

N° 47 • janvier 2000

La France figurait en 1997 parmi les plus importants consommateurs de médicaments des pays industrialisés, derrière les États-Unis.

Ces derniers, qui connaissent une forte progression des prix du médicament

depuis une vingtaine d'années, ont vu leur consommation en volume s'accroître de façon relativement modérée.

Le partage prix-volume a évolué, entre 1980 et 1996, de manière comparable au Royaume-Uni et en Allemagne, mais différemment en France et en Italie. Les prix n'y ont guère augmenté, alors que la dépense de médicaments a beaucoup progressé. Les structures de consommation reflètent également des comportements de prescription et d'usage des médicaments divers selon les pays.

Les politiques de maîtrise des dépenses pharmaceutiques peuvent passer par la régulation de l'offre comme en Allemagne, à travers le mécanisme des prix de référence, ou au Royaume-Uni, à travers le contrôle des profits.

La responsabilisation des prescripteurs y est aussi recherchée par la fixation de cibles d'évolution des dépenses. Quant à la responsabilisation des patients, elle prend la forme dans ces deux pays de franchises de remboursement qui conservent une portée assez limitée.

Sandrine CHAMBARETAUD
Ministère de l'Emploi et de la solidarité
DREES

La consommation de médicaments dans les principaux pays industrialisés

Des différences notables entre pays de niveau de développement comparable

- En 1997, la France figure avec les États-Unis parmi les plus gros consommateurs de médicaments.

Selon l'OCDE, les dépenses de médicaments, mesurées en parité de pouvoir d'achat¹, varient fortement d'un pays à l'autre (tableau 1). En valeur par habitant, la France était le plus gros consommateur de médicaments de l'Union européenne en 1997. Parmi les pays occidentaux, les États-Unis présentaient toutefois un niveau de consommation d'environ 16 % encore plus élevé.

1. C'est-à-dire en retenant un taux de change qui égalise le pouvoir d'achat des monnaies d'un même panier de biens dans deux pays différents.



T 01 dépenses totales en produits pharmaceutiques en 1997

(en \$ par personne en parité de pouvoir d'achat)

Allemagne	292	Finlande	227
Autriche	288	France	352
Belgique	325	Italie	313
Canada	299	Pays-Bas	210
Danemark	178	Portugal	308
Espagne	244	Royaume-Uni	236
États-Unis	408	Suède	224

Source : Éco-Santé OCDE 99.

La dépense pharmaceutique varie ainsi de 178 \$ par an pour un Danois à 408 \$ pour un Américain. Le niveau de richesse est bien sûr un déterminant essentiel de cette dépense mais cette relation est surtout vérifiée si l'on compare des pays présentant de fortes différences de développement. En revanche, dès que l'on s'intéresse à des pays de développement comparable – avec un niveau de richesse par habitant compris entre 20 000 et 25 000 dollars – les dépenses pharmaceutiques par habitant varient du simple au double.

Les données disponibles étant relatives au total des ventes de médicament par les officines (encadré 1), ces écarts ne reflètent pas seulement les caractéristiques propres aux différents pays. Ils peuvent également résulter de différences statistiques liées à des problèmes institutionnels bien qu'il s'agisse de données har-

monisées. Ainsi, le circuit de distribution des produits pharmaceutiques est relativement différent d'un pays à l'autre : alors que le champ de la statistique sur la consommation de médicaments couvre 88 % du marché pharmaceutique pour la France, près de 30 % du marché n'est pas pris en compte au Royaume-Uni.

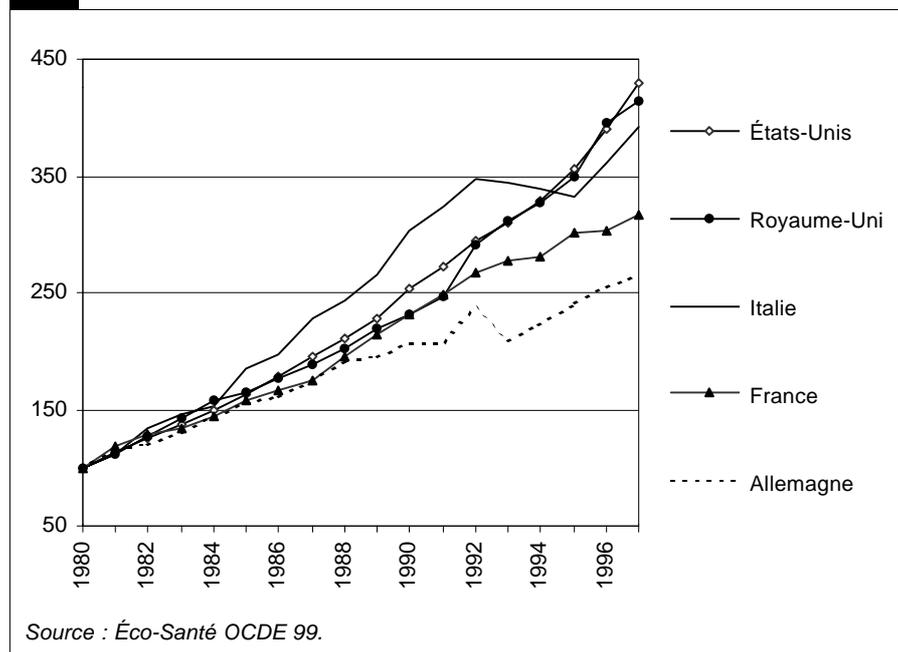
Malgré cette limite, les écarts entre les pays sont suffisamment importants pour que l'on puisse considérer

qu'ils reflètent des situations significativement différentes.

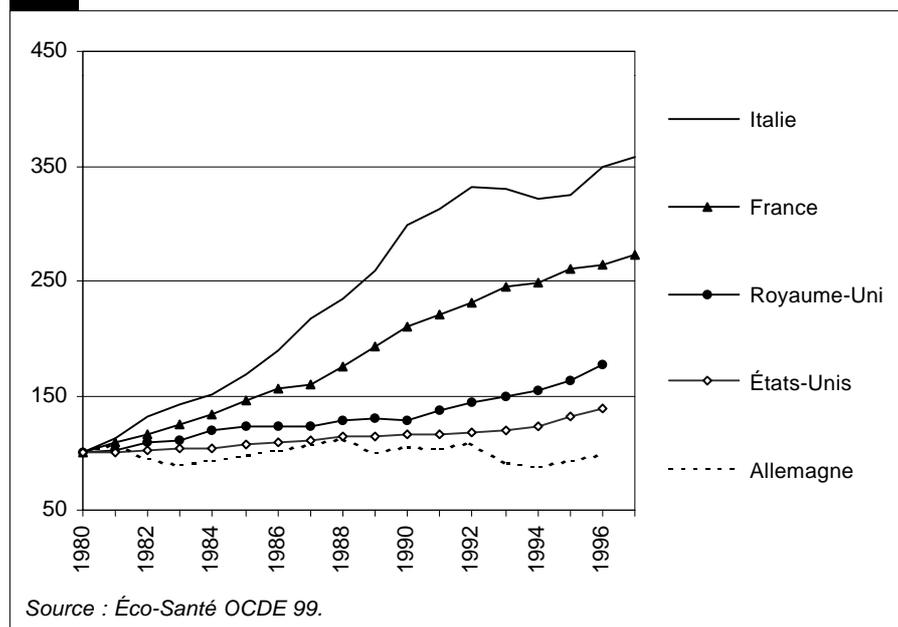
■ **Progression des dépenses en valeur aux États-Unis, croissance des volumes en France et en Italie.**

Lorsque l'on décompose l'évolution de la dépense pharmaceutique de quelques pays, on constate que les États-Unis ont connu une progression relativement modérée des volumes consommés (graphiques 1 et 2).

G 01 évolution de la consommation de médicaments en valeur base 100=1980



G 02 évolution de la consommation de médicaments en volume base 100 = 1980



E 1

Les données de la base Éco-Santé-OCDE

Les données de la base Éco-Santé OCDE relatives aux médicaments comprennent les médicaments délivrés sur ordonnance et l'automédication (à l'exception des vitamines). La rémunération des pharmaciens est incluse dans le calcul lorsqu'elle est dissociée du prix des médicaments, de même que la taxe sur la valeur ajoutée et la taxe sur les ventes. Les médicaments dispensés à l'hôpital ne sont pas pris en compte. Ces données sont harmonisées pour l'ensemble des pays membres de l'OCDE, ce qui explique le décalage entre la disponibilité des données nationales et celles de la base.

Ceux-ci ont augmenté de moins de 50 % sur la période 1980-1996. La forte croissance des dépenses pharmaceutiques en valeur reflète donc dans ce pays une progression rapide des prix des médicaments.

De même, le Royaume-Uni et l'Allemagne connaissent, depuis le début des années 80, un taux de croissance de la consommation pharmaceutique en volume plutôt faible, voire nul pour l'Allemagne sur la période 1980-1996.

L'Italie et la France se démarquent nettement de ces trois pays. Le taux de croissance des dépenses de médicaments en volume y a été important, alors que les prix ont augmenté beaucoup moins rapidement.

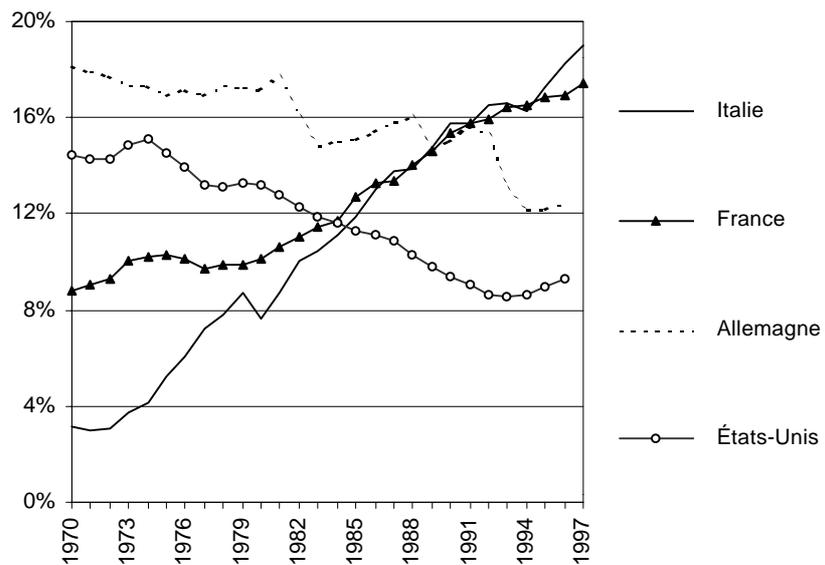
L'évolution de la part des dépenses liées aux médicaments dans les dépenses de santé totale a également fortement varié selon les pays et de profondes modifications sont intervenues lors des vingt dernières années. Ainsi, la part des dépenses de médicaments vendus en officine n'a pas cessé de diminuer depuis les années 70 en Allemagne et aux États-Unis, alors qu'elle a continuellement augmenté en France et en Italie (graphique 3).

■ Des arbitrages prix-volumes ?

Les comparaisons internationales sont particulièrement difficiles dans le domaine des dépenses de médicaments, notamment si l'on tente de faire la part entre l'évolution des prix et celle de la consommation en volume. Ce problème statistique est loin d'être négligeable dans les cas de la France et des États-Unis (encadré 2).

Quand on compare les taux de croissance annuels moyens des volumes et des prix relatifs entre 1980 et 1997, on constate qu'en France et en Italie les prix des médicaments ont moins augmenté que l'ensemble des prix alors que les volumes ont augmenté de façon très importante (tableau 2). Par contre, dans les pays où le taux de croissance des prix est élevé, les volumes sont restés relativement stables ou ont modérément

G.03 part des dépenses pharmaceutiques dans les dépenses de santé en valeur



Source : Éco-Santé OCDE 99.

E.2

Les limites des comparaisons internationales : le problème du partage prix-volume

Les comparaisons internationales en termes de consommation pharmaceutique doivent être utilisées avec précaution.

D'une part, même au niveau national, les indices de prix traditionnels sont mal adaptés au marché pharmaceutique. En effet, la méthode retenue pour le calcul de l'indice de prix assimile le plus souvent la mise sur le marché d'un médicament à l'introduction d'un nouveau produit. Or, dans certains cas, il ne s'agit que d'une amélioration marginale (changement du mode d'administration par exemple) ou d'une version générique d'un produit existant. La différence de prix entre les deux biens est généralement assimilée à un effet qualité, qui augmente les volumes, alors qu'il s'agit d'un effet prix. Ce premier problème pourrait être à l'origine d'une sous-estimation de l'indice des prix en France, où les prix sont administrés, et d'une surestimation de cet indice aux États-Unis.

D'autre part, les comparaisons internationales de prix soulèvent le problème de la comparabilité des structures de consommation entre les pays.

* Les paniers variables permettent de comparer le niveau des prix entre deux pays : les prix des produits inclus dans le panier sont pondérés par le total des unités vendues dans ces deux pays. L'effet structure propre au pays est donc éliminé et l'on raisonne sur un profil de consommation « virtuel ». Cette méthode permet donc de lisser les effets structures.

* Le panier unique, quant à lui, permet de comparer le prix des médicaments dans plusieurs pays. Chaque indice est construit sur la base d'un certain nombre de spécialités présentes dans l'ensemble des pays étudiés, pondérées par le poids de ces spécialités dans chacun des pays.

Ces deux méthodes ne peuvent toutefois décrire qu'un effet prix. La structure de consommation propre à chacun des pays n'est absolument pas intégrée dans la détermination des indices. Or, comme le soulignent Lecomte et Paris « on reconnaît au niveau national qu'un indice de prix destiné à apprécier l'évolution des prix ne saurait se baser sur un ensemble de produits immuable, n'intégrant ni le progrès technique, ni les nouvelles habitudes de consommation. Si l'on étend ce raisonnement aux comparaisons internationales, on en déduit que les indices de prix traditionnels n'apportent qu'une information partielle sur les écarts de prix ».

On peut cependant souligner que la plupart des données convergent lorsqu'il s'agit de classer les pays en deux groupes (ceux à prix bas et ceux à prix élevés), même si la hiérarchie au sein de chacun des groupes n'est pas toujours la même. Cependant, l'étude du Credes de 1994, réalisée à partir de données très précises sur les doses journalières de principe actif, infirme par contre certains résultats traditionnellement observés.

T-02 taux de croissance annuel moyen

	1980-1989		1990-1997	
	consommation pharmaceutique par tCfE en volume	indice de prix relatif	consommation pharmaceutique par tCfE en volume	indice de prix relatif
Allemagne ¹	-0,03%	3,18%	-1,16%	0,91%
tats-Unis ¹	1,76%	3,99%	3,94%	2,37%
France	11,52%	-3,34%	5,04%	-1,52%
Italie	19,84%	-4,00%	3,35%	-2,05%

1. données 1996.
Source : *Eco-Santé OCDE 99*.

augmenté. Les différences importantes qui existaient entre l'Allemagne, les États-Unis, la France et l'Italie au cours des années 80 – avec un taux de croissance de la consommation pharmaceutique en volume qui allait de 19,84 % pour l'Italie, à -0,03 % pour l'Allemagne – tendent toutes à s'estomper dans les an-

nées 90 – -1,16 % pour l'Allemagne et 5,04 % pour la France.

Même s'il faut les utiliser avec précaution, ces données sembleraient confirmer l'existence d'un arbitrage implicite entre prix et volumes dans le secteur du médicament. Tout semble se passer comme si les pays à croissance des prix rapide avaient

réussi à modérer l'évolution des volumes, alors que ceux dans lesquels les prix ont peu augmenté ont connu des taux de croissance des volumes importants.

■ **Les structures de consommation par classe thérapeutique.**

La consommation pharmaceutique dans les pays de niveau de développement comparable présente des différences importantes en termes de valeur et de volume mais aussi du point de vue de la consommation par classe thérapeutique (cf. *Consommation de pharmacie en Europe*, CREDES 1994).

La France se caractérise ainsi par une consommation particulièrement importante d'anti-hypertenseurs, de vasodilatateurs, d'antibiotiques, et aussi de psycholeptiques et psychoanaleptiques. Les consommations allemandes semblent systématiquement les plus faibles pour tous ces produits, sauf pour les anti-hypertenseurs où l'Allemagne se situe devant l'Italie et le Royaume-Uni. Ces deux derniers pays se distinguent quant à eux par des consommations élevées d'anti-inflammatoires et de psycholeptiques au Royaume-Uni.

Lorsque l'on compare la structure de consommation de ces pays à un niveau plus agrégé, la hiérarchie entre les classes étudiées est sensiblement la même : arrivent en tête les traitements cardio-vasculaires, ceux du système nerveux central, les anti-inflammatoires puis, pour la France et l'Allemagne, les anti-infectieux et les médicaments du système digestif classés en avant-dernière position en Italie et au Royaume-Uni.

Si les différences entre les pays sont importantes, leur interprétation est malaisée. En effet, il faudrait pouvoir distinguer entre différences de morbidité et de comportements de prescription. Les quelques études effectuées dans ce domaine restent de ce point de vue ponctuelles.

Ainsi, les résultats de l'étude sur la prescription et la consommation

E-3

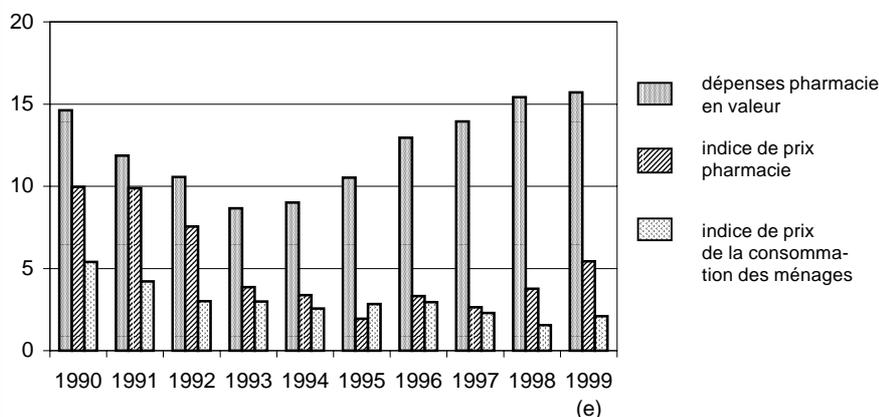
Évolution de la consommation pharmaceutique aux États-Unis : l'apport des statistiques nationales

Les statistiques publiées par le Health Care Financing Administration (HCFA), complétées par les données du Pharmaceutical Manufacturer of America (PhRMA), de l'IMS et du Bureau of Labor Statistics aux États-Unis, décrivent l'évolution récente du marché pharmaceutique américain. Jusqu'en 1993, ces données concernent les ventes de médicaments prescrits, délivrés par les pharmacies et les hôpitaux non-fédéraux. À partir de 1993, d'autres canaux de distribution ont été inclus : Health Maintenance Organization (HMO), cliniques privées, centre d'hébergement de long terme.

Après plusieurs années de ralentissement, le taux de croissance des dépenses pharmaceutiques aux États-Unis connaît une forte remontée, dépassant les 13 % par an en valeur depuis 1996. Les estimations réalisées par l'industrie pharmaceutique américaine prévoient un taux de croissance des dépenses maintenu pour 1999 aux alentours de 15,7 %, après 15,4 en 1998.

En revanche, on note un changement important dans le partage prix-volume depuis 1995 : la hausse des dépenses serait dorénavant surtout imputable à l'augmentation des volumes, bien que les prix pharmaceutiques aient augmenté deux fois plus vite que le niveau général des prix en 1998 et en 1999.

quelques taux de croissance



Sources : HCFA et Bureau of Labor Statistics.

des antibiotiques en ambulatoire réa-
lisée par l'Agence française de sécu-
rité sanitaire des produits de santé
(AFSSAPS) tend à valider l'hypo-
thèse de comportements de prescrip-
tion variables selon les pays avec une
tendance bien connue en France à un
recours plus répandu aux antibioti-
ques, à l'opposé de l'Allemagne.

Les politiques de régulation des dépenses pharmaceutiques : les cas de l'Allemagne et du Royaume-Uni

Une partie des différences de con-
sommation de médicaments entre pays
peut être mise en relation avec les mo-
des de régulation en vigueur. La régu-
lation des dépenses pharmaceutiques
dans chaque pays emprunte en effet
des voies diverses liées à la multipli-
cité des acteurs impliqués dans la pres-
cription et dans la production de mé-
dicaments, et aux caractéristiques in-
trinsèques des systèmes de santé.

Les cas de l'Allemagne et du
Royaume-Uni sont à cet égard inté-
ressants. Les politiques de régulation
mises en œuvre y visent à la fois le
contrôle du système productif et de
la formation des prix, la respon-
sabilisation des prescripteurs et celle
des patients (encadré 4).

■ La régulation de l'industrie phar- macéutique.

L'évolution du prix des spécialités
pharmaceutiques est contrôlée de fa-
çon plus ou moins directe dans la plu-
part des pays européens. Le contrôle
des prix produit par produit en est la
version la plus stricte. L'Allemagne et
le Royaume-Uni ont privilégié des po-
litiques moins interventionnistes, lais-
sant plus de place aux mécanismes de
marché. Les prix de référence en Al-
lemagne ont néanmoins été assortis
d'une enveloppe opposable pour partie
aux médecins et pour partie à l'in-
dustrie pharmaceutique.

Mais ces deux pays ont également
appliqué des politiques de baisse des
prix autoritaires : par exemple, en

1993, le gouvernement allemand a
ordonné une réduction de 5 % du prix
des médicaments remboursés mais
non soumis au prix de référence. À
la même époque, au Royaume-Uni,
une baisse de 2,5% des prix avait été
décidée pour l'ensemble des médica-
ments avec un gel des prix pour une
période de trois ans.

Les prix de référence en Allemagne.

Les prix de référence constituent
un mode de régulation mixte qui re-
pose aussi sur la responsabilisation
des patients. En effet, cette mesure
n'implique pas de pression directe
des pouvoirs publics sur les indus-
triels qui restent libres de fixer leurs
prix. Cependant, elle place l'indus-
trie dans une situation qui incite à une
harmonisation des tarifs au sein des
classes thérapeutiques.

La réforme Blüm de 1989 a intro-
duit les prix de référence en Allema-
gne : ce mécanisme fixe un plafon-
nement de la prise en charge publi-
que pour des produits similaires. Le

prix des médicaments reste libre et
les consommateurs doivent payer la
différence entre le prix fixé par l'in-
dustriel et le prix de référence. Le prix
des médicaments résulte alors de l'ar-
bitrage qualité-prix effectué par les
consommateurs.

Dès 1996, près des deux tiers du
marché pharmaceutique allemand
sont soumis à ce mécanisme. Les mé-
dicaments innovants en sont exclus
et sont remboursés aux consomma-
teurs sur la base du prix d'achat
(moins une franchise variant de 4 à
8 DM), les industriels en fixant le
prix librement.

Ces mesures ont conduit à une
baisse relativement importante du prix
moyen des médicaments sur le mar-
ché allemand avec un alignement sur
le prix de référence pour les médica-
ments soumis au système. Toutefois,
d'autres réformes visant les
prescripteurs et les patients (les réfor-
mes Seehofer) ont dû être menées dans
les années 90 afin de limiter les effets
indirects de la réforme, à savoir la

E•4

Les fondements économiques de la régulation des dépenses pharmaceutiques

*Les politiques de régulation appliquées dans la plupart des pays dans le domaine des médica-
ments ont deux prémices communes :*

*1. la prise en charge publique, le rôle d'ordonnateur de la dépense des médecins et l'absence
d'information des consommateurs sur les médicaments disponibles ne les incitent pas à re-
chercher le médicament présentant le meilleur rapport coût-efficacité : l'asymétrie d'informa-
tion et la mutualisation de la dépense rendent inopérants les mécanismes habituels d'ajuste-
ment marchands ;*

*2. l'industrie pharmaceutique, si elle n'est pas contrôlée, peut pratiquer des prix largement
supérieurs au coût marginal grâce à l'avantage concurrentiel conféré par les brevets et les
dépenses de promotion. S'il est certes indéniable qu'elle bénéficie d'une rentabilité élevée,
cette rentabilité doit toutefois être évaluée en incluant la rémunération de la recherche-déve-
loppement, ce qui n'est pas toujours le cas.*

*En effet, l'augmentation des dépenses de médicaments résulte aussi des progrès réalisés
dans les thérapies pharmaceutiques. Ces progrès peuvent être classés en deux groupes : les
innovations majeures qui apportent un gain thérapeutique important et les innovations
incrémentales dont l'apport reste marginal en terme d'efficacité. Les spécialités appartenant au
premier groupe sont généralement issues d'un effort de recherche et développement conséquent
et l'amélioration du service médical rendu justifie alors un prix de vente élevé. Au contraire, pour
les molécules appartenant au second groupe, leur introduction sur un marché peut masquer une
hausse des prix des médicaments qu'elles remplacent (dont l'efficacité thérapeutique est prati-
quement équivalente), grevant ainsi les budgets pharmacie à niveau de consommation inchangé¹.*

1. C'était par exemple le cas avant l'introduction des RMO, quand le marché des anti-
biotiques où les céphalosporines de deuxième et de troisième génération tendaient à
supplanter celles de première génération pourtant efficaces en première intention.

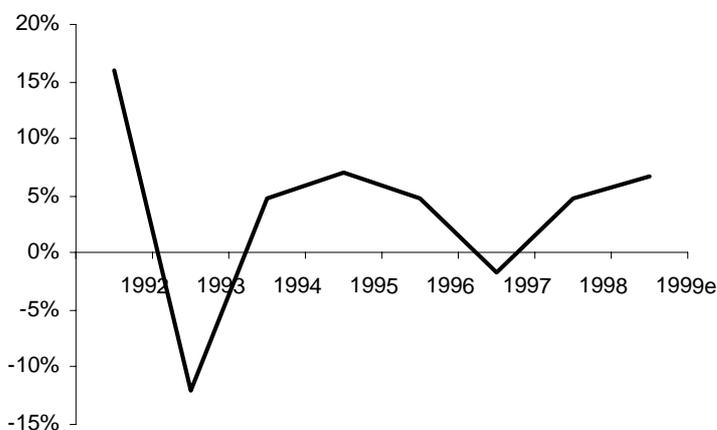
Évolution récente de la consommation pharmaceutique en Allemagne

Les statistiques de l'assurance maladie légale en Allemagne (GKV) sur les dépenses médicaments prises en charge par l'assurance maladie pour la période 1992-1999 montrent que l'évolution des dépenses est particulièrement fluctuante depuis les réformes Seehofer, passant de -12 % en 1993 à +7 % en 1995, puis -2 % en 1997.

En 1999, les estimations issues de l'assurance maladie soulignent une reprise de la croissance des dépenses (+6,7 %) imputable en partie à la baisse de la participation financière des patients : près de la moitié de cette hausse correspond à un transfert de charges des patients (mieux remboursés) vers l'assurance maladie.

Un autre facteur à l'origine de cette augmentation, selon les caisses d'entreprise (BKK) est la modification du comportement des médecins qui auraient prescrit plus et des médicaments plus onéreux (Actualités sociales, n° 210, 15-22 nov. 1999).

taux de croissance des dépenses pharmaceutiques remboursées
en valeur



Source : GKV.

hausse des prescriptions de médicaments non soumis au prix de référence.

Le contrôle des profits au Royaume-Uni.

Au Royaume-Uni, la procédure de régulation retenue depuis 1957 est le contrôle des profits (via le *Pharmaceutical Price Regulation Scheme* (PPRS)). Les autorités de tutelle et les industriels négocient régulièrement un taux de bénéfice autorisé, calculé pour chaque entreprise sur le chiffre d'affaires des produits de marque vendus à l'assurance maladie (NHS). Si le taux de profit de l'entreprise est supérieur, elle doit rembourser le dépassement sous forme de remises au NHS² ou diminuer ses prix de façon équivalente. Ce mécanisme n'est pas appliqué aux produits génériques dont le prix est fixé par le ministère de la Santé. Les négocia-

tions sur le taux de profit autorisé tiennent compte à la fois de l'effort de recherche-développement des entreprises et de la localisation de cette activité. La fixation des taux de profits procède donc d'une démarche globale, la contribution des entreprises à l'économie nationale étant par ailleurs prise en compte. En moyenne, le taux de profit maximal variait entre 17 et 21 % en 1995³, une « zone grise » (ou marge de tolérance) de 50 % pouvant être tolérée dans certains cas.

Les entreprises choisissent le prix des nouvelles molécules qu'elles commercialisent mais toute augmentation des prix ultérieure est soumise à l'approbation du gouvernement.

La politique britannique s'est récemment infléchie dans le sens d'un contrôle plus important de l'évolution

des prix, avec le nouvel accord entré en vigueur en octobre 1999 pour une durée de cinq ans. Cette révision du PPRS impose aux entreprises une baisse de 4,5 % du prix des médicaments couverts par le NHS : le gouvernement estime ainsi à 200 millions de livres sterling les économies réalisées grâce à cette mesure. En revanche, ce nouveau schéma prévoit des conditions de recherche-développement plus avantageuses pour l'industrie britannique.

■ La responsabilisation des prescripteurs.

Des politiques de responsabilisation des prescripteurs ont aussi été mises en œuvre, reconnaissant le rôle fondamental des praticiens dans la maîtrise des dépenses de médicaments. Ces mesures empruntent une voie assez contraignante en Allemagne où un mécanisme d'enveloppe a été institué, alors qu'au Royaume-Uni une approche plus consensuelle a été retenue.

La réforme Seehofer en Allemagne (1992-1993).

La réforme Seehofer a introduit un mécanisme d'enveloppe globale opposable, fixant pour l'ensemble des médecins un montant de remboursement de produits pharmaceutiques. En cas de dépassement des enveloppes – l'enveloppe globale était ensuite répartie à un échelon régional – les médecins et l'industrie devaient procéder à des reversements.

2. En pratique, les remises seraient de faible niveau.

3. Le taux de profit des laboratoires est calculé en fonction du capital investi pour les entreprises localisées au Royaume-Uni et en fonction des ventes réalisées au Royaume-Uni pour les autres entreprises.

Toutefois, comme le soulignent T. Lecomte et V. Paris (1998), ces enveloppes ont été dépassées dans de nombreuses régions et les sanctions initialement prévues n'ont pas été appliquées. Cette expérience a en revanche permis de montrer que le comportement de prescription des médecins pouvait être influencé. Globalement, les médecins allemands ont augmenté la prescription de génériques et ont diminué celle de médicaments à l'efficacité incertaine comme les veinotoniques ou les vitamines, dont le taux de prescription a baissé d'environ 25 % entre 1993 et 1994.

Une stratégie fondée sur l'information au Royaume-Uni.

Au Royaume-Uni, un mécanisme de transmission d'information sur les prescriptions a été instauré dès 1976 : il s'agit du *Prescribing Analysis and Cost Information System*. Les généralistes reçoivent périodiquement un document indiquant le nombre et le coût moyen des médicaments qu'ils ont prescrits durant la période. Ces données individuelles sont en outre comparées à un profil de prescription théorique en fonction de l'aire géographique et des caractéristiques démographiques de leur clientèle. De plus, des informations relatives à la sécurité, à l'efficacité relative et au prix de médicaments similaires sont aussi fournies aux médecins. Cette information a pour objectif de sensibiliser les médecins à l'impact financier de leurs habitudes de prescription. Ce mécanisme possède de nombreux attraits dont son caractère pédagogique et l'adhésion des praticiens.

4. Les patients devaient payer une franchise en fonction de la taille de la boîte de médicament avant 1989.

E•6

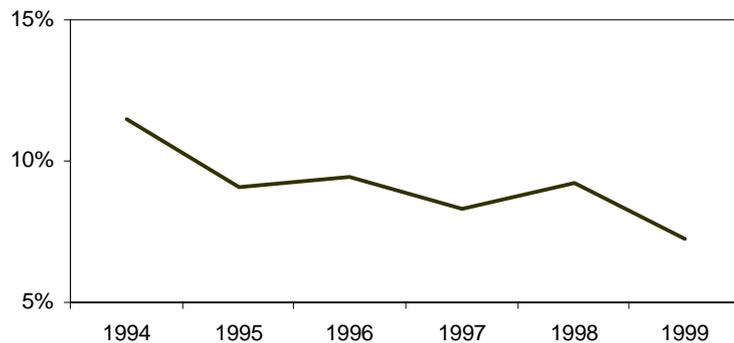
Évolution récente de la consommation pharmaceutique au Royaume-Uni

D'après les sources nationales issues du NHS et portant sur les dépenses remboursées, la croissance annuelle moyenne sur la période 1993-1999 est estimée à 8,7 % (9,3 % en 1998 et 7,2 % en 1999) alors que ce taux de croissance était supérieur à 10 % dans la décennie 80.

Malgré cette relative inflexion, les experts britanniques identifient trois facteurs de croissance des dépenses pharmacie du NHS :

- * l'augmentation du nombre de médicaments prescrits due à des facteurs démographiques et à l'augmentation du nombre de lignes par ordonnance ;
- * l'arrivée sur le marché de nouveaux produits plus chers ;
- * la hausse des prix des médicaments déjà sur le marché.

taux de croissance des dépenses pharmaceutiques remboursées en valeur



Source : PPRS, Third Report to Parliament, décembre 1999.

Le Royaume-Uni s'est rallié à des mécanismes d'enveloppes fixant des cibles d'évolution des dépenses de médicaments prescrits pour les médecins. Cependant, il n'existe pas de sanction en cas de dépassement de la cible et les études existantes ne permettent pas de mesurer l'incidence réelle de ce mécanisme sur les prescriptions.

■ La responsabilisation financière des patients.

Une dernière approche utilisée par l'Allemagne et le Royaume-Uni est l'augmentation de la participation des patients aux dépenses pharmaceutiques (tableau 3). Cette augmentation a en principe deux objectifs :

- diminuer la dépense publique par un transfert de charges vers les ménages ;
- encourager les patients à adopter un comportement de consommation plus rationnel, c'est-à-dire intégrant l'arbitrage coût efficacité de

leur consommation pharmaceutique.

Ces mécanismes ont toutefois une portée limitée en raison des problèmes d'accès aux soins des populations les plus défavorisées. L'incidence des mécanismes de copaiement sur la demande dépend en effet du nombre de spécialités soumises à ce mécanisme, du type de mécanisme retenu (forfaitaire ou variable) et de la population concernée.

En Allemagne, la suppression des franchises pour les médicaments soumis à un prix de référence entre 1989 et 1993⁴ avait conduit à une augmentation des volumes importante : les patients n'ayant alors aucune incitation à limiter leur consommation pour ces produits. Mais, en 1993, la réforme Seehofer a réintroduit les franchises pour l'ensemble des médicaments.

Par ailleurs, le projet de réforme pour 2000 proposé par la ministre fédérale de la santé, A. Fischer, envisageait la mise en place d'une liste posi-

T
03

le copaiement
au Royaume-Uni et en Allemagne

	1991	1993	1997
Allemagne	<p>* Médicaments sous prix de référence : les patients paient la différence entre le prix du médicament et son prix de référence</p> <p>* Autres : 3 DM par prescription</p>	<p>* Franchise de 3 - 7 DM en fonction du prix du médicament</p> <p>* Médicaments sous prix de référence : les patients paient de plus la différence entre le prix du médicament et son prix de référence</p>	<p>* La franchise devient fonction du conditionnement (entre 4 et 8 DM)</p>
Royaume-Uni la moitié de la population est exemptée de franchise	* Franchise fixe de £3,40 pour les médicaments couverts par le NHS	* Franchise fixe de £4,25 pour les médicaments couverts par le NHS	* Franchise fixe de £5,65 pour les médicaments couverts par le NHS

tive des médicaments remboursables. Cependant, la forte opposition des professionnels de la santé et de la Chambre des Länder a abouti au retrait de cette disposition du projet de loi.

Au Royaume-Uni, la moitié de la population est exonérée de franchise et 80 % des médicaments prescrits sont délivrés sans participation financière des patients. Par ailleurs, les mécanismes laissant à la charge des patients une franchise forfaitaire en vigueur dans ce pays n'influencent pas le choix entre des spécialités de prix différents, puisque le prix payé *in fine* par le consommateur est le même. ●

Pour en savoir plus

- *AFSSAPS*, « Étude sur la prescription et la consommation des antibiotiques en ambulatoire », *Direction des études et de l'information Pharmaco-économiques*, Mai 1998.
- *CREDES*, 1994, « Consommation de pharmacie en Europe, 1992 », 128p.
- *D. Gross et al.*, « International Pharmaceutical Spending Controls : France, Germany, Sweden, and the United Kingdom », *Health Care Financing Review*, spring 1994, 127-140.
- *T. Lecomte & V. Paris*, « Le contrôle des dépenses en médicaments en Allemagne, en France et au Royaume-Uni », *Économie et statistique*, n°s 312-313, 1998 109-124.
- *K. Levit et al.*, « Health Spending in 1998 : Signals of Change », *Health Affairs*, jan-feb. 2000, vol. 19 n° 1, Bethesda, USA.