

# La maîtrise des dépenses pharmaceutiques par le N.H.S. au Royaume-Uni

Communication présentée lors de la conférence  
« Médicaments, les priorités »  
le 24 octobre 1995 à Paris

Thérèse Lecomte



## CONSEIL D'ADMINISTRATION

<b>Président</b>	Jean-Marie Thomas
<b>Vice-Président</b>	Pierre Jeanson
<b>Trésorier</b>	Gérard Rameix
<b>Secrétaire</b>	Gabriel Maillard
<b>Membres</b>	Mohamed Abdelatif, Claude Amis, Jean-Marie Benech, Etienne Caniard, Alain Honoré, Edmond Lisle, Daniel Magdelaine, Marcel Ravoux, Catherine Sermet, François Tonnellier.
<b>Chargé de mission scientifique et technique</b>	Alain Ferragu

## CONSEIL SCIENTIFIQUE

<b>Président</b>	Dominique Jolly
<b>Membres</b>	Jean-Marie Benech, Jean-Pierre Deschamps, Maryse Gadreau, Jean-Paul Jardel, Ludovic Lebart, Edmond Lisle, Jacques Magaud, Hugues Maury, Emile Papiernik, Henri Picheral, Jean-Pierre Poullier, Gérard de Pourville, Annie Triomphe, Alain Trognon.

## EQUIPE DE RECHERCHE

<b>Directeur</b>	Pierre-Jean Lancry
<b>Directeurs de recherche</b>	Thérèse Lecomte, Andrée Mizrahi, Arié Mizrahi, Simone Sandier, François Tonnellier.
<b>Maîtres de recherche</b>	Laure Com-Ruelle, Philippe Le Fur, Marie-Jo Sourty-Le Guellec, Catherine Sermet.
<b>Chargés de recherche</b>	Agnès Bocognano, Nathalie Grandfils, Véronique Lucas, Georges Menahem, Valérie Paris, Nadine Raffy-Pihan
<b>Attachés de recherche</b>	Fabienne Aguzzoli, Anne Aligon, Sylvie Dumesnil, Annick Le Pape.
<b>Documentalistes</b>	Agnès Grandin, Nathalie Meunier, Marie-Odile Safon.
<b>Informaticiens</b>	Olivier Busson, Jacques Harrouin, Thierry Hensgen, Catherine Ordonneau, Philippe Roubach.
<b>Assistants de recherche</b>	Catherine Banchereau, Martine Broïdo, Frédérique Ruchon.
<b>Responsable administratif et financier</b>	Zette Dayan
<b>Cadre administratif</b>	Isabelle Henri
<b>Secrétaires</b>	Patricia Darfeuille, Valérie Legros-Collard, Michèle Naon, Charlotte Scheiblin, Sandrine Sebag
<b>Conseiller scientifique permanent</b>	Henri Pequignot

# La maîtrise des dépenses pharmaceutiques par le N.H.S. au Royaume-Uni

Communication présentée lors de la conférence  
« Médicaments, les priorités »  
le 24 octobre 1995 à Paris

Thérèse Lecomte

*Biblio n° 1106*

Janvier 1996

I.S.B.N. : 2-87812-178-3

## La maîtrise des dépenses pharmaceutiques par le N.H.S. au royaume-Uni<sup>1</sup>

Le Royaume-Uni dispose, depuis 1948, d'un service national de santé (N.H.S.) mettant à la disposition de toute la population des services de santé complets et, à l'origine, gratuits. Ce service est financé, presque exclusivement, par l'impôt ; et les dépenses de santé sont budgétisées annuellement. Une fois le budget voté, les crédits étaient confiés, jusqu'à la réforme de 1991, à des organismes régionaux et locaux pour le financement des dépenses des hôpitaux, des médecins généralistes et des pharmaciens.

Peu à peu, au cours des années, des réformes ont été introduites dans le fonctionnement du N.H.S. ; certaines d'ampleur limitée mais, l'une particulièrement importante, celle de 1991, à la suite de la publication d'un livre blanc « working for patients » en 1989, présentant l'idée que l'on pouvait augmenter l'efficacité du système de santé par le développement de la concurrence et de la responsabilisation.

Dans un premier temps, je vais présenter quelques indicateurs de dépenses et de résultats puis rappeler les principales caractéristiques du système de santé du Royaume-Uni, tout au moins en ce qui concerne la médecine dite de ville. Enfin, je développerai les mesures prises pour maîtriser les dépenses de prescription de pharmacie.

Les dépenses totales de santé (N.H.S. (88 %) et secteur privé<sup>2</sup> (12 %)) atteignent pour 1994 : 45 milliards de livres sterling ce qui représente 6,9 % du P.I.B. ; (pour mémoire en France c'est 9,1 % du PIB).

L'évolution de cette dépense depuis 1960 a été beaucoup moins rapide que celle observée en France ; alors que la dépense par personne était identique en 1960 dans les 2 pays, elle est presque 2 fois supérieure en France en 1994.

**Tableau n° 1**  
**Dépense de santé par personne en livres courantes**

	1960	1980	1994
U. K.	19	237	792
France	20	400	1 383

En ce qui concerne la pharmacie, la dépense en France est aussi le double de celle du Royaume-Uni.

Si le coût moyen de la ligne prescrite est du même ordre de grandeur, le nombre de produits prescrits par ordonnance par personne et par an est nettement plus faible au Royaume-Uni : 8,5 contre 20.

---

<sup>1</sup> *Intervention au cours de la conférence : « Médicaments, les priorités » le 24 octobre 1995 organisée par le Forum du droit et des affaires à Paris.*

<sup>2</sup> *le secteur privé comprend 3.300.000 assurés en 1993 soit 12 % de la population (1 % en 1955). Il s'agit d'une assurance complémentaire à la prise en charge par le N.H.S.*

La dépense de pharmacie totale est prise en charge par le N.H.S. à 79 % dont 63 % en ambulatoire et 16 % à l'hôpital.

La pharmacie non prise en charge par le N.H.S. comprend des produits OTC « Over The Counter » et les produits prescrits inscrits sur la « black list ». 15 % de ces produits sont vendus en officine et 6 % en dehors des officines.

**Tableau n° 2**  
**Caractéristiques de la consommation pharmaceutique**

	France	Royaume-Uni
Dépense de pharmacie par personne et par an en F. PPA	1 898	959
Nombre de lignes d'ordonnance par personne et par an	20	8,5
Coût moyen de la ligne prescrite en francs français	80	82

Malgré cette relative faible dépense de santé au Royaume-Uni, les indicateurs sanitaires classiques (espérance de vie à la naissance, à 60 ans, mortalité infantile) sont très voisins de ceux de la France.

Ces indicateurs sont certes grossiers et ne sont à proprement parler pas des indicateurs de résultats des systèmes de santé ; ils ne sont cités ici que pour témoigner de la proximité de l'état de santé des 2 pays concernés.

**Tableau n° 3**  
**Espérance de vie**

	France		Royaume-Uni	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Espérance de vie à la naissance	81,4	73,2	79,0	73,6
Espérance de vie à 60 ans	24,6	19,4	22,1	17,9

Source : ECO-SANTE OCDE Version n° 3.6 (1995)

**Tableau n° 4**  
**Structure des dépenses du N.H.S. en 1993 - %**

Hôpital et soins communautaires	Soins ambulatoires				
	Pharmacie	Généralistes	Soins dentaires	Soins d'optique	Autres <sup>3</sup>
63	10,7	8,1	4,0	0,6	13,7

Source : OHE Compendium of health statistics, 9th edition 1995

Hors urgence, le malade consulte obligatoirement en premier lieu un médecin généraliste (G.P. Général practionner) qui l'oriente, s'il le juge nécessaire, vers un spécialiste. Les spécialistes travaillent essentiellement dans un cadre hospitalier.

La continuité des soins est renforcée au R.U. par le principe de l'inscription pour une durée d'un an auprès d'un généraliste.

Les médecins généralistes sont payés par le N.H.S. à la capitation, c'est-à-dire au nombre de personnes inscrites sur leur liste (et aussi en fonction du nombre d'actes de prévention qu'ils pratiquent et des visites à domicile pour les personnes âgées). Les médecins spécialistes eux sont salariés de l'hôpital qui les emploie.

On notera que la densité médicale au Royaume Uni est de 60 G.P.s et de 93 spécialistes pour 100 000 habitants (Cf. Tableau n° 5).

**Tableau n° 5**  
**Offre de soins**

	Nombre		Densité pour 100 000 habitants	
	Royaume-Uni <sup>4</sup> 1993	France 1993	Royaume-Uni	France
Généralistes libéraux	35 189	59 743 <sup>5</sup>	60	103,8
Spécialistes libéraux	---	51 738 <sup>3</sup>	---	89,9
Médecins plein temps hôpital	53 817	44 277*	93	77,0
TOTAL	89 006	155 758	153	270,7

<sup>3</sup> administrations, ambulances, radiologie, laboratoires, etc...

<sup>4</sup> OHE - Compendium of health statistics, 9th revision 1995

<sup>5</sup> ECO SANTE - CREDES



Sources : \* *annuaire des statistiques sanitaires et sociales - SESI 1995*

Plus des trois quart des médecins généralistes travaillent en cabinet de groupe de 3 médecins ou plus, rares sont ceux qui travaillent seuls (10 %).

Les malades consultent tant leur généraliste que les spécialistes hospitaliers gratuitement.

En ce qui concerne les médicaments prescrits par le généraliste, une franchise est demandée depuis 1952, nous y reviendrons plus loin.

Contrairement à la réglementation française, les officines n'ont pas le monopole de la distribution pharmaceutique ; on distingue ainsi :

- les produits ne pouvant être vendus qu'en officine de pharmacie et sur prescription (POM)
- les produits ne nécessitant pas une ordonnance, mais vendus uniquement en officine
- les produits pouvant être vendus aussi bien en officine que dans un autre lieu commercial.

On estime que les médicaments vendus hors officine représentent environ 6 % des ventes (au prix public).

Outre la pharmacie prescrite par les généralistes, le N.H.S. prend en charge la pharmacie délivrée à l'hôpital (aux malades hospitalisés ou aux malades ambulatoires) et la pharmacie délivrée par les 4 500 « dispensing doctors » en zones rurales.

La ventilation de la dépense médicamenteuse N.H.S. est la suivante :

- 75 % est de la pharmacie prescrite par les GP et prise en charge par le N.H.S.
- 20 % est de la pharmacie hospitalière
- 5 % est de la pharmacie des « dispensing doctors »

Les prix des médicaments pris en charge par le N.H.S. ne sont pas administrés ; ils sont fixés par la procédure Price Pharmaceutical Regulation Scheme (PPRS) instauré en 1977 ; le gouvernement et les représentants de l'industrie pharmaceutique (ABPI) négocient régulièrement un taux de bénéfice autorisé, calculé pour chaque entreprise, sur le chiffre d'affaires des produits de marques vendus au N.H.S.

Si la marge bénéficiaire est dépassée par une entreprise, celle-ci doit rembourser le N.H.S. ou baisser ses prix.

Les médicaments génériques ne relèvent pas de ce système, leur prix étant fixé par le ministère de la santé.

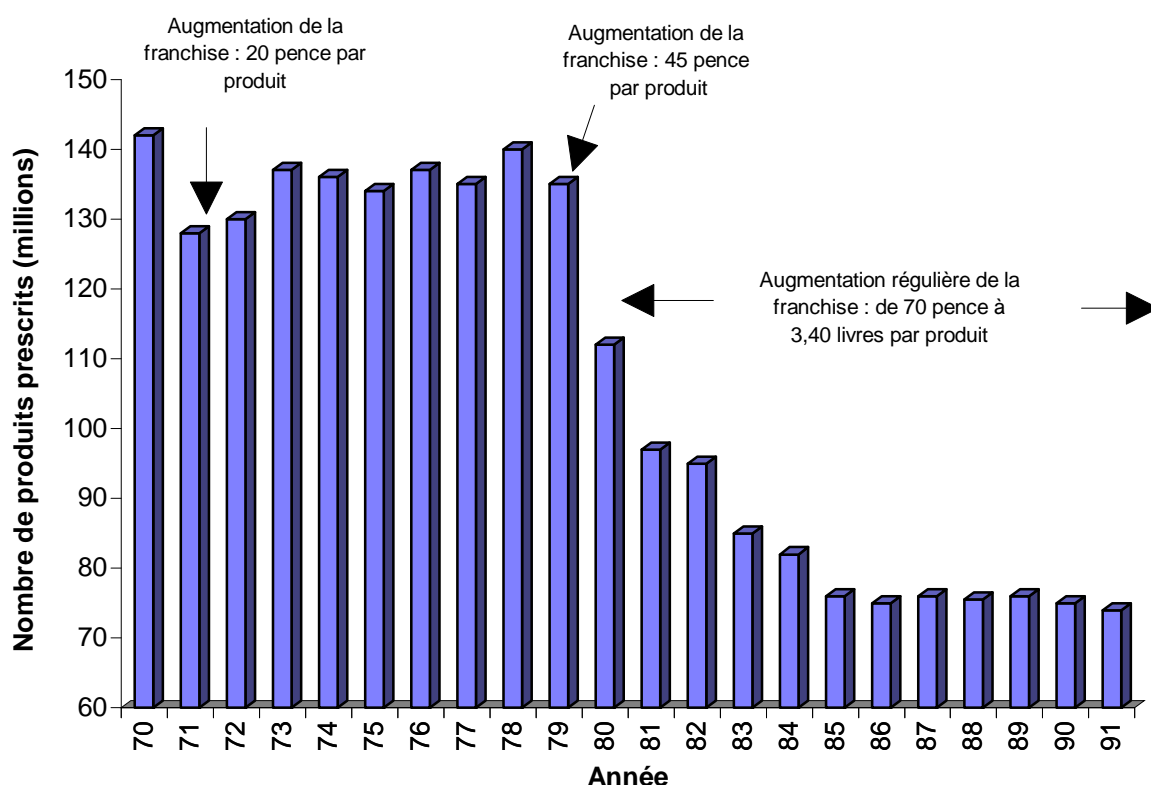
A propos des relations gouvernement/industrie pharmaceutique, il faut noter que les dépenses de publicité et de promotion sont limitées à 9 % du chiffre d'affaires.

Outre la méthode de fixation des prix des produits pris en charge par le N.H.S. qui joue en contrôlant les prix, un des composants de la dépense, le gouvernement britannique a pris d'autres dispositions pour maîtriser la dépense pharmaceutique.

## 1. La franchise par médicament prescrit

Création, dès 1952, d'une **franchise** pour les médicaments prescrits ; d'abord d'une valeur de 5 pence par ordonnance, cette franchise n'a cessé d'augmenter pour atteindre actuellement 5,25 livres par produit. Il faut toutefois savoir que dès 1968 certains groupes de la population étaient exemptés de cette franchise, ces groupes représentent actuellement un peu plus de la moitié de la population et leurs acquisitions représentent 88 % des lignes d'ordonnance. Pour le reste de la population non exemptée de cette franchise, on a constaté une nette diminution du nombre de lignes d'ordonnance entre 1980 et 1991 : alors que la franchise a augmenté tous les ans (passant de 70 pence à 3,40 livres) le nombre de produits prescrits est passé de 95 millions à 70 millions. Donc un effet réel de limitation, tout au moins pour la population non exemptée (Cf. graphique ci-dessous).

**Evolution du nombre de produits prescrits aux assurés non exemptés de la franchise entre 1970 et 1991**



Source : *The way to economic prescribing - Mandy Ryan and Brian Yule - Health policy, 25 (1993) 25-38*

## 2. « The limited list »

En 1985, le ministère de la santé a publié une liste limitative de médicaments pris en charge par le N.H.S., ce qui a eu pour effet d'éliminer un grand nombre de médicaments courants de la prise en charge par le N.H.S. : tels que les analgésiques, les antitussifs, les laxatifs, les vitamines, les anti-acides, les tranquillisants et les sédatifs ; il faut toutefois savoir que la prescription de ces substances sous forme de produits génériques demeurent pris en charge par le N.H.S., méthode d'incitation très nette à la prescription de produits génériques dont les coûts sont moins élevés.

Cette mesure a eu un effet réel de diminution sur la dépense pharmaceutique mais pas à la hauteur escomptée lors de la prise de la mesure.

## 3. Action sur les généralistes, les prescripteurs.

Dès 1976, les généralistes ont reçu une fois par an un document récapitulatif indiquant le coût moyen de leur prescription mensuel et le comparant à celui des collègues au niveau local ou national. Les cabinets à forte prescription recevaient une information plus détaillée et leur activité pouvait être analysée avec un médecin conseil régional. Ce système d'information a été amélioré en 1988 et a pris le nom de PACT (prescribing analysis and cost information system) ; il permet aux médecins de comparer leurs prescriptions à celles d'un cabinet théorique ayant une structure d'âge comparable dans une même aire géographique ; l'information est mensuelle et trimestrielle avec un délai très court, et est considérée comme très fiable. Selon les médecins eux-mêmes, ce système a été perçu de manière positive, intéressant, utile et pédagogique.

L'information reçue par les médecins a été complétée depuis peu par des renseignements sur les génériques disponibles dans chaque classe thérapeutique et par des comparaisons de prix. Ainsi actuellement 37 % des produits prescrits et délivrés en pharmacie le sont sous forme générique (contre 25 % en 1985).

Le généraliste dispose bien entendu de différentes sources de documents sur les médicaments et particulièrement d'un petit livre BNF (British National Formulary) très diffusé et très apprécié des Gps (il coûte à peine 100 francs). Il contient les différentes classes thérapeutiques, avec rappel des notions pharmacologiques élémentaires, les différents produits existants, de marque ou générique.

A la suite de la publication du livre blanc en 1989, des réformes ont été prises visant à l'introduction d'un marché de la santé avec établissement de nouvelles relations contractuelles entre les producteurs de soins (hôpitaux essentiellement) et les acheteurs de soins (les administrations régionales et les médecins généralistes).

Les hôpitaux ont pu devenir des fondations et acquérir une autonomie de gestion.

Les généralistes ont pu choisir de devenir des gestionnaires de budget « Fundholder ». Les médecins « Fundholder » reçoivent un budget et ont la responsabilité d'acheter des services de santé pour la population inscrite sur leur liste : journées d'hôpital, médicaments, examens de laboratoires. Le nombre de généralistes fundholder a atteint 10 276 en avril 1994 couvrant environ 26 % de la population.

Un cabinet peut devenir fundholder s'il a au moins 7 000 personnes inscrites sur la liste.

Les médecins gestionnaires ont intérêt à faire des économies en négociant les prix de journée avec les hôpitaux ou en prescrivant des génériques lorsque c'est possible ou les médicaments de marque les moins chers à l'intérieur d'une même classe thérapeutique (ex : parmi les divers anti-hypertenseurs, les médecins britanniques prescrivent beaucoup plus souvent des diurétiques que leurs confrères français qui eux ont tendance à prescrire des anti-hypertenseurs récents donc plus chers). Les économies réalisées sur le budget alloué peuvent être utilisées pour améliorer les conditions d'accueil ou pour investir dans du nouveau matériel. Pendant l'exercice 92/93, les coûts de prescription des généralistes détenteurs de budget se sont accrus nettement moins qu'au plan national.

On peut résumer les différents facteurs concourant à la maîtrise de prescription pharmaceutique :

- une liste limitée de produits de marque pris en charge,
- une politique des génériques très développée (prix, information, prise en charge),
- une franchise élevée par produit prescrit,
- une information régulière et mensuelle du généraliste sur sa prescription comparée à celle de ses confrères,
- une responsabilisation, avec intéressement, du généraliste volontaire à la bonne gestion des dépenses,
- une politique des prix des produits négociée avec l'industrie, n'ayant pas intérêt à multiplier les volumes,
- une distribution de certaines classes de produits hors officine, incitant à l'achat sans ordonnance, c'est-à-dire à des dépenses non prises en charge par le N.H.S. et dans la même ligne un développement du « switch » c'est-à-dire du passage d'un produit pharmaceutique délivrable uniquement sur ordonnance au statut de produit OTC, c'est-à-dire pouvant être acquis sans ordonnance.

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*



## Bibliographie

- The pharmaceutical industry and health reform : lessons from Europe. J. Hutton, M. Borowitz, I. Olesky and B. Luce - Health affairs - summer 1994 - p. 98-111
- Pharma - facts and figures - ABPI
- A la recherche de mécanisme de marché - les systèmes de santé au Canada, en Islande et au Royaume-Uni OCDE. Etudes et Politique de santé n° 6.
- OHE Compendium of health statistics 9th edition 1995 - R. Chew.
- Cost containment and health reform. A study of the European Union - Brian Abel-Smith, Elias Mossialos - London school of economics
- The dynamics of drug pricing and réimbursement in the european community - Heinz Redwood - 1992 - Scrip reports.
- The way to economic prescribing - Mandy Ryan and Brian Yule - Health policy, 25 (1993) 25-38
- General practice fundholding : observations on prescribing patterns and costs using the defined daily dose method - M. Maxwell, D. Heaney, J.G.R. Howie, S. Noble - BMJ volume 307, 6 novembre 1993 p. 1190-1194

## Annexe



PACT (Prescribing Analysis and Cost) fournit au Gps « General practionners » une information sur leur prescription. Cette information est envoyée trimestriellement. Elle comprend 3 niveaux =

**niveau 1 :**

L'information est envoyée chaque trimestre à tous les GP. Il s'agit d'un rapport de 4 pages qui donne le nombre de médicaments prescrits, le coût par médicament et le coût total pour le cabinet concerné avec comparaison avec la moyenne d'un cabinet théorique ayant une proportion comparable de personnes âgées de plus de 65 ans. Puis une information plus fine des données pour les 6 classes thérapeutiques les plus importantes en dépense. Enfin, des données sur la prescription des génériques individuelle, locale ou nationale.

**niveau 2 :**

Elle est envoyée automatiquement aux cabinets médicaux dont les coûts totaux de prescription dépassent de 25 % ceux d'un cabinet comparable localement ou si les coûts de prescription d'une des 6 classes dépassent de 75 %. Rapport disponible sur simple demande.

**niveau 3 :**

La liste de tous les produits prescrits par le cabinet, regroupés par classe thérapeutiques (BNF) avec la quantité de doses unitaires prescrites, le nombre de prescriptions et le coût total est disponible sur demande.

\*\*\*\*\*

Achévé d'imprimer le 10 février 1996  
SCRIPTA Diffusion, 16 place Adolphe Chérioux  
75015 PARIS  
Dépôt légal : janvier 1996

I.S.B.N. : 2-87812-178-3

Prix net : 20 francs