

ETUDE DE L'OFFRE ET DE LA DEMANDE DE SANTE.

1. GENERALITES

Les jeux de l'offre et de la demande dans le domaine de santé n'obéit pas aux mêmes règles en économie générale car la santé n'est pas un bien qui peut être consommé et échangé. La santé correspond plutôt à un objectif idéal mis celui-ci commence à revendiquer dans la plupart des pays comme un véritable droit la demande de santé ne se traduit pas obligatoirement par la consommation de santé .on peut en effet demander sans consommer et consommer sans demander.

a. En tout cas, il est certain que les populations ont une demande de santé qui augmente excessivement vite, que ce soit en pays dvp ou non dvp .cet accroissement tient principalement à la formidable explosion des connaissances médicales entraînant l'augmentation des espérances de vie et la réduction des séquelles des maladies.

b. La demande de la santé est proportionnelle à l'intensité de l'exposition aux maladies donc elle est très forte dans les pays en voie de développement.

c. Nous expliquerons la notion de la demande induite qui est une des caractéristiques spécifiques de l'économie de la santé.

2. INFLUENCE DU SYSTEME DE FINANCEMENT

A. SUR L'OFFRE

Sur l'offre de santé : les différents systèmes de financement de santé influencent les caractéristiques de l'offre de la santé surtout au niveau des institutions privées.

L'intervention d'un financeur externe comme l'assurance médicale déplace en effet l'équilibre de l'offre et de la demande de santé en introduisant des éléments perturbateurs exp. les tarifs pratiqués et remboursés sont arbitraires et ne représentent pas les prix réels.

Sur la demande de santé : il est logique que l'existence des systèmes de couverture contre le risque maladie libère la consommation .l'existence de l'assurances maladie induit simultanément une augmentation des quantités produites et consommées de soins une diminution des prix payés par les consommateurs une augmentation du prix reçu par les producteurs. tous ces différents intérêts convergent vers une tendance générale à la surproduction et à la sur consommation des soins de santé

B. SUR LA DEMANDE DE SANTE:

Il est logique que l'extension des systèmes de couverture contre le risque maladie libère la consommation.

La plupart des systèmes de santé dans les pays DVP utilisent le mécanisme de protection sociale qui ont pour effet de ne pas gêner le malade dans sa demande de soins médicaux.

A fin de maintenir une bonne gestion, toute assurance devrait faire varier le montant de primes en fonction des risques encourus .le montant de cotisation pourrait par exemple être proportionnel au membre de personnes couverte dans une famille (exp: USA), ce principe s'inscrit alors dans une politique non nataliste car il favorisent les familles nombreuses. les personnes à risques particuliers comme les vieillards ou les grands malades, pourraient aussi payer plus cher leur prime d'assurance.

Ces propositions qui sont juste sur le plan économique ne sont pas adéquates en matière d'assurance maladie car celle-ci utilise la notion de solidarité et de répartition des grands risques sur toute la population (mutualisation de risque).

Ces deux notions, si elles sont utilisées dans la plupart des systèmes de santé, imposent nécessairement à la population une obligation à l'assurance afin de permettre une équitable répartition des risques.

3. INFLUENCE DES FACTEURS DEMOGRAPHIQUES:

A. sur l'offre de santé: les prestation sanitaires en personnels et en établissements sont planifiées dans la plupart des pays (DVP ou en voie de l'être), selon une méthode qui utilise des ratios très simple comme le nombre des médecins /habitants, le nombre des lits /habitant... L'extrême simplicité de ces ratios suffit à expliquer qu'ils soient encore très largement utilisés.

B. sur la demande de santé:la consommation médicale ne se répartit pas de façon homogène dans la population. Ce sont les personnes âgées qui utilisent en général le plus de services de santé, que ce soit en consultations médicales en soins in fermiers ou kinésithérapiques en consommation des médicaments. Les enfants sont aussi de forts consommateurs de soins médicaux.

La consommation médicale dépend donc des différentes périodes de la vie. (Elle est plus importante aux ages extrêmes) et de la répartition par sexe.

4. INFLUENCE DES FACTEURS CULTURELS:

A. sur l'offre

Les pays DVP comportant un secteur tertiaire important présentent plus des médecins et hôpitaux que les pays en voie de DVP le niveau de DVP économique influe en effet directement sur la pratique de la médecine. Ex. la lutte contre les maladies endémo-épidémiques exige des structures de santé publique importantes fondées le plus souvent, sur les soins de santé primaires assurés par les non médecins ; en revanche les plus grands centres hospitalo-universitaires conviennent bien à la culture et à la pathologie des pays développés.

B. sur la demande :

Il est souvent constaté que l'intérêt des individus croît à mesure que l'on s'élève dans la hiérarchie sociale. Ex. les agrumiculteurs représentent une profession qui utilise peu le recours au médecin et qui consomme peu de médicaments. Les ouvriers, par contre, très souvent le système de soins leur offre une bonne couverture sociale. Les cadres dépensent beaucoup ; plus par la qualité des soins exigés que par la quantité.

5. INFLUENCE DE L'OFFRE SUR LA DEMANDE

ROLE DE LA DEMANDE INDUITE

Plus l'offre augmente, nombre de médecins ou d'hôpitaux augmente, plus la demande de santé de la population croît. Cette influence de l'offre sur la demande est appelée phénomène de demande induite. La demande de soins médicaux est par elle-même illimitée si l'on considère la définition de la santé comme étant un état de bien être physique et mental (selon l'OMS).

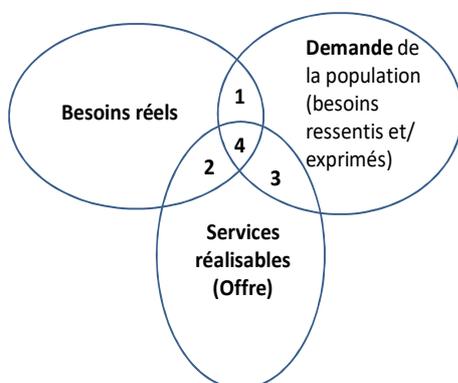
Le phénomène de demande induite ; qui est étroitement liée à la protection sociale, peut s'expliquer de plusieurs manières :

- L'augmentation de la démographie médicale donne naissance à des formes plus ou moins directes de publicité.
- La concurrence professionnelle incite à une prise en charge médicale plus complète du patient.
- Les hôpitaux publics ou privés exercent une attraction vis-à-vis de a population qui est proportionnelle à leur capacité.
- L'information de la population vis à vis des possibilités sans cesse croissante de la médecine et en constante évolution.
- La forte densité médicale est un appel indirect à la consommation de soins

L'offre et la demande

1- Introduction

La notion générale de demande de santé fait intervenir les concepts de besoin, demande et utilisation des services de santé.



1: besoin existe, la demande est exprimée, mais pas de service disponible = mécontentement de la population

2: le besoin existe, les services sont disponible, mais pas de demande exprimée = on a des services sans utilisation

3: la demande est exprimée, les services existent, mais pas de besoin réel = gaspillage des services.

4: le besoin réels existe, la demande est exprimé, est elle est prise en charge par les services qui existent = situation idéale

II/ les facteurs déterminants de la demande

La détermination de ces besoins est fondée sur l'identification des facteurs déterminants de demande de soins.

1. La morbidité

2. Les facteurs économiques

Ils sont au nombre de deux : les revenus et les prix.

3. Les facteurs psychosociologiques

On utilise habituellement les facteurs suivants :

Catégorie socioprofessionnelle,
Niveau d'instruction,
Structure du ménage,
Lieu de résidence,
Mode de vie.

Bibliographie :

1. Beresniak A., Duru G., Abrégé d'économie de la santé
2. Deeming, C., and J. Keen, 2004, Choice and equity: lessons from long term care, British Medical Journal, 328: 1390-1391.
3. Drummond, M.F., B. O'Brien, G.L. Stoddart y G.W. Torrance, 2003, Methods for the economic evaluation of health care programmes, Oxford University Press, Oxford
4. Feldstein, P.J., 2004, Health Care Economics, Thomson, London.
5. Folland, S., A.C. Goodman, and M. Stano, 2009, The Economics of Health and Health Care, Pearson Education, Upper Saddle River, New Jersey.
6. Jacobs, P., 2003, The Economics of Health and Medical Care, Jones and Bartlett Publishers.
7. Jones, A.M., 2006, The Elgar Companion to Health Economics, Cheltenham, Edward Elgar.
8. Keating, B., 2008, Microeconomics for Public Managers, Blackwell, London.
9. Lewis, T.R., J.H. Reichman, and A.D. So, 2007, The case for public funding and public oversight of clinical trials, Economists'Voice, January.
10. Macho Stadler, I. and J. D. Perez Castrillo, 2001, An Introduction to the Economics of Information, New York, Oxford University Press.
11. McGuire, A., J. Henderson, and G. Mooney, 1995, The Economics of Health Care, Routledge, London.
12. Phelps, C.E., 2009, Health Economics, Addison Wesley, New York. Porter, M.E., and E.O. Teisberg, 2006, Redening Health Care, Boston (Ma.), Harvard Business School