


# Financement du médicament : un point de vue d'économistes sur des enjeux majeurs

Martine Audibert et Jacky Mathonnat  
Centre d'Etudes et de Recherches sur le Développement  
International – UMR CNRS  
Clermont-Université



- **Le financement du médicament dans son environnement national et international**
- **Gratuité versus “REC” : Une question mal posée ?**
- **Financement du médicament et renforcement des systèmes de santé**
- **Conclusion en 6 points**



# I - Le financement du médicament dans son environnement national et international

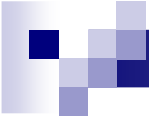
- L'évolution de la réflexion et des pratiques concernant le financement du médicament est étroitement liée à la réflexion sur (i) le financement de la santé et (ii) sur le rôle de la santé dans le développement /lutte contre la pauvreté
- Quatre (?) grandes étapes, paradigmes successifs :
  - Alma Ata
  - L'initiative de Bamako et le "REC"
  - La reconnaissance de l'importance cruciale du prépaiement
  - Financement extérieur et efficience

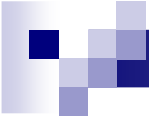


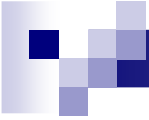
## Une rapide mise en perspective

### 1. Alma-Ata : 1978 – “SSP pour tous en 2000”

- Accent mis sur les SSP “rendus **universellement accessibles** aux individus et aux familles dans la communauté par leur pleine participation, et à un **coût** que la communauté et le pays puisse **assumer** à tous les stades de leur développement (...)”.
- Les SSP “visent à résoudre les principaux problèmes de santé de la communauté”.
- “Tout être humain a le droit et le devoir de **participer** individuellement et collectivement à la planification et la mise en oeuvre des mesures qui lui sont destinées”.

- 
- les SSP “exigent et favorisent au maximum l’**auto responsabilité** de la collectivité et des individus et leur participation (...)”.
  - “(...) amélioration progressive de services médico-sanitaires complets **accessibles à tous** et accordant la **priorité aux plus démunis**”.
  - “nécessaire que s’affirme la volonté politique de mobiliser les **ressources** du **pays** et d’utiliser rationnellement les ressources **extérieures** disponibles”.
  - “(...) un niveau de santé satisfaisant (dans un pays) intéresse directement **tous les autres** pays et leur profite à tous”.

- 
- Approche **visionnaire** sur de très nombreux points.  
**Pertinence** réaffirmée par M. Chan à Buenos Aires en août 2007.
  
  - Mais, en soulignant entre autres ...
    - que la santé est déterminée par de multiples facteurs y compris en dehors du secteur santé ,
    - qu'il y a des des interrelations entre santé et productivité,
  
  - ↳ ...La déclaration soulève *implicitement* la nécessité de faire des **choix** :
    - dans un environnement de ressources **rares**,
    - avec existence d'une **compétition** implicite inéluctable entre les différents domaines, ...
    - y compris entre le médicament et les **autres** intrants.

- 
- Très vite, Alma-Ata est associée à “**gratuité pour tous**” et achoppe sur **l’insuffisance du financement public** national et international (en plus, problèmes : définition des politiques de santé; organisation et gestion des systèmes de santé, etc...) :
    - Mélange de facteurs exogènes et endogènes
    - Raccourci à la fois juste et faux, mais déresponsabilisant : “C’est la faute à la dette et à l’ajustement structurel”...

↳ **La disponibilité en médicaments est très sévèrement affectée dans de nombreux pays et les pauvres *ne sont pas* prioritaires.**



## 2. L'initiative de Bamako et le recouvrement des coûts

- **Constat** : insuffisances du financement public ; pénurie de médicaments ; “gratuité de pénurie” ; iniquités dans l'accès aux soins; pauvres non prioritaires ; insuffisante volonté politique des Etats, etc.
  
- En très bref, **3 points essentiels**
  - Médicaments génériques ; marges
  - (co ?)paiement par l'utilisateur au point de contact
  - Gestion communautaire
  
- Des **avancées significatives** sur le plan du médicament, mais un bilan globalement (et malheureusement) très **décevant** : des limites intrinsèques et une approche dévoyée.



### 3. Importance des mécanismes de prépaiement

- Multiples limites de l'IB
  - Coûts très élevés de certains traitements, (VIH)
  - Non-respect des traitements : efficacité, efficience et externalités négatives, ↗
- Le **prépaiement** (nombreux schémas)
    - Favorise l'accès aux soins
    - Protège contre les risques financiers (coûts catastrophiques, pauvreté, etc.)
    - Réparti le risque maladie (pooling)
    - Favorise l'équité dans le financement et l'accès aux soins.
  - **Intégration** du financement du médicament dans cette approche **endossée** par la communauté internationale (cf. la 58<sup>ème</sup> Assemblée mondiale de la santé et la déclaration sur le financement durable en 2005)



## 4. L'augmentation de l'aide à la santé

### ➤ Apports **publics**, principalement “affectés”

#### ■ iPPTE, IADM (– “earmarked”)

- DSRP
- Les OMD ne seront pas atteints dans de nombreux pays
- => il ne suffit pas d'augmenter les dépenses de santé, mais manque de ressources dans la santé
- => problème exacerbé par la crise des ressources humaines et la contrainte de la masse salariale.

#### ■ Fonds global, taxe sur les billets d'avion, etc...

### ➤ Apports **privés** (fondations)



## 5. Préoccupations de l'économiste

- Le financement du médicament **ne peut pas être isolé** de la problématique générale du financement de la santé...
- ...Qui n'accorde **pas toujours une attention suffisante** à certaines considérations macro-économiques...
- ...Ni aux “**incitations/désincitations**” véhiculées par les modes de financement...
- ...Ni à la **pérennité et au renforcement** des systèmes de santé.



## II – Gratuité versus “REC” : Une question mal posée ?

### 1. Arguments en faveur de la gratuité

- Paiement (au lieu de prestation de services) réduit la fréquentation et fragilise l'adhésion à certains traitements, i.e TB, ARV,...(=> coûts > aux gains financiers) : argument très robuste;
- Paiement ne respecte pas équité : Exclusion des pauvres (capacité à payer);
- Schémas de protection existants peu convaincants;
- Evolution incertaine de la capacité à payer dans le temps pour les traitement lourds(x. années).
- Coûts catastrophiques



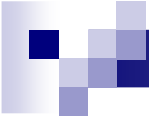
## 2. “There is no free lunch” !

- Qui va payer ? Combien et selon quelles modalités ?  
L'Etat ? Le financement extérieur ?
- **Conséquences ?**
  - Financement aditionnel ou substituable ? A quoi ? Coût d'opportunité ? Arbitrages ? Moins de ressources ailleurs dans la santé ? Dans les autres secteurs ?
  - Effets sur la santé ?
  - Effets sur l'équité ?
- Gratuité = formule qui s'inscrit dans une dynamique de financement **réellement durable** ?

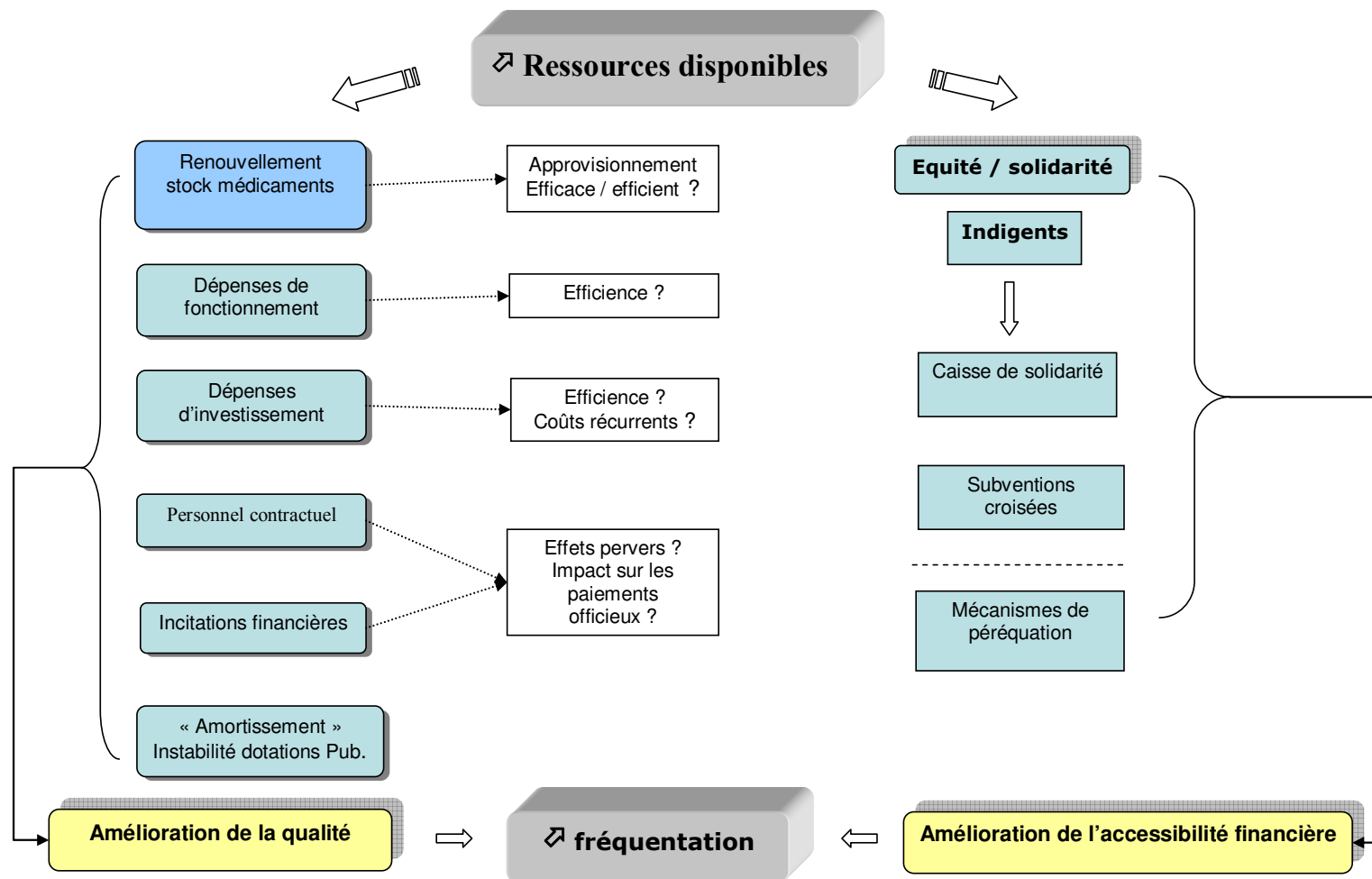


### **3. N'est-ce pas se priver de ressources...qui restent insuffisantes ?**

- Capacité à payer et volonté à payer des ménages
- Mettre en place des mécanismes de modulation tarifaire et d'exemption malgré les risques dits d'exclusion et d'inclusion, ...
- ...en comparant les coûts d'identification et de gestion du dispositif avec ses gains financiers;
- Le fait qu'il y ait beaucoup de dispositifs de ce genre peu satisfaisants ne signifie pas qu'il faille y renoncer, mais mieux comprendre les causes d'échec.

- 
- Rappel : Besoin de financement du médicament est considérable
  - Conditions pour REC : Pragmatisme, prudence, analyse soignée
  - Puisqu'il existe chez certains une capacité et une volonté à payer, **il faut l'exploiter avec volontarisme et discernement** =>
    - (i) gratuité ciblée sur les groupes à risque, sur les pauvres, sur certaines pathologies, ...
    - (ii) utilisation avisée des paiements directs (possibilités de subventions croisées);
    - (iii) développement de mécanismes de solidarité, y compris de péréquation – multiples formules.

## Utilisations potentielles des paiements directs IB



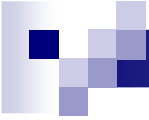
Source : J. Mathomat, ouvrage à paraître



## 4. Risques et effets pervers de la gratuité

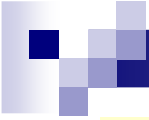
- On manque de recul pour apprécier rigoureusement tous les effets des expériences d'abandon des paiements directs : effets positifs & effets négatifs ?
- Pénurie de médicaments – rationnement quantitatif
- Retour ou augmentation des dessous de table et autres paiements informels
- Difficultés de financement accrues pour certaines structures de soins si la gratuité n'est pas strictement compensée
- Détournement de médicaments

(...)

- 
- Disparition d'un instrument qui pouvait être utilisé pour améliorer la qualité des soins et l'efficacité. Par quoi sera-t-il remplacé ?
  - La gestion communautaire – malgré tous ses défauts et ses insuffisances – permettait une certaine implication des communautés. Quel substitut ?

*La gratuité maximise-t-elle le gain de santé produit avec des ressources rares => Non : donc, quel objectif veut-on réellement poursuivre ?*

*Pourquoi ne pas se montrer pragmatique et combiner de manière ad hoc les avantages de la gratuité et du paiement par l'utilisateur ?*



## III – Financement du médicament et renforcement des systèmes de santé


Nécessité reconnue d'améliorer l'efficacité et l'efficience des systèmes de santé.


### 1. Le financement des médicaments peut :

- selon le contexte propre à chaque pays, région, population, profils épidémiologiques, etc.
- et selon ses modalités,

... **Réduire ou accentuer 6 grands facteurs** (traditionnellement reconnus) comme **sources d'inefficience** et de fragilité des systèmes de santé.



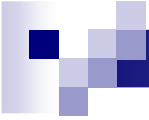
- 
- i) Difficultés à identifier et mettre en oeuvre des priorités réalistes (*ex : Quels médicaments seront gratuits, subventionnés ? Pour qui ? Disponibles et où ?*)
  - ii) Difficultés à minimiser l'utilisation des intrants (*ex: Rationalisation ou non des prescriptions*)
  - iii) Difficultés à utiliser le mix d'intrants qui est le moins onéreux pour un résultat donné (*ex : génériques*)
  - iv) Difficultés à produire les services sur l'échelle appropriée (*Rationnement ? Accès universel ?*)

- 
- v) Difficultés à produire des soins de qualité (*ex : Le financement du med. limite-t-il l'accès aux structures de soins? Favorise-t-il l'absentéisme ? Un itinéraire thérapeutique efficient dans la pyramide sanitaire ?*)
  - vi) Difficultés à suffisamment rémunérer le personnel et à le contrôler pour encourager les bonnes performances (*ex :Le mode de financement du médicament génère quels types d'incitations pour le personnel ? Dérives ?*)




## 2. Financement du médicament et gouvernance

- ✎ Des analyses montrent que dans les pays qui ont une bonne gouvernance, l'augmentation des dépenses publiques de santé s'accompagne d'une amélioration de la santé.
- ↳ Comment le financement du médicament peut-il agir sur la gouvernance – et donc sur l'efficacité - dans le système de santé ?

- 
- En renforçant ou en affaiblissant (i) le pouvoir d'accountability des communautés, et (ii) les mécanismes qui permettent aux usagers de faire entendre leur voix dans le système de santé et d'encourager les bonnes performances.
  - En favorisant la pérennité, le développement de la corruption et de la gabegie ou la lutte contre ces dernières.
  - En influant sur les relations entre les producteurs publics et les producteurs privés de santé
  - En fragilisant ou renforçant le ministère de la santé et/ou les instances de régulation (centralisées, déconcentrées ou décentralisées)




- En influant sur le comportement des O.N.G. et sur les instruments dont elles disposeront pour contribuer à améliorer l'efficacité du système (contenu et modalités de la contractualisation)
- En jouant un rôle important dans l'articulation entre les programmes verticaux et les fonds globaux d'une part, le système de santé d'autre part.
- En distillant ou non des incitations à l'efficacité
- En favorisant la dépendance ou non des systèmes de santé vis à vis d'une aide extérieure + ou – instable et incertaine.

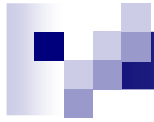


## IV - En conclusion, où en est-on en matière de financement des médicaments ?

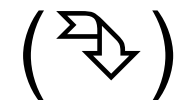
- Une **augmentation** incontestable des ressources financières... mais très souvent **insuffisante**
- Une multiplicité de sources de financement qui souvent se **juxtaposent**...
  - Financement budgétaire (sur ressources internes et externes, affectées ou non)
  - Paiement direct des usagers
  - Financement dans le cadre de dispositifs de prépaiement
  - Financement extérieur, public et privé, selon des modalités protéiformes

- 
- ...Auxquelles s'ajoutent des approches innovantes dans de multiples domaines (contractualisation avec des ONG, fonds d'achats, transferts conditionnels, etc..)...
  - ...Mais les unes et les autres ne constituent pas toujours une stratégie d'ensemble structurée...

## **6 CONCLUSIONS**

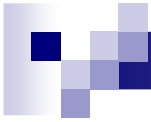


1. Les différents acteurs doivent chercher systématiquement à développer des **stratégies coordonnées** en matière de financement.
2. La contribution potentielle des différents instruments de financement du médicament au **renforcement et à la pérennité des systèmes de santé** doit être un **objectif** identifié, affiché et évalué en tant que tel.
3. Privilégier les **approches pragmatiques** selon des critères pertinents :

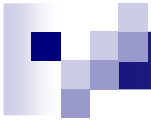


## Justification du pragmatisme dans le financement des médicaments

			Génériques	Spécialités	“Bien public”
PFR	Hôpitaux	Assurés ou non			
	Hors Hop.	idem			
Pays en conflit ou post-conflit	idem	idem			
PRI		idem			



4. **Prudence et extrême sélectivité en matière de gratuité** : attention à ce que la main gauche ne défasse pas ce que la droite essaie de faire laborieusement.
5. Les modalités de financement du médicament sont des instruments parmi d'autres pour **améliorer l'efficacité** d'un système de santé autour d'objectifs clairement définis.
6. **Evaluer** rigoureusement...



**MERCI ...**