

Le régime québécois de l'assurance-médicaments hybride: Un modèle à la dérive?

Conférence de l'ACRSPS, Panel sous-plénière
Hilton Bonaventure, Montréal, 30 mai 2012

Par Marc-André Gagnon*, PhD

Professeur adjoint, School of Public Policy and Administration (Carleton University)

Chercheur Consortium de recherches en politiques pharmaceutiques

Research Fellow with Edmond J. Safra Center for Ethics (Harvard University)

ma_gagnon@carleton.ca

*Recherches en cours financées Faculty of Public Affairs (Carleton University), Edmond J. Safra Center for Ethics (Harvard University),
Instituts de recherche en santé du Canada et Assemblée Nationale du Québec.

Le régime hybride québécois d'assurance-médicaments; Plan de la présentation

- 1-Accès aux médicaments.**
- 2-Équité du régime.**
- 3-Soutenabilité financière.**
- 4-Réformes nécessaires**

1. Accès aux médicaments; Un modèle qui reste à parfaire

- Au Québec, on a régime universel hybride public-privé. Mais 4.4% des Québécois admettent ne pas avoir respecté au moins une prescription du médecin dans les 12 derniers mois étant donné les coûts financiers (11.5% dans le reste du Canada) (Kennedy and Morgan 2009).
- Co-paiements (franchise et quote-part) diminuent qualité des traitements (adhérence et observance): par exemple, pour les patients ayant subi un infarctus du myocarde, la gratuité des médicaments allonge leur vie d'un an en moyenne. (Dhalla & al. 2009)
- La situation financière des individus détermine toujours en partie leur niveau d'accès aux médicaments.

2. Équité du régime hybride

- La contribution individuelle en primes annuelles au régime public est basée sur le revenu familial net (grand souci d'équité).
- La participation d'un travailleur à un régime privé est obligatoire lorsque celui-ci est disponible, tout employeur offrant des avantages sociaux doit obligatoirement inclure l'assurance-médicaments.
- Les primes des régimes privés sont déterminées annuellement à partir des dépenses de l'année dernière par le groupe d'assurés. Primes déterminées selon la consommation de médicaments dans le milieu de travail. Forte inéquité pour les travailleurs dans un milieu de travail restreint, par exemple si 25 employés relativement âgés, consommant davantage de médicaments. Primes peuvent devenir inéquitables, voire démesurées.

2. Quelle équité des régimes privés?

- Étudiante temps plein (en santé, mariée, un enfant), travaille 2 week-ends par mois comme préposée aux bénéficiaires:
 - salaire mensuel net: 514\$
 - prime mensuelle OBLIGATOIRE pour médicaments: 190.38\$
- Société des auteurs de radio, télévision et cinéma (SARTEC): pour accéder aux rares bénéfices permettant aux éternels pigistes une sécurité minimale: famille avec un revenu net de 20 000\$/année peut se retrouver à payer un total de primes et de contributions de 2503.90\$/année.
- Plaintes de Sidéens pour discrimination sur leur lieu de travail. Pas parce qu'ils ont le VIH, mais pour l'impact du coût des traitements sur les primes des autres employés. 25 employés, coût du traitement de \$12,500/année, augmentation des primes de chaque employé de \$500 par année.

3. Incapacité de contenir les coûts (CIHI 2011)

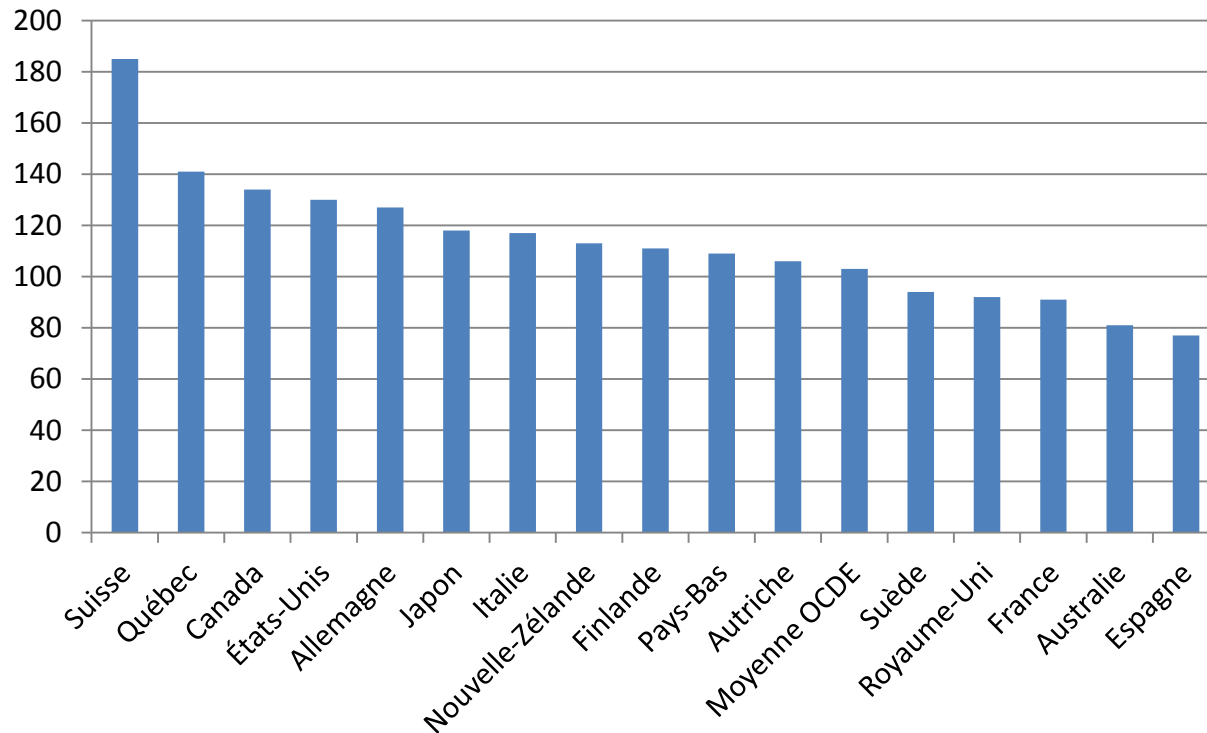
- Le Québec a dépensé \$6.97 Md en médicaments prescrits en 2010.
- Dépenses en médicaments représentaient 8% de dépenses totales en santé en 1985, mais 20% des dépenses totales en santé en 2010.
- Entre 1985 et 2010, les dépenses totales en santé ont augmenté en moyenne de 5.8% par année, alors que les dépenses en médicaments prescrits ont augmenté en moyenne de 10.6% par année.
- Les dépenses en médicaments prescrits constituent le poste ayant le plus contribué à l'augmentation des dépenses en santé au Québec. À eux seuls, ils sont responsables de 23.8% de l'ensemble de la hausse des dépenses de santé depuis 1985.
- Les dépenses publiques représentent environ la moitié des dépenses en médicaments prescrits, et l'autre moitié provient des assureurs privés et des quotes-parts payées par les patients.

Prix de détail relatifs pour un même volume de produits pharmaceutiques dans les pays de l'OCDE et le Québec, 2005

(US \$, taux de change du marché, incluant génériques et médicaments d'origine)

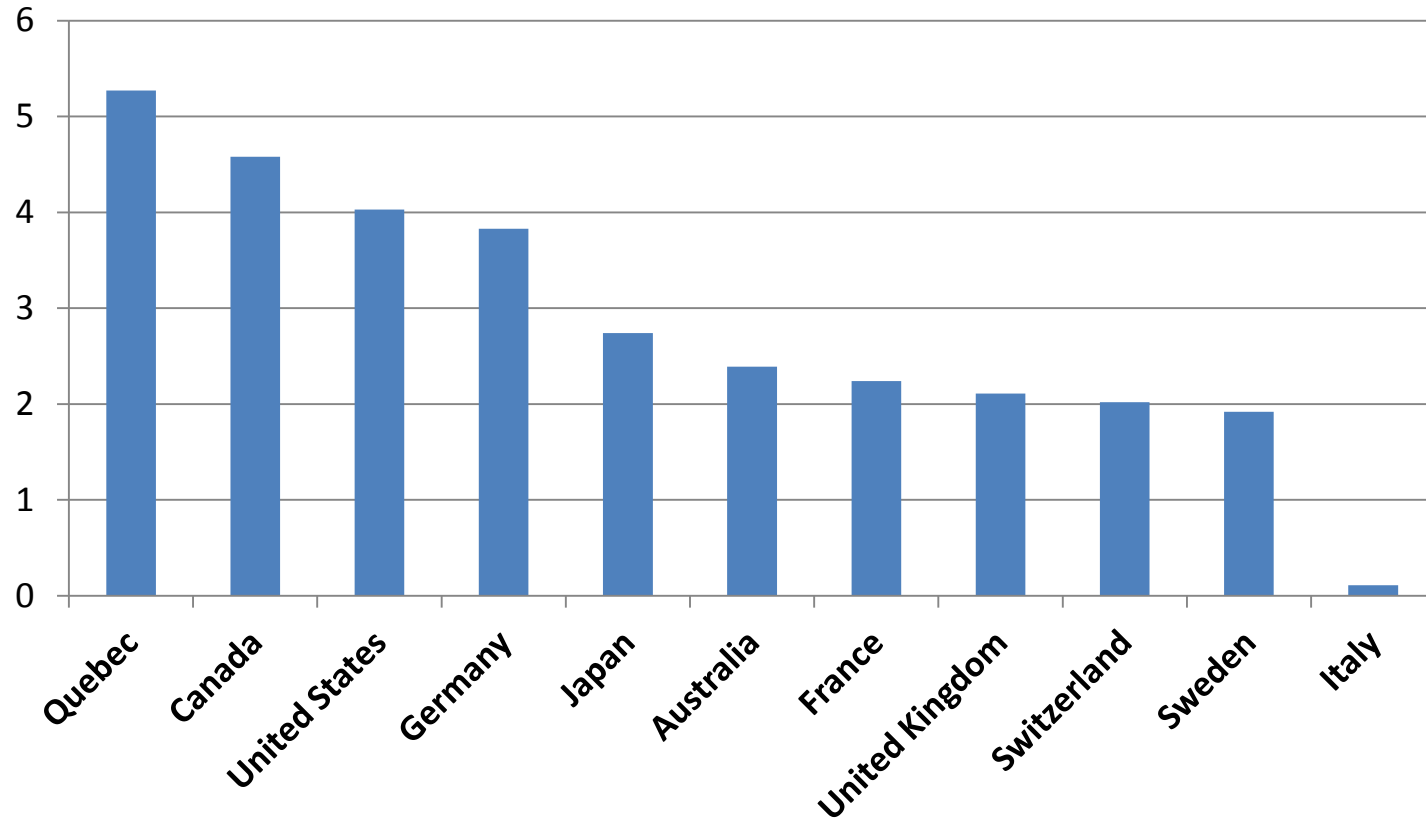
Prix de détail = Prix du fabricant + profit du grossiste + profit de la pharmacie + frais d'ordonnance + taxes

Source : OCDE 2008 - Eurostat OECD PPP Program, 2007, Rx Atlas 2008



Note: En Suisse, 94% des coûts des médicaments sont payés par des dépenses publiques alors que c'est seulement 43% au Québec et 45% au Canada. En Suisse, le ratio de R&D pharmaceutique sur les ventes est de 113%, alors qu'il est d'environ 11.8% au Québec et 7.5% pour l'ensemble du Canada. (PMPRB 2010) Les hauts prix en Suisse sont logiques : le gouvernement choisit de dépenser plus pour attirer l'industrie pharmaceutique et bénéficie de retombées gigantesques. Avec un ratio R&D/ventes de seulement 11.8%, et en ne couvrant pas ces dépenses publiquement, les hauts prix du Québec sont injustifiables.

Croissance annuelle réelle moyenne per capita des coûts en médicaments prescrits, de 2001 à 2009 (%)



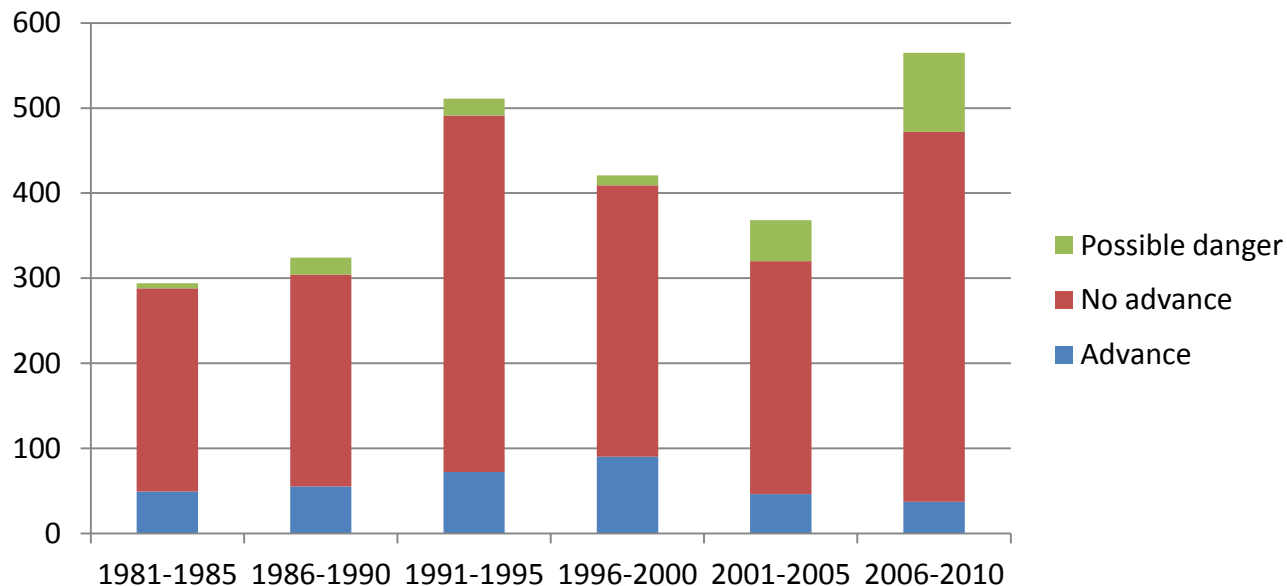
Source: ICIS, OECD Health Data

L'assurance privée est inefficace

- **Frais d'administration élevés:** 8% pour assureurs privés, 2% pour la RAMQ.
- **Pas de réel incitatif à réduire les coûts:** La plupart des régimes privés offerts par les employeurs sont gérés à l'externe par des compagnies d'assurance qui sont rémunérées en pourcentage des dépenses. Les compagnies d'assurances n'ont aucun incitatif financier à réduire les coûts et les dépenses, au contraire (Silversides 2009). Le secteur de l'assurance reste aussi fortement oligopolistique.
- **Incapacité de marchander des meilleurs prix:**
 - Frais d'ordonnance et marges des pharmacies beaucoup plus élevées, seule réglementation est le remboursement obligatoire des frais d'ordonnance même si jugé excessif (pelletage de coûts du régime public vers privé).
 - Pas de pouvoir de marchandage (ni au privé, ni au public étant donné l'impasse pour obtenir des PLAs comme dans les autres provinces).
- **Pas de discrimination des nouveaux médicaments sans bénéfice thérapeutique:** Les assureurs privés ne recourent pas à des programmes d'évaluation de médicaments afin d'assurer que les médicaments remboursés sont efficaces par rapport à leur coût (95% des régimes privés sont « ouverts »). Entretien des habitudes de prescription fondée sur la promotion plutôt que sur les preuves médicales.

Améliorer les pratiques médicales

Proportion des médicaments représentant une avance thérapeutique dans la pharmacopée française, 1981-2010



Sources: Prescrire (#213 p.59; #224 p.56, #280 p.142; #304 p.139; #316 p.139).

- En 2009, 104 nouveaux médicaments ont été commercialisés en France.
- 3 sont jugés apporter une contribution thérapeutique (mineure).
- 95 n'apportaient rien de nouveau à l'actuelle pharmacopée.
- 19 ont été critiqués parce qu'ils représentaient un danger à la santé.
- Pour la première fois, Prescrire parle d'une régression de la pharmacopée.

Régime public universel d'assurance-médicaments au Québec avec continuité des politiques industrielles en matière de coûts

Dépenses actuelles en médicaments prescrits \$ 6 847 M

Répartition des coûts/bénéfices en médicaments prescrits

Hausse des dépenses par hausse de consommation +10% des dépenses actuelles

Baisse des dépenses par baisse des frais d'ordonnance -2% des dépenses actuelles

Baisse des dépenses par évaluation des médicaments -9.1% des dépenses actuelles

Élimination des franchises mensuelles au Québec - \$ 144 M

Élimination du régime des ristournes pour les génériques - \$ 354 M

Total des économies en médicaments prescrits - \$ 568 M

Total des dépenses en médicaments prescrits avec un régime public universel d'assurance-médicaments \$6 279 M

Impacts supplémentaires autres que pour médicaments prescrits

Élimination des surcoûts administratifs des régimes privés - \$ 153 M

Bilan total des économies nettes \$ 721 M (10.5%)

Des politiques d'innovation inefficaces

- 1-Évaluation pharmaco-économique laxiste (Québec rembourse deux fois plus de médicaments que dans les autres provinces).
- 2-Crédits d'impôts parmi les plus généreux au monde pour la R&D.
- 3-Politique canadienne de gonflement artificiel des prix des médicaments brevetés (CEPMB). Le Canada vise à rester troisième ou quatrième pays le plus cher au monde.
- 4-Règle des 15 ans; étend le remboursement complet des médicaments brevetés de 3.6 ans au régime public après fin du brevet.
- 5-Subventions directes données aux entreprises par la nouvelle stratégie biopharmaceutique.

Des politiques d'innovation inefficaces

Aide financière consentie au secteur pharmaceutique québécois pour encourager la R&D, 2010

Type d'aide financière	Montant (\$ M)
Crédits d'impôts	233
Coûts additionnels dus à la politique des prix des médicaments brevetés	Comparativement au 6e pays le plus cher: 266 Comparativement à la France: 333 Comparativement au Royaume-Uni: 467 Comparativement à la Nouvelle-Zélande: 1496
Règle des 15 ans	162
Subventions directes aux entreprises	Montant minimal: 27 Montant maximal: 45
Total	Montant minimal: 688 Montant maximal: 1936

Source: Gagnon 2012

TOTAL DE LA R&D PHARMACEUTIQUE QUÉBÉCOISE: \$485 M

État de la situation:

L'accès aux médicaments est incomplet, inéquitable, coûteux et non-soutenable

- Plusieurs patients (4.4%) ne peuvent toujours pas respecter les prescriptions pour une question de coûts.
- La répartition du fardeau financier pour défrayer les coûts en médicaments reste inéquitable pour travailleurs précaires.
- La pérennité du système est impossible puisque le Québec n'arrive pas à contenir les coûts.
- Le Québec est doté d'un système d'assurance-médicaments à l'américaine (Obamacare), et il obtient des résultats à l'américaine: Inéquité, gaspillage et des coûts faramineux.

4. Des réformes nécessaires

- Pour meilleur accès aux traitements, la réduction ou l'élimination des franchises ou quote-parts reste la meilleure solution.
- L'obligation de contracter un régime privé doit être éliminée.
- Sans obligation de contracter régime privé, beaucoup d'employeurs applaudiraient, mais ne verrait-on pas alors un exode massif des « mauvais risques » vers le public et seul les « bons risques » profitables resteraient au privé? Oui, d'où la nécessité d'une couverture PUBLIQUE universelle. Privé ne serait que complémentaire.
- Financement du régime public pas problématique, les primes payées au privé seraient alors payées au public. Les économies dégagées feraient augmenter le revenu disponible des travailleurs.
- Mise en place d'un pôle d'achat des médicaments liés avec une évaluation pharmaco-économique efficace.

Bibliography

- Akyeampong, Ernest B. et Deborah Sussman. "Health-related insurance for the self-employed". *Perspectives on Labour and Income*. Vol. 4, no.5, mai 2003.
- Akyeampong, Ernest B. "Unionization and fringe benefits". *Perspectives on Labour and Income*. Vol.3, no.8, août 2002.
- Applied Management. *Canadians' Access to Insurance for Prescription Medicines*. March 2000.
- Buck Consultants. *Canadian Health Care Trend Survey*. 2010.
- Caroline Cambourieu. Les enjeux de la régulation dans un système complexe : le cas du Régime général d'assurance médicaments du Québec (RGAM). Thèse doctorale en administration de la santé, Université de Montréal, 2012.
- Canadian Generic Pharmaceutical Association (CGPA). *The Real Story behind Big Pharma's R&D spending in Canada*. Montréal: CGPA, 2008.
- Canadian Health Coalition. *L'accès aux médicaments sur ordonnance : État de la situation*. Ottawa : CCPA, 2008.
- Canadian Health Coalition. *En obtenir plus à meilleur compte : Stratégie nationale sur l'assurance-médicaments*. Coalition canadienne de la santé, 2007.
- Canadian Institute for Health Information. *Dépenses en médicaments au Canada, de 1985 à 2010*. Ottawa : ICIS, 2011.
- Competition Bureau. *Pour une concurrence avantageuse des médicaments génériques au Canada : Préparons l'avenir*. Ottawa : Bureau de la concurrence, 2008.
- CSN : *Politique du Médicament : La CSN craint une hausse des primes des régimes collectifs d'assurance*, communiqué de presse, 1er février 2007. Disponible en ligne : <http://209.171.32.100/en/releases/archive/February2007/01/c3834.html> (page consulté le 29 novembre 2009).
- Dhalla, Irfan A., Monique A. Smith, Niteesh K. Choudry et Avram E. Denburg. « Costs and Benefits of Free Medications after Myocardial Infarction ». *Healthcare Policy*. 5(2), 2009: 68-86.
- EFPIA. *The Pharmaceutical Industry in Figures; 2009 Update*. Bruxelles: EFPIA, 2009.
- Evans, Robert. « Old Bones, New Data: Emmet Hall, Private Insurance and the Defeat of Pharmacare ». *Healthcare Policy*. 4 (3), 2009: 16-24.
- Gagnon, Marc-André. *The Nature of Capital in the Knowledge-Based Economy; The Case of the Global Pharmaceutical Industry*. Doctoral Dissertation in Political Science: York University. May 2009.
- Gagnon, Marc-André. *Argumentaire économique en faveur d'un régime public universel d'assurance-médicaments*. CCPA et IRIS, 2010.
- Gagnon, Marc-André. "L'aide financière à l'industrie pharmaceutique québécoise: le jeu en vaut-il la chandelle?" *Interventions Économiques*. #44, 2012.
- Hanley, Gillian. « Prescription Drug Insurance and unmet needs for healthcare: A cross-sectional analysis ». *Open Medicine*. 3 (3), 2009: 178-183.
- Health Council of Canada. *La Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques : Une ordonnance non-remplie*. Toronto : Conseil canadien de la santé. Janvier 2009.

Bibliography

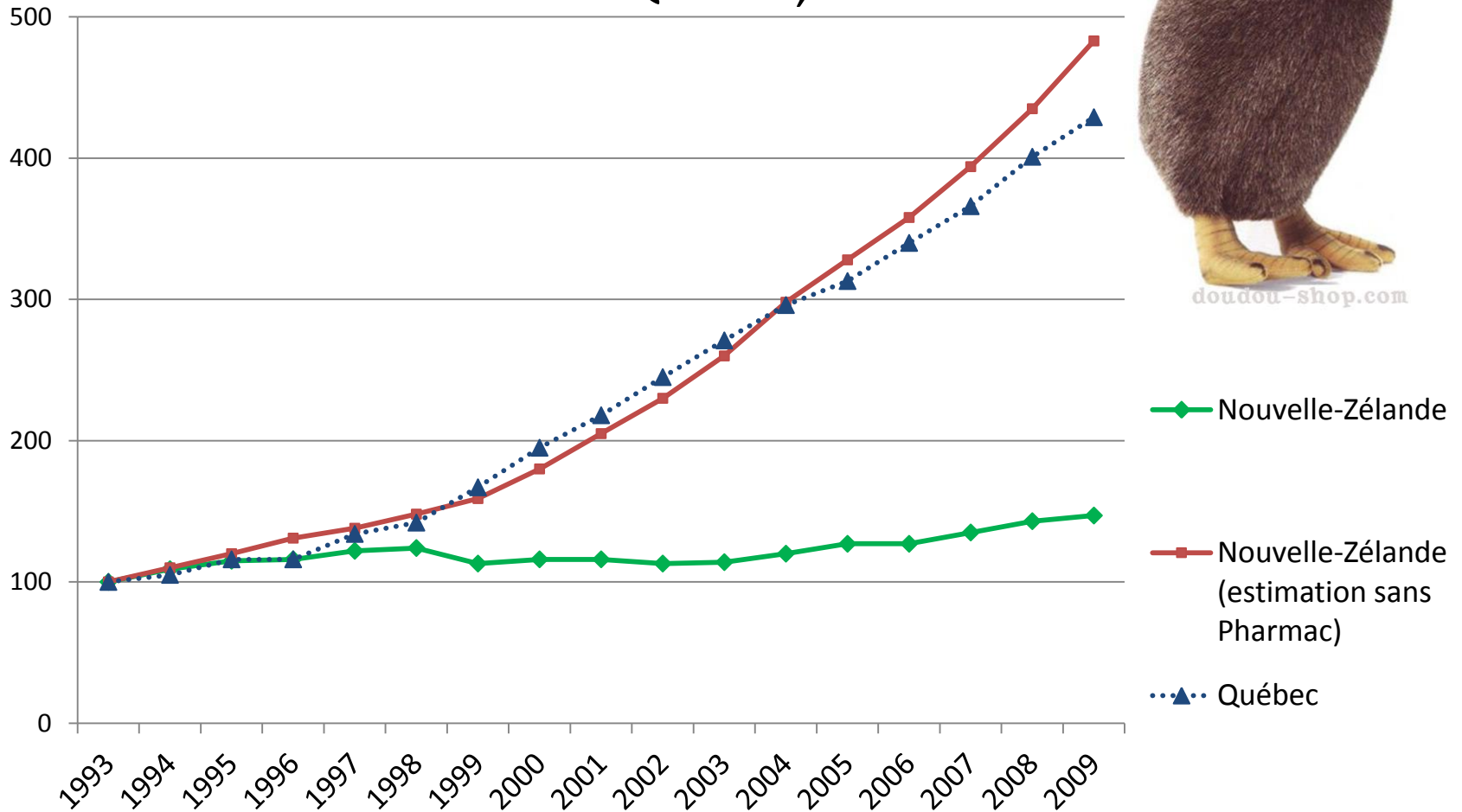
- Jacob, Robert. *Le National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) – Une analyse en lien avec les mandats prévus pour l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux.* Rapport de l'Institut National de Santé Public. Québec: Gouvernement du Québec, 2009.
- Kapur, V. et K. Basu. "Drug Coverage in Canada: Who Is at Risk?" *Health Policy*. 71(2), 2005 : 181–93.
- Morgan S.G., Barer ML, Agnew JD. "Whither seniors' pharmacare: lessons from (and for) Canada". *Health Affairs*. 22 (3), 2003 : 49–59.
- Morgan, Steve, Ken Bassett et Barbara Mintzes. "Outcomes-Based Drug Coverage in British Columbia". *Health Affairs*. 23(3), mai-juin 2004.
- Morgan, Steve, Gillian Hanley, Meghan McMahon et Morris Barer. "Influencing Drug Prices through Formulary-Based Policies: Lessons from New Zealand". *Healthcare Policy*. 3 (1), 2007.
- Morgan, Steve, Colette Raymond, Dawn Mooney et Daniel Martin. *The Canadian Rx Atlas* (2nd edition). Vancouver: Centre for Health Services and Policy Research, 2008.
- NHS Information Centre. *Prescriptions Dispensed in the Community; Statistics for 1998 to 2008: England*. NHS Information Centre, 2009.
- OCDE. *Pharmaceutical Pricing Policies in a Global Market*. Paris: OCDE, 2008.
- Palmer D'Angelo Consulting Inc. *National Pharmacare Cost Impact Study*. Ottawa : Palmer D'Angelo Consulting Inc., 1997.
- Palmer D'Angelo Consulting Inc. *Étude sur le coût de financement d'un régime national d'assurance médicaments pour le Canada ; Mise à jour du rapport de 1997*. Ottawa: Palmer D'Angelo Consulting Inc., 2002.
- Paris, Valérie et Élisabeth Docteur. *Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies in Canada*. OCDE Working Paper. Paris: OCDE, 2006.
- PMPRB. *Rapport du CEPMB sur les prix des médicaments non brevetés distribués sous ordonnance : Tendances des prix pratiqués au Canada et dans les pays de comparaison*. Ottawa : CEPMB, 2006.
- PMPRB. *Rapport annuel 2008*. Ottawa : CEPMB, 2009.
- PMPRB. *Rapport annuel 2009*. Ottawa : CEPMB, 2010.
- PPRI. *Sweden*. PPRI, 2007.
- Silversides, Ann. « Ontario's law curbing the cost of generic drugs spark changes ». *CMAJ*. 181 (3-4), August 4 2009a: E43-E45.

Bibliography

- Smith, D.G. "The effect of co-payments and generic substitution on the use and costs of prescription drugs", *Inquiry*, Summer 1993.
- Smythe, J.G. *Tax subsidization of Employer-Provided Health Care Insurance in Canada: Incidence Analysis*. Unpublished working paper. Department of Economics, University of Alberta, 2001.
- Stabile, Mark. "Impacts of Private Insurance on Utilization." Paper prepared for the IRPP conference "Toward A National Strategy on Drug Insurance," September 23, 2002.
- Statistique Canada. *Dernier communiqué de l'Enquête sur la population active*. 5 février 2010.
- Tamblyn, Robyn, et al. "Adverse events associated with Prescription drug cost-sharing among poor and elderly persons." *Journal of the American Medical Association*. 285 (2001): 421-429.
- Times Colonist. "Pharma initiative saved money, lives". *Victoria Times Colonist*. 6 décembre 2009.
- Ungar, W. J. et al. « Children in need of Pharmacare: medication funding requests at the Toronto Hospital for Sick Children ». *Canadian Journal of Public Health*. 94 (2), mars-avril 2003: 121-126.

Le Modèle Kiwi (Nouvelle-Zélande)

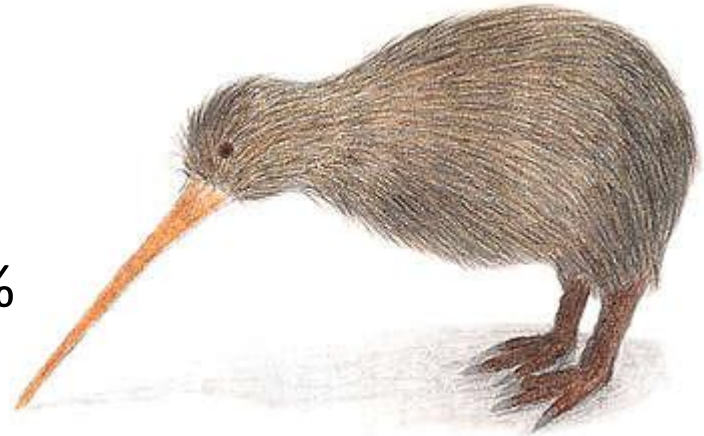
Évolution du coût des médicaments en Nouvelle-Zélande et au Québec, 1993=100



doudou-shop.com

Croissance annuelle des coûts des médicaments prescrits par habitant entre 1996 et 2006

- Québec: 10.9%
- Canada: 9.6%
- Colombie-Britannique: 5.71%
- Nouvelle-Zélande: 0.15%



Si le Canada imitait la Nouvelle-Zélande, il pourrait économiser ainsi \$10.2 Md sur le coût de ses médicaments prescrits, soit plus de 40% des coûts totaux en médicaments. Le Québec achetant pour 27% des médicaments prescrits du Canada, cela signifie que le Québec économiserait \$2.75 Md sur les prix départ-usine des médicaments prescrits (prix avant l'ajout de la marge du grossiste et les frais d'ordonnance).