

TABLE RONDE DES MINISTRES SUR UN RÉGIME D'ASSURANCE- MÉDICAMENTS PANCANADIEN

Rapport sommaire préparé par Qualité des services de santé Ontario

Soumis au ministère de la Santé et des Soins de
longue durée le 13 juillet 2015

SOMMAIRE À L'INTENTION DES MINISTRES

Le 8 juin 2015, le Dr Eric Hoskins, ministre de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, a animé une table ronde sur un régime d'assurance médicaments à Toronto, en Ontario. En plus du ministre Hoskins, huit autres ministres ont pris part à cette table ronde. Autres ministres participants :

- Glen Abernethy, ministre de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest
- Sharon Blady, ministre de la Santé du Manitoba
- Victor Boudreau, ministre de la Santé du Nouveau Brunswick
- Dustin Duncan, ministre de la Santé de la Saskatchewan
- Steve Kent, ministre de la Santé et des Services communautaires de Terre-Neuve-et-Labrador
- Terry Lake, ministre de la Santé de la Colombie-Britannique
- Greg Ottenbreit, ministre responsable de la santé dans les collectivités rurales et éloignées de la Saskatchewan

En plus de fournir un sommaire des principaux points abordés pendant les présentations, le présent rapport offre un aperçu des sujets qui ont fait l'objet d'un consensus fort. En l'absence de consensus fort, le rapport offre une analyse détaillée des éventuelles options.

SUJETS QUI ONT FAIT L'OBJET D'UN CONSENSUS FORT

Vers la fin de la journée, le président a nommé plusieurs sujets qui ont fait l'objet d'un consensus fort, c'est-à-dire des sujets sur lesquels les participants à la table ronde étaient tous d'accord :

- Trop de Canadiens n'ont pas de couverture ou ont une couverture insuffisante pour les médicaments sur ordonnance.
- Au Canada, nous pourrions dépenser moins d'argent en médicaments sur ordonnance tout en obtenant une valeur égale, voire supérieure pour chaque dollar investi.
- Sans réforme importante de la politique, la situation actuelle pourrait s'empirer.
- Nous ne voulons pas d'un régime d'assurance-médicaments médiocre, par exemple, un régime « universel » dont les membres ne peuvent pas se permettre de prendre leurs médicaments parce qu'ils sont trop coûteux et dont les coûts continuent d'augmenter au même rythme qu'au cours des 15 dernières années.
- Le choix des médicaments couverts par le régime public doit être fondé sur des données probantes et non sur des considérations politiques, dans la mesure du possible.
- En plus d'offrir une couverture à l'ensemble de la population, un bon régime d'assurance-médicaments améliorerait la qualité de la prescription.
- L'élaboration d'un bon régime d'assurance-médicaments nécessiterait une évaluation et une amélioration continues.
- L'objectif du régime d'assurance-médicaments devrait être d'offrir un programme qui permet d'améliorer la santé, tout en coûtant moins cher, et qui offre une expérience positive aux patients.

PROBLÈMES À RÉSOUDRE

Le président a également cerné plusieurs sujets qui n'ont pas fait l'objet d'un consensus fort. Ces sujets sont présentés ci-dessous sous forme de questions ouvertes. Certains des commentaires et des réflexions formulés par les participants à la table ronde sur ces sujets sont également reproduits.

Est-ce que le paiement de cotisations au régime d'assurance-médicaments devrait être fait à partir du premier dollar gagné ou est-ce qu'une part de la contribution devrait provenir du privé? Quelle forme la part provenant du privé devrait elle prendre?

Certains participants se sont dits très favorables au concept du « premier dollar gagné » (c.à.d. que les patients n'auraient pas de quote-part, de coassurance ou de franchise à payer). D'autres ont affirmé que cette solution n'était pas efficace sur le plan économique ni faisable sur le plan politique. Cependant, la plupart des participants étaient d'accord que les patients ne devraient pas avoir à se priver d'un médicament important à cause de son coût. Une des options pourrait être d'adopter un système à niveaux multiples :

- Les médicaments du premier niveau ne seraient associés à aucune quote-part, co-assurance ou franchise.
- Pour les médicaments du deuxième niveau, un ou plusieurs mécanismes pourraient être mis en place pour permettre la contribution financière du privé.

Comment les groupes intéressés à créer un régime d'assurance-médicaments devraient-ils collaborer avec les assureurs du secteur privé, les pharmacies et les sociétés pharmaceutiques?

Dans l'ensemble, les participants étaient d'accord que la création d'un régime d'assurance-médicaments conforme au triple objectif, soit l'amélioration de la santé, l'amélioration de l'expérience et la réduction des coûts, pourrait avoir des répercussions négatives sur les assureurs du secteur privé, les pharmacies et les sociétés pharmaceutiques qui mettent au point des médicaments génériques. Certains participants à la table ronde ont affirmé que les propositions de régimes d'assurance-médicaments ne devraient pas être élaborées avec le secteur privé. D'autres ont suggéré que les entreprises de ces secteurs devraient, à tout le moins, être consultées dans le cadre de la création du régime d'assurance-médicaments et que des stratégies visant à atténuer les pertes devraient être étudiées.

Comment le grand public et les employeurs réagiront-ils au régime d'assurance-médicaments?

Dans l'ensemble, les participants étaient d'accord que nous ne savons pas très bien comment le grand public et les employeurs réagiront aux propositions concernant le régime d'assurance-médicaments, surtout que ce type de proposition a ses avantages et ses inconvénients et que certaines personnes connaîtraient à la fois des pertes et des gains. Par exemple, la personne qui souscrit actuellement une assurance-maladie privée pourrait être touchée si le subventionnement à caractère fiscal était éliminé, mais elle pourrait être avantagée si l'élimination de la subvention entraînait l'augmentation de son salaire ou si la disponibilité du régime d'assurance-médicaments favorisait sa mobilité professionnelle. Une des solutions serait de créer une série de scénarios à l'intention des particuliers et des employeurs qui illustreraient comment leurs circonstances pourraient changer en vertu d'un éventail de politiques possibles.

Le nouveau régime d'assurance-médicaments devrait-il être instauré de manière progressive ou tout d'un coup?

Certains des participants à la table ronde se sont prononcés en faveur de la mise en œuvre simultanée des mesures suivantes : l'adoption d'une liste pancanadienne de médicaments remboursés, l'entrée des médicaments sur ordonnance pour patient non hospitalisé dans la législation fédérale (p. ex. la Loi canadienne sur la santé), la conclusion d'ententes concernant les médicaments génériques et les médicaments de marque, et l'élimination des subventions à caractère fiscal octroyées pour l'assurance-maladie privée.

D'autres participants étaient d'avis que la mise en œuvre progressive serait plus susceptible de réussir dans le contexte actuel et que de nombreux objectifs du régime d'assurance-médicaments pancanadien complet pourraient être atteints de cette manière.

La participation du gouvernement fédéral est-elle nécessaire à la création du régime d'assurance-médicaments?

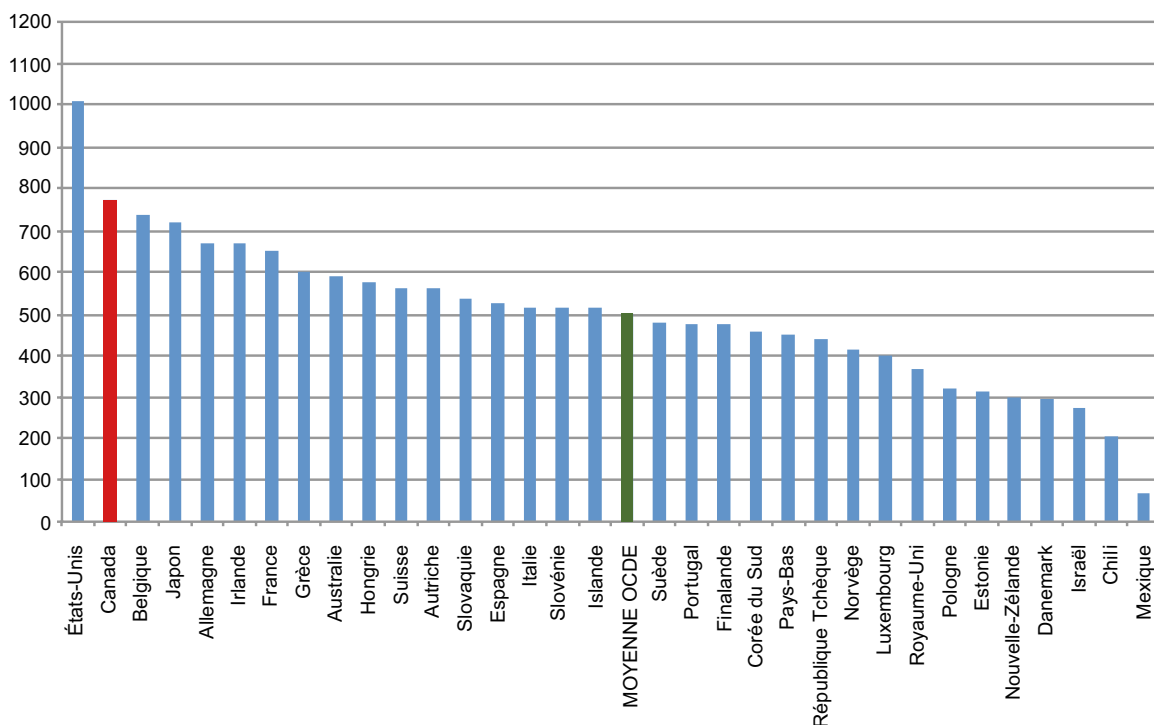
Bon nombre de participants ont souligné que la participation du gouvernement fédéral à la création du régime d'assurance-médicaments serait idéale, alors que d'autres ont affirmé qu'elle serait nécessaire, particulièrement du point de vue du partage des coûts. D'autres participants ont toutefois fait remarquer qu'à l'instar de la couverture des services offerts dans les hôpitaux et par les médecins, qui a d'abord été offerte dans une seule province, le régime d'assurance-médicaments pourrait initialement être lancé dans une seule province ou dans un sous-ensemble de provinces. Certains participants ont souligné que les différences actuelles sur le plan de la couverture des médicaments sur ordonnance d'une province à l'autre prouvent qu'il est possible pour les provinces d'adopter leur propre procédure.

ANNEXE :

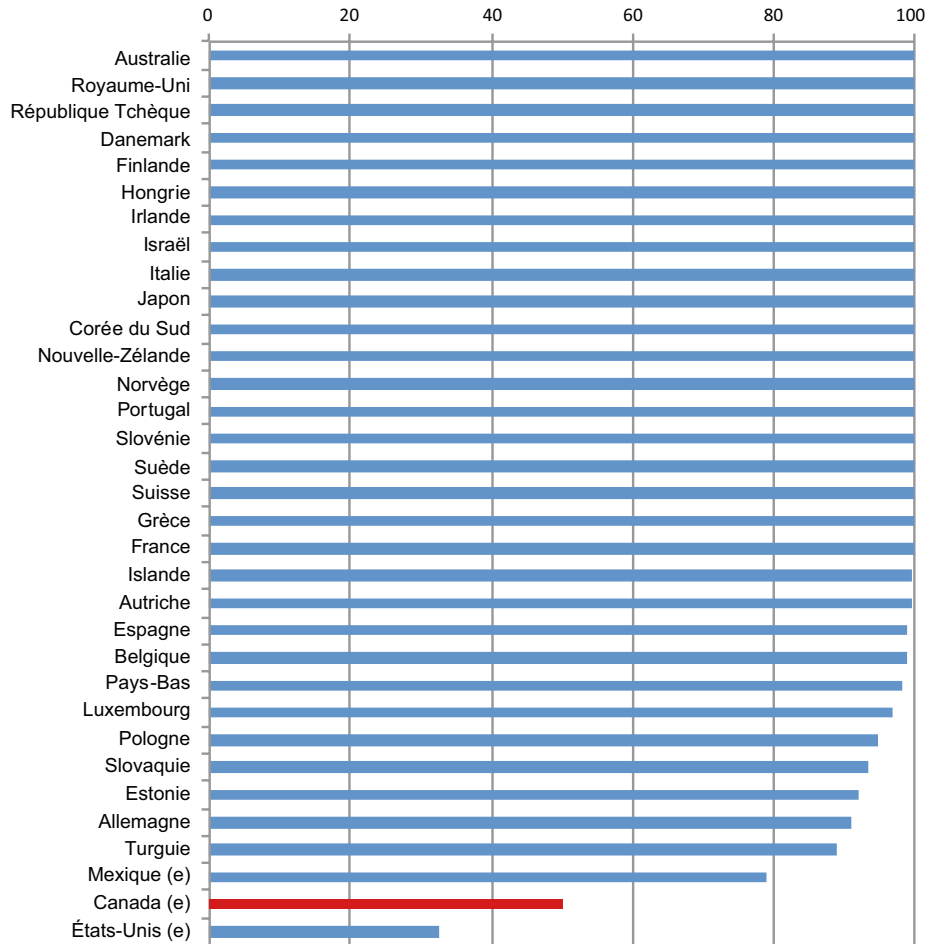
PRINCIPAUX POINTS TIRÉS DES PRÉSENTATIONS DES EXPERTS

En tenant compte des dépenses privées et publiques, **les Canadiens dépensent plus par habitant en médicaments sur ordonnance** que les résidents de tous les autres pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), sauf les États-Unis (Figure 1).

Dépenses totales par habitant en médicaments sur ordonnance, 2012 (ou l'année la plus proche)
USD, parité des pouvoirs d'achat
 Source: ICIS, OECD, Health Statistics 2014

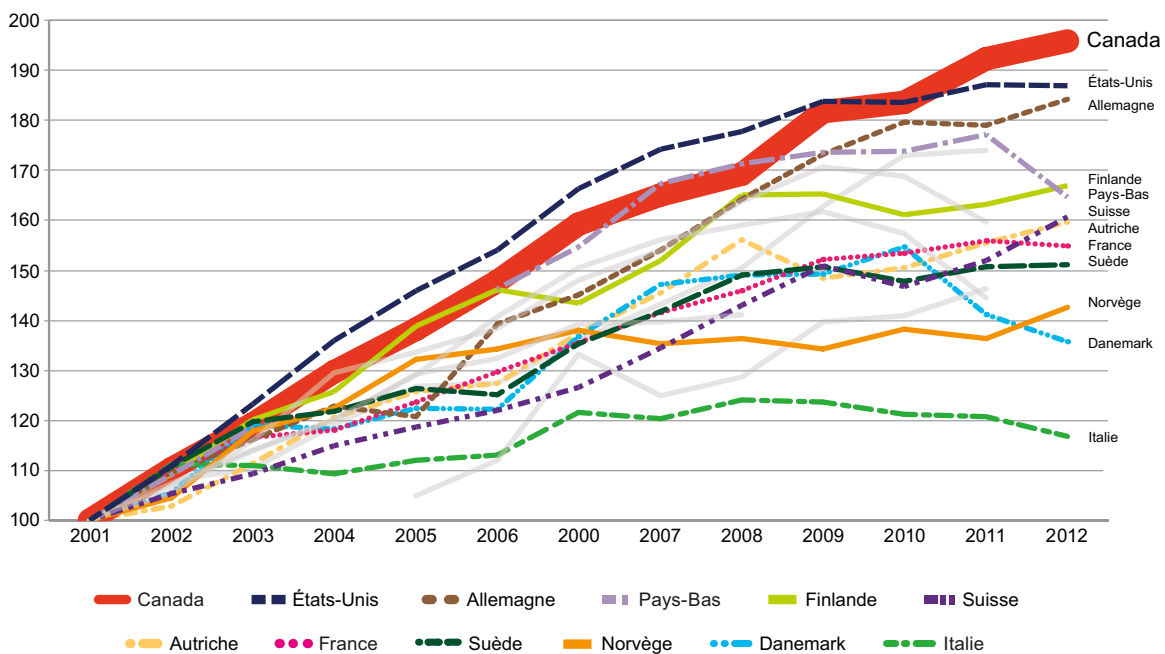


La proportion de personnes qui sont couvertes par un régime d'assurance-médicaments public est beaucoup plus faible au Canada que dans la plupart des autres pays membres de l'OCDE (Figure 2).



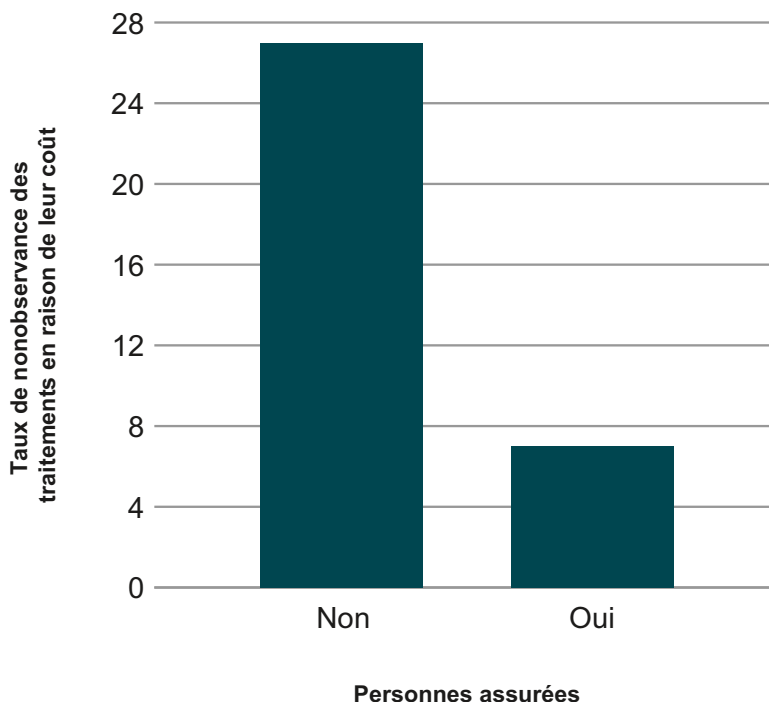
La croissance des dépenses combinées du public et du privé en médicaments sur ordonnance au Canada a été supérieure à celle des dépenses dans d'autres pays au cours de la dernière décennie (Figure 3). Même les États-Unis ont mieux réussi à maîtriser la flambée des coûts des médicaments sur ordonnance au cours des dernières années. Un des intervenants a mentionné que si l'approche canadienne en matière d'accès aux médicaments avait évolué comme celle de l'Allemagne, nous dépenserions 1,7 milliard de moins par année, et que si elle avait évolué comme celle du Danemark, nous dépenserions 8,5 milliards de moins par année.

Augmentation du coût des médicaments sur ordonnance par habitant de 2000 à 2012 (comparaison internationale fondée sur la parité des pouvoirs d'achat; 2000=100)



Plusieurs provinces ont réussi à se doter d'une couverture universelle, du moins pour les médicaments très coûteux, mais leur régime n'a pas permis d'éloigner les préoccupations des patients à propos de leur capacité de payer ou de l'accès aux médicaments.

Le fardeau du coût des médicaments est disproportionnellement porté par les pauvres, les malades et les personnes qui ne sont pas assurées. La cause la plus importante de ce phénomène est probablement le fait de ne pas être assuré pour les médicaments sur ordonnance (1), le taux déclaré de nonobservance d'un traitement en raison de son coût étant d'environ 26,5 % chez les personnes qui ne sont pas assurées et de seulement 6,8 % chez les personnes qui sont assurées (Figure 4).



Un bon système serait un système convivial pour les patients. Plusieurs participants ont fait remarquer que les régimes actuels sont compliqués pour les candidats à l'assurance. Bon nombre de participants considèrent qu'un régime d'assurance médicaments bien conçu éliminerait la paperasse qui crée de la confusion, les règles d'admissibilité complexes et les longs délais de traitement des demandes.

Un bon système serait un système plus transparent, surtout en ce qui a trait aux prix. Plusieurs participants ont souligné que le système actuel de réglementation et d'établissement des prix des médicaments sur ordonnance est inutilement opaque. Plus précisément, plusieurs membres du groupe ont fait remarquer que les médecins sont incapables de prendre des décisions dont le rendement serait optimal en ce qui a trait à leurs prescriptions parce qu'ils ne possèdent pas toute l'information sur le prix auquel les médicaments sur ordonnance sont achetés.

Les quotes-parts sont associées à une réduction de la prise des médicaments d'ordonnance et à une augmentation des cas de détérioration de l'état de santé des patients. Une des études menées par des chercheurs au Québec a révélé que la prise de médicaments essentiels avait diminué de 9 % après l'entrée en vigueur des quotes-parts et que le nombre de visites aux urgences attribuables à une réduction de la prise de médicaments essentiels avait augmenté de 14 %. (2) Inversement, dans le cadre d'une étude à répartition aléatoire de grande envergure menée aux États-Unis, la remise de médicaments gratuits à des victimes de crise cardiaque a permis d'augmenter l'observance des traitements et de réduire les dépenses des patients, sans augmenter le coût global des soins de santé. (3)

Diverses méthodes peuvent être utilisées pour maîtriser les dépenses publiques, dont la liste restrictive de médicaments remboursés et les budgets fermes. Plusieurs experts ont souligné que le Canada est un chef de file en matière d'évaluation de technologies de la santé, mais comme chaque gouvernement a son propre régime, la pression exercée sur les provinces et les territoires pour ajouter des médicaments d'ordonnance à leur liste de médicaments peut être plus forte que dans d'autres pays. Plusieurs experts ont suggéré la création d'une liste nationale sous la direction de l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé. Plusieurs experts ont également observé que l'établissement d'un budget ferme pour les médicaments sur ordonnance, comme en Nouvelle-Zélande, favoriserait davantage l'efficacité parce que cette mesure encouragerait fortement une réflexion poussée non seulement sur le fait que les médicaments sont ou non couverts par le régime public, mais également sur la façon dont les médicaments sont prescrits et utilisés.

La consultation d'experts indépendants permettrait de s'assurer que les décisions sur l'allocation des ressources sont fondées sur des données probantes et non sur des considérations politiques. Plusieurs experts ont fait remarquer que la « dépolitisation » du choix des médicaments couverts par le régime public est extrêmement souhaitable puisqu'elle permet de se concentrer sur les données probantes relatives à l'efficacité clinique et à la rentabilité plutôt que sur les activités de lobbying et de défense des intérêts. Plusieurs experts et participants ont également souligné que le même principe s'applique à l'allocation d'autres ressources (p. ex. l'admissibilité des patients à certains médicaments et les techniques que le payeur public peut utiliser pour s'assurer que les décisions sur les médicaments à prescrire sont appropriées).

Au Canada, les régimes privés d'assurance-maladie ont généralement eu tendance à offrir une couverture trop large et à être trop permissifs dans leur méthode d'encadrement et de surveillance de la prescription. Bien qu'elle offre des avantages plutôt évidents aux patients et aux médecins, cette méthode pose deux problèmes aux assureurs publics du Canada. D'abord, les patients s'attendent à une couverture semblable de la part des régimes publics. Ensuite, comme les administrateurs de régimes privés d'assurance-maladie du Canada n'analysent généralement pas les choix quant aux médicaments prescrits, certains médecins ne

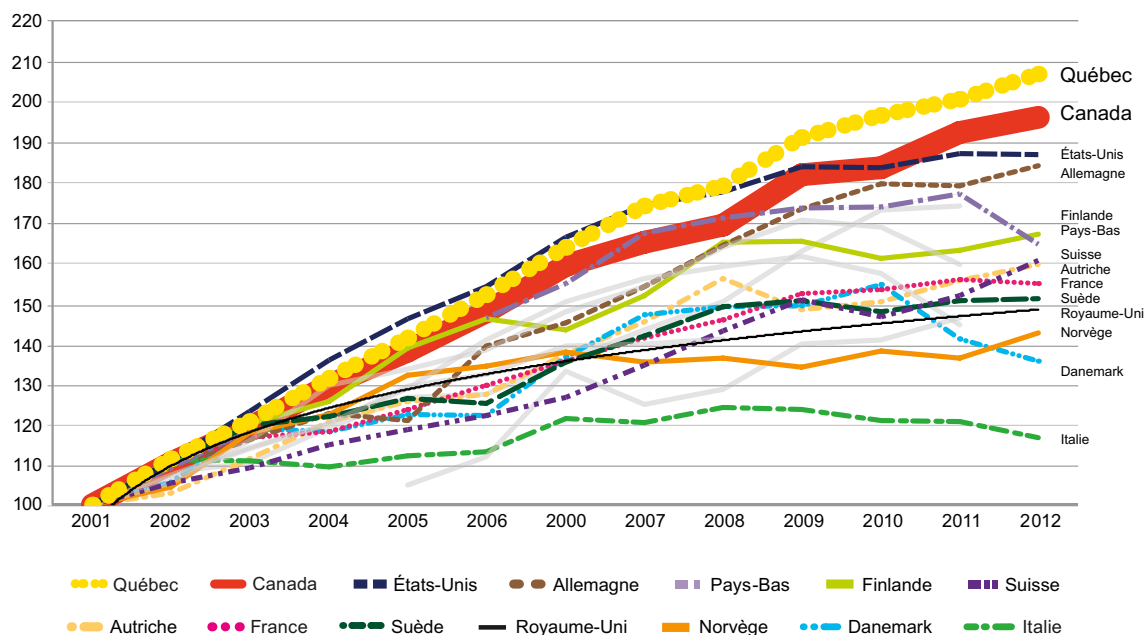
s'attendent pas à ce que les administrateurs du régime public analysent et supervisent leurs décisions et ont tendance à refuser de faire des efforts pour améliorer la qualité de la prescription grâce à des solutions comme l'autorisation préalable.

Le subventionnement des régimes privés d'assurance maladie n'est ni efficace ni équitable. Plusieurs participants ont affirmé que l'exemption permise par le système actuel à l'égard de la contribution des employeurs aux cotisations aux régimes privés d'assurance maladie est une mesure inefficace (parce qu'elle encourage à dépenser plus) et non équitable (parce que la subvention augmente au fur et à mesure que la fourchette d'imposition augmente).

L'exploration de méthodes d'établissement des prix et d'achat différentes de celles qui sont employées à l'heure actuelle pourrait donner lieu à des économies substantielles, surtout en ce qui a trait aux médicaments génériques. Plusieurs experts et participants ont fait valoir que la détermination de seuils arbitraires (p. ex. 18 % du prix d'un médicament breveté) fait en sorte que le Canada paie les médicaments génériques trop cher. Un des experts a cité en exemple le fait qu'un grand fabricant canadien de médicaments génériques vendait ses produits moins cher en Nouvelle-Zélande et aux États-Unis qu'au Canada. Plusieurs experts et participants ont souligné l'importance de la coopération entre provinces et territoires, et idéalement entre les gouvernements provinciaux, territoriaux et fédéral, dans la réglementation et la négociation des prix.

Le régime d'assurance médicaments québécois s'est révélé plus coûteux que prévu. Comme l'illustre la Figure 5, comparativement au Canada, le Québec a connu une augmentation plus importante des dépenses combinées du public et du privé en médicaments sur ordonnance.

**Croissance des coûts per capita en médicaments, de 2000 à 2012
(comparaison internationale en PPP; 2000=100)**



La création du régime d'assurance médicaments entraînera des avantages et des inconvénients. Plusieurs experts ont fait valoir que même si la création du régime d'assurance médicaments présentera des avantages nets pour les Canadiens, il est important de reconnaître qu'elle aura également des inconvénients (4) et que l'élaboration de stratégies visant à atténuer les inconvénients sera utile. Les données dont on dispose suggèrent qu'au Canada, le secteur privé de l'assurance maladie est devenu de plus en plus inefficace au fil du temps (5). Conséquemment, les mesures prises pour accroître l'efficacité sont susceptibles d'avoir un effet négatif sur ce secteur particulier. La création du régime d'assurance médicaments pourrait également avoir un effet négatif sur les pharmacies et les sociétés pharmaceutiques, particulièrement sur les fabricants de médicaments génériques.

RÉFÉRENCES

- (1) LAW, M. R., L. Cheng, I. A. Dhalla, D. Heard et S. G. Morgan. « The effect of cost on adherence to prescription medications in Canada », *Can Med Assoc J*, le 21 février 2012, 184(3):297-302.
- (2) TAMBLYN, R., R. Laprise, J. A. Hanley, M. Abrahamowicz, S. Scott, N. Mayo et coll. « Adverse events associated with prescription drug cost-sharing among poor and elderly persons », *JAMA*, 2001, 285(4):421-429.
- (3) CHOUDHRY, N. K., J. Avorn, R. J. Glynn, E. M. Antman, S. Schneeweiss, M. Toscano et coll. « Full coverage for preventive medications after myocardial infarction », *N Engl J Med*, 1er décembre 2011, 365:2088-2097.
- (4) BORN, K. et I. Dhalla. « National pharmacare: who are the winners and losers? », *Healthy Debate* [Internet], le 6 juillet 2011 [consulté le 12 juin 2015]:[environ 2 p.]. Disponible sur: <http://healthydebate.ca/2011/07/topic/cost-of-care/pharmacare>
- (5) LAW, M. R., J. Kratzer et I. A. Dhalla. « The increasing inefficiency of private health insurance in Canada », *Can Med Assoc J* [Internet], le 24 mars 2014 [consulté le 12 juin 2015]: [5 p.]. Disponible sur: <http://www.cmaj.ca/content/early/2014/03/24/cmaj.130913.full.pdf+html>