

**Mise en place
d'un régime universel
de base
d'assurance
médicaments au
Québec**

analyse de la faisabilité

MAI 1995

**Mise en place d'un régime universel de base d'assurance médicaments
au Québec**

Analyse de la faisabilité

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Mai 1995

QUÉBEC, le 17 mai 1995

Monsieur Jean Rochon
Ministre de la Santé et des
Services sociaux

Monsieur le Ministre,

Les membres du groupe de travail chargé d'analyser la faisabilité d'instaurer un régime universel de base d'assurance médicaments au Québec vous soumettent leur rapport.

Les travaux s'inscrivent dans le contexte des recommandations du Comité Demers, concernant la révision de la politique des médicaments aux «malades sur pied».

Nous souhaitons qu'il serve à éclairer la prise de décision et à faciliter le débat à venir autour de cet important projet.

Veuillez agréer, Monsieur le Ministre, notre considération et notre respect.



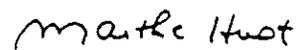
Reynald Gagnon
Président



Jean Borvin
Membre



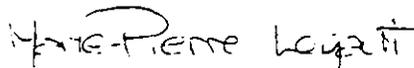
Anne Gauthier
Membre



Marthe Huot
Membre



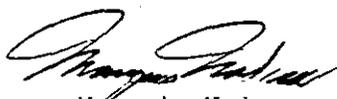
Marcel Larouche
Membre



Marie-Pierre Legault
Membre



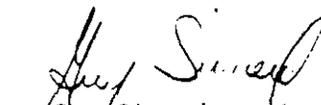
Gilbert Matte
Membre



Marquis Nadeau
Membre



Serge Rouleau
Membre



Guy Simard
Membre



TABLE DES MATIÈRES

Page

LISTE DES TABLEAUX ET DES GRAPHIQUES

PRÉSENTATION	7
INTRODUCTION	13
I- DESCRIPTION DE LA SITUATION ACTUELLE	15
1- Au Québec	17
A. Les dépenses remboursées par le secteur public	17
B. Les dépenses remboursées par les régimes privés d'assurance	20
C. Les personnes ne bénéficiant d'aucune assurance couvrant les frais de médicaments	21
D. Comparaison de profils de consommation	24
2- Les régimes publics des provinces canadiennes	27
3- Comparaison avec d'autres pays	28
II- LES PARAMÈTRES D'UN NOUVEAU RÉGIME	33
1- Raison d'être et objectifs	35
2- Les personnes concernées	36
3- Les médicaments assurés	38
4- Les prescripteurs et les dispensateurs de médicaments et de services pharmaceutiques	40

5-	Le financement du régime	41
	A. Les modalités d'une contribution financière reliée à la consommation individuelle	41
	B. Les modalités afférentes au financement général du régime public d'assurance médicaments	48
	C. Le cadre financier	58
	D. L'évolution du régime	60
6-	L'administration du régime	65
	A. Les responsabilités	65
	B. La technologie	66
	C. Une gestion publique avec participation du secteur privé	67
	D. Le coût de l'implantation et de la mise en oeuvre	67
	E. Le rôle des assureurs privés	69
7-	Les aspects légaux	70
	A. La législation	70
	B. La Liste de médicaments assurés	71
III-	CONTRÔLE DU COÛT ET DE LA QUALITÉ DE LA PHARMACOTHÉRAPIE	73
1-	État de la situation	76
2-	Une enveloppe globale contrôlée	80
3-	Des mesures spécifiques visant l'efficience	82
	CONCLUSION	87
	REMERCIEMENTS	91
	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	93

TABLE DES MATIÈRES

	Page
ANNEXES	
Annexe 1	Évolution des principaux facteurs de coût du programme de médicaments et de services pharmaceutiques, Québec, 1989-1993 101
Annexe 2	Dépenses du gouvernement du Québec pour le paiement des médicaments 103
Annexe 3	Comparaison interprovinciale des programmes complémentaires de médicaments et de services pharmaceutiques 105
Annexe 4	Modalités d'une contribution reliée à la consommation 109
Annexe 5	Options d'assurance analysées 117
Annexe 6	Conséquences des modalités de contribution proposées (par rapport au statu quo) pour les personnes âgées de 65 ans et plus 129
Annexe 7	Proposition pour l'administration du régime. Coûts de mise en place et coûts d'opération, Régie de l'assurance-maladie du Québec, avril 1995 131
Addenda	Un programme public limité aux risques élevés 151

LISTE DES TABLEAUX ET DES GRAPHIQUES

	Page
Tableau 1	État de la protection s'appliquant aux médicaments prescrits au Québec, 1993 (estimation) 23
Tableau 2	Pourcentage du financement public pour l'ensemble des dépenses relatives aux médicaments, différents pays de l'OCDE, 1990 30
Tableau 3	Dépenses totales pour les médicaments prescrits et en vente libre, différents pays de l'OCDE, 1990 31
Tableau 4	Synthèse des effets relatifs aux formes de contribution proposées (estimation 1993) 57
Tableau 5	Évolution du coût et des paramètres du régime d'assurance médicaments 61
Graphique 1	Coût annuel moyen de la consommation de médicaments, par groupe d'âge, en 1993 25
Graphique 2	Variation annuelle moyenne des dépenses <i>per capita</i> pour les médicaments, avec ou sans ordonnance, différents pays de l'OCDE, 1982-1991 77
Graphique 3	Variation annuelle moyenne du prix des médicaments, avec ou sans ordonnance, différents pays de l'OCDE, 1982-1991 78

PRÉSENTATION

L'annonce de l'abolition éventuelle de la circulaire «Malades sur pied» en novembre 1993 a suscité de vives réactions. L'ex-ministre de la Santé et des Services sociaux, monsieur Marc-Yvan Côté, a demandé à un groupe externe d'experts de revoir la politique se rapportant à cette circulaire, en vue de proposer des solutions d'ensemble fondées sur l'équité et tenant compte de la capacité de payer du citoyen et de l'État.

Présidé par le docteur Jocelyn Demers, le Comité a consulté près d'une cinquantaine d'organismes et d'associations. Dans son rapport, *De l'assistance à l'assurance*, il recommande principalement le passage d'un régime sélectif d'assistance à un régime de base d'assurance médicaments d'application universelle. L'ex-ministre Lucienne Robillard a accueilli favorablement les recommandations des experts et le rapport du Comité a été rendu public en mai 1994.

Les principaux éléments du rapport Demers

Le régime d'assurance maladie, instauré en 1970, ne comportait pas le remboursement des médicaments. Or, aujourd'hui, certains traitements entraînent des frais élevés de médicaments et les programmes d'aide gouvernementaux ne s'appliquent pas à tous les besoins.

✓ Des milliers de personnes se retrouvent sans protection contre les conséquences financières de la maladie. La protection partielle offerte par les régimes privés à plus de la moitié de la population est de plus en plus limitée, surtout en cas de maladie grave. Les personnes dont le revenu dépasse de peu le maximum accepté pour bénéficier de l'aide sociale, celles que la maladie frappe soudainement et celles qui perdent leur assurabilité sont les plus vulnérables.

Les membres du Comité Demers sont d'avis que la circulaire «Malades sur pied » ne peut être réformée à partir de ses principes de départ. Ils recommandent plutôt la mise en place d'un régime universel de base d'assurance médicaments, dont l'objectif premier serait de garantir à tous les Québécois un accès raisonnable aux traitements médicamenteux requis par leur état de

santé. Selon une formule de partage des coûts, les bénéficiaires du régime se chargeraient d'une partie de leurs frais de médicaments. Le régime serait financé par le gouvernement, les employeurs et les particuliers.

Pour contrôler l'évolution des dépenses remboursées par ce régime, le Comité Demers suggère de promouvoir auprès des médecins, du personnel soignant et de la population en général le recours à des traitements à la fois efficaces et efficaces (qui offrent le meilleur rapport avantages-coût).

En somme, les experts du Comité proposent de compléter les mesures sociales de protection existantes en se basant sur les principes de l'assurance, comme on l'avait prévu à l'origine (Rapport Hall, 1964; rapport de la Commission Castonguay-Nepveu, 1967).

Création et mandat du groupe de travail ministériel

En mai 1994, un groupe de travail ministériel est formé afin d'étudier la faisabilité de l'orientation proposée par le Comité Demers. Plus précisément, le groupe de travail reçoit le mandat de :

- . déterminer les conditions d'application du régime et ses conséquences socio-économiques;
- . analyser les modes de gestion possibles, en consultant notamment les assureurs du secteur privé;
- . envisager la possibilité qu'un régime public soit géré par les secteurs public ou privé et ce, avec les ressources privées et publiques actuelles.

Ce mandat, approuvé par l'ex-ministre Lucienne Robillard, est reconfirmé par le nouveau ministre, monsieur Jean Rochon, peu de temps après son entrée en fonction.

Composition du groupe de travail ministériel

Le groupe de travail ministériel formé en mai 1994 est présidé par Reynald Gagnon, qui occupait alors la fonction de sous-ministre adjoint à la Direction générale des programmes. La coordination des travaux et la responsabilité du secrétariat ont été confiées à Marthe Huot, de la Direction générale des programmes.

Autres membres :

- . Jean Boivin, Direction générale des programmes;
- . Anne Gauthier, Direction générale de la planification et de l'évaluation;
- . Marcel Larouche, Direction générale des relations professionnelles;
- . Marie-Pierre Legault, Direction générale des relations professionnelles;
- . Gilbert Matte, Direction générale des programmes;
- . Marquis Nadeau, représentant du Conseil consultatif de pharmacologie;
- . Serge Rouleau, Direction générale du budget et de l'administration;
- . Guy Simard*, représentant de la Régie de l'assurance maladie du Québec.

*M. Simard a remplacé Émile Dubois à titre de représentant de la Régie de l'assurance maladie du Québec, à partir de janvier 1995.

La démarche

Les garanties offertes par un régime d'assurance, qu'il soit public ou privé, sont déterminées à partir d'un certain nombre de considérations :

- . La clientèle visée;
- . Ses besoins, les produits et services qu'elle utilise;
- . Les professionnels qui offrent ces produits et services;
- . Le type d'endroits où ils sont offerts;
- . Les modalités financières et réglementaires relatives au financement et au paiement;
- . Les façons de faire professionnelles, administratives ou institutionnelles autorisées et requises.

En plus de se pencher sur ces questions, les membres du groupe de travail se sont intéressés particulièrement à l'aspect financier de la recommandation du Comité Demers. À cette fin, ils ont établi des profils de consommation et de coût, et étudié différentes modalités de financement, dont certaines proposées dans le rapport Demers.

Deux options ont été examinées pour l'analyse de coût : un régime sans contribution directe des participants et un régime avec contribution à l'intérieur duquel la franchise, la coassurance et le plafond annuel de contribution peuvent varier. De plus, l'option d'un régime ne couvrant que les risques élevés a été brièvement analysée (voir l'addenda).

Enfin, pour compléter la réflexion et faciliter la prise de décision, le groupe a procédé à un examen des régimes d'assurance en vigueur dans certains pays et dans les autres provinces canadiennes¹.

¹ Se reporter aux documents réalisés par Sylvie Rheault, Jean-Marc Bernard, Anne Gauthier et Yvon Brunelle, Direction de l'évaluation, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

Le contenu du document et ses limites

La première partie du document est consacrée à un survol de la situation au Québec, dans les autres provinces du Canada et dans d'autres pays. La deuxième partie présente les caractéristiques d'un régime universel de base d'assurance médicaments. Elle traite notamment des modalités du partage des coûts et des modalités de financement souhaitables de même que des conséquences socio-économiques à prévoir. Finalement, la troisième partie du document porte sur la question cruciale du contrôle de la croissance des dépenses pour les médicaments.

Avant de clore cette présentation, il nous faut préciser qu'aucune étude semblable n'a été réalisée sur la faisabilité d'un tel projet dans le contexte québécois. Par conséquent, les données de base nécessaires à l'analyse sont partielles et plusieurs hypothèses ont dû être faites. L'année 1993 a été choisie comme année de référence : il s'agit de l'année complète la plus récente pour laquelle des données sur la consommation et les coûts ont pu être recueillies.

Nous aimerions également souligner que le secteur privé (fabricants, assureurs et réseaux de distribution) joue un rôle prépondérant dans le domaine pharmaceutique, mais que les données les concernant sont dans plusieurs cas peu connues ou inexistantes.

Le contexte socio-économique de l'utilisation des médicaments subit, depuis quelques années, des transformations importantes, d'où une remise en question des manières de faire au Québec, au Canada et dans les autres pays. Cette situation rend plus complexe l'évaluation des renseignements qui sont actuellement disponibles.

Rappelons en terminant que le mandat du groupe de travail ministériel fait suite à la recommandation du Comité Demers d'instaurer un régime public universel d'assurance médicaments. Le régime public couvrant les «risques élevés» n'a été examiné que sommairement et la possibilité d'établir un régime universel mixte (privé et public) n'a pas été étudiée. Le présent rapport devait

d'abord être soumis aux autorités ministérielles avant qu'une consultation soit faite auprès de groupes externes. Néanmoins, les projections de coût qui y sont présentées peuvent servir de cadre d'analyse pour toute autre option d'assurance médicaments universelle. ✓

INTRODUCTION

La majorité des pays qui ont institué un régime d'assurance maladie y ont d'emblée inclus une assurance médicaments, considérant la pharmacothérapie comme un élément essentiel de l'ensemble des traitements médicaux. Des molécules de plus en plus spécifiques ont été produites au cours des dernières années et leur efficacité à contrôler diverses pathologies est reconnue. Les séjours dans les centres hospitaliers sont plus courts, moins fréquents et peuvent être évités. Les résultats thérapeutiques ne se mesurent pas qu'en relation avec l'augmentation de l'espérance de vie, mais surtout du point de vue de la qualité de vie et de la réduction de l'incapacité. Si les médicaments sont utilisés judicieusement, c'est l'ensemble du système de santé qui en bénéficie.

Au Québec, l'omission d'inclure au régime public une garantie couvrant les frais de médicaments et de produits pharmaceutiques est la source de situations problématiques et parfois dramatiques. En effet, un nombre croissant de personnes ont besoin d'une aide financière pour le paiement de leurs médicaments, principalement : les 18-30 ans, les 50-64 ans, les jeunes familles dont un enfant est gravement malade ou handicapé, les familles monoparentales et les travailleurs à faible revenu. Quant aux personnes assurées par un régime privé, elles doivent assumer une part des dépenses qui peut devenir élevée (coassurance sans plafond de contribution). Certains individus perdent leur assurabilité en raison de leur état de santé, au moment où ils ont le plus besoin d'une protection : ils constituent un risque connu des compagnies d'assurances. Enfin, la récession, la modification du marché de l'emploi et le coût de plus en plus élevé de la pharmacothérapie ont intensifié la difficulté d'avoir accès aux médicaments requis. De toute évidence, le système mixte actuel ne réussit pas à satisfaire tous ces nouveaux besoins.

Des conséquences importantes, quoique difficilement quantifiables, découlent de cette situation sur la plan socio-économique et pour la santé : traitements incomplets, réhospitalisation, complications médicales, baisse du niveau et de la qualité de vie, endettement, recours à l'hospitalisation ou à l'aide sociale pour que les médicaments soient payés par l'État, etc.

Compte tenu des interrelations entre plusieurs acteurs, la solution à ces problèmes n'est pas simple. Tout en intégrant les préoccupations reliées au coût et à la qualité, elle doit garantir à tous un accès équitable; les personnes démunies et celles qui consomment davantage (par nécessité) doivent être protégées efficacement.

De toutes ces considérations, il ressort que des actions doivent être entreprises au regard de l'accessibilité de la pharmacothérapie. La population du Québec et les générations futures sont en droit de s'attendre à des améliorations à cet égard.

I. DESCRIPTION DE LA SITUATION ACTUELLE

1. AU QUÉBEC

A. Les dépenses remboursées par le secteur public

a) En cours d'hospitalisation

L'utilisation des médicaments dans les établissements de santé est régie par la Loi sur les services de santé et les services sociaux. De plus, en vertu du règlement d'application de la Loi sur l'assurance hospitalisation, les médicaments fournis durant l'hospitalisation sont à la charge de l'établissement. Par conséquent, le patient hospitalisé ou hébergé dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée public ou privé conventionné bénéficie de la gratuité des médicaments.

Les frais de médicaments dans les centres hospitaliers ont augmenté au rythme annuel moyen de 8,5 % au cours des sept dernières années. Pour l'année 1993-1994, ils se chiffrent à environ 235 millions de dollars, sans compter le salaire des pharmaciens du réseau, soit près de 50 millions de dollars ².

b) Lors des traitements ambulatoires

En ce qui a trait aux traitements ambulatoires, plusieurs programmes et d'autres formes d'aide offrent une protection souvent partielle à certaines personnes, en fonction de l'âge, du revenu ou du type de maladie. Par conséquent, la situation est moins claire que celle des personnes hospitalisées.

² Source : Rapports financiers annuels des établissements (AS-471).

Le programme de médicaments et de services pharmaceutiques de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) s'adresse à près de 20 % de la population, soit les personnes âgées de 65 ans et plus, les prestataires de la sécurité du revenu (PSR) et les bénéficiaires de l'allocation au conjoint âgés de 60 à 64 ans. Depuis le mois de mai 1992, les personnes âgées qui ne reçoivent pas le maximum du supplément de revenu garanti (SRG) déboursent 2 \$ par médicament. Cependant, leur contribution personnelle n'excède pas 100 \$ par année. Les pharmaciens du secteur privé sont responsables de dispenser les médicaments et les services pharmaceutiques.

Le coût de ce programme a augmenté en moyenne au rythme annuel d'environ 15 % au cours de la dernière décennie. En 1993, il s'élevait à près de 687 millions de dollars, incluant le coût des mesures telles que les médicaments d'exception et le patient d'exception. Ce montant exclut toutefois la contribution des personnes âgées, évaluée à 34 millions de dollars en 1993. L'annexe 1 présente l'évolution des principaux facteurs reliés à l'augmentation du coût de ce programme, entre 1989 et 1993. Ces facteurs sont :

- . le volume des ordonnances (lequel dépend du nombre de participants au programme et du nombre d'ordonnances par participant);
- . les honoraires des pharmaciens;
- . le prix des médicaments;
- . les changements affectant les modes d'utilisation des médicaments (substitution, transferts thérapeutiques, nouveaux médicaments ou nouvelles indications pour un médicament existant).

Parmi ces facteurs, le dernier semble être le principal responsable de la croissance des dépenses remboursées par le programme de la RAMQ au cours des dernières années.

Le programme de gratuité des médicaments pour le traitement des maladies transmissibles sexuellement (MTS) est géré par la RAMQ depuis le 1^{er} avril 1992 et les médicaments sont

obtenus dans les pharmacies privées. Ce programme de santé publique a coûté 0,8 million de dollars en 1993.

La circulaire administrative «Malades sur pied», dont l'origine remonte à 1973, concerne six maladies de façon partielle. Elle prévoit une contribution de 2 \$ par médicament et par période de traitement dont la durée n'excède pas 28 jours. Les pharmaciens des établissements distribuent les médicaments identifiés sur une liste annexée à la circulaire.

La problématique entourant l'application de cette circulaire fait l'objet d'une description complète dans le rapport Demers. Par exemple, les patients traités dans un CLSC ou dans un cabinet privé ne peuvent bénéficier de cette mesure, même si la maladie dont ils sont atteints est l'une des six maladies visées par la circulaire. Les médicaments fournis aux bénéficiaires auraient coûté, en 1991, 19,5 millions de dollars, somme puisée dans l'enveloppe budgétaire des centres hospitaliers; de 40 000 à 50 000 personnes auraient profité de cette mesure.

Le traitement de l'hémophilie et celui du sida font également l'objet de circulaires administratives. Les médicaments visés sont obtenus sans frais dans les centres hospitaliers. Dans le cas de l'hémophilie, environ 14,6 millions de dollars sont destinés, pour l'année financière 1994-1995, au financement des produits sanguins et d'une nouvelle génération de produits, le facteur VIII de recombinaison génétique. Les frais de médicaments pour le traitement du sida atteignent 5 millions de dollars au cours de cette même année.

Quelques médicaments, en général dispendieux, sont fournis par certains établissements : la cyclosporine pour les patients greffés, l'érythropoïétine pour les patients dialysés et l'hormone de croissance biosynthétique pour le traitement du nanisme hypophysaire en sont des exemples. Il n'existe pas de circulaire administrative pour ce type d'aide et les conditions d'application peuvent varier. Un montant de 11,5 millions de dollars aurait été affecté par les hôpitaux pour ces trois médicaments au cours de l'année 1993-1994.

Dans l'éventualité où un régime universel d'assurance médicaments serait instauré, il faudrait revoir l'allocation des ressources aux établissements pour l'ensemble de ces mesures d'aide.

c) Autres programmes d'aide gouvernementaux

En plus des mesures décrites précédemment, certains ministères et organismes publics offrent une assistance pour le paiement des médicaments. Mentionnons, à titre d'exemple, l'aide offerte à la population autochtone conventionnée de la baie James, les programmes de vaccination du ministère de la Santé et des Services sociaux offerts en collaboration avec les CLSC et les programmes du ministère de l'Éducation (enseignement supérieur), de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) et de la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ). Certaines mesures existent au niveau du gouvernement fédéral pour les autochtones et les vétérans.

L'annexe 2 présente sommairement les dépenses gouvernementales effectuées pour le paiement des médicaments au Québec.

B. Les dépenses remboursées par les régimes privés d'assurance

Près de 60 % de la population québécoise serait protégée par un régime privé d'assurance individuelle ou collective (tableau 1).

Les conditions d'application varient selon les régimes. Par exemple, dans le cas des régimes offerts par l'employeur (avantages sociaux), ce dernier verse en partie ou en totalité les primes d'assurance. Certains régimes sont assortis d'une franchise annuelle et prévoient une coassurance. Ainsi, selon le contrat, le régime remboursera de 70 % à 100 % des dépenses, laissant le reste à la charge de l'assuré. Lorsque les participants assument un pourcentage des dépenses, il n'y a pas de limite au montant qu'ils peuvent payer. Quant aux produits et

services remboursables, ils diffèrent également d'un régime à l'autre et peuvent inclure des produits en vente libre. Tous ces produits sont offerts dans les pharmacies privées.

On évalue à 470 millions de dollars le montant remboursé par les assureurs privés pour l'achat de médicaments en 1993. Pour leur part, les assurés ont payé, en 1993, environ 120 millions de dollars (coassurance et dépenses non réclamées). Le taux de participation des personnes concernées par ces régimes n'a pu être déterminé précisément. Toutefois, nous pouvons affirmer que les frais de médicaments remboursés ont connu une hausse semblable à celle des frais remboursés par le programme de la RAMQ.

C. Les personnes ne bénéficiant d'aucune assurance couvrant les frais de médicaments

Selon les données du tableau 1, 20 % de la population québécoise, soit quelque 1,5 million d'individus, ne sont pas protégés par une assurance couvrant les frais de médicaments.

Il existe peu de données nous permettant de décrire ce groupe de personnes. Néanmoins, nous savons qu'il s'agit d'employés occasionnels et de contractuels, d'employés des petites et moyennes entreprises (PME), de travailleurs indépendants, de chômeurs, d'étudiants adultes, de personnes qui choisissent de ne pas participer à un régime d'assurance collective ou des individus jugés non assurables. Dans ce groupe se retrouvent donc plusieurs personnes dont la situation est précaire. Leurs dépenses totales pour l'achat de médicaments, estimées d'après la consommation des individus bénéficiant d'une assurance du secteur privé, représenteraient 210 millions de dollars en 1993.

Tableau 1

État de la protection s'appliquant aux médicaments prescrits au Québec, 1993
(estimation)
(données des établissements de santé non incluses)

	NOMBRE	DÉPENSES	POURCENTAGE PAYÉ		
			INDIVIDUS	EMPLOYEURS	GOUVERNE- MENT
POPULATION COUVERTE					
Secteur public					
Prestataires de la sécurité du revenu (PSR)	720,000	184 M \$	0 %		100 %
65 ans et plus	810,000	537 M \$	6,3 %		93,7 %
Sous-total	1,530,000	721 M \$	5 %		95 %
Secteur privé					
Régimes collectifs privés et RASNA*		470 M \$	35 %	65 %	
Coassurance (15 % en moyenne)		80 M \$	100 %		
Dépenses non réclamées (7 %)		40 M \$	100 %		
Sous-total	4,170,000	590 M \$	48 %	52 %	
TOTAL	5,700,000	1,311 M \$	24 %	24 %	52 %
POPULATION NON COUVERTE					
TOTAL	1,500,000	210 M \$	100 %		
POPULATION TOTALE					
	7,200,000	1 521 M \$	35 %	20 %	45 %

* RASNA : Régime d'avantages sociaux non assurés.

Sources : IMS, Régie de l'assurance maladie du Québec, Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes et CAPSS, Rapport SÉCOR, Ministère des Finances, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

D. Comparaison de profils de consommation

Le graphique 1 montre l'évolution de la consommation de médicaments selon l'âge, pour trois groupes distincts : les bénéficiaires des programmes de la RAMQ, les participants au régime privé de la Commission de la construction du Québec (CCQ) et la population de la Saskatchewan.

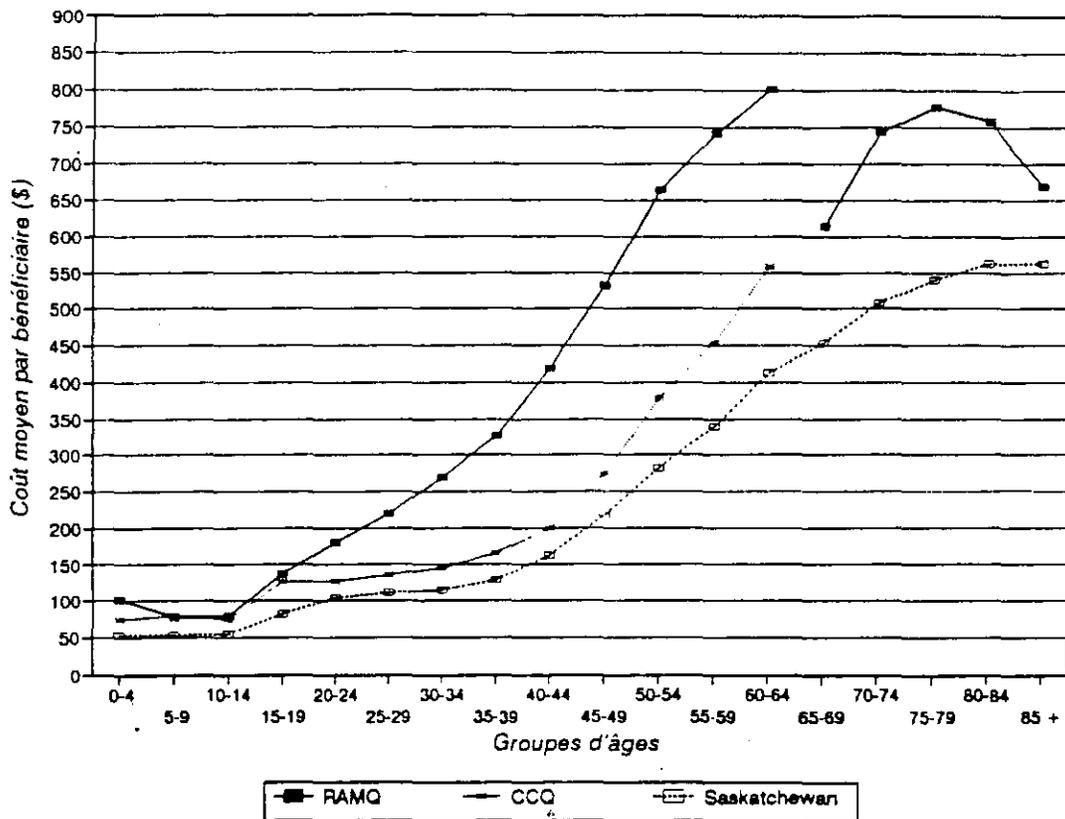
La courbe de consommation de la population de la Saskatchewan indique un coût annuel moyen d'environ 50 \$ par personne dès le premier groupe d'âge; ce coût augmente graduellement avec l'âge pour ensuite se stabiliser, vers l'âge de 80 ans, à près de 550 \$. Cette courbe est la plus basse des trois courbes comparées.

La courbe de la CCQ débute à un niveau plus élevé que celle de la Saskatchewan pour le groupe d'âge 0-4 ans (coût annuel moyen de 75 \$ par participant) et augmente progressivement jusqu'à un coût annuel moyen de 550 \$ par participant pour les 60-64 ans. À partir de 65 ans, les données ne sont plus significatives puisque les participants au régime de la CCQ peuvent alors bénéficier des programmes publics de la RAMQ. La courbe de la CCQ est semblable à celle de la Saskatchewan, mais elle se situe à un niveau supérieur et s'en éloigne davantage à partir du groupe d'âge 50-54 ans.

La courbe de la RAMQ représente la consommation des prestataires de la sécurité du revenu âgés de moins de 65 ans et celle de l'ensemble des personnes âgées. Elle débute à un coût annuel moyen d'environ 100 \$ par bénéficiaire pour les 0-4 ans (le niveau le plus élevé pour ce groupe d'âge), et diminue jusqu'au niveau de la courbe de la CCQ pour les deux groupes d'âge suivants. Par la suite, elle croît avec l'âge pour atteindre le coût annuel moyen de 800 \$ pour les 60-64 ans. Après avoir diminué de nouveau à l'âge de 65 ans, elle augmente jusqu'au groupe des 75-79 ans pour finalement redescendre à près de 650 \$ pour les 85 ans et plus.

Graphique 1

Coût annuel moyen de la consommation de médicaments, par groupe d'âge, en 1993



Les constatations suivantes se dégagent de la comparaison des trois courbes :

- . Le coût annuel moyen de la consommation de médicaments chez les bénéficiaires des programmes de la RAMQ augmente plus rapidement que celui des autres groupes et la consommation apparaît nettement supérieure. Cette situation est plausible étant donné qu'une partie des bénéficiaires de ces programmes ne peuvent travailler, en raison de la maladie ou d'un handicap;
- . Le coût des médicaments consommés par les enfants des groupes RAMQ et CCQ est approximativement le même. L'écart entre les deux courbes débute vers 20-24 ans, ce qui pourrait signifier qu'à cet âge, les personnes inaptes à un travail commencent à bénéficier du programme public d'assistance pour l'achat de médicaments;
- . D'après la courbe de la RAMQ, une baisse notable de la consommation se produit à l'âge de 65 ans. Les personnes inaptes à un travail se confondent alors avec tous les individus de ce groupe d'âge;
- . À partir de l'âge de 65 ans, la courbe de la RAMQ prolonge naturellement celle de la CCQ, qui se termine au groupe d'âge 60-64. Ainsi, comme le démontre le graphique 1, les participants au régime de la CCQ commencent à accroître leur consommation de médicaments avant l'âge de 65 ans et cette croissance se poursuit graduellement avec l'âge;
- . La courbe de la RAMQ diminue vers l'âge de 80-84 ans, alors qu'à la même période, celle de la Saskatchewan se stabilise. L'entrée en hébergement et l'hospitalisation de longue durée, plus fréquentes pour ce groupe d'âge, expliqueraient cette différence : les personnes hébergées ne bénéficient plus du programme de la RAMQ puisque leurs médicaments sont payés par les établissements. Comme leur consommation de médicaments est supérieure à celle des autres groupes, une baisse du coût moyen par personne se produit lorsqu'elles cessent de

participer au régime de médicaments de la RAMQ. La courbe de la Saskatchewan ne diminue pas puisque les données concernent toutes les personnes âgées de cette province.

2. LES RÉGIMES PUBLICS DES PROVINCES CANADIENNES

L'annexe 3 résume les caractéristiques des programmes publics d'assurance médicaments des autres provinces canadiennes.

En Colombie-Britannique, au Manitoba et en Saskatchewan, un régime universel public s'adresse à l'ensemble de la population. Ces provinces ont intensifié la formule de partage des coûts au cours de la dernière décennie. La Saskatchewan, pour sa part, a modifié son régime de façon majeure en 1993 : la franchise familiale a été majorée à 850 \$ par période de 6 mois et un taux de coassurance de 35 % (proportion payée par les participants) s'applique pour les dépenses supérieures à la franchise. Ces nouveaux paramètres s'appliquent à toute la population, incluant les personnes âgées de 65 ans et plus. Des mesures particulières } protègent cependant les personnes à faible revenu ainsi que les individus et les familles qui } paient des frais élevés de médicaments.

Par ailleurs, seules les provinces du Nouveau-Brunswick et de la Saskatchewan imposent une contribution (1 \$ ou 2 \$) aux bénéficiaires de l'assistance sociale.

Dans toutes les provinces, exception faite de l'Ontario, les personnes âgées de 65 ans et plus déboursent un montant pour obtenir leurs médicaments. La contribution varie de 2 \$ (au Québec) à un montant pouvant représenter jusqu'à 35 % du coût d'une ordonnance (en Saskatchewan). Dans certaines provinces (Saskatchewan, Manitoba), une franchise s'applique. Un plafond annuel de contribution a été fixé pour les personnes âgées recevant un supplément de revenu garanti dans les provinces suivantes : Québec (100 \$), Colombie-Britannique (200 \$), Nouveau-Brunswick (120 \$), Nouvelle-Écosse (150 \$). Dans cette dernière, un

plafond annuel existe également (400 \$) pour les personnes qui ne reçoivent pas le supplément de revenu garanti. Il est intéressant de constater qu'en général, dans les programmes de médicaments des provinces, le partage des coûts est de plus en plus relié au revenu.

De prime abord, il n'existe pas de grandes différences en ce qui regarde les frais assurés. La plupart du temps, on ne rembourse en principe que les médicaments qui nécessitent une ordonnance.

3. COMPARAISON AVEC D'AUTRES PAYS

Dans les pays européens, les médicaments et leur financement sont généralement inclus dans le système public de santé. De plus, le financement du système de santé n'est jamais totalement indépendant du financement de l'ensemble des dépenses gouvernementales.

À part quelques exceptions, tous les régimes d'assurance maladie étudiés comportent une forme de partage des coûts. De plus, peu de pays européens offrent aux aînés la gratuité des médicaments au moment de l'achat.

Parmi les pays examinés, le Canada et les États-Unis sont les seuls à ne pas avoir rendu universel l'accès aux médicaments. Comme l'indique le tableau 2, la part des dépenses publiques pour les médicaments est nettement moins importante dans ces deux pays que dans les autres pays industrialisés.

Au Québec et au Canada, les dépenses pour les médicaments prescrits et en vente libre représentaient, en 1990, 13 % des dépenses publiques et privées de santé, ce qui correspond à la proportion médiane des pays examinés. En outre, la part relative des dépenses pour les médicaments y est inférieure à celle de l'Allemagne, de la France, de l'Italie et du Japon,

mais plus élevée que celle de l'Australie, des États-Unis, de la Norvège, des Pays-Bas, du Royaume-Uni et de la Suède (tableau 3).

Les dépenses par personne pour l'achat de médicaments prescrits et en vente libre au Québec et au Canada sont parmi les plus élevées des pays examinés. On constatera dans la section portant sur le contrôle du coût de la pharmacothérapie que le Canada a connu le taux de croissance le plus grand des pays de l'OCDE*, entre 1980 et 1990.

* OCDE : Organisation de coopération et de développement économique.

Tableau 2

Pourcentage du financement public pour l'ensemble des dépenses
relatives aux médicaments,
différents pays de l'OCDE, 1990

PAYS	Médicaments (prescrits et en vente libre)	Services hospitaliers (tous types d'institutions)	Services médicaux (soins ambulatoires)	Services de santé
Allemagne	64,8	84,5	87,2	71,6
Australie	50,4 (1989)	79,0 (1989)	80,8 (1989)	68,0
Canada	26,4	86,2	95,6	72,2
États-Unis	11,1	53,7	34,5	42,2
France	61,0	90,7	63,8	74,4
Italie	66,4	85,3	62,2	77,6
Japon	n.d.	92,7	85,2	71,9
Pays-Bas	66,6	82,5	51,4	71,3
Royaume-Uni	84,2 (1989)	92,7 (1988)	n.d.	83,6
Suède	71,7	n.d.	n.d.	79,8

Source : OCDE, Éco-santé, version 1,5, 1993.

Tableau 3

Dépenses totales pour les médicaments prescrits et en vente libre,
différents pays de l'OCDE, 1990

PAYS		Pourcentage des dépenses totales de santé	Dépenses totales par personne \$ US (PPA')
Allemagne		21,3	325
Australie (1989)		8,8	107
Canada	(1990)	13,5	241 \$ US (PPA) 302 \$ CAN (\$ courant)
	(1991)	13,8	331 \$ CAN (\$ courant)
États-Unis		8,1	210
France		16,8	256
Italie		18,4	238
Japon (1989)		17,3	189
Norvège		10,4	124
Pays-Bas		9,9	128
Québec	1990	12,4	211 \$ US (PPA) (estimation) 264 \$ CAN (\$ courant)
	1991	13,3	304 \$ CAN (\$ courant)
Royaume-Uni (1989)		10,7	98
Suède		8,2	120

* PPA : Parité de pouvoir d'achat.

Sources : OCDE, Éco-Santé, version 1.5, 1993.

Santé Canada, Estimations préliminaires des dépenses de santé au Canada, Rapport sommaire provincial/territorial, février 1994.

II. LES PARAMÈTRES D'UN NOUVEAU RÉGIME

1. RAISON D'ÊTRE ET OBJECTIFS

Comme nous l'avons mentionné dans la première partie, la raison d'être d'un régime universel d'assurance médicaments est de protéger la population québécoise contre les conséquences financières de la maladie, en lui assurant un accès «raisonnable» aux médicaments dont ses membres ont besoin. Bref, il s'agit d'instaurer un régime mieux adapté aux besoins actuels et futurs, ce au meilleur coût possible pour l'État et la population.

Un des principaux objectifs de la pharmacothérapie est d'améliorer l'état de santé de la population et la qualité des traitements qu'elle reçoit. Le nouveau régime doit contribuer à ce que les médicaments consommés par la population aient des effets positifs sur leur santé et en promouvoir la meilleure utilisation possible, afin que les ressources soient allouées de façon optimale.

Conformément à ce qui précède, l'établissement d'un régime universel d'assurance médicaments vise la réalisation des objectifs suivants :

- . Favoriser l'équité, c'est-à-dire, l'accès égal aux traitements médicamenteux pour des problèmes de santé semblables;
- . Faciliter le contrôle de l'évolution des dépenses pour les médicaments;
- . Veiller à la meilleure utilisation possible des médicaments.

C. Lapointe

Le groupe de travail recommande

que l'objectif premier du nouveau régime soit de garantir à la population québécoise un accès raisonnable aux médicaments requis par son état de santé et qu'il favorise l'équité, le contrôle de l'évolution des dépenses et la meilleure utilisation possible des médicaments.

2. LES PERSONNES CONCERNÉES

Une des principales caractéristiques du régime proposé est qu'il s'adresse à l'ensemble de la population. Selon le principe de l'équité, les règles du régime feront en sorte que les risques financiers associés à la maladie perdent leur caractère «personnel» : tous les participants seraient protégés contre ces risques, quelle que soit leur capacité de payer et indépendamment du type de maladies, de l'occupation et de l'âge.

Ainsi, l'État continue de protéger les gens socio-économiquement défavorisés et l'accès au carnet de réclamation demeure une composante essentielle du programme d'aide de dernier recours, conformément aux dispositions de la Loi sur la sécurité du revenu. Pour les familles, une limite des frais qu'elles auront à payer serait fixée de façon à ne pas les pénaliser lorsqu'un ou plusieurs membres sont malades.

En ce qui regarde les personnes admises par un établissement de santé, elles continueront de recevoir sans frais leurs médicaments, en vertu du règlement d'application de la Loi sur l'assurance hospitalisation. Toutefois, la continuité des soins entre les différents lieux de

raitement doit être favorisée afin d'éviter des coûts inutiles. Également, le régime d'assurance médicaments encouragerait l'élaboration de nouvelles approches thérapeutiques moins dépendantes des établissements hospitaliers. Il remplacerait certaines formes d'aide offertes par ces établissements, dont la circulaire «Malades sur pied».

La mesure s'appliquant aux médicaments requis pour le traitement des maladies transmissibles sexuellement (MTS) devrait être conservée, compte tenu des objectifs du programme et des conditions socio-économiques des groupes visés. De même, aucun frais ne devrait être exigé pour certains programmes de vaccination ainsi que pour la fourniture de produits sanguins.

Pour ce qui est des dépenses engagées à l'extérieur du Québec par les citoyens québécois, elles seraient couvertes selon les règles du régime d'assurance maladie : les médicaments prescrits pourront être remboursés (selon le prix payé au Québec) sous certaines conditions.

Enfin, la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) et la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) continueraient de déboursier pour les médicaments remboursables par leurs programmes respectifs. Ces organismes devraient donc remettre au régime d'assurance médicaments les sommes dépensées par leurs bénéficiaires.

Les mesures visant les services et les médicaments qu'une personne peut obtenir et auxquels elle a droit en vertu d'une loi fédérale ou autre continueraient également de s'appliquer.

Le groupe de travail recommande

- . que toute la population du Québec soit couverte, quelle que soit la capacité de payer de ses membres et indépendamment du type de maladies, de l'occupation et de l'âge;

- . que les personnes admises dans un établissement de santé continuent de recevoir sans frais leurs médicaments, conformément aux lois et règlements en vigueur, et que la continuité des soins entre les différents lieux de traitement soit favorisée, dans le respect de la personne malade et de ses besoins;

- . que la circulaire administrative «Malades sur pied» et les autres formes d'aide offertes par les établissements à des personnes non hospitalisées soient remplacées par le nouveau régime;

- . que la SAAQ et la CSST demeurent les premiers payeurs pour les frais de médicaments de leurs bénéficiaires et que l'aide qu'une personne est en droit d'obtenir en vertu d'une loi fédérale ou autre continue de s'appliquer.

3. LES MÉDICAMENTS ASSURÉS

La liste de médicaments dressée pour le programme de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) servirait de liste de base pour le nouveau régime. Le régime rembourserait donc les médicaments pour lesquels un avis de conformité a été donné par les autorités

Le groupe de travail recommande

- . que la Liste de médicaments assurés soit retenue comme liste de base, en vue de promouvoir l'utilisation de médicaments efficaces et sécuritaires au meilleur prix possible; qu'on ajoute à la Liste une section portant sur les médicaments coûteux ou controversés soumis à un processus de revue d'utilisation des médicaments;
- . que les mesures concernant les médicaments d'exception et le patient d'exception continuent de s'appliquer.

4. LES PRESCRIPTEURS ET LES DISPENSATEURS DE MÉDICAMENTS ET DE SERVICES PHARMACEUTIQUES

En ce qui concerne les professionnels qui offrent ces produits et services et le type d'endroits où ils sont offerts, les règles déjà prévues par le régime d'assurance maladie s'appliqueraient au nouveau régime :

- . Le prescripteur est un médecin, un dentiste, ou tout autre professionnel habilité à prescrire en vertu de la législation québécoise en vigueur;
- . Le dispensateur est un pharmacien membre de l'Ordre des pharmaciens du Québec et les médicaments remboursables sont offerts dans les pharmacies privées.

compétentes et qui sont habituellement vendus sur ordonnance. Ainsi, les produits généralement obtenus en vente libre, comme le sirop contre la toux, ne seraient pas remboursés. Les substances non commercialisées (médicaments d'urgence ou en investigation clinique) seraient également exclues, de même que tout produit dont la valeur thérapeutique n'a pas été établie ou dont la justesse du prix n'est pas confirmée par le Conseil consultatif de pharmacologie (CCP).

Les règles concernant les médicaments d'exception continueront de s'appliquer et ces derniers seront comptabilisés pour la franchise et la coassurance après autorisation préalable seulement. La procédure d'autorisation devra cependant être modifiée pour s'étendre à l'ensemble de la population. Rappelons que cette mesure provient d'un règlement de la Loi sur l'assurance maladie et qu'elle permet aux bénéficiaires du programme de médicaments d'obtenir, sous certaines conditions, des médicaments destinés à un usage thérapeutique particulier. Quant à la procédure s'appliquant au patient d'exception, elle prévoit le paiement de certains médicaments non inscrits sur la liste régulière, selon certaines modalités. Dans un régime universel, cette procédure ne s'adresserait qu'aux personnes qui ne peuvent s'acquitter des frais de médicaments reliés au traitement d'une maladie grave ou chronique. Elle ne concernerait donc que les personnes âgées de 65 ans et plus qui reçoivent le maximum du supplément de revenu garanti et les prestataires de la sécurité du revenu.

Une autre section regroupant des médicaments coûteux ou controversés pourrait être ajoutée à la liste régulière. Ces produits seraient soumis à un processus de revue d'utilisation. *

Le prix payable pour les médicaments inscrits à la Liste de médicaments assurés serait déterminé en conformité avec les méthodes qui y sont mentionnées et qui découlent des politiques gouvernementales.

Le groupe de travail recommande

que les règles déjà prévues par le régime d'assurance maladie s'appliquent au nouveau régime concernant les professionnels qui offrent les produits et services, ainsi que le type d'endroits où ils sont offerts.

5. LE FINANCEMENT DU RÉGIME

Plusieurs aspects touchant le financement du régime ont été examinés par le groupe de travail ministériel. Plus précisément, ses membres ont analysé les éléments suivants :

- . L'existence d'une contribution financière reliée à la consommation individuelle, les personnes concernées par cette contribution et la forme qu'elle pourrait prendre;
- . La problématique du financement général, la participation des acteurs concernés (gouvernement, employeurs et particuliers) et les modalités d'une contribution générale;
- . Le cadre financier d'un régime universel.

A. Les modalités d'une contribution financière reliée à la consommation individuelle

Bien que le fait de n'exiger aucune contribution individuelle présente certains avantages, comme une accessibilité indépendante de la capacité de payer et une administration moins

complexe, le groupe de travail estime que des considérations importantes justifient l'existence d'une contribution financière reliée à la consommation: ✓

- . L'impression de gratuité qu'inspirent, chez les consommateurs, les régimes n'exigeant aucune contribution (on ignore la valeur des produits et services obtenus);
- . Une plus grande responsabilisation des individus à l'égard de leurs habitudes de consommation de médicaments et de leur état de santé en général;
- . Un fardeau fiscal moins lourd pour l'ensemble des contribuables.

Dans la majorité des pays occidentaux et des provinces du Canada ayant instauré un programme d'assurance médicaments, une contribution financière des participants est exigée. Cette formule est également en vigueur dans la plupart des régimes privés d'assurance. En effet, les personnes assurées paient, en général, environ 20 % du total de leurs frais de médicaments sous forme de coassurance, de franchise ou en ne réclamant pas le remboursement de certaines dépenses.

Avant de déterminer la proportion que devraient payer les consommateurs de médicaments dans le cadre d'un régime universel, certains points doivent être considérés; les décisions à cet égard restent néanmoins une question d'appréciation :

- . Cette contribution doit demeurer complémentaire aux sources principales de financement afin de ne pas désavantager certains individus qui, par nécessité, consomment davantage (principes de l'équité et du risque «collectif»);

- Elle doit être suffisamment élevée (et non seulement symbolique) pour qu'on la considère comme une source complémentaire de financement du régime, tout en demeurant à un niveau acceptable pour la population.

a) Les individus touchés par cette contribution

La contribution financière liée à la consommation devrait être versée par l'ensemble des consommateurs de médicaments, à l'exception de certains groupes.

À propos des personnes âgées (exception faite de celles qui reçoivent le montant maximal du supplément de revenu garanti) et des bénéficiaires de la circulaire «Malades sur pied», le groupe de travail recommande qu'ils contribuent au régime au même titre que les autres assurés.

Les personnes âgées de 65 ans et plus paieront donc davantage pour leurs médicaments. Le statu quo serait difficilement justifiable du point de vue de l'équité si on considère que leurs dépenses pour les médicaments et les revenus dont ils disposent sont semblables à ceux d'autres groupes (par exemple, les 60-64 ans et les familles à faible revenu affectées par la maladie). Les membres du groupe de travail sont toutefois conscients que le fait d'exiger une contribution supérieure des personnes âgées pourrait être interprété, par ces dernières, comme une perte financière et un transfert de coûts.

Enfin, pour ce qui est des prestataires de la sécurité du revenu, le groupe de travail recommande qu'ils soient exemptés de la contribution liée à la consommation, tout comme les personnes âgées qui reçoivent le montant maximal du supplément de revenu garanti.

b) Les options

Le groupe de travail a analysé diverses formes de contributions reliées à la consommation, dont un frais fixe par ordonnance, une franchise et/ou une coassurance et l'impôt-médicaments (ou impôt-services). Les avantages et les inconvénients de ces options sont présentés à l'annexe 4.

Les options proposées devaient, dans la mesure du possible, démontrer un certain équilibre entre les critères suivants :

- . L'accessibilité;
- . La capacité de payer de l'État et des individus ou groupes concernés;
- . La simplicité des mesures;
- . La facilité d'application (administration).

Bien que l'option d'un frais fixe par ordonnance semble assez simple, elle n'incite pas les assurés à demander les médicaments les moins coûteux, puisque peu importe le coût du médicament, la contribution exigée demeure la même. De plus, cette option exige une adaptation continue si on veut maintenir sa valeur relative comme source de financement.

Pour ce qui est de l'impôt-médicaments, qui consiste à ajouter au revenu imposable des individus la somme de leurs dépenses annuelles pour les médicaments, il a pour conséquence d'imposer davantage les gens affectés par la maladie et il entraîne des coûts administratifs élevés.

Le groupe de travail recommande donc l'option d'un régime assorti d'une franchise, d'une coassurance et d'un plafond annuel pour la contribution individuelle.

La franchise est la part des dépenses assumée par les assurés, laquelle n'est pas remboursable. Au-delà du montant de la franchise, les frais sont remboursés selon les conditions du régime.

Dans le cas d'un régime ne comportant que la franchise comme forme de contribution des participants, le montant de la franchise devrait être augmenté régulièrement (en fonction de l'augmentation des dépenses remboursées) afin de maintenir les revenus. De plus, une fois la franchise payée, les participants pourraient se sentir moins concernés par leurs habitudes de consommation de médicaments et la valeur des produits consommés.

La coassurance implique habituellement le remboursement d'un pourcentage des dépenses, le reste étant à la charge des assurés. Elle comprend donc un élément incitatif en faveur de l'achat de médicaments moins dispendieux. Comparativement à l'option imposant des frais fixes par ordonnance, la coassurance ne nécessite pas d'adaptation continue, étant donné que les revenus provenant des contributions individuelles évoluent avec l'augmentation des dépenses.

* Afin d'éviter que la contribution de certains individus soit trop élevée par rapport à leur revenu, deux solutions ont été envisagées : le remboursement de la contribution en fonction du revenu et l'existence d'un plafond annuel de la contribution individuelle. Après avoir comparé les deux solutions sur le plan des aspects administratifs, de la facilité d'application et du rendement financier, le groupe de travail a retenu l'option d'un plafond annuel de la contribution. Au regard du rendement financier, les deux approches diffèrent peu.

Le plafond annuel présente en plus un avantage significatif par rapport aux régimes privés existants. En effet, un maximum annuel des dépenses à payer est fixé pour chaque personne,

ce qui assure une meilleure protection aux familles dont les dépenses engagées pour l'achat de médicaments sont élevées.

En se basant sur les données de l'année 1993, l'option proposée pourrait être assortie des conditions de contribution suivantes :

- Franchise annuelle : 50 \$ par adulte, aucune franchise pour les moins de 18 ans;
- Coassurance : les assurés paient 20 % des frais (médicaments et services pharmaceutiques) une fois le montant de la franchise atteint;
- Plafond annuel de la contribution : 250 \$ pour un adulte et 50 \$ pour les moins de 18 ans.

Selon ces conditions, la contribution totale reliée à la consommation des personnes assurées s'élèverait à 333 millions de dollars³ (soit près de 22 % des frais totaux de médicaments prescrits au Québec, évalués à 1,521 milliard de dollars en 1993).

	Dépenses en 1993	Contribution reliée à la consommation	
		Montant	%
PSR et maximum du SRG	237 M \$	0 M \$	0 %
Autres personnes âgées de 65 ans et plus (paient 34 M \$ actuellement)	484 M \$	97 M \$	20 %
Population en général (excluant les groupes précédents)	800 M \$	236 M \$	30 %
TOTAL	1 521 M \$	333 M \$	22 %

³ Cette contribution totale, sans l'existence du plafond proposé, serait d'environ 360 millions de dollars. Si, par exemple, on optait pour le remboursement de la contribution excédant 3 % du revenu des familles (à l'exception du premier 100 \$), la contribution totale serait alors d'environ 300 millions de dollars.

Finalement, les personnes qui n'ont aucune assurance médicaments sont celles qui bénéficieraient le plus d'un nouveau régime universel avec partage des coûts. Présentement, ces personnes paient la totalité de leurs médicaments, soit quelque 210 millions de dollars par année. En participant au régime proposé, leur contribution se chiffrerait à 62 millions de dollars. Comme nous l'avons déjà mentionné, parmi ces personnes se retrouvent celles qui sont les plus vulnérables devant les conséquences financières de la maladie.

B. Les modalités afférentes au financement général du régime public d'assurance médicaments

La contribution collective (financement de source fiscale) servirait à financer en majeure partie le régime public, alors que la contribution reliée à la consommation ne serait qu'une source complémentaire de financement. Le montant des dépenses «privées» (dépenses actuellement remboursées par les régimes privés et dépenses payées par les particuliers) qu'il faudrait dorénavant financer au moyen d'une contribution collective se chiffre à 501 millions de dollars en 1993 .

<u>Les dépenses (1993) :</u>		
- remboursées par les programmes publics	721 M \$	
- privées (payées par les régimes privés et les particuliers)	800 M \$	
TOTAL		1 521 M \$
<u>Le financement (1993) :</u>		
- contribution gouvernementale provenant du fonds consolidé :	687 M \$	
- contribution reliée à la consommation	333 M \$	
TOTAL		1 020 M \$
Solde à financer au moyen d'une contribution collective		501 M \$

L'annexe 5 comprend une description détaillée des options examinées en rapport avec la contribution reliée à la consommation. Les membres du groupe de travail considèrent que l'option proposée est la plus appropriée, principalement sur le plan de l'accessibilité et de l'équité.

c) Conséquences d'une nouvelle forme de partage des coûts pour la population

Les personnes âgées de 65 ans et plus (à l'exception de celles qui bénéficient du maximum du supplément de revenu garanti) contribueraient davantage pour obtenir leurs médicaments, soit 97 millions de dollars par année au lieu de 34 millions (annexe 6). En moyenne, la contribution personnelle augmenterait de 95 \$ par année.

Nous avons vu plus haut que ce changement est justifié sur le plan de l'équité. Il correspond à la tendance voulant que les personnes âgées contribuent au même titre que le reste de la population, à l'exception de celles dont le revenu est peu élevé. Cette volonté est d'ailleurs mise en pratique dans les régimes des autres provinces.

Pour les personnes assurées par des régimes collectifs privés, les conséquences varieront selon leur niveau de contribution actuel. Au total, elles paieraient une contribution annuelle plus élevée, soit 174 millions de dollars au lieu de 120 millions, mais pourraient profiter de l'avantage que représente le plafond annuel de la contribution. Cette hausse de contribution, qui représente en moyenne 19 \$ par participant, devrait pouvoir s'appliquer sans difficultés étant donné que ces personnes tirent un revenu de leur travail. De plus, le nouveau régime leur permettrait de conserver leur assurabilité, sans égard à la maladie ou au changement d'emploi, ce qui n'est pas le cas actuellement.

Le groupe de travail a étudié plusieurs aspects du financement général afin d'identifier les parties concernées et de déterminer la forme de leur participation au financement du nouveau régime. Il recommande que la contribution gouvernementale soit maintenue et que le solde des dépenses à financer au moyen d'une contribution collective provienne à la fois d'une contribution des employeurs et des particuliers. *

a) La contribution générale des employeurs

Les raisons suivantes motivent la participation des employeurs au financement du nouveau régime public d'assurance médicaments :

Cette contribution compenserait en totalité ou en partie le coût des avantages que plusieurs accordent présentement à leurs salariés;

Les employeurs participent actuellement au Fonds des services de santé selon un pourcentage de leur masse salariale. Leur contribution serait la contrepartie des avantages reliés à l'accès des employés au régime d'assurance médicaments, tout comme ils ont accès actuellement aux services de santé.

Quant à la forme que prendrait cette participation, le groupe recommande une contribution fixée en fonction de la masse salariale :

- Elle fluctuerait moins en fonction des cycles économiques qu'un impôt sur les bénéfices, par exemple, en période de récession;⁴

⁴ L'impôt sur les bénéfices est cependant neutre par rapport aux facteurs de production, contrairement à une cotisation en fonction de la masse salariale qui entraîne une plus grande contribution de la part des entreprises ayant un nombre élevé d'employés.

- Elle s'apparente davantage à une prime d'assurance privée, laquelle varie selon le nombre d'employés, qu'un impôt sur les bénéfices ou qu'une taxe sur le capital;
- Elle est de même nature que la contribution des employeurs au Fonds des services de santé.

La participation des employeurs au financement du régime public ne devrait toutefois pas avoir pour effet d'éliminer la contribution des particuliers.

Pour ce qui est du montant minimum de cette participation, il devrait équivaloir au montant total des primes que les employeurs paient actuellement pour une assurance médicaments (régimes privés); ce montant est évalué à près de 300 millions de dollars en 1993⁵, soit environ 60 % du solde devant être payé au moyen d'une contribution collective. Si on redistribuait cette somme à l'ensemble des employeurs du Québec, elle équivaldrait à une contribution de l'ordre de 0,4 % de la masse salariale totale, c'est-à-dire, environ 120 \$ par salarié⁶.

La contribution des employeurs deviendrait obligatoire et concernerait donc chacun d'entre eux, alors que présentement, leur participation à un régime d'assurance médicaments s'effectue sur une base volontaire.

⁵ Selon les données du ministère des Finances et du ministère de la Santé et des Services sociaux, on estime qu'en moyenne, les employeurs (secteurs privé et public) paient environ 65 % des primes d'assurance maladie complémentaires. Le montant de cette participation est difficile à préciser : aucune analyse ou enquête ne concerne l'ensemble des employeurs.

⁶ Pour une masse salariale de 80 milliards de dollars et un nombre de quelque 2,5 millions d'employés.

Le fait d'exiger la participation de l'ensemble des employeurs a pour conséquence d'augmenter la charge fiscale de ceux qui ne participent à aucun régime privé d'assurance médicaments et de ceux qui ne paient qu'une faible partie du coût de ces régimes.⁷

Plus le montant demandé aux employeurs sera important, plus cette réalité sera présente. Par ailleurs, les employeurs qui paient actuellement une partie importante du coût des régimes privés auxquels ils participent pourraient être avantagés par une contribution en fonction de la masse salariale. Les ministères responsables de l'application de cette mesure devraient donc examiner sérieusement les avantages d'une modulation de la contribution basée sur la masse salariale selon la taille de l'entreprise.

b) La contribution générale des particuliers

La contribution générale des particuliers prendrait la forme d'une cotisation spécifique correspondant à un pourcentage prélevé sur leur revenu. Par rapport à la prime fixe, une mesure aussi transparente, la contribution collective liée au revenu a l'avantage de tenir compte de la capacité de payer de chacun. En ce sens, elle est plus progressive tout en demeurant facile à percevoir.

Si les employeurs contribuent pour un montant équivalant à leur quote-part actuelle (300 millions de dollars, soit environ 60 % du solde des dépenses à payer), il resterait une somme d'environ 200 millions de dollars à financer au moyen de la contribution des particuliers. Cette contribution représenterait, en moyenne, 0,2 % du revenu imposable de l'ensemble des particuliers, ou l'équivalent d'une surtaxe d'impôt d'environ 1,5 %.

⁷ Les employeurs des secteurs public et parapublic contribueraient davantage, puisque leur contribution actuelle n'est évaluée qu'à environ 0,1 % de la masse salariale.

Le tableau suivant montre l'impôt supplémentaire que paieraient une personne seule et une famille avec deux enfants (estimation basée sur les règles fiscales de l'année 1993) :

REVENU FAMILIAL	IMPÔT SUPPLÉMENTAIRE À PAYER	
	Personne seule	Couple et deux enfants
20 000 \$	40 \$	moins de 10 \$
30 000 \$	70 \$	40 \$
40 000 \$	105 \$	75 \$
60 000 \$	175 \$	145 \$
80 000 \$	250 \$	215 \$

c) Effets de la contribution collective au financement du régime public d'assurance médicaments pour la population, les employeurs et le gouvernement :

1° Pour la population

Les prestataires de la sécurité du revenu, de même que les personnes âgées qui reçoivent le maximum du supplément de revenu garanti seraient exemptés de la contribution collective étant donné leur faible niveau de revenu. Quant aux autres personnes âgées, elles contribueraient en fonction de leur revenu selon les montants présentés ci-dessus.

Quoiqu'on puisse difficilement en préciser le montant, la contribution des personnes assurées par les régimes privés au financement général devrait être, dans l'ensemble, inférieure à leur quote-part actuelle. Ces personnes seront touchées différemment, suivant les caractéristiques des régimes auxquels elles participent :

Si l'employeur paie la totalité des primes, les personnes assurées contribueraient dorénavant selon les montants présentés plus haut;

. Si les personnes assurées paient une partie importante des primes, leur contribution pourrait être inférieure à leur quote-part actuelle, selon leur revenu et le pourcentage des primes payés.

D'autre part, au Québec, la portion des primes assumée par l'employeur est ajoutée au revenu des employés et assujettie à l'impôt⁸. Dans le cadre d'un nouveau régime public, les employés n'auraient plus à payer cet impôt.

Nous avons vu que certains groupes de personnes qui n'ont aucune assurance médicaments vivent dans des conditions précaires. En conséquence, seules celles qui ont des revenus imposables contribueraient au financement du régime. Ces dernières seraient tout de même avantagées en général puisqu'elles déboursent actuellement pour la totalité de leurs médicaments.

2° Pour les employeurs

Plusieurs entreprises offrent à leurs employés des régimes complémentaires d'assurance maladie incluant les médicaments. Par contre, certains employeurs n'offrent aucun de ces régimes.

Si, tel que le propose le groupe de travail, la contribution des employeurs au régime universel est obligatoire, les entreprises qui offrent un régime complémentaire d'assurance maladie paieraient en général une quote-part moins élevée dans le cadre du nouveau régime : une grande partie des dépenses relatives aux médicaments serait couverte par le régime public. Cependant, les employeurs qui n'offrent pas un tel régime, par exemple,

⁸ Par contre, cette quote-part s'additionne aux dépenses couvertes par le crédit d'impôt non remboursable pour frais médicaux.

les petites et moyennes entreprises, devraient dorénavant contribuer au régime public. Avec une modulation de la contribution en fonction de l'importance de la masse salariale des entreprises, les conséquences pour les petites et moyennes entreprises seraient moins considérables.

3° Pour le gouvernement

Le gouvernement du Québec débourse quelque 687 millions de dollars (1993) pour les programmes administrés par la RAMQ (en particulier ceux qui s'adressent aux prestataires de la sécurité du revenu et aux personnes âgées de 65 ans et plus). Cette contribution gouvernementale provenant du fonds consolidé⁹ devrait se maintenir. Le gouvernement devra percevoir le solde de 501 millions de dollars auprès des employeurs et des particuliers. Ce montant est présentement versé par les assureurs privés et les consommateurs.

D'autres conséquences découlent du financement général du régime proposé. Ainsi, la part présentement payée par les employeurs ne serait plus imposable et le gouvernement ne pourrait plus percevoir les différentes taxes sur la valeur des primes payées pour les médicaments.

Toutefois, il faut préciser que les dépenses pour l'achat de médicaments sont comprises dans les frais couverts par le crédit d'impôt pour frais médicaux. Les effets de cette mesure devraient être examinés.

Les membres du groupe de travail sont conscients des effets sur la fiscalité et la taxation, lesquels devront être considérés dans l'analyse globale du gouvernement.

⁹ Les dépenses concernant les prestataires de la sécurité du revenu font toutefois l'objet d'un partage avec le gouvernement fédéral.

Au reste, le risque d'accroître, avec le temps, les charges du gouvernement provient plus du rythme de croissance des frais de médicaments que des éléments soulevés précédemment. C'est pourquoi le groupe de travail accorde une importance primordiale à l'existence d'un cadre précis pour le nouveau régime.

Le tableau 4 résume les conséquences des différentes formes de contribution, reliée à la consommation et générale, pour chaque partie concernée.

TABEAU 4
SYNTHÈSE DES EFFETS RELATIFS AUX FORMES DE CONTRIBUTION PROPOSÉES (estimation 1993)

POPULATION			Contribution (M \$)					
			Particuliers				Employeurs	Gouvernement
			reliée à la consommation		générale		actuelle	actuelle
actuelle	proposée	actuelle	proposée					
65 ans et plus								
Maximum du supplément de revenu garanti	65 000	53	0	0	0	0		53
Autres	745 000	484	34	97 ^a	0	18 ^a (impôt +)		450
Moins de 65 ans								
Prestataires de la sécurité du revenu	720 000	184	0	0	0	0		184
Population assurée (régimes collectifs privés)	4 170 000	590	120	174 ^b	165 (primes)	134 ^c (impôt +)	300 ^d (primes)	
Population non assurée	1 500 000	210	210	62 ^e	0	48 ^e (impôt +)		
TOTAL	7 200 000	1 521	364	333	165	200	300	687

- a. Selon un principe d'équité, les personnes âgées de 65 ans et plus contribueraient selon les mêmes paramètres que la population en général, ce qui représenterait une hausse annuelle moyenne de 95 \$ par personne.
- b. Bien que dans l'ensemble, la population actuellement assurée contribuerait davantage, ses revenus de travail lui permettraient d'absorber la contribution supplémentaire, soit en moyenne 19 \$ de plus par participant. Quant aux personnes qui consomment davantage de médicaments, elles pourraient être avantagées par l'existence d'un plafond de contribution.
- c. Les personnes non assurées n'auraient plus à payer la totalité de leurs médicaments. Elles contribueraient selon les paramètres proposés. Ce groupe, parmi lequel se retrouvent plusieurs individus dont les conditions sont précaires, bénéficiera grandement d'un régime universel d'assurance médicaments.
- d. Estimation basée sur le fait que les personnes âgées de 65 ans et plus assument près de 9 % du total de l'impôt à payer au Québec. (Source: Portrait de la fiscalité des particuliers au Québec, 1992).
- e. La contribution générale a été distribuée au prorata du nombre de personnes assurées et non assurées. Cette méthode suppose que les deux groupes ont des revenus semblables. Or, il est très probable qu'en réalité les personnes non assurées aient des revenus moindres (ex.: les chômeurs) et paient une somme inférieure à 48 M \$. Par conséquent, les personnes assurées devraient contribuer davantage, sans toutefois que cette contribution n'excède leur quote-part actuelle.
- f. La somme de 300 M \$ étant distribuée à l'ensemble des employeurs, ceux qui offrent des régimes d'assurance privés pourraient être avantagés, tandis que ceux qui n'offrent aucun régime ou qui ne paient qu'une faible proportion de la prime verraient leur charge augmenter.

C. Le cadre financier

Diverses options en rapport avec le cadre financier du régime ont été l'objet d'une analyse par le groupe de travail, dont une gestion financière entièrement intégrée aux programmes gouvernementaux (comme le programme de médicaments pour les personnes âgées), la création d'une caisse d'assurance médicaments autonome (comme la CSST) et la création d'un fonds distinct. C'est cette dernière option qu'a retenue le groupe de travail.

Comparativement à l'option d'une gestion intégrée aux programmes gouvernementaux, moins transparente sur le plan de l'équilibre financier propre au régime d'assurance médicaments, la création d'un fonds distinct permettrait d'identifier l'ensemble des revenus et dépenses relatifs au régime. Également, il serait plus facile d'assortir le régime d'une obligation d'équilibre budgétaire.

Les revenus du régime universel devraient lui être spécifiques, donc distincts des revenus généraux de l'État. Quatre principales sources de revenu peuvent dès maintenant être envisagées :

Une contribution gouvernementale qui équivaldrait au coût des programmes actuels pour les personnes âgées et les prestataires de la sécurité du revenu. Dès l'établissement du fonds, il faudrait préciser les critères déterminant l'évolution du montant de cette contribution, comme l'inflation et l'augmentation du nombre de bénéficiaires, afin de planifier les revenus supplémentaires;

La contribution des employeurs, pour laquelle des règles d'évolution seraient également définies;

La contribution des particuliers prélevée sur le revenu, laquelle devrait être propre au régime d'assurance médicaments. De cette façon, elle ne serait pas perçue par la population comme une mesure fiscale destinée à résoudre les problèmes budgétaires du gouvernement. Cette contribution évoluera aussi en fonction de règles précises;

La contribution liée à la consommation individuelle.

✕ Pour ce qui est des dépenses, il importerait d'en contenir la croissance à l'aide de règles préétablies impliquant une gestion des dépenses et une révision continue des produits et services remboursables.

L'intérêt principal de la création d'un fonds distinct réside dans sa transparence. La population pourra constater les décisions qui auront été prises relativement à la hausse de la contribution collective, la hausse des contributions liées à la consommation et la modification des produits et services visés par le régime.

L'établissement d'un fonds distinct exigerait cependant une modification de la comptabilité gouvernementale et créerait un précédent. Elle pourrait, par exemple, limiter le transfert de ressources entre différents programmes de santé ou entre d'autres programmes.

Bien que l'existence d'un tel fonds ne soit pas habituelle dans les régimes d'assurance médicaments, l'état actuel des finances publiques au Québec est un incitatif important en faveur de sa création.

D. L'évolution du régime

Toutes les données présentées dans ce document se rapportent à l'année 1993. Une projection de l'évolution de ces données a été effectuée jusqu'en 1997 afin que l'on puisse avoir une idée de la valeur des nombres et des montants lors de la mise en place du régime.

Il a été mentionné dans la section portant sur le financement général que les frais totaux de médicaments en 1993 sont de 1,521 milliard de dollars (dépenses remboursées par les régimes privés, dépenses remboursées par le programme public d'assurance médicaments et autres dépenses des particuliers non couvertes par ces régimes).

En ce qui concerne les dépenses actuellement couvertes par le programme public, les données de 1994 ont été utilisées (les données préliminaires indiquent un coût de 764 millions de dollars, soit une augmentation de 6 %) et la croissance du coût pour les années ultérieures a été projetée à un taux de 10 % par année. Quant aux dépenses du reste de la population, non touchée par le programme public actuel, un taux de croissance de 10 % par année a été appliqué à partir de 1993. Ce taux de 10 % a été fixé à partir de l'augmentation moyenne des frais de médicaments prescrits en milieu communautaire au cours des cinq dernières années (1988-1993). Le tableau 5 présente l'évolution des projections.

Tableau 5

Évolution du coût et des paramètres du régime d'assurance médicaments

Dépenses en médicaments prescrits	1993	1994	1995	1996	1997
Programmes (RAMQ) (M \$)	720.8	764.0	840.4	924.4	1,016.9
Population en général (M \$)	800.5	880.6	968.6	1,065.5	1,172.0
TOTAL (M \$)	1,521.3	1,644.6	1,809.0	1,989.9	2,188.9
Augmentation	---	8.1 %	10.0 %	10.0 %	10.0 %

Financement du régime d'assurance médicaments

Gouvernement (M \$)	687.0	726.9	799.6	879.5	967.5
Consommateurs (M \$)	333.0	366.3	402.9	443.2	487.5
Employeurs (M \$)	300.0	330.0	363.0	399.3	439.2
Particuliers (M \$)	201.3	221.4	243.6	267.9	294.7
TOTAL (M \$)	1,521.3	1,644.6	1,809.1	1,990.0	2,189.0

Paramètres du régime

Franchise (\$)	50	55	61	67	73
Coassurance	20 %	20 %	20 %	20 %	20 %
Plafond de contribution (\$)	250	275	303	333	366

Coût moyen par employé, payé par les employeurs (\$)	120	132	145	160	176
--	-----	-----	-----	-----	-----

Coût par participant (\$)	291	320	352	387	426
Coût à la charge des participants (\$)	64	70	77	85	94
Coût à la charge du régime (\$)	227	250	275	302	332

Le taux de 10 % par année n'a pas été distribué à chacune des composantes responsables de la croissance du coût (accroissement de la population, augmentation de la consommation de médicaments, hausse du prix des médicaments et substitution de produits par d'autres plus dispendieux); il s'agit d'un taux unique englobant l'ensemble de ces facteurs. Seules des études plus approfondies permettraient d'isoler chaque composante et de les faire évoluer dans le temps. Ces données s'obtiennent facilement pour le programme d'assurance médicaments public actuel et il est plus aisé de les projeter; par contre, il apparaît beaucoup moins évident de trouver et de projeter ces données pour le reste de la population.

D'après les projections effectuées, les frais totaux de médicaments au Québec atteindraient 2,189 milliards de dollars en 1997, comparativement à 1,521 milliard en 1993. Le financement du nouveau régime, tel qu'il a été présenté auparavant, conserve la même répartition en 1997 que celle proposée d'après les données de l'année en 1993, soit :

Part actuelle du gouvernement :	45 %
Consommateurs (contribution reliée à la consommation) :	22 %
Contribution générale des employeurs :	20 %
Contribution générale des particuliers :	13 %

La contribution reliée à la consommation, provenant des sommes versées pour la franchise et la coassurance, demeurera à 22 % à l'unique condition que les modalités du régime (franchise et plafond annuel de contribution) évoluent au même rythme que les frais de médicaments. Le montant de la franchise et celui du plafond annuel de contribution doivent donc croître au taux de 10 % par année (selon les projections) pour que la part des consommateurs demeure à 22 % du coût du régime. Suivant ce taux de croissance, la franchise passerait de 50 \$ en 1993 à près de 73 \$ en 1997 et le plafond annuel serait de 366 \$ en 1997, comparativement à 250 \$ en 1993. Si ces paramètres n'évoluent pas en

fonction du taux de croissance des frais couverts par le régime, la part de financement des consommateurs diminuera et celle des autres (gouvernement, particuliers, employeurs) devra augmenter pour compenser cette perte de revenus.

Par exemple, si en 1997 la franchise et le plafond de contribution étaient toujours fixés respectivement à 50 \$ et 250 \$, la part de financement des consommateurs (22 %) diminuerait jusqu'à près de 16 %. Il importe donc de penser à un mécanisme d'indexation de ces paramètres pour voir à ce que les revenus suffisent à financer le régime. De plus, il apparaît essentiel de contrôler efficacement la croissance des frais couverts pour ne pas alourdir continuellement la part des sources de financement. *

Les chiffres présentés au tableau 5 illustrent l'évolution de certains coûts. Ainsi, le coût moyen qu'un employeur devrait payer pour chaque employé augmentera de 56 \$ en 1997 (de 120 \$ en 1993 à 176 \$ en 1997). Le coût moyen du régime par participant passera de 291 \$ à 426 \$. La part moyenne assumée par le participant s'élèvera à 94 \$ en 1997, comparative-ment à 64 \$ en 1993. Enfin, les frais moyens par participant remboursés par le régime seront de 332 \$ au lieu de 227 \$ pour la même période.

Le groupe de travail recommande

- ✓ qu'une contribution financière liée à la consommation soit versée par l'ensemble des consommateurs de médicaments, à l'exception des personnes démunies (prestataires de la sécurité du revenu et personnes âgées de 65 ans et plus recevant le maximum du SRG);
- qu'aucune contribution liée à la consommation ne soit exigée pour le traitement des maladies transmissibles sexuellement (MTS), certains programmes publics de vaccination et la fourniture de produits sanguins;
- ✓ que le niveau de la contribution liée à la consommation soit déterminé de façon à demeurer complémentaire au financement général;
- que l'option comportant une franchise, une coassurance et un plafond annuel pour la contribution individuelle soit retenue. En se basant sur les données de 1993, les conditions de contribution proposées sont :
 - une franchise annuelle de 50 \$ par adulte; aucune franchise pour les moins de 18 ans;
 - une fois le montant de la franchise atteint, une contribution des consommateurs (coassurance) équivalant à 20 % des frais pour les médicaments et les services pharmaceutiques;
 - un plafond annuel de contribution fixé à 250 \$ par adulte et à 50 \$ pour les moins de 18 ans;
- ✓ qu'une contribution générale (financement de source fiscale) serve à financer en majeure partie le régime public;

Le groupe de travail recommande (suite)

- . que soit maintenue la contribution actuelle du gouvernement pour les programmes de médicaments et de services pharmaceutiques de la RAMQ et que le solde des dépenses à financer au moyen d'une contribution collective provienne à la fois d'une contribution des employeurs et des particuliers;
- . que la contribution des employeurs soit au moins équivalente à leur quote-part actuelle (régimes d'avantages sociaux pour les médicaments); que cette contribution soit obligatoire et prenne la forme d'une cotisation modulée, si possible, en fonction de l'importance de la masse salariale;
- . que les particuliers contribuent au financement général par l'intermédiaire d'une cotisation spécifique correspondant à un pourcentage prélevé sur leur revenu;
- . qu'un mécanisme d'indexation des paramètres du régime soit mis en vigueur;
- . qu'un fonds distinct soit établi dans un but de transparence et afin de faciliter l'introduction d'une obligation d'équilibre budgétaire.

6. L'ADMINISTRATION DU RÉGIME

A. Les responsabilités

Le ministre de la Santé et des Services sociaux assumera l'entière responsabilité de l'administration générale du régime. Cette responsabilité englobe la gestion stratégique, la

définition des orientations et l'harmonisation des composantes du régime, quel que soit leur niveau de réalisation (ministère, Conseil consultatif de pharmacologie, gestionnaire des opérations).

D'autre part, les responsabilités confiées à l'organisme gestionnaire devraient être précisées dès le départ. Elles comprendraient notamment :

- . la gestion du fonds distinct (les méthodes de perception existantes seraient utilisées);
- . les fonctions relatives au paiement, la participation à la négociation des ententes avec les professionnels;
- ✓ . le suivi, le contrôle et l'évaluation du régime;
- . la collaboration pour l'application de mesures d'efficience visant l'utilisation optimale des médicaments au meilleur coût possible.

Actuellement, la Régie de l'assurance maladie est responsable des fonctions rattachées au paiement et au suivi pour le programme de médicaments. De par sa mission et en raison des ressources informationnelles et humaines dont elle dispose, la RAMQ est en bonne position pour administrer un programme universel d'assurance médicaments. Le fait d'étendre la protection à l'ensemble de la population impliquera cependant certaines modifications législatives et administratives.

B. La technologie

Dans le contexte d'un nouveau régime concernant la population en général, l'utilisation d'un système interactif de traitement des données est essentiel pour les activités se rapportant au paiement et au contrôle. La participation de partenaires du secteur privé pourrait s'avérer nécessaire.

Les systèmes interactifs de communication permettent aux utilisateurs de traiter immédiatement les données et les connaissances qu'ils détiennent, de les échanger ou de communiquer entre eux et d'accéder à des banques de données pour compléter l'information requise.

C. Une gestion publique avec participation du secteur privé

À l'instar d'autres provinces, la gestion entière du régime universel d'assurance médicaments pourrait être confiée au secteur public (ex. : en Saskatchewan) ou au secteur privé (ex. : au Nouveau-Brunswick). S'inspirant des modes actuels de gestion de programmes et selon la recommandation de la RAMQ, la formule suivante peut être envisagée : la gestion du régime demeurerait de responsabilité publique mais certains acteurs du secteur privé y participeraient, notamment ceux qui ont contribué au bon fonctionnement du programme actuel (agences de gestion privées). La proposition de la Régie est exposée de façon plus détaillée à l'annexe 7.

Selon le modèle de gestion proposé par la RAMQ, les agences de gestion privées et les producteurs de logiciels pharmaceutiques continueraient de participer à l'administration dans le cadre du nouveau régime. La Régie s'adjoindrait un transporteur pour l'échange de données avec les pharmacies et les agences de gestion. En collaboration avec des experts, la RAMQ incluerait aux données du système interactif des avis thérapeutiques ainsi que des alertes. Également, le système serait utilisé pour signifier une autorisation ou un refus de paiement. Par exemple, après avoir reçu certaines recommandations d'un comité autonome de revue d'utilisation des médicaments, la Régie pourrait les mettre en application et ainsi contribuer concrètement à une utilisation optimale des médicaments, ce dans les limites des enveloppes budgétaires.

D. Le coût de l'implantation et de la mise en oeuvre

L'évaluation du coût rattaché à l'implantation et à la mise en oeuvre du régime tient compte de l'utilisation de systèmes interactifs et de l'intervention d'un réseau de partenaires des secteurs public et privé pour la réorganisation du régime et des processus afférents.

La Régie propose qu'on maintienne l'utilisation de la carte d'assurance maladie, le format de l'ordonnance (sur papier ou verbale), les ententes actuelles avec les professionnels de la santé ainsi que les règles et modalités de paiement en vigueur. Le traitement immédiat des réclamations, à l'aide du fichier historique des bénéficiaires, permettrait une vérification instantanée des modalités de paiement qui s'appliquent. Également, la Régie prévoit normaliser les échanges de données en fonction d'exigences de confidentialité et de qualité des logiciels utilisés; elle fera appel aux services d'un seul transporteur privé spécialisé dans ce domaine.

L'évaluation des coûts repose sur ces critères de même que sur certaines hypothèses en rapport avec les ressources et le financement, à savoir :

. La RAMQ peut compter sur les ressources humaines, matérielles et financières présentement affectées au développement, à l'application et au contrôle des programmes de médicaments qu'elle administre. Ces ressources pourront être réorganisées et réparties en fonction du nouveau régime;

. La RAMQ peut utiliser les équipements technologiques et les systèmes d'information en cours d'installation ou d'acquisition (équipements et systèmes achetés pour d'autres dossiers majeurs);

 . La RAMQ maintient le statu quo en ce qui a trait au financement, par les pharmaciens propriétaires, des frais de transmission de données pour le traitement des réclamations.

En considération de ce qui précède, le coût prévu de l'instauration et de la mise en oeuvre du régime public se situerait entre 8 et 15 millions de dollars. Cette somme serait principalement répartie entre les activités suivantes :

. La conception et l'implantation de nouveaux mécanismes administratifs et des systèmes informatiques nécessaires;



- . Le choix du transporteur (pour l'échange de données) et du fournisseur pour les équipements technologiques;
- . L'adaptation des processus administratifs et des systèmes informatiques existants;
- . Les activités de communication (publicité, information aux participants, aux pharmaciens et aux prescripteurs, etc.).

Quant au coût d'opération, on l'évalue à près de 2,5 millions de dollars annuellement. Ce coût concerne essentiellement les équipements additionnels devant permettre le traitement en temps réel des réclamations soumises par les pharmaciens.

Les sommes correspondantes à ces coûts s'ajouteraient à l'enveloppe budgétaire régulière de la RAMQ. Cependant, ces chiffres sont préliminaires et ne constituent qu'un ordre de grandeur par rapport aux coûts réels pressentis. Une analyse plus détaillée pourra être produite le cas échéant.

E. Le rôle des assureurs privés

Dans l'éventualité où l'administration du régime serait confiée à la RAMQ, les régimes d'assurance privés pourraient offrir une protection complémentaire pour les dépenses non remboursées par le régime. Cependant, l'assurance médicaments est une activité importante de l'assurance collective et les conséquences économiques (non précisées) d'un nouveau régime doivent être considérées.

* D'autre part, il serait souhaitable que les assureurs privés soumettent une proposition pour mettre en parallèle les modes de gestion possibles (privés et publics).

Le groupe de travail recommande

- . que les responsabilités relativement à l'administration du régime soient clairement définies, de même que celles qui seront confiées à l'organisme gestionnaire du régime;
- . que la structure de gestion mise en place soit la plus souple possible, que les ressources publiques et privées soient utilisées efficacement et qu'à cette fin, les paramètres proposés par la RAMQ servent de base;
- . qu'un système interactif d'accès direct soit disponible afin de faciliter les transactions et les contrôles;
- . outre la proposition de la RAMQ, qu'une proposition des assureurs du secteur privé soit obtenue en vue de compléter la présente analyse.

7. LES ASPECTS LÉGAUX

A. La législation

Un amendement à la Loi sur l'assurance maladie du Québec et à son règlement d'application permettrait à un éventuel régime d'assurance médicaments de s'harmoniser avec l'ensemble des règles afférentes aux services médicaux actuels.

Une autre possibilité serait qu'une loi distincte régitte le nouveau régime; les dispositions s'appliqueraient à sa définition, à sa gestion, au financement, aux modalités de contribution, et, le cas échéant, au partage des rôles entre les secteurs public et privé.

Le choix de l'une ou l'autre de ces options implique des décisions et des actions de la part des autorités concernées. Dans les deux cas, il faudra s'assurer de la concordance avec les autres lois et règlements en vigueur.

B. La Liste de médicaments assurés

Le cadre légal et administratif régissant la Liste de médicaments assurés n'aurait pas à être modifié, tout comme les fonctions du Conseil consultatif de pharmacologie. Le CCP conseille le Ministre relativement à la mise à jour de la Liste et lui fournit des avis sur la valeur thérapeutique de chaque médicament et la justesse des prix exigés. Le Ministre devra continuer de reconnaître les fabricants et les grossistes en médicaments, et le concept du prix de vente garanti servira à déterminer le prix des médicaments au Québec.

L'engagement du fabricant l'oblige à soumettre un prix de vente garanti par format pour tout médicament qu'il souhaite faire inscrire sur la Liste. Ce prix doit être inférieur ou égal au prix de vente consenti par le fabricant (pour le même médicament) dans les autres programmes provinciaux d'assurance médicaments. De plus, ce prix est le même pour les pharmaciens et les grossistes, et il reste en vigueur pour toute la durée de validité de la Liste.

Le groupe de travail recommande

- . que le cadre légal du régime universel de base d'assurance médicaments s'harmonise avec celui des services de santé actuels;
- . que soit conservé le cadre légal et administratif régissant la Liste de médicaments assurés;
- . que les méthodes de définition du prix payable restent en vigueur.

Handwritten signature or mark

III. CONTRÔLE DU COÛT ET DE LA QUALITÉ DE LA PHARMACOTHÉRAPIE

Aucun système de santé ne peut répondre à tous les besoins exprimés par la population ou reconnus socialement, la demande étant illimitée. C'est pourquoi des mesures visant à contrôler l'offre ou la demande de services sont appliquées et aujourd'hui, la nécessité de rationaliser les dépenses de santé publiques et privées est généralement admise. Cette orientation ne découle pas seulement de la volonté de réduire le déficit budgétaire; elle provient d'une nouvelle façon d'envisager le rôle des services de santé dans l'amélioration de la santé et du bien-être d'une population. En effet, les résultats souhaités en matière de santé et de bien-être dépendent également de déterminants comme les habitudes de vie, les conditions socio-économiques, etc.

Cette constatation motive la recherche de l'efficacité dans l'allocation des ressources, les services offerts ne pouvant à eux seuls améliorer l'état de santé des individus.

Le contrôle des coûts de la pharmacothérapie est à la fois crucial et complexe. Au cours de la dernière décennie, les dépenses pharmaceutiques ont crû beaucoup plus rapidement que l'ensemble des dépenses de santé et leur rythme de croissance au Canada s'est révélé supérieur à celui des autres pays occidentaux. Dans ces conditions, le groupe de travail estime qu'on ne peut établir un régime universel d'assurance médicaments au Québec sans modifier les règles du jeu actuelles. Un nouveau régime deviendrait rapidement non viable, d'autant plus que la croissance des dépenses pharmaceutiques est déjà inquiétante sans l'existence d'un tel régime.

Par ailleurs, on ne peut passer sous silence la difficulté de concilier les objectifs gouvernementaux de développement industriel avec la recherche de l'efficacité du système de santé. En effet, le contrôle des dépenses pharmaceutiques entraîne des conséquences pour l'industrie pharmaceutique. Étant donné que la mise en place d'un régime universel d'assurance médicaments ne suppose qu'un seul agent payeur (le gouvernement) les aspects conflictuels risquent d'émerger plus rapidement.

Tous les gouvernements sont confrontés à de tels choix et tentent de concilier le développement économique et de l'emploi avec l'efficacité, la qualité et l'équité des programmes de santé. Dans

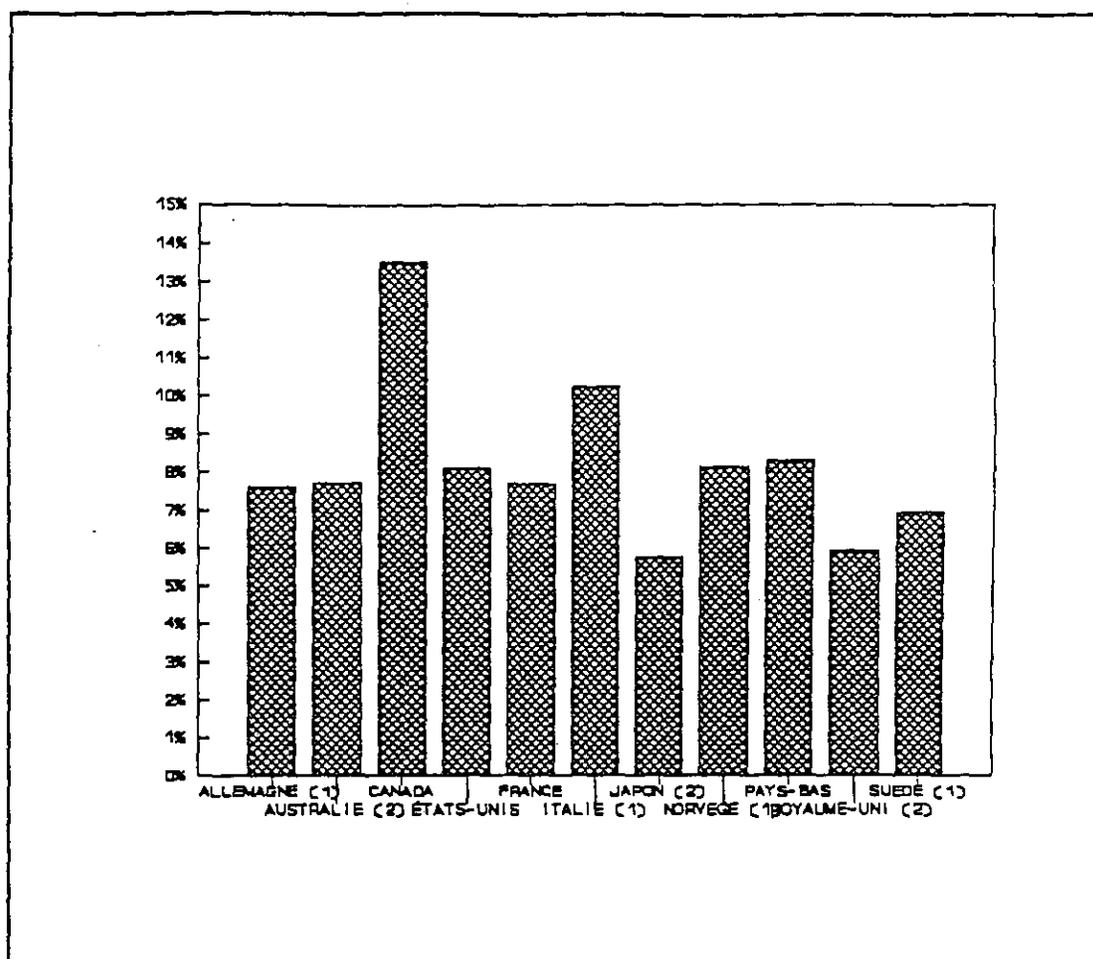
le cas de l'assurance médicaments, l'objectif de rendre les produits et services accessibles au meilleur coût justifie qu'on s'oriente vers une gestion qui soit la plus efficiente possible.

1. ÉTAT DE LA SITUATION

Comme nous l'avons mentionné auparavant, l'augmentation des dépenses *per capita* (graphique 2) et du prix des produits pharmaceutiques (graphique 3) a été plus grande au Canada que dans les autres pays développés au cours des années 1980. On ne dispose pas de données plus récentes et spécifiques au Québec. Cependant, il est possible que la différence soit encore plus notable actuellement en raison des nombreuses mesures draconiennes imposées en Europe au cours des dernières années. Également, d'après les données consultées, les médicaments représentent le seul élément du système de santé canadien pour lequel la comparaison avec le système américain ne présente aucun avantage; cette situation est sans doute influencée par le caractère privé et la multiplicité des agents payeurs dans les deux cas.

Graphique 2

Variation annuelle moyenne des dépenses *per capita* pour les médicaments, avec ou sans ordonnance, différents pays de l'OCDE, 1982-1991



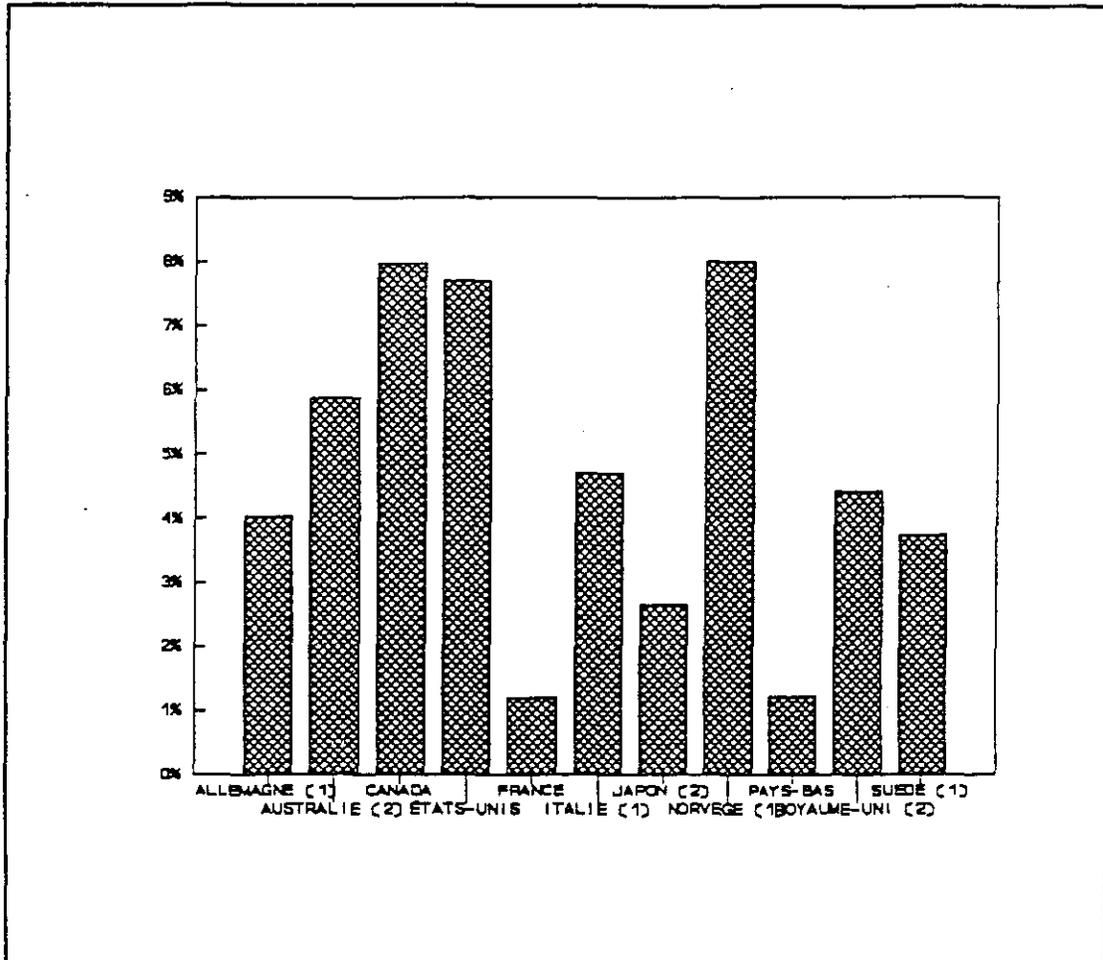
(1) 1982 à 1990

(2) 1982 à 1989

Source : OCDE, Éco-Santé, version 1.5, 1993.

Graphique 3

Variation annuelle moyenne du prix des médicaments, avec ou sans ordonnance, différents pays de l'OCDE, 1982-1991



(1) 1982 à 1990

(2) 1982 à 1989

Source : OCDE, Éco-Santé, version 1.5, 1993.

La régulation des coûts peut s'effectuer à l'étape de la production, de la mise en marché de la prescription, de la distribution et de la consommation des médicaments. Un contrôle insuffisant à chacune de ces étapes affecte ultimement la demande et restreint l'accessibilité.

La connaissance des causes de la croissance actuelle des coûts au Canada permet d'élaborer dès maintenant des solutions pour l'avenir. À partir d'études réalisées et de documents publiés à ce sujet, le groupe de travail a dégagé un certain nombre de constats généraux :

Le coût du programme de médicaments et de services pharmaceutiques de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) a connu une croissance annuelle moyenne de 15 % depuis 1983; il a quadruplé au cours de la décennie (1983-1993). Plusieurs mesures adoptées depuis 1992 ont contribué à réduire sensiblement ce taux de croissance, mais leur effet en ce sens devrait s'avérer moins important à moyen terme, compte tenu de la capacité d'adaptation des parties concernées. La contribution de 2 \$ par ordonnance pour la majorité des personnes âgées à partir de mai 1992, les nouvelles méthodes de fixation des prix* et l'application de limites concernant la hausse des prix sont des exemples de ces mesures.

Selon les statistiques publiées par la RAMQ, c'est le coût moyen des médicaments (et non le coût des services pharmaceutiques ou l'augmentation du nombre d'ordonnances) qui a crû le plus rapidement entre 1983 et 1992, soit en moyenne de 10 % par an. Le coût moyen des médicaments dépend non seulement de leur prix, mais surtout du type de produits consommés. De plus, si les dépenses de consommation pour les médicaments comprennent davantage de produits onéreux, le coût moyen de l'ensemble des produits sera plus élevé, même si le prix unitaire ne change pas.

- * Prix de vente garanti en janvier 1993, remboursement au prix le plus bas (PPB) pour une partie des produits visés en janvier 1994.

D'après diverses sources, la consommation de nouveaux médicaments plus dispendieux est le principal facteur de l'augmentation du coût. Les résultats de la dernière étude réalisée par la compagnie Green Shield¹³ corroborent cette affirmation. Ils démontrent que la hausse du coût moyen des médicaments prescrits entre 1987 et 1993 (hausse de 93 % comparativement à 23,1 % pour l'indice des prix à la consommation) est d'abord attribuable (à plus de 50 %) aux nouveaux médicaments apparus depuis 1988, puis à la hausse du prix des médicaments sur le marché avant 1988 (pour le tiers) et enfin à la quantité plus grande de médicaments par réclamation (15 % de la hausse).

Toujours selon cette étude, les médicaments introduits sur le marché canadien après 1988 sont l'objet, en 1993, de 49 % des sommes remboursées par cette entreprise et de 27 % des réclamations. Ce résultat met en évidence l'impact économique de l'arrivée de nouveaux médicaments et la rapidité avec laquelle ils sont adoptés par les prescripteurs. D'autres études concernant des régimes d'assurance différents démontrent la grande instabilité du marché et l'influence économique majeure d'un petit nombre de nouveaux produits pharmaceutiques¹⁴. Enfin, l'utilisation intense de nouveaux produits et leur prix de lancement élevé¹⁵ au Canada comparativement à d'autres pays exercent une forte pression sur les coûts.

2. UNE ENVELOPPE GLOBALE CONTRÔLÉE

Le groupe de travail a examiné la possibilité d'instaurer une «enveloppe globale contrôlée» en fonction de laquelle une limite des dépenses pour les produits pharmaceutiques serait déterminée à l'avance. Toutes les parties concernées devraient collaborer afin que cette limite

¹³ La compagnie d'assurances Green Shield, qui assure 550 000 personnes (surtout en Ontario), a remboursé, en 1993, 3,5 millions de réclamations pour un coût total de 82 millions de dollars.

¹⁴ Anderson et Lavis, 1994 et Gorecki, 1992.

¹⁵ Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, 1993.

soit respectée. Plusieurs versions, plus ou moins contraignantes, d'une telle politique existent dans d'autres pays. Les effets notables en Allemagne et au Royaume-Uni rendent cette mesure fort intéressante. Toutefois, en raison de sa nouveauté, on ne peut, à l'heure actuelle, évaluer tous les résultats qui découlent de son application, en particulier les effets négatifs.

Le fonctionnement que propose le groupe de travail en rapport avec cette mesure serait le suivant :

- 1° En début de période budgétaire, les parties conviendraient d'un taux de croissance des dépenses acceptable qui pourrait tenir compte de plusieurs facteurs : l'inflation, l'augmentation et le vieillissement de la population, l'arrivée de nouveaux médicaments, le transfert de coûts vers le «milieu ambulatoire» (diminution des séjours dans les centres hospitaliers) et les politiques gouvernementales de rémunération, etc.
- 2° Les règles relatives à la non-atteinte de l'équilibre budgétaire seraient clairement définies au préalable.

Une telle approche incite les parties concernées à restreindre les dépenses pour les médicaments. Dans la situation présente, avec «l'ouverture» de l'enveloppe du programme des médicaments, aucun autre acteur que le gouvernement n'a intérêt à réduire ces dépenses dans l'immédiat. Il n'y a pas d'imputabilité liée à l'évolution des coûts et malgré les mesures de contrôle en place, l'engagement à contrôler les dépenses de façon optimale ne peut être vérifié.

Cette situation serait critiquée par les organismes centraux qui, année après année, compensent le dépassement des dépenses se rapportant aux programmes de médicaments. À cet égard, si les dépenses brutes continuent d'évoluer au rythme actuel, les conséquences seront encore plus importantes dans le cadre d'un régime universel.

En somme, le principal avantage d'une «enveloppe contrôlée» est l'imputabilité financière de chaque partie, de sorte qu'elles seraient incitées à respecter le rythme de croissance convenu.

Par contre, le succès de cette approche repose sur la concertation entre les acteurs et sur le recouvrement (si ce recouvrement est prévu) du dépassement budgétaire. En collaboration avec les autres parties, le gouvernement devra déterminer les moyens à privilégier pour veiller au respect de l'enveloppe annuelle attribuée. Pour le moment, les conditions de fonctionnement proposées pour l'enveloppe budgétaire contrôlée requièrent des négociations et ne pourraient être mises en pratique.

3. DES MESURES SPÉCIFIQUES VISANT L'EFFICIENCE

Aucune mesure prise isolément ne peut réussir à contenir la croissance des coûts de façon satisfaisante, en particulier lorsqu'on exige une pharmacothérapie de qualité. Par exemple, un meilleur contrôle du prix des médicaments en Europe n'a pas empêché les dépenses de croître à un rythme similaire à celui de l'Amérique du Nord dans plusieurs pays.¹⁶ À l'opposé, en Allemagne, les résultats spectaculaires reliés à la gestion rigoureuse d'une enveloppe budgétaire fermée lors de la réforme de 1993 ont motivé la mise en vigueur de programmes favorisant une meilleure prescription. Plusieurs autres exemples pourraient être cités.

Dans presque tous les pays, incluant ceux où l'industrie pharmaceutique dite «innovatrice» est importante, la tendance actuelle est d'encourager au maximum la substitution par des produits moins coûteux, génériques ou par d'autres produits. L'exemple de la Suède, du Royaume-Uni et de l'Allemagne nous amène à penser qu'il est possible de soutenir la recherche et le développement (R&D) et les entreprises «innovatrices» tout en favorisant la consommation de produits génériques.

¹⁶General Accounting Office, 1994.

Le groupe de travail recommande que le nouveau régime encourage la consommation de produits génériques et que la politique québécoise du prix le plus bas (PPB) s'étende à tous les produits inscrits à la Liste de médicaments assurés, comme dans les autres provinces canadiennes. Tout en restreignant les coûts, une telle mesure ne devrait pas se révéler néfaste pour l'industrie dite «innovatrice». Bien que ces entreprises ne tendent pas à baisser le prix des produits identifiés par leur marque de commerce, plusieurs ont déjà fondé leur propre compagnie afin d'offrir des produits génériques; d'autres ont conclu des ententes avec des fabricants de médicaments génériques, ce qui leur permet de vendre leurs produits à un prix inférieur.

La substitution peut également s'exercer dans le cadre d'un système de prix de référence. Dans un tel système, des produits interchangeables sont regroupés et un prix de référence est fixé pour chaque groupe de médicaments. Par exemple, le système allemand comprend trois grands regroupements, soit les produits ayant les mêmes ingrédients actifs (33 % du marché; essentiellement ceux pour lesquels il existe un médicament générique), ceux ayant des ingrédients actifs similaires et ceux dont les ingrédients s'équivalent du point de vue thérapeutique et pharmacologique. Le prix de référence est déterminé pour chacun de ces groupes et si le médicament prescrit est plus cher, le consommateur paie la différence.

La méthode du prix de référence pourrait être employée pour fixer le prix payable par le régime public. Quelques provinces canadiennes se proposent déjà de l'appliquer pour certaines sous-classes de médicaments (exemple : les anti-ulcéreux). Le prix payable par le régime public est celui du produit de référence choisi au sein de chacun des regroupements de médicaments.

Les activités de mise en marché des entreprises pharmaceutiques ont un impact certain sur la prescription de médicaments, la qualité de cette prescription et le coût des programmes de médicaments. Les dépenses des entreprises pour la mise en marché sont deux fois plus

importantes au Canada que celles consacrées à la recherche et au développement.¹⁷ Il existe des moyens pour diminuer l'importance de ces activités (mise en marché) et plusieurs sont déjà en place dans d'autres pays. Parmi ces moyens se retrouvent l'application plus rigoureuse des normes d'éthique par des organismes publics (comme aux États-Unis) et le plafonnement des dépenses allouées au «marketing» et à la publicité (plafond fixé en fonction des ventes, comme au Royaume-Uni). Ce domaine est de juridiction fédérale au Canada, tout comme le prix des produits brevetés, l'émission des brevets et l'approbation lors de la mise en marché.

La complexité du contrôle des dépenses pharmaceutiques provient notamment de la nécessité de considérer d'autres facteurs importants, comme la qualité et les effets attendus des médicaments et les relations avec les autres services de santé, surtout dans un contexte où on souhaite favoriser les soins à l'extérieur des institutions.

Ainsi, certains médicaments peuvent remplacer d'autres traitements médicamenteux ou des technologies et des services de santé plus onéreux, invasifs ou douloureux pour les individus. Malgré leur coût, ces substitutions peuvent occasionner des économies et des gains d'efficacité dont il faut tenir compte. À cet égard, plusieurs études confirment que des mesures de réduction des dépenses pharmaceutiques mal planifiées risquent d'entraîner des conséquences négatives (financières ou autres) sur l'ensemble du système de santé.

Au Québec comme dans d'autres pays, l'utilisation inadéquate des médicaments est bien documentée. Cette mauvaise utilisation peut être la source de malaises divers, accroître le risque de maladie, diminuer la qualité de vie ou plus simplement, constituer un gaspillage. Dans tous ces cas, l'allocation des ressources sociosanitaires n'est certes pas optimale et une réallocation permettrait de satisfaire d'autres besoins présents dans notre société. Le suivi («monitoring»), l'évaluation, de même que la mise en place de programmes entraînant des

¹⁷ En 1993, les dépenses en recherche et développement se sont élevées à 10,6 % des ventes, tandis qu'environ 20 % des recettes étaient affectées à des activités de commercialisation (Conseil d'examen des prix des produits brevetés, 1994, et Rachlis et Kushner, 1994).

changements concernant les pratiques professionnelles et les habitudes de consommation sont donc des activités essentielles et rentables. Un régime universel n'ayant qu'un seul agent payeur offre des possibilités d'intervention non négligeables à cet égard et facilite la gestion de la qualité.

Les revues d'utilisation de médicaments, l'évaluation des médicaments coûteux ou controversés, la création d'outils d'information et de programmes efficaces de formation professionnelle continue ainsi que les autres mesures annoncées par le ministère de la Santé et des Services sociaux en juin dernier,¹⁸ sont certainement des acquis à cet égard. On n'insistera jamais trop sur la pertinence et la rentabilité des moyens encourageant un usage judicieux, approprié et sécuritaire des médicaments. C'est pourquoi le groupe de travail recommande qu'un pourcentage des revenus affectés au régime universel soit consacré annuellement à la mise en oeuvre de tels moyens.

¹⁸ Lire à ce sujet : Ministère de la Santé et des Services sociaux *L'utilisation rationnelle des médicaments chez les personnes âgées - Stratégie d'action*, juin 1994.

Le groupe de travail recommande

- . que le régime soit assorti de mesures rigoureuses de contrôle des coûts;
- . qu'un comité soit formé afin d'étudier les mesures de contrôle pouvant s'appliquer à court, à moyen et à long terme et qu'un plan d'ensemble soit élaboré;
- . que ce comité détermine les modalités d'application et les modes de concertation nécessaires à l'instauration d'une enveloppe globale contrôlée;
- . que soit établie, de façon continue, une collaboration entre le gouvernement, les professionnels et les fabricants afin d'identifier les moyens à privilégier pour s'assurer du respect de l'enveloppe annuelle du régime;
- . qu'on encourage la consommation de produits génériques et que la politique québécoise du prix le plus bas s'étende à tous les produits de la Liste de médicaments assurés, comme dans les autres provinces canadiennes;
- . qu'un système de prix de référence soit étudié et qu'il serve à fixer le prix payable par le régime public;
- . que soit mise en oeuvre le plus rapidement possible la stratégie d'action portant sur l'utilisation rationnelle des médicaments chez les personnes âgées, laquelle contient des mesures susceptibles d'améliorer l'utilisation des médicaments;
- . ✓ qu'un pourcentage des ressources financières du régime universel soit consacré annuellement à la mise en oeuvre de moyens visant l'usage judicieux, approprié et sécuritaire des médicaments.

CONCLUSION

Le projet d'une assurance universelle de base pour les médicaments au Québec est-il réalisable ?

Avant de se prononcer sur la faisabilité d'un régime universel d'assurance médicaments au Québec, il faut d'abord admettre le postulat suivant : la pharmacothérapie est aussi essentielle à la santé de la population que les autres traitements médicaux, qu'elle remplace ou modifie d'ailleurs souvent. Dans un contexte où on souhaite réduire les séjours dans les centres hospitaliers et leur durée, l'apport d'un programme améliorant l'accès aux médicaments est incontestable.

Toute personne que la maladie affecte peut se retrouver dans l'obligation de faire face à des dépenses importantes pour l'achat de médicaments, même si elle bénéficie des avantages d'un régime privé d'assurance médicaments. Les «zones» non couvertes sont de plus en plus nombreuses, en particulier lorsqu'il s'agit de médicaments coûteux. D'autre part, dans la situation économique actuelle, la couverture liée à l'emploi semble de moins en moins adaptée au besoin d'une assurance continue. De plus, les petits groupes d'assurés sont pénalisés par la consommation supérieure de quelques personnes et ces dernières risquent d'être exclues des régimes privés. Enfin, l'absence de limite pour la contribution des participants représente une menace en raison du coût élevé des nouveaux médicaments.

Comme tous les individus sont exposés à la maladie et à ses conséquences financières, la mutualisation des risques est justifiée dans le cas des médicaments comme pour les services médicaux. Elle représente une façon équitable de garantir à toute la population un accès aux traitements les plus efficaces et de préserver cet accès pour les années à venir.

La mise en place d'un régime universel de base d'assurance médicaments ne signifie pas que le gouvernement paiera tous les médicaments. Par exemple, les sirops contre la toux, tout comme d'autres médicaments en vente libre, ne seraient pas remboursés. Quant aux nouveaux

médicaments, leur inclusion à la Liste de médicaments assurés dépendrait du rapport établi entre leur efficacité et leur coût.

Les enjeux

Des changements importants au système actuel de remboursement des médicaments apparaissent inévitables. Plusieurs acteurs sont concernés, qu'il s'agisse du gouvernement, des fabricants, des professionnels de la santé, des consommateurs de médicaments, des employeurs, des travailleurs ou des assureurs.

Le coût du nouveau régime devrait équivaloir au montant présentement payé par les secteurs public, privé et les particuliers pour l'achat de médicaments prescrits au Québec. À l'échelle de la collectivité, un partage des coûts différent et de nouvelles modalités de financement public s'imposent; pour ce faire, le soutien de la population et leur solidarité sont des conditions essentielles.

Du point de vue des objectifs généraux en matière de santé, un régime universel d'assurance médicaments représente, à moyen et à long terme, la meilleure option pour la population du Québec. Il rend l'accès aux médicaments équitable, vise leur utilisation optimale et réduit le recours à l'hospitalisation et à l'aide sociale pour faire face aux frais de médicaments. Par rapport à un programme limité aux risques élevés, il favorise plus le «virage ambulatoire» et permet de modifier les mesures existantes.

En ce qui a trait aux enjeux politiques et économiques, le défi est de taille. En fait, la proposition d'un régime universel public va à l'encontre de la politique budgétaire du gouvernement et de la remise en question du rôle de l'État dans l'économie.

Par ailleurs, les médicaments accaparent une part toujours plus grande de l'enveloppe budgétaire destinée aux programmes de santé, ressources qui ne peuvent être utilisées à d'autres fins. Au Canada et au Québec, les dépenses par personne pour les médicaments sont parmi les plus

élevées des pays développés et leur rythme de croissance est supérieur. Ce phénomène est inquiétant : si, par exemple, le taux de croissance de 10 % se maintient au Québec, les dépenses s'élèveront à près de 2,2 milliards de dollars en 1997, comparativement à 1,5 milliard en 1993.

Un questionnement sur les actions à mettre en oeuvre au Québec doit être entrepris comme dans les autres provinces du Canada. Une augmentation des dépenses totales pour les médicaments est prévisible au cours des prochaines années et la préparation d'un plan d'ensemble s'avère indispensable pour pouvoir agir sur leur évolution globale. Ce contrôle et l'utilisation optimale des médicaments sont, en réalité, les conditions de base pour la viabilité du nouveau régime. Le fait de ne compter qu'un seul agent payeur offre des possibilités d'intervention non négligeables à cet égard et facilite la gestion de la qualité.

En définitive, les membres du groupe de travail sont d'avis que ce type de régime peut être instauré au Québec, si l'on accepte les changements que le projet suppose et également, l'application de paramètres spécifiques et de mesures de contrôle rigoureuses. Leur analyse démontre que le maintien du statu quo n'est pas une solution acceptable et qu'un virage s'impose afin d'améliorer efficacement l'accès à la pharmacothérapie pour la population en général.

REMERCIEMENTS

Au cours de la réalisation de leur mandat, les membres du groupe de travail ont pu compter sur la collaboration de nombreuses personnes. C'est grâce à leur soutien qu'ils ont eu accès à l'information essentielle à leur travail. Parmi ces personnes, soulignons l'apport important de :

Régie de l'assurance maladie du Québec

Groupes de travail de différentes directions

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Direction des communications

Direction générale du budget et de l'administration

Direction générale de la planification et de l'évaluation

Direction générale des programmes

Direction générale des relations professionnelles

Ministère de la Santé de la Saskatchewan, représentants du programme de médicaments (Prescription Drug Services Branch)

Les données sur la consommation de la population en général ont permis l'établissement d'un profil de consommation pour comparaison avec d'autres profils. Dans cette province, un réseau central regroupe des renseignements sur la consommation individuelle de toute la population.

Commission de la construction du Québec (CCQ)

Les données sur la consommation des participants au régime de la CCQ ont servi à l'établissement d'un profil de consommation par individu.

**Association canadienne des compagnies d'assurance de personnes (ACCAP), réseaux CAPSS
et MEDIRECT**

Les données sur la consommation et les coûts ont été utilisées pour compléter les projections.

Ministère des Finances du Québec

Ministère du Revenu du Québec

Réponse aux demandes de renseignements.

Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ)

Renseignements sur la mise en place du régime d'assurance automobile du Québec.

Santé Canada

Développement des ressources humaines Canada

Soutien pour l'obtention de diverses données.

La mise en pages du document a été effectuée par Marie Lamonde, secrétaire au bureau du sous-ministre adjoint à la Direction générale des programmes.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

AMERICAN PHARMACEUTICAL ASSOCIATION. *Achieving Value from Pharmacists' Services, Improve the quality of patients' drug therapy while controlling overall health care costs*, Washington, 1994.

ANDERSON, G.M. et LAVIS, J.N. *Prescription drug use in the elderly : expenditures and patterns of use under Ontario and British Columbia provincial drug benefit programs*, Ottawa, Université d'Ottawa, Administration, Médecine, Sciences de la santé, 1994.

ASSOCIATION CANADIENNE DES COMPAGNIES D'ASSURANCES DE PERSONNES (ACCAP). *Données statistiques en assurance collective - couverture médicaments 1994*, Québec, octobre 1994.

BERNARD, Jean-Marc. *Recension des options en matière de financement, de partage des coûts d'un programme universel de médicaments et évaluation sommaire de ces options. Partie II - Partage des coûts*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Direction de l'évaluation, janvier 1995.

CONSEIL D'EXAMEN DU PRIX DES MÉDICAMENTS BREVETÉS. *Études - comparaison des prix internationaux*, Ottawa, Le Conseil, 1993.

CONSEIL D'EXAMEN DU PRIX DES MÉDICAMENTS BREVETÉS. *Sixième rapport annuel pour l'année terminée le 31 décembre 1993*, Ottawa, Ministère de la Santé du Canada, 1994.

DEMERS, J., J. FRANCOEUR et D. LEPAGE-SAVARY. *De l'assistance à l'assurance*, Comité de révision de la circulaire «Malades sur pied», Montréal, avril 1994.

DOYON, Danielle. *Programme médicaments et services pharmaceutiques - Mise à jour*, Régie de l'assurance maladie du Québec, Direction générale de l'évaluation et du contrôle, novembre 1994. (Document non publié)

EVANS, R.G. «Tension, Compression and Shear : Directions, Stresses and Outcomes of Health Care Cost Control», *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 15, n°1, printemps 1990, p. 101-128.

GAUTHIER, Anne et Yvon BRUNELLE. *Recension des options en matière de financement, de partage des coûts d'un programme universel de médicaments et évaluation sommaire de ces options. Partie III - Les mécanismes de contrôle des coûts: recension des options*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de l'évaluation, janvier 1995.

GORECKI P.K. *Controlling Drug Expenditure in Canada. The Ontario Experience*, Ottawa, Economic Council of Canada, 1992.

GREEN SHIELD CANADA. *Rapport sur le coût des médicaments*, Ontario, Green Shield Canada, octobre 1994.

GROUPE SECOR. *Analyse d'impact de la mesure budgétaire concernant les contributions des employeurs aux régimes collectifs d'assurance*, Association canadienne des compagnies d'assurance (ACCAP), Groupe Sécor inc., octobre 1993.

INSTITUT DE RECHERCHE ET D'INFORMATION SUR LA RÉMUNÉRATION (I.R.I.R.). *Neuvième rapport sur les constatations de l'I.R.I.R., État comparé de la rémunération globale des salariés du secteur public et des autres salariés québécois*, mai 1993.

LAURIER, Claudine et André ARCHAMBAULT. *Programme de médicaments pour les malades sur pied - Quelques commentaires pour une politique québécoise d'accessibilité aux médicaments*. Montréal, Université de Montréal, Faculté de pharmacie, février 1994.

McISAAC W., D. NAYLOR, G.M. ANDERSON et B.J. O'BRIEN. «Reflections on a month in the life of the Ontario Drug Benefit Plan» dans *Canadian Medical Association Journal*, 1994, vol. 150, n°4, p. 473-477.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE. *The Report of the Pharmacare Review Panel, Colombie-Britannique*, septembre 1993.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ DE L'ONTARIO. *Cadre d'action, Réforme des programmes de médicaments - Document de consultation*, Ontario, 1993.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ DE L'ONTARIO. *Un nouveau programme qui aide les gens dont les frais de médicaments sont très élevés*, Gouvernement de l'Ontario, février 1995.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *L'utilisation rationnelle des médicaments chez les personnes âgées - Stratégie d'action*, Québec, juin 1994.

MINISTÈRE DU REVENU DU QUÉBEC. *Portrait de la fiscalité des particuliers au Québec, statistiques 1991*, Québec, Direction générale de la planification et de la budgétisation, Direction des études, des recherches et de la statistique, 1994.

MINISTÈRE DU TRAVAIL DU QUÉBEC, CENTRE DE RECHERCHE ET DE STATISTIQUES SUR LE MARCHÉ DU TRAVAIL (CRSMT). *Enquête sur la rémunération globale des emplois repérés au Québec en 1993*, Québec, Direction de l'analyse des conditions de travail et de la rémunération, 1993.

NATIONAL ECONOMIC RESEARCH ASSOCIATES. *Financing health care with particular reference to medicines - Summary and overview*, New York, N/E/R/A, 1993.

OFFICE OF TECHNOLOGY ASSESSMENT. *Pharmaceutical R & D: Costs, Risks and Rewards*, Washington, U.S. Government Printing Office, 1993.

RACHLIS, M. et C. KUSHNER. *Strong Medicine - How to save Canada's Health Care System*, Toronto, Harper Collins Publishers Ltd, 1994.

RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC. *Rapport du Comité d'analyse de la consommation médicamenteuse des personnes âgées*, Québec, Direction générale de l'évaluation et du contrôle, 1993.

RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC. *Statistiques annuelles 1993*, Québec, 1994.

RHEAULT, Sylvie. *Recension des options en matière de financement, de partage et de contrôle des coûts d'un programme universel de médicaments et évaluation sommaire de ces options. Partie I - Les différentes modalités de financement public*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Direction de l'évaluation, janvier 1995.

SULLIVAN K. *The German health care system: recent reforms and plans for the next, A presentation delivered at Massachussets Institute of Technology*, Bonn, University of Bonn, 1993.

UNITED STATES GENERAL ACCOUNTING OFFICE. *Prescription drugs - Spending controls in four european countries*, Washington, GAO, 1994, (GAO/HEHS-94-30).

UNITED STATES GENERAL ACCOUNTING OFFICE. *Prescription drugs - Companies typically charge more in the United States than in Canada*, Washington, GAO, 1992. (GAO/HRD-92-110).

WYATT. *Enquête sur les régimes d'avantages sociaux collectifs pour les employés salariés d'entreprises canadiennes*, 1993. (Compilation spéciale effectuée pour les entreprises du Québec).

ANNEXES

ANNEXE 1.

Évolution des principaux facteurs de coût du programme de médicaments et de services pharmaceutiques, Québec, 1989-1993¹

Année	Coût total		Nombre de personnes admissibles		Nombre d'ordonnances par personne admissible		Coût par ordonnance							
							Services pharmaceutiques		Médicaments		Contribution de 2 \$ ²		Total	
	\$	Δ %	N	Δ %	N	Δ %	\$	Δ %	\$	Δ %	\$	Δ %	\$	Δ %
1989	435 840 084	14,2	1 279 582	-0,3	21,0	8,2	4,70	4,4	11,72	7,7	—	—	16,42	6,8
1990	510 008 025	17,0	1 314 127	2,7	21,8	3,8	4,85	3,2	12,97	10,7	—	—	17,82	8,5
1991	597 395 979	17,1	1 399 176	6,5	22,3	2,2	5,07	4,5	14,10	8,7	—	—	19,17	7,6
1992	649 061 813	8,6	1 466 498	4,8	21,3	-4,4	5,12	1,1	16,37	16,1	0,75	—	20,74	8,2
1993	689 722 480	6,3	1 529 147	4,3	20,4	-4,0	6,78	32,4	16,37	0,0	1,09	45,1	22,07	6,4
Δ 1989-1993		12,2		4,6		-0,7		9,6		8,7				7,7

1. Incluant les montants forfaitaires versés pour les services rendus jusqu'au 1^{er} juin 1992, ainsi que les sommes remboursées à des bénéficiaires pour des médicaments achetés durant un séjour à l'extérieur du Québec.
 2. Le montant indiqué est inférieur à 2 \$ parce qu'il correspond à un montant moyen par ordonnance.

ANNEXE 2

DÉPENSES DU GOUVERNEMENT DU QUÉBEC POUR LE PAIEMENT DES MÉDICAMENTS*

SOURCE DE FINANCEMENT	DESCRIPTION	POPULATION (nombre)	COÛT APPROXIMATIF
Fonds des services de santé	Programme pour les 65 ans et plus (RAMQ)	814 000	501,4 M \$ (1993) ¹
Ministère de la Sécurité du revenu	Programme pour les prestataires de la sécurité du revenu (RAMQ)	720 516	188,1 M \$ (1993) ¹
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Programme pour les personnes atteintes d'une MTS (RAMQ)	22 800	0,8 M \$ (1993) ¹
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Médicaments en cours d'hospitalisation	—	285 M \$ (1993-1994)
	Circulaire «Malades sur pied»	40 000 à 50 000	'
	Circulaire «Hémophilies»	450	14,6 M \$ (1994)
	Circulaire «SIDA»	2 500 à 4 000	5,0 M \$ (1993)
	Autres: Hormone de croissance Érythropoïétine Cyclosporine	—	1,7 M \$ (1993)
	Services spécialisés à domicile Alimentation parentérale totale Oxygénothérapie Soins palliatifs Antibiothérapie intraveineuse	—	ND
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Vaccination des populations à risque	—	10,5 M \$ (1992-1993)
	Vaccins méningite		1,75 M \$ (1994)
	Vaccins hépatite B		1,9 M \$ (1994)
	Vaccins antigrippe		
Ministère de l'Éducation	Participants au programme de prêts et de bourses pour les étudiants	—	0,165 M \$ (1992-1993) ²
Commission de la Santé et de la Sécurité du travail	Accidentés du travail	—	5,05 M \$ (1993) ³
Société de l'Assurance Automobile du Québec	Accidentés de la route	—	1,25 M \$ (1992) ⁴

¹ Rapport statistique annuel, RAMQ, 1993.

² Coût estimé à 19,5 M \$ en 1991, montant inclus dans le budget des pharmacies d'établissements.

³ Budget réservé pour l'érythropoïétine (4,6 M \$ en 1993) et la cyclosporine (environ 5 M \$ en 1993); sommes comprises dans le budget des pharmacies.

⁴ Statistiques du ministère de l'Éducation du Québec sur les frais médicaux (1992-1993); franchise de 100 \$; couvre les frais de médicaments (ceux apparaissant sur la liste de médicaments assurés) et les frais médicaux.

⁵ Annexe statistique au Rapport annuel de la CSST, 1993. Couvre les frais pour les médicaments prescrits et les fournitures.

⁶ Rapport 1693240 de la SAAQ, 1992. Couvre les frais pour les médicaments prescrits.

* Ces données ne tiennent pas compte des mesures d'aide fiscales du ministère du Revenu (crédit d'impôt non remboursable pour la partie des frais médicaux qui excède 3 % du revenu net sans dépasser 1 614 \$ en 1993).

ANNEXE 3

COMPARAISON INTERPROVINCIALE DES PROGRAMMES COMPLÉMENTAIRES¹ DE MÉDICAMENTS ET DE SERVICES PHARMACEUTIQUES

	Personnes admissibles ²	Médicaments assurés	Participation financière à la consommation ³
Québec	<ul style="list-style-type: none"> - 65 ans et plus - recevant le <u>maximum</u> du SRG⁴ - ne recevant pas le maximum du SRG - prestataires de la sécurité du revenu (PSR)⁵ 	Liste de médicaments	<ul style="list-style-type: none"> - aucune - 2 \$ par ordonnance <li style="padding-left: 20px;">Maximum: 100 \$ par année - aucune
Ontario	<ul style="list-style-type: none"> - 65 ans et plus - PSR 	Formulaire du régime de médicaments gratuits	<ul style="list-style-type: none"> - aucune - aucune
Colombie-Britannique	<p>Tous les résidents sont couverts</p> <ul style="list-style-type: none"> - 65 ans et plus - PSR 	Médicaments prescrits couverts	<ul style="list-style-type: none"> - Franchise familiale de 600 \$ par année. Par la suite, remboursement de 70 %. - Remboursement à 100 % quand contribution familiale atteint 2 000 \$ par année (6 666 \$ de médicaments). - 100 % de l'honoraire (environ 6.50 \$). Maximum de 200 \$ par année. - aucune
Alberta	<ul style="list-style-type: none"> - 65 ans et plus - <i>Non group coverage</i>⁶ - PSR 	Alberta Health Drug Benefit List	<ul style="list-style-type: none"> - 30 % du coût d'une ordonnance jusqu'à un maximum de 25 \$. - Aucun plafond. - idem - aucune
Saskatchewan	<p>Tous les résidents sont couverts (incluant les 65 ans et plus).</p> <ul style="list-style-type: none"> - 65 ans et plus recevant le SRG - 65 ans et plus recevant le SRG et hébergé dans un <i>Special Care Home</i> - PSR 	Saskatchewan Formulary	<ul style="list-style-type: none"> - Franchise familiale de 850 \$ aux 6 mois. Par la suite, 35 % du coût de l'ordonnance. Dans certaines situations, la franchise et/ou la participation peuvent être réduites. - franchise familiale de 200 \$ aux 6 mois. Ensuite, 35 % du coût d'une ordonnance. - franchise de 100 \$ aux 6 mois. Ensuite 35 % du coût d'une ordonnance. - contribution de 2 \$ par ordonnance. Dans certains cas, il n'y a pas de contribution.

	Personnes admissibles ¹	Médicaments assurés	Participation financière à la consommation ²
Manitoba	<p>Tous les résidents sont couverts.</p> <ul style="list-style-type: none"> - tous les membres d'une famille < 65 ans. - au moins 1 membre de la famille > 65 ans - PSR 	Liste des médicaments admissibles et interchangeables au Manitoba.	<ul style="list-style-type: none"> - Franchise familiale de 227,60 \$ par an. Par la suite, 40 % des coûts. - idem - franchise familiale de 129 \$ par an. Par la suite, 30 % des coûts. Aucun maximum. - aucune
Terre-Neuve	<ul style="list-style-type: none"> - Uniquement les 65 ans et plus recevant le SRG. - PSR 	Newfoundland Interchangeable Drug Products Formulary	<ul style="list-style-type: none"> - honoraire professionnel (environ 6,50 \$). Aucun maximum. - aucune
Nouveau-Brunswick	<p>65 ans et plus³</p> <ul style="list-style-type: none"> - recevant le SRG - se qualifiant en fonction des revenus: personne seule: < 17 198 \$, les 2 conjoints ont ≥ 65 ans: < 26 955 \$ et un des conjoints ≤ 65 ans: < 32 390 \$. - hébergé dans un <i>Nursing home</i> - les autres: assurance Croix-Bleue⁴ - PSR 	Recueil des médicaments thérapeutiques et des produits interchangeables du Nouveau-Brunswick	<ul style="list-style-type: none"> - 7,05 \$ par ordonnance. Maximum de 120 \$ par année. - 7,05 \$ par ordonnance, sans maximum. - aucune lorsque la personne n'a pas d'assurance privée.⁵ Ces citoyens n'ont à passer aucun test de revenu. - prime mensuelle de 45 \$. 7,05 \$ par ordonnance. Aucun maximum. - 1 \$ ou 2 \$ par ordonnance selon l'âge. Gratuit pour les adolescents.
Nouvelle-Écosse	<ul style="list-style-type: none"> - 65 ans et plus - citoyen handicapé - PSR⁶ 	<p>Prescription Drug Formulary</p> <p>Formulaire particulier</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 20 % de l'ordonnance (minimum de 3 \$) Maximum annuel individuel: 150 \$ si SRG, 400 \$ autrement. - aucune pour lui-même. Pour sa famille, 20 % par ordonnance (minimum de 3 \$) jusqu'à 150 \$/année. - aucune
Île-du-Prince-Édouard	<ul style="list-style-type: none"> - 65 ans et plus⁷ - PSR 	Drug Cost Assistance Plan Formulary	<ul style="list-style-type: none"> - 7 \$ par ordonnance. Aucun maximum. - aucune

Références:

- ¹ Ces programmes n'incluent pas les différents types d'aide disponibles pour certaines maladies (MTS, cancer...), pour certains médicaments (cyclosporine, érythropoïétine), etc...
- ² Ne sont pas inclus dans ce tableau comparatif, les personnes pouvant être par exemple des résidents âgés entre 60-64 ans (Québec), des personnes hébergées dans des *Long Term Care facilities*, *Homes for Special Care* (Ontario), veuves (Alberta), etc...
- ³ En excluant les mesures particulières reliées au coût du médicament (exemple québécois du prix le plus bas).
- ⁴ Il s'agit du supplément du revenu garanti.
- ⁵ Cet acronyme signifie prestataire de la sécurité du revenu. En anglais, on les appelle le plus souvent *social welfare recipient* ou *social assistance recipient*.
- ⁶ Cette assurance est disponible aux résidents (pour une période limitée sans égard à l'état de santé) lorsqu'ils n'ont pas d'assurance privée. Une prime mensuelle est payée par le résident.
- ⁷ L'ensemble de cette clientèle n'est pas automatiquement assurée par la province. Depuis juillet 1992, seulement une partie de la population âgée est couverte par l'État (il est difficile d'en quantifier le nombre mais le chiffre de 80 % a été quelquefois mentionné). Les assureurs privés occupent le reste du marché.
- ⁸ Il ne s'agit pas d'un programme étatique. Le gouvernement s'est assuré qu'une assurance privée demeurerait accessible aux citoyens âgés (pour une période limitée, sans égard à leur état de santé).
- ⁹ Dans cette province, l'État s'est clairement positionné comme payeur de dernier recours. Il arrive souvent qu'un citoyen âgé, lors d'un hébergement, abandonne son assurance privée. Dans ce cas, l'État prend la relève et assume tous les coûts.
- ¹⁰ Dans cette province, ces citoyens sont pris en charge localement par les municipalités et non par le programme provincial Pharmacare. La gestion de la couverture est confiée à la Croix Bleue.
- ¹¹ Cette universalité pourrait bientôt être modifiée, i.e. *Pharmacy Services Review*.

Mise à jour réalisée en janvier 1995

Hélène Beaulieu

Pharmacienne

Service des programmes généraux, spécialisés et ultraspecialisés

ANNEXE 4

MODALITÉS D'UNE CONTRIBUTION RELIÉE À LA CONSOMMATION

Cette annexe présente les modalités de contributions reliées à la consommation examinées par le groupe de travail, ainsi que leurs avantages et inconvénients.

1. Le tarif fixe par ordonnance avec ou sans plafond de contribution

Avec cette option, on pourrait étendre à l'ensemble de la population la mesure qui s'adresse présentement aux personnes âgées de 65 ans et plus (ex. : une contribution de 2 \$ par ordonnance). Un maximum de contribution pourrait être fixé, par exemple, 100 \$ par année.

Avantages :

- Le montant de la contribution, relativement peu élevé, ne limiterait pas l'accès aux médicaments;
- L'impression de gratuité chez les consommateurs serait moins présente;
- Favorise la responsabilisation des consommateurs à l'égard de leurs habitudes de consommation de médicaments et de leur état de santé en général;
- Mesure relativement simple à appliquer.

Inconvénients :

- N'incite pas à la consommation des médicaments les moins coûteux;
- Appliquée seule, cette mesure rapporterait peu : par exemple, si la contribution de l'ensemble de la population est fixée à 2 \$ par ordonnance (excluant les prestataires de la sécurité du revenu et les personnes âgées recevant le maximum du supplément de revenu garanti), on obtiendrait un revenu d'environ 113 millions de dollars (1993);
- Nécessité de hausser cette contribution de façon régulière afin de maintenir son apport au financement du régime.

2. Franchise et/ou coassurance avec ou sans plafond de contribution

La franchise et la coassurance sont des modalités de contribution dans les régimes d'assurance privés ainsi que dans les régimes publics d'assurance médicaments en vigueur dans certaines provinces du Canada et dans d'autres pays. Par conséquent, elles sont connues des personnes qui participent à ces régimes.

La franchise

La franchise est la part des dépenses assumée par les participants et non remboursable par le régime. Au-delà du montant de la franchise, les dépenses peuvent alors être remboursées selon les conditions du régime.

Avantages :

- Plus équitable envers ceux qui doivent consommer davantage, si elle n'est pas trop élevée;

- Selon sa valeur, elle exclut de la protection ceux qui consomment peu et par conséquent, réduit le coût administratif du régime.

Inconvénient :

- Une fois la franchise payée, l'impression de gratuité risque de refaire surface.

La coassurance

La coassurance consiste en un partage des coûts entre le consommateur et le régime qui l'assure. Elle se traduit par un pourcentage des dépenses assumé par le régime et par le consommateur.

Avantages :

- Sensibilise les consommateurs des médicaments au coût des produits;
- Peut inciter les consommateurs de médicaments à se procurer des médicaments moins dispendieux;
- Les revenus provenant d'une coassurance évoluent avec l'augmentation des dépenses; il n'est donc pas nécessaire de la modifier continuellement comme le tarif fixe.

Inconvénient :

- Peut occasionner une contribution importante pour les personnes nécessitant des traitements onéreux.

De façon générale, la coassurance sans plafond de contribution risque d'affecter ceux qui consomment davantage alors que la franchise exige un effort relatif plus important de la part des petits consommateurs.

Afin d'éviter une contribution trop élevée pour certains consommateurs par rapport à leur revenu, des mesures peuvent être introduites pour tenir compte de leur capacité de payer. Actuellement, une de ces mesures consiste à exempter de la contribution les personnes âgées recevant le montant maximal du supplément du revenu garanti et les prestataires de la sécurité du revenu. Pour d'autres groupes moins faciles à identifier, les mesures suivantes pourraient être employées :

a) Plafond annuel de contribution

La contribution des consommateurs équivaldrait à un montant au-delà duquel les médicaments seraient payés par le régime. Il peut s'agir d'un montant relativement bas s'appliquant à tous ou d'un montant qui varie en fonction du revenu.

Avantages :

- Si la valeur du plafond est suffisamment basse pour ne pas affecter l'accessibilité, aucune autre mesure n'aurait à s'appliquer;
- Facile à mettre en pratique;
- Mesure rassurante pour la population, qui ne paierait pas plus qu'un montant fixé à l'avance.

Inconvénients :

- Difficulté de déterminer la valeur appropriée du plafond. Si elle est trop basse, l'ensemble de la population devra payer pour la consommation de ceux qui peuvent financièrement se charger de leurs frais de médicaments. Par contre, si le plafond est trop élevé, il risque de nuire à l'accessibilité pour les personnes à faible revenu;
- Le plafond variable en fonction du niveau du revenu est une mesure difficile à mettre en pratique.

b) Remboursement de la contribution par l'intermédiaire du système fiscal

Le système fiscal offre la possibilité d'appliquer les modalités de contribution qui tiennent compte du revenu.

Par conséquent, au lieu de moduler préalablement les paramètres de contribution en fonction du revenu, on offrirait un remboursement lorsque la contribution reliée à la consommation excède un certain pourcentage de ce revenu*. Ce remboursement pourrait être administré par le ministère du Revenu et chaque personne le réclamerait en produisant sa déclaration fiscale.

Avantage :

- Utilisation d'un système déjà en place. Coût probablement moins élevé qu'une modulation *a priori* des plafonds de contribution en fonction du revenu.

* Ce revenu pourrait correspondre au revenu familial, comme pour le remboursement d'impôts fonciers.

Inconvénients :

- Certains consommateurs risquent de manquer de liquidités pendant l'année, à moins que des versements anticipés puissent être effectués dans certains cas;
- Obligation de compléter une annexe additionnelle à la déclaration de revenus, d'où une complexité accrue jumelée à une difficulté de contrôle;
- Les consommateurs auraient à conserver leurs factures;
- Coût administratif supplémentaire pour le ministère du Revenu; l'administration d'une telle mesure peut s'avérer lourde par rapport aux avantages procurés aux individus;
- Complexité liée au remboursement anticipé.

3. Contribution sous forme d'un impôt-médicaments

Une autre forme de contribution liée à la consommation consisterait à imposer chaque consommateur selon la valeur des médicaments consommés durant l'année et selon sa capacité de payer. Au moment de leur déclaration fiscale annuelle, les participants rembourseraient la totalité ou une partie des frais de médicaments payés par le régime public au cours de l'année. Ainsi, aucune contribution liée à la consommation ne serait exigée à d'autres moments.

Il serait toutefois possible d'exiger le versement d'acomptes. Par exemple, le consommateur verserait un certain montant (ex. : 2 \$) chaque fois qu'il obtient des médicaments. Un plafond annuel des acomptes pourrait être déterminé afin de minimiser les problèmes de liquidités pour les personnes à faible revenu, par exemple 100 \$ par année.



L'organisme responsable de la gestion du régime déterminerait le coût total des médicaments consommés au cours d'une année pour chaque famille ou individu ainsi que le montant des acomptes versés. Pour permettre aux consommateurs de connaître le montant de leur contribution, un état détaillé de leur consommation de médicaments, du coût qu'elle représente et des acomptes versés pourrait leur être fourni à la fin de l'année.

Avantages :

- Cette mesure tient compte de la consommation de médicaments et de la capacité de payer des individus;
- Selon ses paramètres, elle pourrait faire en sorte que les consommateurs de médicaments assument une plus grande part du financement du régime.

Inconvénients :

- Les participants ne connaîtront le montant exact à rembourser qu'au moment de la production de leur déclaration de revenus; le paiement risque alors d'être élevé, d'où la nécessité d'économiser un certain montant au cours de l'année;
- Impression de gratuité au cours de l'année si aucun versement n'est demandé lors de l'achat. Par contre, le fait de devoir rembourser un montant en fin d'année constitue un irritant indéniable;
- Complexité accrue de la déclaration de revenus des particuliers;
- Étant donné le coût administratif élevé de cette mesure, son rendement financier devra être plus important que celui des autres options, sans quoi les ressources seront utilisées inefficacement;

- L'impôt-médicaments occasionne une plus grande part du financement par les consommateurs de médicaments; par conséquent, les personnes ou familles qui sont davantage affectées par la maladie contribueraient de façon importante, bien que cette contribution tienne compte de leur capacité financière.

ANNEXE 5

OPTIONS D'ASSURANCE ANALYSÉES

Cette annexe décrit certaines conditions qui peuvent être assorties à un régime d'assurance médicaments et qui ont fait l'objet d'une analyse par le groupe de travail. Les options considérées sont présentées avec leurs principaux avantages et inconvénients. Parmi ces options, le groupe de travail a choisi celle qui offrait le plus d'avantages (se reporter à la deuxième partie du document).

Le coût total est évalué à 1,521 milliard de dollars en 1993 et ce montant est le même pour toutes les options considérées. Seule la part assumée par l'individu et par le régime varie selon les conditions de l'option présentée.

Un résumé des options et de leur coût apparaissent à la fin de cette annexe. À titre comparatif, une option (option 1) qui n'exige aucune contribution des participants a été incluse.

Option 1. Régime sans participation financière directe des participants
--

Avec cette option, le montant total des dépenses pour les médicaments, soit 1,521 milliard de dollars, est entièrement pris en charge par le régime. Le montant des dépenses remboursées par le gouvernement (programme de médicaments de la Régie de l'assurance maladie du Québec) en 1993 est de 720,8 millions de dollars, montant qui serait augmenté de 33,7 millions de dollars avec cette option puisque les personnes âgées ne paieraient plus leur contribution de 2 \$. Pour le reste de la population, le montant des dépenses projeté est de 800,5 millions de dollars. Au total, il faudrait financer une somme de 834,2 millions de dollars (sans compter les dépenses remboursées par le gouvernement) autrement que par une contribution directement liée à la consommation.

Option 2.1. Régime avec franchise, coassurance et plafond annuel de contribution; statu quo pour les prestataires de la sécurité du revenu (PSR) et les personnes âgées de 65 ans et plus

Personnes âgées de 65 ans et plus (l'unité de fonctionnement est l'individu)

qui déboursent actuellement la contribution de 2 \$: statu quo (aucune franchise). Les personnes versent 2 \$ par ordonnance jusqu'à ce qu'elles aient payé le maximum annuel de 100 \$;

qui reçoivent le maximum du supplément de revenu garanti (SRG) : statu quo (aucune contribution).

Prestataires de la sécurité du revenu : statu quo (aucune contribution).

Population en général (l'unité de fonctionnement est l'individu)

Individus âgés de moins de 18 ans : l'individu paie 20 % du coût des médicaments remboursables par le régime. Une fois la somme de 50 \$ atteinte, les médicaments sont alors entièrement payés par le régime;

Individus âgés de 18 ans et plus : chaque individu paie le premier 50 \$ pour l'achat de médicaments remboursables par le régime. Dès que ce montant est atteint, il débourse alors 20 % du coût des médicaments visés qui sont achetés par la suite. La somme ainsi payée s'additionne au 50 \$ initial et lorsque le montant de 250 \$ est atteint, les médicaments sont entièrement payés par le régime (ce qui représenterait autrement un déboursé de 1 050 \$ par personne).

Avantages :

- La coassurance oriente la consommation vers les produits les moins dispendieux.

Inconvénients :

- Équité horizontale partiellement atteinte puisque les personnes de 65 ans et plus ne contribuent pas au même titre que la population en général;
- Discrimination en fonction de l'âge.

Le montant des dépenses actuellement remboursées par le gouvernement (RAMQ) demeure fixé à 687,1 millions de dollars avec cette option. Les personnes âgées continuent de verser leur contribution de 2 \$, ce qui représente un montant de 33,7 millions de dollars. Pour le reste de la population, le montant des dépenses projeté est de 800,5 millions de dollars, dont 236,5 millions proviendraient d'une contribution reliée à la consommation et 564 millions devraient être financés par une contribution générale.

À titre d'exemple, le montant total moyen des dépenses pour la population en général, à l'exception des groupes concernés par les programmes de la RAMQ, serait de 205 \$ par participant, dont 60 \$ financés par une contribution de leur part. Chez les personnes âgées, ce montant serait de 724 \$ par participant, dont 50 \$ financés par la contribution de 2 \$.

Option 2.2. Régime avec franchise, coassurance et plafond annuel de contribution; statu quo pour les prestataires de la sécurité du revenu et les personnes âgées de 65 ans et plus recevant le maximum du supplément de revenu garanti

Personnes âgées de 65 ans et plus (l'unité de fonctionnement est l'individu)

qui paient actuellement la contribution de 2 \$: chaque individu se charge du premier 50 \$ (médicaments visés par le régime). Par la suite, il paie 20 % du coût des médicaments. Cette somme s'additionne au 50 \$ initial et une fois la somme de 250 \$ atteinte, les médicaments sont entièrement à la charge du régime;

qui reçoivent le maximum du SRG : statu quo (aucune contribution).

Prestataires de la sécurité du revenu : statu quo (aucune contribution).

Population en général (l'unité de fonctionnement est l'individu)

Individus âgés de moins de 18 ans : l'individu paie 20 % du coût des médicaments remboursables par le régime. Une fois la somme de 50 \$ atteinte, les médicaments sont alors entièrement payés par le régime;

Individus âgés de 18 ans et plus : chaque individu paie le premier 50 \$ pour l'achat de médicaments visés par le régime. Dès que ce montant est atteint, il débourse alors 20 % du coût des médicaments achetés par la suite. La somme ainsi payée s'additionne au 50 \$ initial et lorsque le montant de 250 \$ est atteint, les médicaments sont entièrement payés par le régime.

Avantages :

- La coassurance oriente la consommation en fonction du prix du médicament (pour la population en général incluant les personnes âgées de 65 ans et plus);
- Équité pour tous les consommateurs;
- Pas de discrimination en fonction de l'âge.

Le coût des programmes s'adressant spécifiquement aux prestataires de la sécurité du revenu et aux personnes âgées de 65 ans et plus recevant le maximum du SRG demeure à 237 millions de dollars, comme dans l'option précédente. Pour les autres personnes âgées, les dépenses demeurent à 483,8 millions de dollars, mais 97 millions proviennent de leur contribution; il s'agit d'une augmentation de 63,3 millions de dollars par rapport à leur contribution actuelle. La projection des dépenses du reste de la population est de 800,5 millions de dollars, dont 236,5 millions proviendraient d'une contribution reliée à la consommation et 564 millions seraient financés autrement (comme dans l'option 2.1).

À titre d'exemple, le coût total moyen pour la population en général serait de 205 \$ par participant au régime, dont 60 \$ financés au moyen d'une contribution directe. Chez les personnes âgées, ce coût moyen serait de 724 \$ par participant, dont 145 \$ financés par la contribution reliée à la consommation.

Option 2.3. Régime avec franchise, coassurance et plafond annuel de contribution; contribution minimale des personnes âgées de 65 ans et plus recevant le maximum du SRG et des prestataires de la sécurité du revenu âgés de 18 ans et plus

Personnes âgées de 65 ans et plus (l'unité de fonctionnement est l'individu)

qui paient actuellement la contribution de 2 \$: chaque individu se charge du premier 50 \$ (médicaments remboursables par le régime). Par la suite, il paie 20 % du coût des médicaments. Cette somme s'additionne au 50 \$ initial et une fois la somme de 250 \$ atteinte, les médicaments sont entièrement à la charge du régime;

qui reçoivent le maximum du SRG : aucune franchise, mais ces personnes versent 2 \$ par ordonnance jusqu'à ce qu'elles aient payé le maximum annuel de 50 \$ par individu.

Prestataires de la sécurité du revenu :

âgés de moins de 18 ans : statu quo (aucune contribution);

âgés de 18 ans et plus : aucune franchise, mais les prestataires paient 2 \$ par ordonnance jusqu'à ce qu'ils aient payé le maximum annuel de 50 \$ par individu.

Population en général (l'unité de fonctionnement est l'individu)

Mêmes conditions que pour les options précédentes.

Avantages :

- La coassurance oriente la consommation en fonction du prix du médicament (pour la population en général, incluant les personnes âgées de 65 ans et plus);
- Équité pour tous les consommateurs;
- Pas de discrimination en fonction de l'âge.

Inconvénients :

- Révision de l'entente fédérale-provinciale concernant les régimes d'avantages publics du Canada (RAPC), pour les prestataires de la sécurité du revenu;
- Demande un effort financier supplémentaire aux personnes démunies.

Par rapport à l'option précédente, cette option prévoit une contribution de 11,9 millions de dollars des personnes âgées recevant le maximum du supplément de revenu garanti et des prestataires de la sécurité du revenu âgés de 18 ans et plus.

En conséquence, pour les prestataires de la sécurité du revenu, le coût total moyen serait de 317 \$ par personne, dont 16 \$ financés par leur contribution directe. Quant aux personnes âgées recevant le maximum du SRG, ce coût moyen serait de 856 \$, dont 39 \$ financés par leur contribution.

Option 3. Régime comportant une franchise de 50 \$ pour tous; statu quo pour les prestataires de la sécurité du revenu et pour les personnes âgées qui reçoivent le maximum du SRG

Personnes âgées de 65 ans et plus (l'unité de fonctionnement est l'individu)

- qui déboursent actuellement la contribution de 2 \$: chaque personne paie le premier 50 \$ pour les médicaments visés par le régime. Une fois ce montant atteint, les médicaments sont à la charge du régime.
- qui reçoivent le maximum du SRG : statu quo (aucune contribution).

Prestataires de la sécurité du revenu : statu quo (aucune contribution).

Population en général (l'unité de fonctionnement est l'individu)

Chaque personne débourse le premier 50 \$. Une fois ce montant atteint, les médicaments sont payés par le régime.

Avantages :

- Équité pour tous les consommateurs;
- Pas de discrimination en fonction de l'âge.

Inconvénients :

- La franchise devient vite insuffisante par rapport à l'augmentation des coûts;
- Obligation, politiquement non populaire, d'accroître régulièrement le montant de la franchise pour maintenir les revenus;
- Pas de coassurance, consommation moins reliée au coût;
- Une fois la franchise payée, responsabilisation moins évidente de la population à l'égard de ses habitudes de consommation et des prescripteurs et pharmaciens.

Le montant des dépenses actuellement remboursées par les programmes destinés aux prestataires de la sécurité du revenu et aux personnes âgées recevant le maximum du SRG demeure à 237 millions de dollars. Le montant des dépenses des autres personnes âgées de 65 ans et plus reste à 483,8 millions de dollars, dont 31,7 millions proviennent de leur contribution (franchise); par rapport au statu quo, la contribution totale de ce groupe diminue de 2 millions de dollars. En ce qui concerne le reste de la population, les dépenses projetées sont de 800,5 millions de dollars, dont 157,4 millions proviendraient de la franchise.

Ainsi, le coût total moyen pour la population en général serait de 205 \$ par participant, dont 40 \$ financés au moyen de la franchise. Chez les personnes âgées, ce coût moyen serait de 724 \$ par participant, dont 48 \$ financés par la franchise.

Sommaire des options proposées

Personnes âgées de 65 ans et plus	Prestataires de la sécurité du revenu et personnes âgées recevant le maximum du SRG	Population en général (à l'exception des groupes précédents)	
		0 à 17 ans	18 à 64 ans

OPTION 1			
Franchise	0 \$	0 \$	0 \$
Coassurance	0 %	0 %	0 %
Plafond	---	---	---

OPTION 2.1				
Franchise	0 \$	0 \$	0 \$	50 \$/personne
Coassurance	2 \$/ordonnance	0 %	20 %	20 %
Plafond	100 \$/personne	---	50 \$/personne	250 \$/personne

OPTION 2.2				
Franchise	50 \$/personne	0 \$	0 \$	50 \$/personne
Coassurance	20 %	0 %	20 %	20 %
Plafond	250 \$/personne	---	50 \$/personne	250 \$/personne

OPTION 2.3				
Franchise	50 \$/personne	0 \$	0 \$	50 \$/personne
Coassurance	20 %	2 \$/ordonnance	20 %	20 %
Plafond	250 \$/personne	50 \$/personne	50 \$/personne	250 \$/personne

OPTION 3			
Franchise	50 \$/personne	0 \$	50 \$/personne
Coassurance	0 %	0 %	0 %
Plafond	---	---	---

Résumé des coûts selon chaque option

Population générale	Personnes âgées		Prestataires de la sécurité du revenu	TOTAL
	payant le 2\$	SRG maximum		

Option 1

PA, PSR, Pop. gén.
Franc. 0\$
Coass. 0 %
Plaf. illimité

Coûts totaux (\$000)	800 467\$	483 827\$	53 101\$	183 850\$	1 521 245\$
Coûts assumés par les bénéficiaires (\$000)	0\$	0\$	0\$	0\$	0\$
Coûts assumés par le régime (\$000)	800 467\$	483 827\$	53 101\$	183 850\$	1 521 245\$
Nombre total de bénéficiaires (000)	3 912	668	62	580	5 222
Coûts totaux moyens	205\$	724\$	856\$	317\$	291\$
Coûts moyens assumés par les bénéficiaires	0\$	0\$	0\$	0\$	0\$
Coûts moyens assumés par le régime	205\$	724\$	856\$	317\$	291\$

Option 2.1

PA et PSR
Statu quo

Pop. gén.
Franc. 50\$/pers.
Coass. 20 %
Plaf. 250\$/pers.

Pop. gén. 0-17 ans
Franc. 0\$
Coass. 20 %
Plaf. 50\$/pers.

Coûts totaux (\$000)	800 467\$	483 827\$	53 101\$	183 850\$	1 521 245\$
Coûts assumés par les bénéficiaires (\$000)	236 462\$	33 714\$	0\$	0\$	270 176\$
Coûts assumés par le régime (\$000)	564 005\$	450 113\$	53 101\$	183 850\$	1 251 069\$
Nombre total de bénéficiaires (000)	3 912	668	62	580	5 222
Coûts totaux moyens	205\$	724\$	856\$	317\$	291\$
Coûts moyens assumés par les bénéficiaires	60\$	50\$	0\$	0\$	52\$
Coûts moyens assumés par le régime	144\$	674\$	856\$	317\$	240\$

Option 2.2

PSR et SRG
Statu quo

PA et pop.gén.
Franc. 50\$/pers.
Coass. 20 %
Plaf. 250\$/pers.

Pop. gén. 0-17 ans
Franc. 0\$
Coass. 20 %
Plaf. 50\$/pers.

Coûts totaux (\$000)	800 467\$	483 827\$	53 101\$	183 850\$	1 521 245\$
Coûts assumés par les bénéficiaires (\$000)	236 462\$	96 958\$	0\$	0\$	333 420\$
Coûts assumés par le régime (\$000)	564 005\$	386 869\$	53 101\$	183 850\$	1 187 825\$
Nombre total de bénéficiaires (000)	3 912	668	62	580	5 222
Coûts totaux moyens	205\$	724\$	856\$	317\$	291\$
Coûts moyens assumés par les bénéficiaires	60\$	145\$	0\$	0\$	64\$
Coûts moyens assumés par le régime	144\$	579\$	856\$	317\$	227\$

Résumé des coûts selon chaque option

Population générale	Personnes âgées		Prestataires de la sécurité du revenu	TOTAL
	payant le 2\$	SRG maximum		

Option 2.3

PSR et SRG
Franc. 0\$
Coass. 2\$/presc.
Plaf. 50\$/pers.

Coûts totaux (\$000)	800 467\$	483 827\$	53 101\$	183 850\$	1 521 245\$
Coûts assumés par les bénéficiaires (\$000)	236 462\$	96 958\$	2 401\$	9 493\$	345 314\$
Coûts assumés par le régime (\$000)	564 005\$	386 869\$	50 700\$	174 357\$	1 175 931\$
Nombre total de bénéficiaires (000)	3 912	668	62	580	5 222
Coûts totaux moyens	205\$	724\$	856\$	317\$	291\$
Coûts moyens assumés par les bénéficiaires	60\$	145\$	39\$	16\$	66\$
Coûts moyens assumés par le régime	144\$	579\$	818\$	301\$	225\$

PA et pop.gén.
Franc. 50\$/pers.
Coass. 20 %
Plaf. 250\$/pers.

Pop. gén. 0-17 ans
Franc. 0\$
Coass. 20 %
Plaf. 50\$/pers.

Option 3

PSR
Statu quo

PA et Pop. gén.
Franc. 50\$/pers.
Coass. 0 %
Plaf. illimité

Coûts totaux (\$000)	800 467\$	483 827\$	53 101\$	183 850\$	1 521 245\$
Coûts assumés par les bénéficiaires (\$000)	157 447\$	31 743\$	0\$	0\$	189 190\$
Coûts assumés par le régime (\$000)	643 020\$	452 084\$	53 101\$	183 850\$	1 332 055\$
Nombre total de bénéficiaires (000)	3 912	667	62	580	5 221
Coûts totaux moyens	205\$	725\$	856\$	317\$	291\$
Coûts moyens assumés par les bénéficiaires	40\$	48\$	0\$	0\$	36\$
Coûts moyens assumés par le régime	164\$	678\$	856\$	317\$	255\$

ANNEXE 6

Conséquences des modalités de contribution proposées (par rapport au statu quo) pour les personnes âgées de 65 ans et plus

La proposition du groupe de travail entraîne des modifications relativement à la contribution des personnes âgées. Présentement, elles déboursent 2 \$ par ordonnance jusqu'à un maximum annuel de 100 \$. En supposant que le nouveau régime ait été instauré en 1993, voici les modifications qui affecteraient la contribution des personnes âgées :

Situation en 1993 :

- . 546 000 personnes ont contribué au régime public en vigueur sans atteindre le plafond de 100 \$ (contribution moyenne de 39 \$ par personne);
- . Près de 122 000 personnes ont atteint ce plafond;
- . Au total, 668 000 personnes âgées ont payé une contribution annuelle moyenne de 50 \$.

Situation en 1993, en supposant l'instauration du nouveau régime :

- . 76 000 personnes n'auraient pas atteint la franchise annuelle de 50 \$ et auraient payé une contribution moyenne de 28 \$;
- . Environ 450 000 personnes auraient dépassé le montant de la franchise sans toutefois atteindre le plafond de contribution, fixé à 250 \$; ces personnes auraient versé une contribution moyenne de 132 \$;
- . 141 000 personnes auraient atteint le plafond de 250 \$;
- . Au total, les personnes âgées auraient versé une contribution moyenne de 145 \$ en 1993.

Selon les modalités de contribution du nouveau régime, la contribution des personnes âgées de 65 ans et plus augmenterait d'environ 63 millions de dollars par année. En moyenne, chaque personne paierait 95 \$ de plus par rapport au statu quo.

Le tableau suivant résume l'ensemble des données présentées.

* Les personnes âgées de 65 ans et plus qui reçoivent le maximum du supplément de revenu garanti sont exemptées de toute contribution.

**Conséquences des modalités de contribution proposées
(par rapport au statu quo) pour les personnes âgées de 65 ans et plus**

	NOMBRE DE BÉNÉFI- CIAIRES	COÛTS TOTAUX (\$)	PART ASSUMÉE PAR LES INDIVIDUS (\$)	PART ASSUMÉE PAR LE RÉGIME (\$)	COÛT MOYEN POUR LES INDIVIDUS (\$)
STATU QUO					
Personnes dont les dépenses sont inférieures à la franchise	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Personnes dont les dépenses sont supérieures à la franchise mais inférieures au plafond de contribution	546 360	259 897 000	21 568 000	238 329 000	39
Personnes dont les dépenses sont supérieures au plafond de contribution	121 450	223 930 000	12 146 000	211 784 000	100
TOTAL	667 810	483 827 000	33 714 000	450 113 000	50

PROPOSITION					
Personnes dont les dépenses sont inférieures à la franchise	76 330	2 169 000	2 169 000	0	28
Personnes dont les dépenses sont supérieures à la franchise mais inférieures au plafond de contribution	450 300	207 414 000	59 495 000	147 919 000	132
Personnes dont les dépenses sont supérieures au plafond de contribution	141 180	274 244 000	35 294 000	238 950 000	250
TOTAL	667 810	483 827 000	96 958 000	386 869 000	145

DIFFÉRENCE					
Personnes dont les dépenses sont inférieures à la franchise	76 330	2 169 000	2 169 000	0	28
Personnes dont les dépenses sont supérieures à la franchise mais inférieures au plafond de contribution	(96 060)	(52 483 000)	37 927 000	(90 410 000)	93
Personnes dont les dépenses sont supérieures au plafond de contribution	19 730	50 314 000	23 148 000	27 166 000	150
TOTAL	0	0	63 244 000	(63 244 000)	95

Statu quo : 2 \$/ordonnance, avec un maximum annuel de 100 \$/personne.

Proposition : franchise annuelle de 50 \$/personne, coassurance : 20 %, plafond annuel de contribution fixé à 250 \$/personne.

ANNEXE 7

**RÉGIME UNIVERSEL DE BASE
D'ASSURANCE MÉDICAMENTS AU QUÉBEC**

PROPOSITION POUR L'ADMINISTRATION DU RÉGIME

Coûts de mise en place et coûts d'opération

Régie de l'assurance-maladie du Québec

Le 4 avril 1995

PRÉAMBULE

La Régie de l'assurance-maladie du Québec administre déjà les programmes actuels d'assurance médicaments. Elle administre aussi le régime d'assurance-maladie dont les coûts, selon plusieurs études récentes, sont tributaires du moins en partie de ceux du programme de médicaments. La mission actuelle de la Régie de même que les actifs informationnels et humains dont elle dispose la place en bonne position pour administrer le programme universel d'assurance médicaments. Elle suggère donc, par le biais de la présente proposition, les modalités opérationnelles et structurelles qui, compte tenu du contexte sanitaire et économique ainsi que des tendances dans le domaine de la gestion des affaires publiques, semblent les plus souhaitables pour la mise en application d'un régime universel d'assurance médicaments.

La proposition de la RAMQ tient compte des objectifs connus du régime ainsi que des perspectives d'évolution à plus ou moins long terme. La proposition, en plus de présenter des modalités pour l'application au jour le jour, dégage certains éléments nécessaires au contrôle des coûts du programme ainsi que l'optimisation et l'adaptation des retombées pour les citoyens et l'État (meilleurs services de santé à moindres coûts). La RAMQ n'étant pas une entreprise à but lucratif cherchant à réaliser des profits sur la base des opérations qu'elle réalise, elle peut, dans le cadre de la mission qui lui est dévolue actuellement, chercher réellement à réduire les coûts sanitaires au Québec et maintenir les objectifs de santé tout en assurant l'utilisation optimale des ressources disponibles.

Capitalisant sur l'évolution connue dans le domaine des technologies et s'ajustant à la concurrence et aux réalités de la situation actuelle, la proposition faite par la Régie s'articule autour de l'utilisation des communications interactives et d'un réseau de partenaires du public et du privé comme assises pour supporter la réingénierie du régime et des processus afférents.

L'évaluation des coûts de mise en place et d'opération est donc faite dans l'optique de la nouvelle philosophie de gestion qui découle de cette approche. Les évaluations sont également faites en considérant la situation qui prévaut actuellement ainsi que des hypothèses de base en ce qui concerne la définition du régime: tout changement à l'un ou l'autre de ces éléments peut amener des aménagements à la proposition et/ou des changements dans les coûts projetés et dans les bénéfices anticipés.

Par ailleurs, seuls les coûts pressentis pour la Régie sont présentés, cette dernière ne pouvant s'engager pour les partenaires et intervenants éventuellement impliqués dans l'administration du régime et qui devront apporter des modifications à des activités, à des systèmes informatiques, à des produits ou à des services offerts. Une étude plus globale serait nécessaire à cet effet.

LA PROPOSITION

Le régime universel de base d'assurance médicaments est public, la contribution demandée au citoyen est fonction de sa capacité de payer et le bon usage des médicaments est une condition essentielle. La contribution du citoyen est fonction de l'âge ou du statut et se traduit par une franchise, une coassurance et un plafond pour l'ensemble des contributions payées. Les autres sources de financement envisagées sont l'impôt, une cotisation spécifique, une contribution des employeurs ainsi que les dépenses actuelles des programmes d'assurance médicaments déjà existants.

Les travaux du Comité ministériel ont conduit à l'examen de plusieurs scénarios se distinguant les uns des autres par différentes formules de franchise-coassurance-plafond. Un scénario en particulier ne prévoit qu'un plafond des dépenses par ménage (scénario « catastrophe »). Le scénario prévoyant la gratuité totale pour l'ensemble de la population n'a pas été retenu, mais toutes les autres formules demeurent.

LES HYPOTHÈSES DE BASE

Toutes les mesures d'efficacité et d'efficience du régime n'étant pas statuées définitivement, la RAMQ formule donc des hypothèses de base pour élaborer la proposition et procéder à l'évaluation des coûts.

Les hypothèses formulées sont :

- la gestion de la franchise, de la coassurance et du plafond s'effectue par individu;

- exceptionnellement, la gestion des franchises-coassurances-plafonds peut devoir être faite par ménage: il appartiendra alors aux ménages concernés d'aviser la RAMQ pour qu'une telle gestion puisse être effectuée;
- seuls les médicaments inscrits sur la Liste des médicaments (incluant les médicaments d'exception) obtenus en officines privées ainsi que les services professionnels s'y rattachant sont couverts;
- les médicaments obtenus hors Québec sont assurés aux coûts du Québec, et ces coûts sont considérés dans la gestion de la contribution du citoyen;
- les coûts assumés par le citoyen peuvent, à sa discrétion, faire l'objet d'une couverture additionnelle par un assureur privé;
- l'utilisation optimale des médicaments est assurée par l'application de règles d'utilisation reconnues qui sont vérifiées lors de la validation et l'exécution de l'ordonnance par le pharmacien;
- les politiques actuelles de contrôles des prix demeurent et aucun mécanisme n'est prévu pour récupérer lors de l'application courante les dépassements budgétaires.

Dans le cadre du régime universel, on estime à 70,7 millions le nombre de prescriptions qui seront soumises pour paiement. Ces réclamations proviendront de près de 1 490 pharmacies. Par ailleurs, la population du Québec est présentement de 7,2 millions de personne et elle devrait être de 7,45 millions en 1997. L'annexe 1 propose quelques définitions pour les fins du présent document et l'annexe 2 donne plus de détails sur les données volumétriques.

ÉLÉMENTS GÉNÉRAUX DE LA PROPOSITION

La proposition de la RAMQ est basée sur l'utilisation de la communication interactive qui permet de relier en réseau l'ensemble des partenaires impliqués dans l'administration du régime (Pharmaciens propriétaires, RAMQ, MSR, CCP, MSSS,...). L'interactivité permet d'assurer une présence au moment de la dispensation des services, ouvrant la voie à de nouvelles opportunités au chapitre du service à la clientèle (bénéficiaire, pharmacien, prescripteur), au chapitre des modalités de paiement et de contrôle a priori qui peuvent être négociées ainsi qu'au chapitre des mesures qui peuvent être mises en place pour s'assurer de l'usage optimal des médicaments.

Par ailleurs, tous les scénarios étudiés par le Comité s'expriment par l'attribution de différentes valeurs aux « paramètres » que sont la franchise, la coassurance et le plafond. En pratique, une gamme fort variée d'autres scénarios pourraient être envisagés. La proposition portera donc sur un seul scénario de base qui s'avère le plus général possible, donnant aux administrateurs toute la latitude voulue pour la définition et l'évolution du programme dans l'optique de tenir compte de la spécificité des besoins et des conditions de chaque assuré (incluant sa condition clinique).

Cette généralisation inclut tout naturellement des programmes spécifiques comme MTS, SIDA, Médicaments et patients d'exception, préparations lactées, ... Elle inclut également les éléments nécessaires à l'application efficace du scénario « catastrophe ». Des valeurs spécifiques des divers paramètres pourront donc être fixées pour différentes (et nombreuses) catégories d'individus et, à la limite, on pourrait avoir des valeurs différentes pour chaque citoyen. Ainsi, toute décision *a priori* concernant le montant payé par l'État pourra s'exprimer en fonction de ces paramètres ainsi que de conditions concernant des caractéristiques plus ou moins spécifiques du bénéficiaire (le Qui), du dispensateur et du prescripteur (le Par Qui), du lieu de dispensation (le Où) et du médicament ou du service visé (le Quoi).

Plus spécifiquement, la proposition est caractérisée par les éléments suivants :

- statu quo en ce qui concerne la carte d'assurance-maladie et son utilisation;
- statu quo en ce qui concerne le format de l'ordonnance: elle demeure écrite (sur papier) ou verbale;
- les ententes actuelles continuent de s'appliquer et les mécanismes de négociation demeurent pour décider des modalités de paiement applicables;
- comme actuellement, la RAMQ décide des règles de paiement à la lumière des modalités de paiement négociées;
- le paiement, comme actuellement, s'effectue en différé à toutes les deux semaines: il n'y a pas de débit/crédit de compte à compte en temps réel;
- la RAMQ constitue, comme actuellement, un dossier historique complet pour tous les bénéficiaires et portant sur tous les médicaments qui ont fait l'objet d'une réclamation;
- toutes les réclamations sont traitées à distance en temps réel par la RAMQ: chaque réclamation est confrontée contre le dossier historique pour vérifier les règles de paiement applicables, procéder s'il y a lieu à l'émission de l'autorisation de paiement et, toujours en temps réel, informer le pharmacien des sommes (franchise, coassurance) à payer par le bénéficiaire et des raisons motivant la décision de paiement;
- afin de s'assurer de l'usage optimal des médicaments, la RAMQ agit comme facilitateur auprès des experts et organismes professionnels concernés pour définir les règles d'utilisation des médicaments. Elle utilise ces règles lors du traitement en temps réel des

réclamations pour, s'il y a lieu, émettre des avis ou des alertes à l'attention du pharmacien. Certaines règles d'utilisation se traduisent en règles de paiement suite à un commun accord entre tous les intervenants concernés. Les médicaments d'exception constituent des cas particuliers où les règles d'utilisation afférentes sont considérées pour décider du paiement;

- la communication entre la RAMQ et les pharmacies est assurée par un et un seul transporteur privé spécialisé dans les échanges électroniques de données en temps réel et offrant des services à valeur ajoutée afférents à ces échanges (encryptage, facturation des pharmaciens propriétaires pour l'utilisation des services du transporteur, statistiques sur l'achalandage pour optimiser les services interactifs offerts par la RAMQ);
- les services de CAPSS et de Hermès peuvent cohabiter pour ce qui a trait aux réclamations qui pourraient être adressées à des assureurs privés;
- les pharmaciens propriétaires utilisent un logiciel de facturation mis au point et offert par un fournisseur accrédité par la RAMQ pour supporter le traitement des réclamations en temps réel;
- la RAMQ normalise les échanges de données qui ont cours entre elle et les pharmaciens et spécifie des exigences de qualité en ce qui concerne les logiciels utilisés.

IMPLICATIONS FINANCIÈRES

Les coûts présentés s'appuient sur les hypothèses de base exposées précédemment et qui n'ont pas, à ce stade de l'analyse, fait l'objet de décisions définitives. Une analyse plus détaillée sera nécessaire pour trancher les enjeux et ajuster les coûts. Outre les hypothèses de base, d'autres hypothèses concernant les ressources et le financement des coûts ont également été prises en compte pour l'évaluation des coûts, à savoir :

- la RAMQ peut capitaliser sur les ressources humaines, matérielles et financières affectées actuellement aux activités afférentes au développement, à l'application et au contrôle des programmes de gratuité de médicaments qu'elle administre présentement. Ces ressources pourront être réaménagées ou allouées en fonction des nouvelles activités;
- la RAMQ peut capitaliser sur les infrastructures technologiques ou informationnelles en cours d'installation ou d'acquisition dans le cadre d'autres dossiers majeurs;
- la RAMQ maintient le statu quo en ce qui concerne le financement par les pharmaciens propriétaires des coûts de transmission des données pour le traitement des réclamations: ceux-ci assument la totalité des coûts associés à ces échanges.

Les coûts évalués pour la mise en place sont de l'ordre de 8 à 15 M \$. Ces coûts se répartissent principalement sous les rubriques suivantes: la conception, le développement et l'implantation des nouveaux mécanismes administratifs et informatiques nécessaires; le choix du transporteur et du fournisseur pour les équipements additionnels requis; l'ajustement de processus administratifs et de systèmes informatiques existants; la publicité du régime et l'information aux clientèles bénéficiaires, pharmaciens et prescripteurs.

Les coûts d'opération prévus sont, eux, de l'ordre de 2,5 M \$ récurrents annuellement. Ils s'inscrivent essentiellement au chapitre des équipements additionnels qui sont requis pour traiter les réclamations soumises en temps réel par les pharmaciens.

Tous les coûts mentionnés, tant ceux de mise en place que ceux d'opération, s'ajoutent au budget régulier de la RAMQ. Les coûts sont préliminaires et ne constituent que des ordres de grandeurs des coûts pressentis. Une analyse plus détaillée sera nécessaire les préciser et les ajustements pourront être à la hausse ou à la baisse. L'annexe 3 donne plus de précisions sur les coûts pressentis.

IMPACTS POUR LES PHARMACIENS PROPRIÉTAIRES

La quasi-totalité des pharmaciens propriétaires utilisent des équipements informatiques (micro-ordinateurs installés en mode autonome ou en réseau) et des logiciels (très souvent interconnectés entre eux ou intégrés) pour supporter les opérations courantes comme la facturation, la gestion des inventaires, la gestion des dossiers patient et la détection des contre-indications médicamenteuses (logiciels de vigilance).

Deux agences commerciales (Hypocrat et Infopharm) proposent des logiciels de facturation et offrent, contre rémunération, divers services à près de 1 100 pharmaciens propriétaires (facturation, prétraitement des données, transmission en différé des réclamations à la RAMQ, réception et conciliation des états de compte, dossier patient). Les pharmaciens du Groupe Jean Coutu (environ 200) utilisent les logiciels et les services du Centre Rx. Les autres pharmaciens propriétaires effectuent eux-mêmes (moyennant accréditation) le traitement de leurs données et la transmission des réclamations à la RAMQ. Ils acquièrent à cette fin les logiciels de facturation de fournisseurs spécialisés ou développent leurs propres logiciels.

La proposition de la RAMQ implique que les logiciels de facturation fournis par les agences commerciales ou tout autre fournisseur accrédité sont modifiés pour supporter les échanges en temps réel avec la RAMQ, cette dernière normalisant les échanges et spécifiant certaines exigences quant à la qualité des logiciels. De plus, les services en différé offerts par ces agences pour le prétraitement des données et la transmission vers la RAMQ ne sont plus requis, et les services en temps réel du Centre Rx sont modifiés pour échanger adéquatement avec la RAMQ. La présente proposition considère que les coûts d'ajustement des logiciels et des équipements informatiques utilisés par les pharmaciens propriétaires sont assumés par eux-mêmes et/ou par les fournisseurs concernés.

Par ailleurs, les pharmaciens propriétaires défrayent déjà le coût des logiciels qu'ils utilisent ainsi que les coûts afférents à la transmission de leurs réclamations aux assureurs privés. Dans une moindre mesure et de manières différentes, ils défrayent aussi le coût des échanges directs ou indirects avec la RAMQ dans le cadre du traitement des réclamations. La RAMQ propose donc que les pharmaciens propriétaires continuent d'assumer la totalité du coût des échanges pour le traitement à distance de leurs réclamations.

CONSIDÉRATIONS DE MISE EN OEUVRE

Les éléments généraux de la proposition demeurent applicables dans leur ensemble même si on optait pour un autre type de scénario.

Par ailleurs, les qualités de la proposition permettent d'envisager une stratégie graduelle d'implantation d'un régime universel. Les perspectives d'évolution inhérentes à la proposition comme l'inclusion des médicaments et services pharmaceutiques dispensés dans les hôpitaux et l'ordonnance électronique viennent en renforcer les qualités et le potentiel.

ANNEXE 1: DÉFINITIONS

La contribution demandée au citoyen se traduit par les trois paramètres suivants :

- une *franchise*, déboursé cumulatif en deça duquel la totalité des dépenses de médicaments sont assumées par le citoyen;
- une *coassurance*, frais applicables à l'achat de chaque médicament une fois le montant de la franchise atteint. Ces frais peuvent prendre la forme d'un montant fixe ou être un pourcentage du coût des médicaments et/ou des services;
- un *plafond*, un déboursé maximum à partir duquel les dépenses de médicaments sont assurées à 100 % (assumées en totalité par l'assureur).

Une *prescription* est une recommandation précise par rapport à un médicament visant le traitement d'un patient particulier. Une *réclamation*, pour les fins du présent document, portera sur une et une seule prescription dont le service est soumis pour paiement.

Les *guides ou lignes directrices de traitement* sont des outils d'information pour les cliniciens et les cliniciennes supportant la prise de décision à l'égard du traitement, médicamenteux ou non, d'un problème de santé diagnostiqué.

Les règles d'utilisation d'un médicament sont habituellement incluses dans les guides ou lignes directrices de traitement et sont documentées au regard de l'indication thérapeutique, du dosage, de la durée de traitement nécessaire pour résoudre le problème de santé, de l'âge de la clientèle visée et des suivis sanguins ou autres nécessaires, le cas échéant.

Les règles de paiement sont des règles administratives élaborées à partir de documents officiels, habituellement des lois, règlements ou ententes pour décider du montant à payer pour un service assuré. Certaines règles de paiement pourraient exiger la présence d'un diagnostic pour que le médicament soit remboursé. Dans ces cas, les règles de paiement s'appuieraient sur des règles d'utilisation. La RAMQ applique déjà ce genre de règles dans les autorisations pour les médicaments d'exception et dans l'administration du programme de médicaments reliés aux maladies transmises sexuellement.

ANNEXE 2: DONNÉES VOLUMÉTRIQUES

Les programmes publics actuels s'adressent principalement aux 720 000 prestataires de la sécurité du revenu et aux 813 000 personnes âgées de 65 ans et plus. S'ajoutent aussi les 50 000 bénéficiaires des médicaments gratuits prévus aux différentes circulaires (malades sur pied, hémophiles, SIDA). Pour l'année civile 1994, près de 32 millions de réclamations (prescriptions nouvelles ou renouvelées) ont été soumises à la Régie pour appréciation. Des projections fixent à 35 millions le nombre de prescriptions pour l'année 1995.

Une analyse de l'indice de consommation journalier (i.e. le nombre de prescriptions obtenues le même jour par un même bénéficiaire dans une même pharmacie) a permis d'établir que ces réclamations ont été soumises suite à 17 millions de situations de dispensation distinctes (rencontres directes ou indirectes entre un bénéficiaire et pharmacien). Ainsi, en moyenne, près de 2 prescriptions différentes sont l'objet d'une visite d'un bénéficiaire à une pharmacie au cours d'une même journée. Cet indice journalier de consommation diminue avec l'âge du bénéficiaire, et se situe en moyenne à environ 1,7 pour les personnes de 0 à 59 ans actuellement assurées.

PRÉVISIONS POUR LE PROGRAMME UNIVERSEL

La population actuelle du Québec est d'environ 7,2 millions de personnes. Cette population devrait être de 7,45 millions en 1997. La population non couverte par le régime public est actuellement de 5 670 000. Si on considère un taux de participation de 70 % et qu'on considère que chaque participant reçoit 9 prescriptions annuellement, le régime universel implique un volume additionnel de 35,7 millions de prescriptions, portant le volume annuel à 70,7 millions.

Des données d'avril 1993 avaient permis d'évaluer, dans un programme universel comme celui de la Colombie-Britannique, à environ 10,7 le nombre annuel moyen de prescriptions pour la clientèle participante autre que les personnes âgées, les prestataires de la sécurité du revenu et les personnes hébergées. Cette estimation est concordante avec l'hypothèse de 9 prescriptions formulées précédemment.

HYPOTHÈSES SUR LA RÉPARTITION DE L'ACHALANDAGE

Pour la population actuellement assurée, les situations se répartissent uniformément sur les jours ouvrables (environ 65 000 par jour à travers toute la province). L'achalandage est moindre les jours de fins de semaines: environ 35 000 le samedi et 17 000 le dimanche. La répartition géographique des situations de dispensation correspond globalement à celle de la population. Plus spécifiquement, environ 45 % ont lieu dans des pharmacies de la région rapprochée de Montréal, environ 15 % dans des pharmacies de la région rapprochée de Québec et les autres (environ 40 %) dans des pharmacies en province.

Dans la perspective d'un programme universel où le volume des prescriptions soumises à la Régie atteindra 70,7 millions, on suppose que leur nombre moyen par situation de dispensation, la répartition géographique ainsi que la répartition quotidienne seront similaires à ceux connus actuellement. Par contre, en ce qui concerne la répartition de l'achalandage en cours de journée, on peut envisager une certaine concentration en fin de journée, les nouveaux bénéficiaires du régime public obtenant leurs médicaments en dehors des heures de travail.

Ces hypothèses se traduisent par un volume approximatif de 150 000 situations de dispensation chaque jour avec un achalandage de 25 000 situations à l'heure en période de pointe.

ANNEXE 3: DÉTAILS DES COÛTS

La prise en charge de l'administration d'un régime universel implique, dans l'esprit de la proposition décrite précédemment, des développements administratifs et informatiques non négligeables de même qu'une mutation significative pour ce secteur d'activités de l'organisation.

LES COÛTS D'OPÉRATION POUR LA RAMQ

Les principaux déboursés anticipés pour la mise en place sont :

- ceux associés à une campagne d'information à la population et aux clientèles dispensateurs et prescripteurs concernées (1,5 à 2,5 M \$);
- ceux associés à l'architecture détaillée de la proposition, à la normalisation des échanges, au choix d'un fournisseur des équipements additionnels nécessaires pour offrir les services continus en temps réel ainsi qu'au choix du transporteur unique (0,5 à 1,0 M \$);
- ceux associés au développement et à la mise en opération des mécanismes administratifs et informatiques pour le traitement à distance des réclamations et l'administration du régime en général, incluant les ajustements réglementaires et organisationnels nécessaires (4 à 7 M \$) ainsi que ceux associés à l'ajustement des processus et systèmes informatiques connexes existants (e.g. fichiers valideurs) (2 à 4 M \$).

Ainsi, de façon préliminaire, les coûts de mise en place seront de l'ordre de 8,0 à 14,5 M \$. Des budgets additionnels sont requis pour assumer la totalité de ces coûts de mise en place. Les coûts

de mise en place ou d'ajustement chez les pharmaciens propriétaires, chez les fournisseurs de logiciels ou chez les autres organismes concernés n'ont pas été évalués, ceux-ci n'étant pas assumés par la RAMQ.

LES COÛTS D'OPÉRATION POUR LA RAMQ

Au chapitre des coûts d'opération, la RAMQ assume uniquement les coûts associés au traitement des réclamations ainsi que ceux qui découlent de l'ensemble des activités afférentes aux responsabilités qui lui sont confiées dans le cadre de l'administration du régime, tant celles en amont du traitement de la réclamation que celles en aval. Les autres coûts sont assumés par les pharmaciens propriétaires, par les fournisseurs de logiciels ou par les organismes concernés.

Considérant les hypothèses formulées précédemment, les coûts additionnels (récurrents annuellement) pour l'opération du régime universel d'assurance-médicaments sont de l'ordre de 2,5 M \$. Cet ajout au budget régulier actuel de la RAMQ s'explique essentiellement par la mise en place des équipements nécessaires pour traiter les réclamations à distance en temps réel et par la mise en place des ressources et des mécanismes appropriés pour offrir un service continu 24 heures par jour, 7 jours par semaine.

ADDENDA

UN PROGRAMME PUBLIC LIMITÉ AUX RISQUES ÉLEVÉS

L'état des finances publiques et les courants de pensée actuels voulant que le gouvernement réduise son intervention dans plusieurs secteurs ont amené le groupe de travail à examiner l'option d'un programme ne couvrant que les risques élevés. Cette option semblait correspondre à la tendance observée dans certaines provinces à limiter l'aide financière pour l'achat des médicaments aux individus qui représentent un risque majeur¹⁹.

Par exemple, en Ontario, une aide financière est offerte aux individus qui ne participent à aucun régime privé d'assurance médicaments. En Colombie-Britannique, le régime d'assurance médicaments rembourse 100 % des médicaments lorsque les dépenses totales de la famille excèdent 2 000 \$ annuellement. En Saskatchewan, 65 % des dépenses familiales supérieures à 850 \$ par semestre sont remboursées. Cette franchise peut cependant être moins élevée, selon revenu de la famille.

¹⁹ L'Ontario a instauré depuis le 1^{er} avril 1995 un programme d'aide destiné aux personnes non assurées ou à celles dont les prestations d'assurance médicaments sont épuisées. L'aide financière couvre 100 % des dépenses qui dépassent un montant déterminé en fonction du revenu et de la taille des familles. Pour une personne célibataire, cette franchise correspond à 2,5 % du revenu pour le premier 20 000 \$ et à 4,5 % pour le revenu excédant ce montant (franchise variant de 500 \$ à plus de 4 000 \$).

En Colombie-Britannique, la franchise familiale est de 600 \$ par année. Au-delà de ce montant, le gouvernement rembourse 70 % du coût d'une ordonnance. Quand la contribution familiale atteint 2 000 \$ (6 666 \$ de médicaments), le remboursement est alors de 100 % des dépenses.

La Saskatchewan a majoré à 850 \$ aux 6 mois, depuis 1993, la franchise annuelle de son régime universel (cette franchise s'applique également aux personnes âgées). Une mesure concerne cependant les familles dont le revenu ajusté est inférieur à 50 000 \$ et dont les dépenses annuelles pour le médicaments sont supérieures à 3,4 % du revenu.

La protection des risques élevés s'apparente à une mesure de dernier recours, ce qui la différencie du régime public universel. Elle n'entre en vigueur que lorsque la personne a assumé une part importante de ses frais de médicaments. En conséquence, une telle mesure ne remplacerait pas la protection offerte par les régimes collectifs publics ou privés d'assurance médicaments.

Avantages et inconvénients d'un programme ne couvrant que les risques élevés

Avantages :

- . Protège les individus qui ne sont pas assurés actuellement et qui paient la totalité de leurs médicaments;
- . Implique une participation moins importante du secteur public qu'un régime public universel; s'inscrit davantage dans les orientations gouvernementales voulant réduire l'intervention de l'État;
- . Le secteur privé peut continuer de couvrir les frais de médicaments de ses assurés;
- . Contribution des employeurs et des salariés similaire ou inchangée; ces derniers peuvent conserver leur régime privé d'assurance.

Inconvénients :

- . Incite les assureurs privés à transférer au secteur public les risques élevés (coûteux);
- . Accessibilité plus restreinte comparativement à un régime public universel étant donné la part importante assumée par les individus avant qu'ils ne reçoivent de l'aide;

- . Pour la même raison, favorise beaucoup moins le «virage ambulatoire» et permet difficilement une modification des programmes existants, comme celui qui s'adresse aux personnes âgées ou les multiples mesures spécifiques mises en place au cours des dernières années;
- . Croissance des coûts plus ardue à contrôler qu'à l'intérieur d'un régime universel. Dans ces conditions, on peut difficilement envisager l'existence d'une «enveloppe budgétaire contrôlée» et on risque de favoriser un système inflationniste;
- . Le coût administratif d'un programme mixte (privé et public) peut s'avérer important. Les dépenses couvertes effectuées avant que le programme ne s'applique doivent faire l'objet d'une vérification et être comptabilisées. Pour ce faire, on doit tenir compte de la Liste de médicaments assurés et du prix payable par le gouvernement pour le programme public des personnes âgées et des prestataires de la sécurité du revenu.

Les personnes concernées par une protection des risques élevés

Le programme ne couvrant que les risques élevés viserait principalement les personnes (environ 1,5 million) qui ne sont présentement protégées par aucun régime d'assurance médicaments : chômeurs, étudiants adultes, employés qui ne bénéficient pas d'une telle assurance, etc.

Il se pourrait également que le secteur privé cesse de rembourser les médicaments lorsque le programme public commence à les payer. Ainsi, lorsque l'individu couvert par une assurance privée aurait assumé une part équivalente à celle exigée par le programme public, il serait pris en charge par l'État.

D'autre part, les bénéficiaires de la circulaire «Malades sur pied» et des autres mesures d'aide pour certaines maladies pourraient être appelés à contribuer davantage.

Les paramètres d'un programme ne couvrant que les risques élevés

Deux options peuvent être envisagées relativement à la participation financière des personnes concernées par ce programme.

1. Franchise fixe

Afin de ne pas pénaliser les familles nombreuses, une première franchise serait déterminée pour les personnes seules et une seconde plus élevée pour les familles, comme dans plusieurs régimes privés.

Il n'existe pas de critères objectifs pour fixer le montant de cette franchise; ceci reste une question d'appréciation. Toutefois, en s'inspirant des autres provinces, elle pourrait se situer entre 1 500 \$ et 2 000 \$ par an, par famille. Les dépenses supérieures au montant de cette franchise seraient payées par le gouvernement. Les montants suivants devraient donc s'ajouter aux dépenses actuellement remboursées par le gouvernement à l'intérieur des programmes publics d'assurance médicaments :

FRANCHISE	FAMILLES (POURCENTAGE)	FAMILLES (NOMBRE)	COÛT SUPPLÉMENTAIRE POUR LE GOUVERNEMENT
1 500 \$	5 %	110 000	96 M \$
2 000 \$	3 %	65 000	55 M \$

* Incluant les familles présentement assurées par un régime privé, en supposant qu'elles soient prises en charge par le programme public une fois le montant de la franchise atteint.

2. Franchise modulée en fonction de la capacité financière

Le principal inconvénient d'une franchise fixe est qu'elle ne tient pas compte de la capacité de payer. Cette situation peut désavantager les personnes et les familles à faible

revenu. Hors, l'objectif d'un programme d'assurance couvrant les risques élevés est justement de protéger les personnes lorsqu'elles risquent de ne plus pouvoir payer leurs frais de médicaments. Difficile, par conséquent, d'identifier des critères adéquats pour l'application d'une franchise fixe.

La franchise modulée en fonction du revenu doit cependant être assez importante pour respecter le principe de n'assurer que les risques élevés. Elle doit se rapprocher du seuil à partir duquel les individus ne peuvent plus se procurer leurs médicaments. Ainsi, il faudrait fixer un montant de base (ex. : 500 \$) correspondant à la part des familles, quel que soit leur niveau de revenu (comme le fait l'Ontario). Les dépenses supérieures à ce montant seraient remboursées à condition qu'elles excèdent un certain pourcentage du revenu familial (ex. : 5 % ou plus).

Deux modes de fonctionnement peuvent être envisagés pour l'application d'un programme de ce genre :

Création d'un programme pour le paiement des médicaments (comme celui administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec) : cette approche exige la connaissance préalable du revenu des personnes concernées, ce qui pourrait s'avérer très complexe et difficile à réaliser;

Crédit d'impôt remboursable (semblable au remboursement des impôts fonciers) : par rapport à l'option précédente, cette formule serait moins complexe sur le plan administratif. Par contre, le remboursement des médicaments aurait lieu en fin d'année, occasionnant un manque de liquidités durant l'année pour certaines familles. Des remboursements anticipés pourraient être effectués, mais cette procédure est contraire aux pratiques habituelles du ministère du Revenu.

Pour chacun des ces modes de fonctionnement et selon les paramètres déterminés précédemment (part minimum de 500 \$ pour les familles et l'excédent de 5 % du revenu), voici un exemple du coût d'un programme assorti d'une franchise variant en fonction de la capacité de payer :

	COÛT POUR LE GOUVERNEMENT D'UNE FRANCHISE MODULÉE EN FONCTION DU REVENU
. Franchise de 1 500 \$	180 M \$
. Franchise de 2 000 \$	165 M \$

Avec une franchise qui varie en fonction de la capacité financière, il serait plus difficile de voir à ce que les régimes privés et le programme public se complètent. De plus, le contrôle serait plus complexe et coûteux au point de vue administratif. En effet, les assureurs privés ne connaissent pas le revenu des personnes assurées et pourraient payer des dépenses que le programme public peut rembourser.

La mise en place d'un programme limité aux risques élevés ne correspond pas à l'option proposée par le Comité Demers. Dans le cadre d'une politique générale de santé, elle mériterait une analyse plus approfondie.

La Saskatchewan s'est dotée d'un réseau interactif pouvant gérer les franchises et les plafonds de contribution, et qui permet de comptabiliser les dépenses correspondant à une liste de médicaments précise (ce que ne semble pas avoir prévu l'Ontario, du moins au départ). Au Québec, il faudrait d'abord avoir accès à un système permettant l'enregistrement de toutes les prescriptions de médicaments. Ce système rendrait possible l'identification des dépenses acceptées en fonction de la Liste de médicaments assurés et du prix payable. Son installation devrait faire l'objet d'une analyse plus approfondie.