

JTM AEDES
Jour 2 (22 septembre 2010)



**Thématique : Réseaux
d'approvisionnement en MEG**

TRAVAUX DE GROUPE
GROUPE 3 : COMPLÉMENTARITÉ ET
PARTENARIAT PUBLIC / PRIVÉ

Questions débattues par le groupe

2

Ø **Quelles actions potentielles peuvent être entreprises, de manière réaliste, pour améliorer la qualité et l'efficacité de la chaîne d'approvisionnement au niveau du secteur privé : quelle complémentarité avec le secteur public et quelle forme de partenariat public/privé ?**

1. Les États pourraient-ils fonctionner sans système d'approvisionnement public, en régulant le marché ? Comment ? Mesures d'accompagnement nécessaires ?
2. Comment l'objectif « social » du privé peut-il être durablement compatible avec une mission de santé publique ?
3. Dans un cadre « tout privé » comment assurer l'approvisionnement de produits pharmaceutiques commercialement non rentables ?

Secteur Public

3

Faiblesses

- **Lourdeur des procédures**
- **Manque de flexibilité**
- **Mauvaise gestion financière**
- **Primes financées par le médicament**

Avantages

- **Approvisionnement sans notion de rentabilité**
- **Moteur dans les questions d'usage rationnel**

Secteur Privé

4

Faiblesses

- Volume insuffisant pour faire baisser les prix
- Monopole des grossistes appartenant à des réseaux internationaux (i.e. Urbipharm et Eurapharma)
- Pas d'approvisionnement pour les produits non rentables

Avantages

- Flexibilité
- Motivation par la marge

Fonctionnement sans secteur public ?

5

- **Coexistence des secteurs public et privé nécessaire : accessibilité géographique, système moteur au niveau rationalisation LNME...**
- **Vers une privatisation/gestion privé des systèmes publics d'approvisionnement**
- **Différent cas selon les pays (BF asbl / Cameroun EPA) mais toujours à but non lucratif**
- **Appui aux systèmes de régulation (à convaincre les organes de régulation)**

Complémentarité des deux secteurs

6

- **Complémentarité pour médicaments des maladies chroniques**
- **Approvisionnement de CAME au secteur privé**
- **Impliquer le secteur privé lucratif (avantage sur la marge) de façon pérenne et pas seulement en « roue de secours »**
- **Impliquer le secteur privé lucratif pour approvisionnement des ARV, ND (à l'instar ACT) avec incitation financière**
- **Résoudre la dissymétrie privé/public au niveau des critères qualité en déplaçant l'appui des bailleurs aux CAME vers les ANR (niveau national / sous régional) (agence avec sources de financement multiples)**

Synthèse des discussions en plénière (1)

7

Ø *Les questions et remarques suivantes ont été émises lors des débats, en complément de ce qui a été rapporté par le groupe...*

– **Confusion entre structures « publiques » et**

« privées » :

i Le « statut » est différent de la « mission »

i Importance de la « mission de service public », face à quoi le statut n'a pas d'importance

Synthèse des discussions en plénière (2)

8

- **On met sur les CAME beaucoup de responsabilités qui ne sont pas les leurs...**
- **Privé/public :**
 - i Complémentarité nécessaire à Éviter une situation de monopole...
 - i Question de mode à On a investi pendant 15 ans dans les CAME mais quasi rien au niveau des ANR...

Synthèse des discussions en plénière (3)

9

- **Pourquoi ne pas vouloir payer la motivation du personnel travaillant sur le MEG si ça n'augmente pas le prix du MEG (et que ça n'empêche pas le rachat) ?**
- **Motivations : c'est normal de rémunérer les personnes en fonction de ce qu'elles ont fait**
- **Problème du financement de la motivation : ce qui est choquant, c'est quand le personnel de santé est rémunéré sur le profit MEG + système de rétro-commission**

Synthèse des discussions en plénière (4)

10

- Pourquoi chercher une solution privée aux problèmes posés dans le secteur public ? Dès que ça ne va pas, on arrive avec un nouveau système... C'est comme cela qu'on arrive à une multiplication des systèmes.
à Il y a un besoin d'apporter des solutions concrètes aux problèmes qui sont constatés
- Oui mais ça fait 20 ans qu'on travaille sur ces questions. Va-t-on continuer avec des États qui font tout (opérationnel) ? Par exemple le PBF est venu en réaction à un système de recouvrement des coûts qui ne marchait pas

Synthèse des discussions en plénière (5)

11

- **Initiative de Bamako = initiative de l'État**
 - Pourquoi opposer public et privé ?
 - Regardons le public et voyons ce qui ne va pas...
- **Quel MSP peut résister à autant de changements stratégiques en matière d'organisation des systèmes de santé ? On révisé les choses avant d'atteindre les objectifs fixés !**
- **Success story CAMEG/ASRAMES : intérêt de voir ce qui a contribué à ces expériences !**