult)

2. Have you personally tried to achieve such a goal in your organisation? (Y/N/NA)

If yes: What were, in your opinion:

- **The three main obstacles?**
- **The three key success factors?**
- **The main research themes suited to the goal?**

3. If you were to set up such an institute, which mechanisms (incentive schemes, organisation structure) would you define to:

- **Ensure interaction between researchers and decision-makers?**
- **Guarantee cooperation between theoretical and applied economists?**
- **Foster dialogue between economics and medical sciences as well as other social sciences (sociology, philosophy)?**

4. What is critical for a new institute to increase its international visibility?

5. How can the challenges (legal, practical, etc.) encountered in terms of access and use of data (administrative databases, medical records, etc.) be overcome?

6. Should private partners be taken on board?

- In financing
- In governance
- In training
- None of the above

Why?

7. What suggestions can you make for the management of conflicts of interest, both at the institute level and at researchers' level?

8. Regarding long term financing, what would be your best recommendation?

9. Association/Affiliation:

- What benefits would you personally expect from a collaboration and/or partnership with this institute?
- Would you be interested - in your own name - in being associated/affiliated at some point? (Y/Possibly/N) Comments
- Would you be interested - in your organisation's name - in being associated/affiliated at some point? (Y/Possibly/N) Comments

10. Would you agree to participate in a phone conversation in the next two weeks? (Y/N)

- If yes, please fill in the doodle below and give us your phone number in the box below (land line preferred).

Please don't forget to click on submit on next page to complete this questionnaire.

Thank you for your time and insights.

Do feel free to pass on this questionnaire to other people who you think could bring other insights.

Please don't forget to click on submit below to complete this questionnaire.

Annexe 2.1: Répondants et affiliation

John	Appleby	Kings Fund	UK
Jan-Erik	Askildsen	University of Bergen	NO
Simon	Burgess	CMPO, Bristol University	UK
Reinhardt	Busse	Technischen Universität Berlin	DE
Jim	Butler	ACERH, University of Queensland	AU
Stefano	Capri	LIUC University, Castellanza	IT
Terkel	Christiansen	Odense University	DK
Anthony	Culyer	University of York	UK
Patricia	Danzon	Wharton School	US
Bob	Elliott	HERU, Aberdeen University	UK
Randall P (Randy)	Ellis	Boston University	US
Martin	Gaynor	Carnegie Mellon University	US
Maria	Goddard	CHE, University of York	UK
Michel	Grignon	McMaster University	CA
Unto	Hakkinen	University of Kuopio	FI
Chris	Henshall	Brunel University	UK
Alberto	Holly	IEMS, HEC Lausanne	CH
Katharina	Janus	Columbia and Ulm Universities	DE
Andrew	Jones	York University, dept of economics	UK
Mathias	Kifmann	Hamburg University	DE
Audrey	Laporte	Univerisy of Toronto	CA
Julian	Le Grand	London School of Economics	UK
Anne	Lemay	AQESSS	CA
Rosella	Levaggi	Univeristy of Brescia	IT
Maarten	Lindeboom	Erasmus Universiteit Rotterdam	NL
Guillermo	Lopez-Casasnovas	Pompeu Fabra University	ES
Carl-Hampus	Lyttkens	Lunds universitets	SE
Albert	Ma	Boston University	US
Giuliano	Masiero	University of Bergamo	IT
Jurgen	Maurer	IEMS HEC Lausanne	CH
Tom	McGuire	Harvard Medical School	US
Claude	Montmarquette	CIRANO, Montréal	CA
Joseph	Newhouse	Harvard Medical School	US

Charles	Normand	University of Dublin	IR
Fred	Paccaud	IUMSP, Lausanne	CH
Laura	Pellise	Pompeu Fabra University	ES
Pedro	Pita-Barros	Universidade nova de lisboa	PT
Joan	Rovira-Forns	University of Barcelona	ES
Laura	Sampietro-Colom	Hospital Clinic Barcelona	ES
Richard	Scheffler	School of public health, Berkeley	US
Erik	Schokkaert	Université de Louvain	BE
Ruth	Schwarzer	UMIT - University for Health Sciences	AT
Anthony	Scott	MonashUniversity Melbourne	AU
Mark	Sculpher	CHE, University of York	UK
Luigi	Siciliani	York University, Dept of economics	UK
Peter	Smith	Imperial College London	UK
Andrew	Street	CHE, University of York	UK
Sandy	Tubeuf	University of Leeds	UK
Eddy	Van Doorslaer	Erasmus Universiteit Rotterdam	NL
Siegfried	Walch	Management Center Innsbruck	AT

Annexe 2.2 : Biographies résumées des répondants

John Appleby

As well as his post of Chief Economist at the King's Fund, John Appleby is a Visiting Professor at the Department of Economics, City University, London and at the Institute of Global Innovations at Imperial College London. John Appleby has worked in the NHS and acted as an advisor to the UK government and Parliament in various capacities. The focus of his research and commentary work at the King's Fund is on current health policy matters, in particular the economic issues associated with the government's reform agenda for health care such as the expansion of competitive forces into the NHS, patient choice, secondary care payment system and patient reported outcome measures.

Jan-Erik Askildsen

Pr Jan-Erik Askildsen is head of the department of economics at University of Bergen. He is a labour economist who has become interested in health economics. He increasingly takes part in governmental committees for advisory work for hospitals, which takes time off research but is very interesting. He is an expert on a task force developing rules for waiting list prioritization, based on cost-efficiency and medical conditions. He is also a member of a medical committee working on payments to encourage cooperation between hospitals from different regions and on how to allocate resources between hospitals. He coordinates work on the DRG system and how it affects access to health care. He is also a member of the EU research programme MUNRO, working on task delegation between health care professionals. The economics department at Bergen has also made 3 applications for Horizon 2020, one of which is on financing and HTA.

Simon Burgess

Simon Burgess is a professor of economics in the department of economics, University of Bristol. He is the director of the Centre for Market and Public Organisation (CMPO) and also the director of the Centre for Understanding Behaviour Change, CUBeC. Pr Burgess is also a Visiting Professor at LSE through CASE, and a research fellow at Centre for Economic Policy Research and Institute for the Study of Labor. He is a labour economist. His current research interests are in the economics of education, including market-based education reforms such as school performance tables, school accountability, choice and competition, admissions and unequal access to high-performing schools. He also works on ethnic segregation in schools, and the educational performance of minority students. Previously he has worked on the analysis of poverty and household income dynamics, incentives in organisations, and employment and unemployment dynamics, and a few other topics.

Reinhardt Busse

Reinhard Busse is professor and department head for health care management at Technische Universität Berlin. Besides being one the Observatory's Associate Head of Research Policy and Head of the Berlin hub, he is a member of several scientific advisory boards (e.g. for the Federal Association of Company-based Sickness Funds, the German Agency for Health Technology Assessment, and the Federal Physicians' Chamber) and a regular consultant for WHO, the EU Commission, OECD and other international organizations within Europe and beyond as well as national health and research institutions. His research focuses on both the methods and the contents of comparative health system analysis (with a particular emphasis on the reforms in Germany, other social health insurance countries and central and eastern Europe, role of EU), health services research including cost-effectiveness analyses, health targets, and health technology assessment (HTA).

Jim Butler

Jim Butler holds a Chair in health economics at The Australian National University and is foundation Director of the Australian Centre for Economic Research on Health

(<http://www.acerh.edu.au>). He has a PhD in economics from the University of Queensland and over 30 years research and consulting experience in health economics. He has been a Wiener Fellow at Harvard University and Visiting Associate Professor at the University of Pennsylvania. His consulting experience includes projects for numerous public and private sector organisations in Australia and overseas, including the World Bank, AusAid, the Asia-Pacific Economic Cooperation (APEC) Business Advisory Council (ABAC), and the Office of Health Economics (London UK). He has also been a member of advisory boards for global pharmaceutical companies. His research interests include health insurance, health care financing, hospitals costs and health technology assessment/economic evaluation. Since 2009, he has been a member of the Australian Government's Medical Services Advisory Committee (MSAC) which advises the Minister for Health and Ageing on evidence relating to the safety, effectiveness and cost-effectiveness of new medical technologies and procedures. This advice informs Australian Government decisions about public funding of these services. He has also been Chair of MSAC's Evaluation Sub-Committee since 2009. Professor Butler was also recently appointed Chair of the Advisory Council on Intellectual Property (ACIP). This is an independent body appointed by the Australian Government that advises the Federal Minister for Industry - and his Parliamentary Secretary - on intellectual property matters. It also provides advice on the strategic administration of IP Australia, the Australian Government agency that administers intellectual property rights and legislation relating to patents, trade marks, designs and plant breeder's rights.. The Council was established in 1994.

Stefano Capri

Prof. Stefano Capri is Senior Research Fellow on Economics at Cattaneo University-LIUC, Castellanza (VA), School of Economics and Management. He holds a position of adjunct professor of industrial economics; he also teaches Economics at the Faculty of Law. Since 2010 he is responsible for economic evaluation at Center for Health Technology Assessment, Institute of Public Health, Catholic University, Rome. He was educated at Bocconi University, Milan, (Economic and Social Disciplines), and at University of York, UK (Health Economics). He has been involved for many years in economic analysis of health care systems and economic evaluations of health care programmes and technology assessment for pharmaceutical companies and Public Authorities (Ministry of Health, Ministry of Economy, Regional Health Authorities). In 2009 he has been appointed as Member of the Healthcare Technology Assessment Committee of the Lombardy Region, responsible for providing regional guidance on drugs and medical devices. He also worked on developing the Italian guidelines for economic evaluations as recommended by the Italian Group of Pharmacoeconomic Studies and by AIES (Italian Association of Health Economics). Stefano is author of about 110 scientific publications and 8 books.

Terkel Christiansen

Terkel Christiansen is professor of health economics at University of Southern Denmark, and he has for more than a decade been the leader of the Health Economics Research Unit at this university. His was among the first to teach health economics in Denmark in the 1970s, and he was co-founder of NHESG, the Nordic Health Economists' Study Group. In his research he has been internationally oriented and taken part in several EU funded projects as well as other projects based on international collaboration. He has served on several advisory boards to the Ministry of Health or National Board of Health. In 2007 he was the local host of iHEA's 6th World Congress in Copenhagen.

Tony Culyer

Tony Culyer, CBE, BA, Hon DEcon, Hon FRCP, FRSA, FMedSci, is a professor in the Department of Economics & Related Studies who has spent his career since 1969 at York. He is also the Ontario Research Chair in Health Policy & System Design at the Institute of Health Policy, Management and Evaluation (IHPME), University of Toronto. He works mainly in the Centre for

Health Economics. Previously at York, Tony was Head of Department from 1986 to 2001 and Pro- and then Vice-Chancellor between 1991 and 1997. He was the founding co-editor, with Joe Newhouse, of the Journal of Health Economics and he was the founding Organiser of the Health Economists' Study Group. Between 2003 and 2006 Tony was the Chief Scientist at the Institute for Work and Health in Toronto. Tony was the founding Vice Chair of the National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) and he still chairs NICE International. He also chairs the Office of Health Economics in London. His current research interests relate to problems in thinking about how equity in health is best achieved and how decisions about cost-effective technologies are best arrived at.

Patricia Danzon

Patricia Danzon is the Celia Moh Professor at The Wharton School, University of Pennsylvania. She is an internationally recognized expert in the fields of economics of health care, the biopharmaceutical industry, and insurance. She is a member of the Institute of Medicine and the National Academy of Social Insurance, and a Research Associate at the National Bureau of Economic Research. She has served as a consultant to many governmental agencies, NGOs and private corporations in the US and internationally. Professor Danzon has served on the Board of Directors of Medarex, Inc., the Policy and Global Affairs Board of the National Academy of Sciences, and the Policy Board of the Office of Health Economics in London.

Bob Elliott

Bob is Professor in the Health Economics Research Unit and Department of Economics at the University of Aberdeen. He joined HERU as Director in December 2001, a post he held until September 2012. He is a Fellow of the Royal Society of Edinburgh and from 2007 has been a Commissioner on the Low Pay Commission which sets the UK minimum wage. He has held visiting positions at several universities in the USA, Europe and Australia and has acted as consultant and adviser to the Police Federation, HM Treasury, the EC and OECD. He co-ordinates the EC Framework 7 research project MUNROS - Health Care Reform: The iMpact on practice, oUtcomes and costs of New roles for health pROfeSsionals. He is conducting research into potentially preventable hospitalisation in conjunction with researchers in Aberdeen and the Sax Institute in Australia and into health workforce with researchers at the Melbourne Institute, Australia. He is course co-ordinator on 'The Economics of the Health Workforce' module on the MSc in Economics of Health run by HERU.

Randall P (Randy) Ellis

Randall P. Ellis, Ph.D., is a professor in the Department of Economics at Boston University, where he has been on the faculty since 1981. He earned his Ph.D. in economics from MIT after attending Yale University and the London School of Economics and Political Science. For 30 years his research has focused on health economics, spanning both US and international economics topics, and including the economics of health in developing countries. Dr. Ellis is Past President of the American Society of Health Economists and an associate editor of the Journal of Health Economics. An entrepreneur, he co-founded DxCG, Inc. in 1996 (now part of Verisk Health, Inc.), a healthcare information and consulting firm, in which he currently has no economic interest. Dr. Ellis has written and coauthored over 100 articles, reports and papers. Many have focused on risk adjustment, but others explore provider response to reimbursement systems; optimal insurance; health plan competition; the economics of mental health; health demand modeling in developing countries; and the cost-effectiveness of cancer screening. His recent research funding has been from the Australian Research Council, Verisk Health, and The Commonwealth Fund.

Martin Gaynor

Martin Gaynor, PhD, is the E.J. Barone Professor of Economics and Health Policy in the H. John Heinz III College and the Department of Economics at Carnegie Mellon University. He is also

chair of the Governing Board of the Health Care Cost Institute (HCCI), an independent non profit dedicated to advancing knowledge about the determinants of U.S. health care costs. His other affiliations are research associate of the National Bureau of Economic Research and international research fellow of the Centre for Market and Public Organisation at the University of Bristol. He is a member of the Economics Reference Group of the Cooperation and Competition Panel in the United Kingdom, advising the British National Health Service on competition issues. Professor Gaynor's research focuses on the economics of health care markets and health care organizations, particularly competition and antitrust in health care markets and provider compensation and incentives in health care organizations. This work has been published widely in scientific journals, including the *Journal of Political Economy*, *American Economic Review*, *Rand Journal of Economics*, *Journal of Industrial Economics* and the *Journal of Health Economics*.

Maria Goddard

Maria Goddard is Professor of Health Economics and Director of the Centre for health economics, University of York. Her current research interests in health policy include the measurement of performance, commissioning, mental health, the role of incentives and the regulation and financing of health care systems. Policy experience has been gained through working in the NHS at health authority level and then as an Economic Adviser in the NHS Executive (Department of Health) for three years. At the NHS Executive, she was involved in the economic aspects of purchasing, commissioning, planning and regulation. Maria has recently been appointed as a Non-Executive Director to the Board of the Health and Social Care Information Centre (HSCIC). She was elected as a Fellow of The Learned Society of Wales in their inaugural election, and has previously been an elected member of the Women's Committee of the Royal Economic Society. She is a member of the National Institute for Health Research (NIHR) Clinical Scientist Award Panel and has been a member of numerous research award and funding panels in the UK and overseas. She has acted as an adviser and consultant to the OECD, World Bank, World Health Organization and the Audit Commission. She is an Associate Editor for the *Journal of Health Services Research and Policy* and for *BMC Health Services Research*. She is a member of University of York's Equality and Diversity Committee.

Michel Grignon

Michel Grignon, who was named director of CHEPA on Sept. 1, 2011, is an associate professor in the Department of Economics and the Department of Health, Aging and Society at McMaster University. He is editor-in-chief of the journal *Health Reform Observer – Observatoire des Réformes de Santé* and is also an adjunct scientist at the Institute for Health Economics in Paris, France. Before joining McMaster in July 2004, he worked at the Institut de Recherche, d'Etudes et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES) in Paris. He was born in France, and obtained his Master's Equivalent at the National School for Statistics and Economics in Paris, and his PhD at Ecole de Hautes Etudes en Sciences Sociales, also in Paris. Grignon has extensive experience at an international level in research projects and activities in the areas of health economics, health-related policies, health insurance and aging. His current research projects cover a broad range of topics, including how an aging society impacts health care expenditures in Canada and in France. He is also involved in research examining inequities in health care utilization and health policy in Canada, as well as exploring equity and efficiency by using experimental economic methods for financing health care.

Unto Hakkinen

Unto Häkkinen is a research professor Centre for Health Economics at THL, Finland. He earns a M.Sc from the University of York and a PhD from the University of Kuopio. His research focuses on Hospitals. He is involved in several projects such as EuroHope (European Healthcare Outcomes, Performance and Efficiency).

Chris Henshall

Dr Chris Henshall is an Honorary Professor at Health Economics Research Group (HERG). Chris has held various academic and senior management positions within the health research system and the higher education system within the UK. After securing a PhD in developmental psychology at the University of Cambridge in 1981 he held various academic posts. In 1988 he became a Principal Scientific Officer at the Medical Research Council. He joined the R&D Division of the Department of Health, and from 1996 – 2001 was Deputy Director of R&D. From 2001-4 he was Director of the Science and Engineering Base Group in the Office of Science and Technology and from 2005-10 he was Pro Vice Chancellor for External Relations at the University of York. From 2003-5 he was also Founding President of Health Technology Assessment international (HTAi). Chris is now drawing on this wealth of experience in his current role as an independent consultant on health, research and innovation policy. From various positions he has over many years encouraged, supported and contributed to the stream of work at HERG on assessing the Payback from health research, and his involvement has been enhanced through his appointment as an Honorary Professor at HERG.

Alberto Holly

Dr Alberto Holly is Professor Emeritus at the University of Lausanne, Faculty of Business and Economics (HEC Lausanne), Switzerland. He is Visiting Professor, Institute of Health Economics and Management (« Institut d'économie et management de la santé » (IEMS)), University of Lausanne and Visiting Professor, Faculty of Economics, Universidade Nova de Lisboa (FEUNL), Portugal. He is the founder and former director of the Institute of IEMS (1998 - 2009).

Katharina Janus

Katharina Janus, PhD, MBA, is Professor of Healthcare Management at Ulm University, Germany, and the Director of the Center for Healthcare Management, an international research center. She also heads the "Care-Tank", a global think-tank and platform for innovation, and holds an appointment at Columbia University's department of health policy and management, New York, USA. Prof. Janus focuses her research on the design and implementation of monetary and non-monetary incentive systems in healthcare organizations as well as on the assessment of innovative medical/management interventions and their impact on performance in various healthcare systems and organizations. As a healthcare manager in research and practice she puts a strong emphasis on managing the human side of healthcare delivery in the new age of care management – formerly known as "managed care." She has been the principal investigator of several international studies on physician motivation and professional culture in collaboration with the Hannover Medical School, the University of California at Berkeley and Stanford University, USA. She also serves as a member of the board of Allianz private health insurance, Munich, Germany. Born in Eutin (Northern Germany) in 1975, Dr. Janus earned her Master's Degree in Business Administration at the Universities of Hamburg and the Université Panthéon-Sorbonne Paris in 2000. She holds a PhD in Business and Social Sciences from Helmut-Schmidt-University in Hamburg (2003). Dr. Janus was a 2006-07 Harkness Fellow in Health Care Policy at The Commonwealth Fund and a Rockefeller Foundation academic fellow (2012). She will be a Brocher Foundation resident in 2014.

Andrew Jones

Professor Andrew Jones, PhD (York) has been Head of the Department of Economics and Related Studies since January 2011. Between 1994 and 2011 he was responsible for the Graduate Programme in Health Economics with more than 500 graduates from 70 different countries. He has supervised 23 PhD students. Andrew researches in the areas of micro econometrics and health economics with particular interests in the determinants of health, the economics of addiction and socioeconomic inequalities in health and health care. Andrew is joint editor of the Wiley-Blackwell journal Health Economics. He edited the Elgar

Companion to Health Economics (published in 2006 with a second edition in 2012). He has a particular interest in developing and disseminating the use of applied econometrics in health economics. In 1992 he established the European Workshops on Econometrics and Health Economics. Andrew is the Research Director of the Health, Econometrics and Data Group (HEDG) which has been funded by an ESRC large grant. He has been elected to the executive board of the International Health Economics Association (iHEA) and is co-chair of their Arrow Award committee.

Mathias Kifmann

Mathias Kifmann is professor of Health Economics and Social Policy at the Department of Socioeconomics of the University of Hamburg. He obtained his education in economics at the University of Munich, the London School of Economics and the University of Konstanz. From 2006 to 2010, he was Professor of Economics at the University of Augsburg. He belongs to the core members of the Hamburg Center for Health Economics. His teaching and research focuses on health economics and the economics of the welfare state. Among his research topics are regulated health insurance markets, risk adjustment, provider reimbursement and insurance against long-term risks. Together with Friedrich Breyer and Peter Zweifel he has written the textbook Health Economics. He is associate editor of the Journal of Health Economics and belongs to the founding members of the German Health Economics Association.

Audrey Laporte

Audrey Laporte is Director of the newly established Canadian Centre for Health Economics (CCHE). She is associate professor of health economics at the Institute for Health Policy, Management and Evaluation in Toronto.

Julian Le Grand

Julian Le Grand is the Richard Titmuss Professor of Social Policy at the London School of Economics and has been be professor of Social Policy since 1993. From 2003 to 2005 he was seconded to No 10 Downing Street as Senior Policy Adviser to the Prime Minister, Tony Blair. He is a Founding Academician of the Academy of the Social Sciences, an Honorary Fellow of the Faculty of Public Health Medicine, and a Trustee of the Kings Fund. As well as these positions, he has acted as an adviser to the European Commission, the World Bank, the World Health Organization, the OECD, HM Treasury, the UK Department of Work and Pensions and the BBC. He has been vice-chairman of a major teaching hospital, a commissioner on the Commission for Health Improvement, and a non-executive director of several health authorities. He has served on many National Health Service working parties, on several think-tank commissions and on two grants boards for the Economic and Social Research Council. He is one of the principal architects of the UK Government's current public service reforms introducing choice and competition into health care and education.

Anne Lemay

Anne Lemay is director for quality at the federation of hospitals and social care institutions (AQESSS) in Montreal. She has a Ph.D in economics and has been deputy director of the largest hospital in Montreal for a few years (CHUM). She is currently in charge of a large project aiming at defining and using efficiency indicators for AQESSS affiliates.

Rosella Levaggi

Rosella Levaggi has a chair in Public Economics at the Faculty of Economics, University of Brescia. She is also teaching Health Economics and Policy at the University of Lugano (Switzerland). She has been awarded a D. Phil in Economics by the University of York (U.K.) and before entering the academic profession in Italy she has been working for five years as Research Fellow at the Institute of Research in Social Sciences of the University of York. She is author of several publications in national and international journals in the area of public

economics, health economics and fiscal federalism. She is member of national and international scientific societies such as the Società Italiana di Economia Pubblica and the Associazione Italiana di Economia Sanitaria. She is Vice President of the Società Italiana di Economia Pubblica (SIEP). She is referee for Italian and international journals such as *Health Economic*, *Journal of Health Economics*, *Journal of Theoretical Economics*, *International Journal of Health Care Finance and Economics*, *Economic Journal*, *Social Science and Medicine*, *Bulletin of Economic Research*, *Health Care Management Science*, *Public Choice*, *Journal of Public Economics*

Marteen Lindeboom

Maarten Lindeboom is Professor of Economics at VU University Amsterdam. He studied econometrics at Free University of Amsterdam and graduated in 1986. He received his Ph.D. at Leiden University in 1992. Maarten held positions at Leiden University and at Tilburg University. His research interests are Health and Labor economics, in particular issues related to Health and Work, the Determinants of Later Life Mortality. Among others he has published in *American Economic Review*, *The Economic Journal*, *Review of Economics and Statistics*, *Journal of Health Economics*, *Journal of Applied Econometrics*, *Demography*, *Journal of the European Economic Association*, *Journal of the Royal Statistical Society* (series A & B) and *Journal of Human Resources*.

Guillem Lopez-Casasnovas

Born in Ciutadella, Menorca, married and with three children. Bachelor of Economics (with Honours, 1978) and Law degree (1979) from the University of Barcelona, he earned his Ph.D. in Public Economics from the University of York (United Kingdom, Ph.D. 1984). He has taught at the University of Barcelona, and has been visiting scholar at the Institute of Social and Economic Research (UK), University of Sussex and the Graduate School of Business at Stanford University (USA). Since June 1992 he is Professor of Economics at the Pompeu Fabra University of Barcelona. He has been deputy rector of Economics and International Relations and Dean of the Faculty of Economics and Business Administration of the same university between 2000 and 2004. In 1996 he co-founded, along with Vicente Ortún, the Centre for Research in Health and Economics (CRES-UPF), an institution that he ran until 2006. He is currently Senior Research Fellow and member of the Governing Council of the same centre. He is co-director of the Master of Public Management (UPF-UAB-EAPC) and the Master of Health Economics & Policy of the Barcelona Graduate School of Economics (Barcelona GSE). His main research interests include the measurement of the efficiency of the public sector, the changing role of the public sector in general (and in the health sector in particular), fiscal balances, the financing of local government finances, health economics, dependency and intergenerational balances. Since 2005 he is an independent adviser of the Governing Council of the Bank of Spain and member of the Advisory Council for Economic Recovery and Growth (CAREC). He was President of the International Health Economics Association (IHEA) between 2007 and 2011 and has also served as an expert adviser for the World Health Organization (WHO) on health inequalities in the European Union.

Carl-Hampus Lyttkens

Carl Hampus Lyttkens is professor in economics at Lund University, where most of the health economics research is done in Sweden, except for HTA. Areas of interest for teaching and research cover, among other topics, health determinants (obesity), health and labour market outcomes, organization and incentives in health care, indices of social inequalities.

Albert Ma

Albert Ma is professor of Economics in Boston University. He holds a Ph.D from the London School of Economics. His research interests include health economics, incentives and industrial organisation. He is the director of Industry Studies Program.

Giuliano Masiero

Giuliano Masiero is Assistant Professor of Economics at the University of Bergamo and researcher at USI. He holds a PhD in Economics from the University of York (UK) and a doctorate in Economics from the University of Ancona. He has worked in collaboration with the Centre for Health Economics and the Centre for Review and Dissemination (York) and the European Surveillance of Antimicrobial Consumption (Antwerp). He has conducted research and teaching at the Department of Economics and Management (University of Milan) and the Catholic University of Rome. He has devoted peculiar attention to the economics and regulation of primary care and patient choices. Currently, he studies the dynamics of antibiotic consumption and the efficiency aspects of long-term care. He has published and reviewed articles in the main journals of health economics and policy. His main research area is health economics, with a particular focus to regulation and policy aspects, using theoretical models and econometric techniques.

Jürgen Maurer

Jürgen Maurer is director of IEMS in Lausanne and professor at HEC Lausanne. He holds a Ph.D from European University Institute, Florence. He used to work in the Institute for Fiscal Studies, UK, in Mannheim Research Institute for the Economics of Aging, Germany and in RAND Corporation, USA. His research interests include micro-economics and micro-econometrics applied to aging, human development across life, health, health services and disease control.

Thomas G. McGuire, Ph.D.

Thomas G. McGuire, PhD, is a professor of health economics in the Department of Health Care Policy at Harvard Medical School and a Research Associate at the National Bureau of Economic Research. His research focuses on the design and impact of health care payment systems, the economics of health care disparities, and the economics of mental health policy. McGuire has contributed to the theory of physician, hospital, and health plan payment. His research on health care disparities includes developing approaches to defining and measuring disparities, and study of the theory and measurement of provider discrimination. For more than 35 years, McGuire has conducted academic and policy research on the economics of mental health. McGuire is a member of the Institute of Medicine, and recently completed ten years as an editor of the Journal of Health Economics.

Claude Montmarquette

Claude Montmarquette is president, chief executive officer, and vice-president of Public Policy at the *Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations* (CIRANO). He is an elected fellow of the Royal Society of Canada and professor emeritus of Economics and holder of the *Bell-Caisse de dépôt et placement du Québec* chair in Experimental Economics at the Université de Montréal. A global leader and innovator in the fields of experimental economics and applied econometrics, Professor Montmarquette's research focus is the application of experimental economics to questions of economic policy as it relates to education and health. For many years, Professor Montmarquette was a visiting professor at the Université de Paris 1 and the Université de Lyon. He has also lectured at France's Université de Clermont-Ferrand and Université de Montpellier and at Morocco's Université Hassan II. The author or editor of eight books and over 70 scientific articles, the results of his work have had significant impacts on the development of public policy both at home and abroad. Over the course of his career, Professor Montmarquette has chaired several committees for the Government of Quebec, and served on many others, both nationally and internationally. He was named a member of the Order of Canada in 2012 and voted a Great Montrealer in 2010.

Joseph Newhouse

Joseph Newhouse is the John D. MacArthur Professor of Health Policy and Management at Harvard University, Director of the Division of Health Policy Research and Education, chair of the Committee on Higher Degrees in Health Policy, and Director of the Interfaculty Initiative in Health Policy. He is a member of the faculties of the Harvard Kennedy School, the Harvard Medical School, the Harvard School of Public Health, and the Faculty of Arts and Sciences, as well as a Faculty Research Associate of the National Bureau of Economic Research. He received B.A. and Ph.D. degrees in Economics from Harvard University. Dr. Newhouse spent the first twenty years of his career at RAND, where he designed and directed the RAND Health Insurance Experiment. From 1981 to 1985 he was Head of the RAND Economics Department. In 1981 he became the founding editor of the Journal of Health Economics, which he edited for 30 years. He was elected to the Institute of Medicine in 1977 and has served two terms on its governing Council. He has been elected a Fellow of the American Academy of Arts and Sciences. He was the inaugural President of the American Society of Health Economists.

Fred Paccaud

Fred Paccaud is, since 1988, Head of the Institute for social and preventive medicine (IUMSP) in the University Hospital, and Professor of epidemiology and public health at Faculty of biology and medicine, both in Lausanne (Switzerland). He is Member of National Research Council of the Swiss National Science Foundation, Division of biomedical sciences. He is also currently Associate professor at the Faculty of medicine of both the University of Montreal and the University McGill. His previous positions include: Head of the Research Center at Charles leMoyné Hospital (University of Sherbrooke) and Vice-Rector of the University of Lausanne. Fred Paccaud is a board-certified specialist in public health (FMH "Prevention and Public Health"), after a postgraduate training in public health in London and in Brussels. He has been active in various fields of public health, including cardiovascular disease (especially in countries in epidemiological transition) and health services research (information systems for management). The activities at IUMSP are funded by the local partners, but also by the Swiss National Science Foundation, the Swiss Federal Office of Public Health, the Swiss Co-operation Agency, World Health Organisation, UNAIDS, the World Bank, the National Institute of Health.

Laura Pellisé

Laura Pellisé is currently a senior research fellow at the Centre for research in economics and health (CRES) at the Universitat Pompeu Fabra (www.upf.edu/cres/). She has recently been appointed independent expert for the Horizon 2020 SME instrument by the European Commission. Laura joined the CRES (UPF) in 2012 and, until very recently, has been its Director, with responsibilities on the research, development and management areas. The CRES was created in 1996 by Prof. Guillem López-Casasnovas, past-President of the International Health Economics Association, and Prof. Vicente Ortún, Dean of the Faculty of Economics and Management of the Universitat Pompeu Fabra, with the aim of undertaking research, teaching as well as advisory projects in the field of Economics and Health. She was previously managing director of the Vall D'Hebron Institute of Oncology of Barcelona, the leading centre for translational research in Oncology in Spain, where teams of researchers from both basic and clinical research fields would work together bridging bench and bedside needs. She had previously covered for almost a decade top managing positions at the USP private nationwide group of hospitals in Barcelona. She holds also some experience in the political decision making arena in Madrid, where she was technical director of studies at the Spanish Ministry of Health. Laura holds a PhD in Economics from the Universitat Pompeu Fabra (1996), a Master of Science in Health Policy and Management from Harvard University (1992), Boston, and attended the Program in General Management at the IESE Business School (2006), Barcelona.

Pedro Pita Barros

Pedro Pita Barros is Professor of Economics at Universidade Nova de Lisboa where he teaches industrial organization and health economics. He is also a research fellow at the Centre for Economic Policy Research (London). Pedro Pita Barros' research focuses on issues on health economics and on regulation and competition policy. His work has covered different topics including: health expenditure determinants, waiting lists, bargaining in health care, competition policy in Portugal and in the European Union, among others. His research has appeared in many academic journals (such as the Journal of Health Economics, Health Economics, Economic Journal, European Economic Review, Journal of Industrial Economics, Journal of Economics and Management Strategy, International Journal of Health Care Finance and Economics, Health Care Management Science, among others). Pedro Pita Barros is currently Editor of the International Journal of Health Care Finance and Economics and Associate Editor of Journal of Health Economics, Health Economics, and Health Care Management Science. He has served as Member of the Board of the Portuguese Energy Regulator (2005/2006) and on the Governmental Commission for the Financial Sustainability of the National Health Service (2006/2007). Over time he has acted as consultant for both private and public entities, in Portugal and at the European level, in the areas of health economics, competition policy and economic regulation.

Joan Rovira-Forns

Professor Emeritus at the Department of Economics, University of Barcelona. Associate professor of the Andalusian School of Public Health. Senior Health Economist for Pharmaceuticals at the Department of Human Development of the World Bank, Washington (2001-2004). Short term professional at the WHO European Office in Copenhagen, as acting Officer for Health Economics (1989), consultant on health policy and economics for the WHO, the PAHO, the IDB and the European Commission. Editor-in-Chief of the journal Cost-Effectiveness and Resource Allocation. His present areas of interest include economic evaluation of health technologies, optimization of clinical trials, modelling disease processes, health systems financing, IP policies, pricing and reimbursement, generic drug policies, and other topics related to the accessibility to medicines.

Laura Sampietro

Dr Laura Sampietro-Colom is the Deputy Director of Innovation and Head of the Health Technology Assessment (HTA) Unit at the Hospital Clinic of Barcelona, a high-tech hospital and a reference for health care, research and medical training in Spain. She is currently the coordinator of the EU-funded research project AdHopHTA (FP7) on promoting the adoption of hospital-based HTA. Prior to this, Dr Sampietro-Colom was the General Director of Information Systems, Projects and Evaluation of the Catalan Health Institute, the leading provider of public health services in the Region of Catalonia (8 Hospitals and 238 Primary Care Centres) and the Director of the Strategic Planning Unit of Health Services within the Planning and Evaluation Directorate of the Ministry of Health of Catalonia (Spain). Laura has over 20 years of experience in evaluative research, specifically in HTA and was one of the founders of the Catalan Agency for Health Technology Assessment (nowadays AQuAS) with which she still collaborates as research associate. She was the Founding member of the International Society for Health Technology Assessment (HTAi). She has been temporary adviser of the United Nations Agencies WHO and PAHO. Laura is a trained Medical Doctor; Board Certified Specialist in Preventive Medicine and Public Health (University of Barcelona) and holds a PhD in Medicine and Surgery by the Autonomous University of Barcelona.

Richard Scheffler

Distinguished Professor of Health Economics and Public Policy at the University of California, Berkeley and holds the Chair in Healthcare Markets & Consumer Welfare endowed by the Office of the Attorney General for the State of California. He is Director of The Nicholas C. Petris Center On Health Care Markets and Consumer Welfare. At Berkeley, he serves as Co-

Director of the Scholars in Health Policy Research Program funded by the Robert Wood Johnson Foundation; he is founding Co-Director of the National Institutes of Mental Health (NIMH) pre- and post-doctoral training programs. Co-directs the NIH-Fogarty Mental Health & Policy Research Training for Czech Post Doctoral Scholars program; the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) pre and postdoctoral training program; and the Edmund S. Muskie Fellowship Program. He served as President and Program Chair of the International Health Economics Association (iHEA) 4th World Congress San Francisco, June 2003. His research is on healthcare markets, health insurance, the health work force, mental health economics, and international health system reforms in Western and Eastern Europe. Professor Scheffler is the current recipient of the American Public Health Association's Carl Taube Award, which honors distinguished contributions to the field of mental health services research. He is a recipient of a senior scientist award from NIMH for work on mental health parity, the economics of the public mental health system in California, managed care in mental health, and the mental health work force. Professor Scheffler has been a Fulbright Scholar, a Rockefeller Scholar and a Scholar in Residence at the Institute of Medicine–National Academy of Sciences. Professor Scheffler has published over a hundred papers and edited and written six books. His forthcoming book is on the future of the health work force – University of California Press.

Erik Schokkaert

Erik Schokkaert is professor in economics at the University of Leuven. He has had personal experience with pursuing this dual goal. But in Belgium, there are no University centres that explicitly try to do so, particularly in the area of hospitals. KCE is the only institution in health care that attempts to do so. It is a government-sponsored institution that manages to produce guidelines and to publish in good economic journals.

Ruth Schwarzer

Dr Ruth Schwarzer, MA, MPH, is a senior scientist at UMIT, Austria. Her research interests cover various fields of HTA (methods, impact, ethics, etc.), personalised healthcare in cancer and social psychology in public health.

Tony Scott

Tony leads the Health Economics Research Program at the Melbourne Institute of Applied Economic and Social Research at the University of Melbourne, and jointly co-ordinates the University of Melbourne Health Economics Group. He has a PhD in Economics from the University of Aberdeen. Tony is a National Health and Medical Research Council (NHMRC) Principal Research Fellow. He is an Associate Editor of Journal of Health Economics and Health Economics. He leads the Centre of Research Excellence in Medical Workforce Dynamics (www.mabel.org.au). Funded by the NHMRC, the Centre runs a large nationally representative panel survey of physicians - Medicine in Australia: Balancing Employment and Life (MABEL). Tony's research interests focus on the behaviour of physicians, health workforce, incentives and performance, and primary care. Tony's research interests include the role of financial and other incentives in changing the behaviour and improving the performance of health care providers, with a focus on general practice and primary care and the labour markets of health care professionals. Tony is principal investigator on the Medicine in Australia: Balancing Employment of Life panel survey of 10,498 doctors, with Wave 4 due to go out in 2011 (www.mabel.org.au). Funded by the NHMRC, this project focuses on labour supply and participation decisions by doctors, including mobility across geographical areas. De-identified data are available for others to use. He is also principal investigator on an NHMRC Partnerships Project grant: Measuring and explaining hospital performance. This is funded for 5 years with the Department of Health (Victoria) as a research partner.

Mark Sculpher

Mark Sculpher is Professor of Health Economics at the Centre for Health Economics, University of York, UK where he is Director of the Programme on Economic Evaluation and Health Technology Assessment. He is also Deputy Director of the Policy Research Unit in Economic Evaluation of Health and Care Interventions, a 5-year programme, run collaboratively with the University of Sheffield and funded by the UK Department of Health. Mark has worked in the field of economic evaluation and health technology assessment for over 25 years. He has researched in a range of clinical areas including heart disease, cancer, diagnostics and public health. He has also contributed to methods in the field, in particular relating to decision analytic modelling and techniques to handle uncertainty, heterogeneity and generalisability. He has over 200 peer-reviewed publications and is a co-author of two major text books in the area: *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes* (OUP, 2005 with Drummond, Torrance, O'Brien and Stoddart) and *Decision Modelling for Health Economic Evaluation* (OUP, 2006 with Briggs and Claxton). Mark has been a member of the National Institute for Health and Care Excellence (NICE) Technology Appraisal Committee and the NICE Public Health Interventions Advisory Committee. He currently sits on NICE's Diagnostics Advisory Committee. He chaired NICE's 2004 Task Group on methods guidance for economic evaluation and advised the Methods Working Party for the 2008 update of this guidance; he has also advised health systems internationally on HTA methods including those in France, Ireland, Germany, Portugal and New Zealand. He has been a member of the Commissioning Board for the UK NHS Health Technology Assessment Programme and the UK NIHR/Medical Research Council's Methodology Research Panel, and is currently a member of the UK Department of Health's Policy Research Programme's Commissioning Panel. He was President of the International Society of Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR) (2011-12).

Luigi Siciliani

Luigi Siciliani holds a BSc in Economics (Bocconi University, Milan, Italy), and MSc in Economics from London School of Economics (1998) and PhD in Economics at University of York (2003). After working as an economist in the Health Policy Unit at the OECD in Paris for two years (2001-2003), he returned to York as a lecturer in 2003 where he is currently Professor in the Department of Economics and Related Studies. He is Director of the MSc program in Health Economics, and Co-Editor of the *Journal of Health Economics* (since 2008). He is an internal affiliate with the Centre for Health Economics, and member of the The Economics of Social and Health Care Research Unit, financed by the Department of Health. His main research interest is in health economics and in particular hospitals, with a focus on industrial organisation theory and applied micro-econometrics. Most of his research focuses on modeling purchaser-provider interactions in health care, including quality hospital competition, contract design, pay for performance, and, last but not least, waiting times for elective treatments. He enjoys developing applied theoretical studies, testing their predictions empirically (with large administrative or survey data), and engaging with and disseminating findings to policy makers. He Co-Edited the recent OECD book (2013): *Waiting times policies in the health sector: what works?*

Peter Smith

Peter C. Smith is Emeritus Professor of Health Policy at Imperial College London. He is a mathematics graduate from the University of Oxford, and started his academic career in the public health department at the University of Cambridge. His main research has been in the economics of health, and he was a previous Director of the Centre for Health Economics at the University of York. Peter has advised many governments and international agencies, including the World Health Organization, the International Monetary Fund, the Global Fund, the World Bank, the European Commission and the Organization for Economic Cooperation and Development.

Andrew Street

Andrew Street is a Professor of Health Economics and Director of the Health Policy team in the Centre for Health Economics and Director of the Economics of Social and Health Care Research Unit (ESHCRU), a joint collaboration with the Personal Social Services Research Unit (PSSRU) at the London School of Economics and the University of Kent. He is an editor of the Journal of Health Economics, and currently serves as a board member on the NIHR Health Services and Delivery Research programme Commissioning Board Researcher-led (since 2009) and the Norwegian HSR Board (since 2011), and as chair of the Welsh Health Economics Support Service Advisory Group. He is an external affiliate to the Department of Business and Economics at the University of Southern Denmark strategies.

Sandy Tubeuf

Sandy Tubeuf is Associate Professor in Health Economics in the Academic Unit of Health Economics, University of Leeds. She researches and publishes in the area of applied health econometrics with particular interests in health inequalities, inequalities of opportunities and the economics of lifestyles. She also designs and delivers the health economic component on several landmark trials conducting evaluations of the cost-effectiveness of health interventions. Her research portfolio includes adolescent and child health, mental health and musculoskeletal interventions. She leads the MSc in Health Economics at the University of Leeds. Sandy holds a PhD in Economics from Aix-Marseille School of Economics, France. She is an Associate Researcher at the Health, Risk and Insurance Chair, Paris Dauphine University and an External Affiliate at the Health Econometrics and Data Group (HEDG), University of York. She has contributed to the NICE Single Technology Appraisal process as an Evidence Review Group member (2008–2011).

Eddy van Doorslaer

Eddy van Doorslaer is a Professor of Health Economics at the Department of Health Policy and Management of the Erasmus Medical Centre and at the Department of Applied Economics of the Erasmus School of Economics. He also holds an Adjunct Professorship at the Centre for Health Economics Research and Evaluation of the University of Technology (Sydney) and he is a Research Fellow of the Tinbergen Institute. He is an Associate Editor of the Journal of Health Economics (Elsevier), Health Economics (Wiley) and of the Journal of Health Services Research and Policy. He is one of the Programme Directors of the MSc in Health Economics offered by the Erasmus University which started in September 2003. This Master partly overlaps with the MSc in Health Economics, Policy and Law offered by the Department of Health Policy and Management. His main research interest is international comparisons of equity in health and health care. He is currently directing research projects on equity in health and health care funded by the EU (EQUITAP), the OECD (Equity in Access), and the EU (ECuity Project). Together with Professor Maarten Lindeboom of the Free University of Amsterdam, he coordinates a research theme on "Income, health and labor across the life cycle" as part of the Netspar Research Programme at the University of Tilburg. He has also acted as a health economics consultant to the World Bank, WHO and UNICEF.

Siegfried Walch

Siegfried Walch is Professor and Head of department at the Management Center Innsbruck. He is the director of studies for the MCI-bachelor program "Nonprofit, Social & Health Care Management" and the MCI-master program "International Health & Social Management" (www.mci.edu). From 2008 till 2011 he served as a member of the Board at the European Health Management Association and he was involved in the UNDP Certificate Course on Good Governance in Egypt. Prof. Walch's research and teaching is focused on Stakeholder Management & Stakeholder Communication. Guest lectures at the University of Economics, Prague, Czech Republic, Mzumbe University, Morogoro, Tanzania and SDA Bocconi University, Milano, Italy.