



Régime d'assurance médicaments : Y a-t-il une pilule pour ça?

Février 2021

Sommaire

L'Institut canadien des actuaires estime que tous les Canadiens devraient avoir accès à des médicaments sur ordonnance abordables. À l'heure actuelle, l'assurance médicaments à laquelle ont accès les Canadiens est variable et se compose d'un amalgame de régimes d'assurances privés et publics. Pourtant, certains n'ont tout de même pas les moyens d'accéder à certains médicaments. Et d'autres ne disposent d'aucune assurance.

Le gouvernement du Canada étudie plusieurs possibilités aux fins de l'adoption d'un régime universel d'assurance médicaments, y compris un régime fédéral à payeur unique. Nous convenons du fait qu'aucun Canadien ne devrait être privé d'une couverture pour leur médicaments. Toutefois, nous sommes d'avis que le moyen le plus efficace d'améliorer les résultats en matière de santé réside dans la mise en place d'un cadre pancanadien, dont certains éléments sont administrés par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, alliés aux régimes d'assurance privés. Avantages d'un tel système :



Mise en commun des coûts au niveau le plus élevé, où les risques peuvent être absorbés plus facilement



Négociation de prix favorisée par le poids du pays en entier



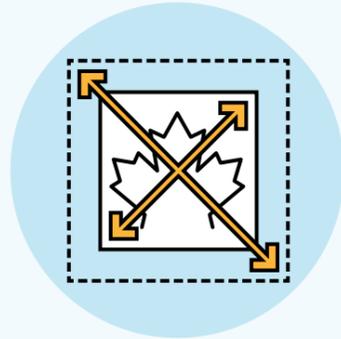
Moyen d'assurer que tous les Canadiens ont accès en toute équité aux mêmes médicaments



Dans un contexte actuariel, une couverture des médicaments sur ordonnance pour tous les Canadiens est très attrayante. Un tel cadre favoriserait, à notre avis, une meilleure espérance de vie et, surtout, une meilleure espérance de vie *en santé*. Il favoriserait également la productivité accrue des travailleurs, un séjour plus long sur le marché du travail et une croissance économique accrue. De plus, il permettrait de réduire le recours à certains éléments plus coûteux de nos ressources limitées en soins de santé, notamment les hôpitaux.

Nous sommes d'avis que la mise en place d'un cadre pour les médicaments sur ordonnance ne signifie pas nécessairement qu'il faille remplacer entièrement les structures en place. Les régimes privés et publics actuels sont efficaces à plusieurs égards; un nouveau cadre devrait viser à en assurer la cohésion accrue et à combler les lacunes. La structure que nous proposons serait substantiellement moins coûteuse pour les contribuables que celle que préconise le rapport Hoskins.

Cadre proposé



Marge de manœuvre provinciale

+ Les provinces et les territoires devraient avoir une marge de manœuvre pour concevoir leur propre régime public pour les médicaments sur ordonnance et créer une structure permettant de coordonner celui-ci avec le marché de l'assurance privée existant.



Surveillance

+ Un organisme de surveillance, composé de décideurs des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, d'experts du secteur privé et d'autres spécialistes concernés, devrait être mis sur pied pour négocier les prix des médicaments au nom de tous les assureurs publics et privés au Canada. Cet organisme devrait également explorer la façon de mettre en œuvre des solutions optimales en matière de prescription et de santé publique, fondées sur des données probantes, ce qui inclut des alternatives à l'utilisation des produits pharmaceutiques.



Couverture

- + L'organisme responsable devrait établir une liste nationale des médicaments assurés de manière à déterminer les médicaments de base et spécialisés qui seront couverts.
- + Les régimes publics et les régimes privés devraient couvrir au minimum tous les médicaments figurant dans la liste nationale des médicaments assurés de manière à assurer la cohérence à l'échelle du pays. Chaque régime serait libre de couvrir également des médicaments ne figurant pas dans la liste.
- + Le coût assumé par les patients sous forme de franchise, de coassurance ou de copaiement serait limité à un montant abordable.



Assurance et réassurance

- + Les régimes privés devraient continuer de couvrir les coûts jusqu'à un montant prédéterminé en fonction de leur propension au risque en recourant à un amalgame d'autoassurance, d'assurance et de réassurance. Les organisations de l'industrie pourraient continuer de partager les coûts entre les assureurs.
- + Les régimes provinciaux et territoriaux devraient couvrir à concurrence d'un certain montant d'assurance total pour une personne.
- + Le gouvernement fédéral devrait assumer les coûts allant au-delà du montant d'assurance établi.
- + Les médicaments à coût élevé figurant dans la liste nationale des médicaments assurés, y compris ceux qui visent des maladies orphelines, devraient être réassurés individuellement par le gouvernement fédéral tant pour les régimes publics que pour les régimes privés. De tels médicaments devraient d'abord être inscrits dans la liste en fonction de la démonstration de leur efficacité et du prix négocié.
- + Il n'y aurait aucune prime pour cette réassurance fédérale.



Ce cadre offrirait deux avantages indéniables aux provinces, aux territoires et aux employeurs : la totalité de leurs coûts serait plafonnée à la limite de la couverture de base (après quoi la réassurance fédérale prendrait le relais) et la volatilité des coûts serait bien plus faible, c'est-à-dire que les coûts d'une année à l'autre seraient plus prévisibles. Le gouvernement fédéral aurait un degré de participation dans ce cadre et aurait donc son mot à dire sur le fonctionnement de ce dernier. Pour les particuliers, les coûts seraient tout simplement couverts et ils n'auraient pas à être le moins impliqué dans la réassurance.

La mise en place d'un nouveau cadre devrait s'effectuer par phases. On pourrait ainsi y apporter des améliorations sur un certain nombre d'années de manière à assurer une viabilité accrue à mesure qu'il arrive à maturité et que les coûts et les économies sont définis et projetés avec plus de justesse.

Nous exhortons la création d'un groupe de travail formé de professionnels de la santé, d'experts en pharmaceutique, de chefs de file en assurance, de promoteurs de régimes privés, de représentants gouvernementaux et d'actuaire pour dégager davantage de données exactes et cohérentes sur les coûts et les économies potentielles du cadre proposé ainsi que pour procéder à une analyse financière à long terme.

Un horizon de 20 ans, par exemple, permettrait au groupe de travail d'étudier et de clarifier les changements prévus quant aux besoins en médicaments compte tenu du vieillissement de la population; les changements quant aux traitements qui seront offerts et leurs coûts, ainsi que les coûts et économies actuellement avancés par diverses sources.

Nous croyons qu'un cadre bien géré pour les médicaments sur ordonnance pourrait entraîner une réduction des coûts globaux, donner lieu à de meilleurs résultats en matière de santé et contribuer à la reprise économique à long terme à la suite de la pandémie de COVID-19. La pandémie a mis en lumière de manière très éloquentes les faiblesses de notre système de santé. Les investissements effectués aujourd'hui dans le système – y compris l'assurance médicaments – seraient bénéfiques autant pour la population canadienne d'aujourd'hui que pour les générations à venir.



Introduction

Le Canada est l'un des rares pays de l'OCDE où, d'une part, les soins donnés par les médecins et les frais d'hospitalisation sont couverts par l'État et, d'autre part, l'assurance médicaments est limitée et inégale. Les questions importantes et complexes qui entourent le renforcement et la normalisation de l'accès aux médicaments sur ordonnance ainsi que l'amélioration de leur abordabilité pour les Canadiens retiennent de plus en plus l'attention depuis quelques années, comme en témoigne la création du Conseil consultatif sur la mise en œuvre d'un régime national d'assurance médicaments par le gouvernement fédéral. Le rapport final du Conseil (ci-après désigné par le « Rapport Hoskins ») est paru en juin 2019.

À titre de référence, le Rapport Hoskins recommande la mise en place d'un régime universel d'assurance médicaments à payeur unique fondé sur les principes suivants :

- + Structurer la législation en fonction des mêmes principes fondamentaux que ceux de la Loi canadienne sur la santé, y compris l'universalité, l'intégralité, l'accessibilité, la transférabilité et l'administration publique.
- + Offrir une couverture pour une liste nationale de médicaments sur ordonnance et de produits connexes (liste nationale des médicaments assurés) afin que tous les Canadiens aient un accès équitable aux médicaments dont ils ont besoin.
- + Limiter les frais à la charge du patient pour tous les produits inscrits sur la liste nationale des médicaments assurés à 5 \$ par ordonnance, avec une quote-part de 2 \$ pour les médicaments essentiels, et à un maximum annuel de 100 \$ par ménage.
- + Permettre la souscription d'une assurance privée qui s'ajoute à la protection offerte par le régime national d'assurance médicaments.

Pour illustrer les lacunes du système actuel, le Rapport Hoskins inclut diverses statistiques :

- + Les médicaments sur ordonnance représentent la deuxième plus importante dépense dans le domaine des soins de santé au Canada, après les coûts hospitaliers et avant les services des médecins.
- + Environ 7,5 millions de Canadiens (19 % de la population) n'ont pas d'assurance médicaments ou possèdent une assurance insuffisante pour répondre à leurs besoins (Conseil consultatif, 2019, p. 45).
- + De ce nombre, environ 2 millions de Canadiens (5,2 % de la population) n'ont aucune assurance médicaments (Conseil consultatif, 2019, p. 45).
- + Environ 21 millions de Canadiens (60 % de la population) sont couverts par des régimes privés qui exigent généralement des primes et des quotes-parts (Conseil consultatif, 2019, p. 10).
- + Les frais à payer en vertu d'un régime d'assurance privé augmentent – en quotes-parts et en franchises –, passant de 10 % du prix des médicaments en 2005 à 15 % en 2017. En outre, la part globale des primes d'assurance maladie privée payée par les employés a rapidement augmenté, passant de 26 % en 2010 à 40 % en 2016 (Conseil consultatif, 2019, p. 49).

Bien que nous préconisons la prudence dans l'acceptation de certains de ces chiffres (ex. : le nombre de Canadiens sans assurance médicaments ne fait pas consensus), il demeure évident que des millions de Canadiens ont une assurance médicaments insuffisante, voire inexistante. Notre rapport présente des facteurs à prendre en considération pour s'attaquer à ce problème.





Nous ne saurions publier le présent rapport sans reconnaître les effets de la pandémie de COVID-19. Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux sont aux prises avec des déficits sans précédent engendrés par la crise sanitaire et les mesures prises pour protéger et relancer l'économie. La pandémie met en relief de nombreux aspects du système de santé, comme l'importance des travailleurs essentiels, la préparation (ou l'absence de préparation) aux pandémies, les lacunes dans le traitement et la couverture des problèmes de santé mentale, la tragédie qui s'est produite dans les établissements de soins de longue durée du Canada et le risque auquel sont confrontés les Canadiens qui n'ont plus d'assurance médicale complémentaire ou d'assurance médicaments en raison de la perte de leur emploi.

Nous croyons que l'instauration d'un cadre bien géré pour les médicaments sur ordonnance pourrait entraîner une réduction des coûts globaux, donner lieu à de meilleurs résultats en matière de santé et contribuer à la reprise économique à long terme à la suite de la pandémie de COVID-19. Nous avons constaté que le discours du Trône de septembre 2020 (Gouverneure générale du Canada, 2020) en avait fait mention à titre de priorité. Un projet de loi d'initiative parlementaire (C-213) a été présenté en février 2020 (Parlement du Canada, 2020) et prévoit des transferts fédéraux pour les provinces qui établiraient un programme d'assurance unique, universel, global et administré par le secteur public pour les médicaments d'ordonnance.

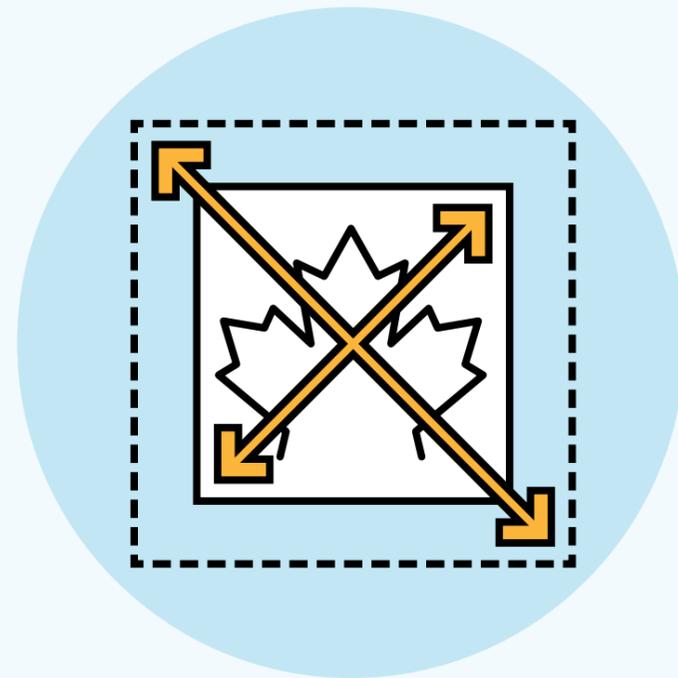
Remarque terminologique

L'expression « pharmacare » en anglais est utilisée dans divers sens. En règle générale, toutefois, on fait référence à un régime universel à payeur unique tel que celui que propose le rapport Hoskins.

Nous avons décidé de ne pas avoir recours à cette expression en anglais pour faire référence au cadre que nous proposons afin d'éviter que l'on suppose que c'est également ce que nous entendons.

Toutefois, au bout du compte, le mot n'a pas d'importance; ce qui compte avant tout, c'est d'atteindre l'objectif important qui consiste à offrir le plus efficacement possible à tous les Canadiens une assurance couvrant les médicaments d'ordonnance.

Marge de manœuvre provinciale



+ Les provinces et les territoires devraient avoir une marge de manœuvre pour concevoir leur propre régime public pour les médicaments sur ordonnance et créer une structure permettant de coordonner celui-ci avec le marché de l'assurance privée existant.

Un cadre national de médicaments sur ordonnance devrait d'abord s'appuyer sur la réussite des programmes d'assurance privés et des programmes provinciaux et territoriaux, tout en mettant l'accent sur les besoins immédiats des Canadiens qui n'ont aucune couverture.

Nous croyons que ce cadre doit donner aux provinces, aux territoires et aux promoteurs de régimes privés suffisamment de marge de manœuvre pour continuer d'offrir des programmes adaptés à la réalité de leurs populations, au-delà de la liste de médicaments assurés de base. Chaque province a ses propres difficultés à surmonter en ce qui concerne le budget disponible, la démographie, les programmes actuels de médicaments sur ordonnance et la réglementation.

Plusieurs provinces se sont déjà dotées de systèmes conçus pour répondre aux besoins de leur région et de leur structure de gouvernance. Entre autres exemples, on peut citer ce qui suit :

- + En vertu du mandat universel du Québec, les employeurs qui offrent à leurs employés un régime d'assurance accident ou maladie doivent leur fournir (jusqu'à 65 ans) une assurance médicaments supérieure ou égale à la couverture du régime provincial d'assurance médicaments.
- + En vertu du régime d'assurance médicaments de la Colombie-Britannique (Morgan et coll., 2006), de la Saskatchewan (gouvernement de la Saskatchewan, 2020) et du Manitoba (gouvernement du Manitoba, 2020), les résidents bénéficient de la couverture de plusieurs

régimes pour les médicaments sur ordonnance admissibles, assortie d'une franchise faible ou nulle dans certains cas. Ainsi, les dépenses en médicaments des particuliers et des familles sont limitées à un faible pourcentage de leurs revenus et cette somme est souvent couverte par un régime privé.

Actuellement, les régimes privés couvrent 36 % des dépenses annuelles totales en médicaments au Canada, et en général, les employeurs acquittent au moins 50 % de ce coût (quoique ce pourcentage soit souvent bien plus élevé). Le système d'assurance privé prend aussi d'importantes initiatives, comme :

- + Création d'un précieux capital intellectuel concernant les critères d'ajout à la liste des médicaments assurés de nouveaux produits prometteurs non seulement pour les individus, mais aussi pour la productivité des employeurs et les résultats sur la santé des Canadiens;
- + Gestion de l'accès aux médicaments les plus chers par l'autorisation préalable et la thérapie progressive;
- + Offre de produits individuels et collectifs d'assurance pour excédent de pertes et mise en commun pour l'ensemble de l'industrie (ce qui répartit le risque de réclamations coûteuses et en réduit l'impact sur un même promoteur de régime ou employeur).

Le cadre pour les médicaments sur ordonnance du Canada devrait conserver les avantages de ces régimes publics et privés déjà en place.

Surveillance



+ Un organisme de surveillance composé de décideurs des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, d'experts du secteur privé et d'autres spécialistes concernés, devrait être mis sur pied pour négocier les prix des médicaments au nom de tous les assureurs publics et privés au Canada. Cet organisme devrait également explorer la façon de mettre en œuvre des solutions optimales en matière de prescription et de santé publique, fondées sur des données probantes, ce qui inclut des alternatives à l'utilisation des produits pharmaceutiques.

Nous recommandons la mise sur pied d'un organisme de surveillance ayant notamment pour mandat de négocier le prix de gros et les remises des médicaments avec les fabricants. La majeure partie de ce travail est déjà exécuté par l'Alliance pharmaceutique pancanadienne (APP), par l'entremise de laquelle les provinces collaborent pour négocier le prix des médicaments. Plutôt que de repartir à zéro, nous recommandons de s'appuyer sur ce qui a déjà été réalisé. **Il s'agirait d'un organisme de surveillance coopératif, formé de représentants des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ainsi que de l'industrie de l'assurance et de spécialistes concernés.**

Cette négociation de prix inclurait aussi les médicaments à coût élevé et les traitements contre les pathologies rares comme les maladies orphelines, si rares que le coût du traitement pharmaceutique peut dépasser un million de dollars par patient, par année. Selon Telus Santé, les médicaments spécialisés, dont ceux qui sont conçus pour traiter des maladies chroniques ou rares, ont fait l'objet d'une réclamation par 1,1 % des demandeurs seulement, mais comptaient pour 29 % du coût total des

médicaments en 2018. Cet écart s'est considérablement creusé dans les dix dernières années. En 2009, les réclamations pour des médicaments spécialisés représentaient 0,5 % des demandeurs et 12 % des coûts (Telus Santé, 2019). On s'attend à ce que la tendance se maintienne avec l'arrivée sur le marché de thérapies encore plus dispendieuses, y compris la thérapie génique et les médicaments contre des cancers rares et ciblés.

Amélioration des protocoles et du recours au réseau de la santé publique

Nous appelons à davantage de recherches dans d'autres secteurs pour atténuer l'augmentation générale des coûts. De plus en plus, les patients s'attendent à ce qu'un médicament, sous une forme ou une autre, soit la solution à leur problème de santé. Cela peut être le cas pour bien des personnes dont la maladie a atteint un stade avancé. Cela dit, en plus des médicaments sur ordonnance, d'autres avenues en matière de soins médicaux, de santé publique et de promotion de la santé, ont besoin davantage d'investissement, comme les changements aux habitudes de vie et la thérapie axée sur l'amélioration de la santé physique et mentale (Harvard Medical School, 2009). L'organisme de surveillance mènerait des recherches sur des protocoles améliorés visant à utiliser plus efficacement les produits pharmaceutiques et à réduire la combinaison de prescriptions à l'intention des aînés, qui font partie des personnes à qui l'on prescrit le plus de médicaments (CaDeN 2019). Cela contribuera à réduire les hausses de coûts et pourrait améliorer les résultats liés à la santé (McDonald et coll., 2019).

Frais d'exécution d'ordonnance

Compte tenu du rôle que nous envisageons pour le gouvernement fédéral à titre de réassureur pour les gouvernements provinciaux et territoriaux ainsi que pour les régimes privés, l'organisme de surveillance



canadien pourrait aussi collaborer avec les pharmacies pour établir des marges bénéficiaires et des frais d'exécution d'ordonnance acceptables. Bien que les marges bénéficiaires et les frais d'exécution d'ordonnance puissent varier selon des critères comme la situation géographique, le type de pharmacie (franchise ou établissement indépendant), etc., le maintien d'une information transparente et facilement accessible permettra de limiter les écarts, facteur crucial pour la viabilité économique et la fonctionnalité du cadre pour les médicaments sur ordonnance.

Ceci doit être mené avec prudence, car on risquerait de restreindre encore plus l'accès aux médicaments sur ordonnance si les pharmacies fermaient en raison de la réglementation des marges bénéficiaires et des frais d'exécution d'ordonnance. Cependant, pour les clients qui paient comptant (c'est-à-dire qui ne sont pas résidents), les pharmacies devraient avoir la liberté d'établir les marges bénéficiaires et les frais d'exécution d'ordonnance qui leur semblent appropriés. L'approvisionnement du système en médicaments doit aussi faire l'objet d'une attention particulière. Nous préconisons fortement que le Canada évite de devenir un grossiste de médicaments à bas prix pour d'autres pays où les coûts sont plus élevés.

Remises

Des remises sont consenties par les fabricants dans le cadre de négociations, mais il ne s'agit pas d'un processus transparent. Pour assurer un accès juste et cohérent à de telles remises, l'organisme de surveillance devrait inclure des représentants d'autres parties intéressées, comme les provinces, les territoires et le secteur privé, et négocier au nom de tous les régimes.



Couverture



- + L'organisme responsable devrait établir une liste nationale des médicaments assurés de manière à déterminer les médicaments de base et spécialisés qui seront couverts.
- + Les régimes publics et les régimes privés devraient couvrir au minimum tous les médicaments figurant dans la liste nationale des médicaments assurés de manière à assurer la cohérence à l'échelle du pays. Chaque régime serait libre de couvrir également des médicaments ne figurant pas dans la liste.
- + Le coût assumé par les patients sous forme de franchise, de coassurance ou de copaiement serait limité à un montant abordable.

La liste des médicaments assurés doit être cohérente entre les provinces et les territoires, car la transférabilité, l'un des principes fondamentaux de la Loi canadienne sur la santé, ne peut être mise en œuvre si cette liste diffère d'une région à l'autre. **Par conséquent, il sera très important d'établir la liste nationale des médicaments assurés avec de payeurs privés et des représentants de toutes les régions afin de favoriser la transparence et d'éviter des conséquences imprévues.**

Contenu de la liste nationale des médicaments assurés

Nous nous attendons à certaines difficultés en ce qui concerne les médicaments sur ordonnance que consomment actuellement les Canadiens, mais qui pourraient ne pas être inclus dans la liste nationale des médicaments assurés. Il faut passer en revue les différences entre la liste natio-

nale et les listes publiques actuelles afin de déceler les écarts. Ainsi, nous recommandons de commencer par une liste principale, à mettre à jour en fonction de la démonstration de l'efficacité des produits.

La liste des médicaments assurés de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), qui inclut environ 900 molécules distinctes (pour un total de 8 500 médicaments par opposition aux listes ouvertes des régimes privés, pouvant comprendre plus de 10 000 médicaments), couvrirait 86 % de toutes les dépenses en médicaments et 87 % de l'ensemble des prescriptions.

Un autre élément important à prendre en considération est l'arrivée de nouveaux médicaments très dispendieux, comme les médicaments biologiques et autres thérapies similaires. Dans la mesure où ces médicaments seront jugés utiles et pertinents d'assurer en vertu du cadre, on peut s'attendre à ce qu'ils aient un impact considérable sur l'augmentation annuelle du coût des médicaments par personne au Canada. À la lumière de données récentes, le modèle de dépenses en médicaments (MDM) repose sur l'hypothèse que les nouveaux médicaments viendront augmenter de 4,5 % par année les dépenses totales en médicaments prévues.

Selon l'Institut canadien d'information sur la santé, la combinaison d'une demande accrue et du nombre en rapide croissance de médicaments à coût élevé sur le marché a eu pour effet de faire passer nos dépenses en médicaments sur ordonnance de 2,6 milliards en 1985, ou 0,5 % du produit intérieur brut (PIB), à 34 milliards de dollars ou 1,6 % du PIB en 2018.

Nous sommes d'accord avec le principe de substitution de biosimilaire pour appuyer l'utilisation des biosimilaires et encourager les patients et les prescripteurs à choisir les traitements les plus rentables pour assurer la viabilité du cadre. Les biosimilaires représentaient moins de 7 % du marché canadien des produits biologiques en 2017, alors que la moyenne de l'OCDE était de plus de 30 %.



Partage des coûts

Des mécanismes comme les cotisations au titre des primes, les franchises, les coassurances ou les quotes-parts, selon lesquels les patients paient une petite portion du coût de leurs médicaments, sont d'usage dans presque tous les pays de l'OCDE (Barnieh et coll., 2014) et demeurent la norme pour la vaste majorité, voire l'ensemble, des régimes d'assurance médicaments au Canada. Cependant, il existe des données contradictoires quant à leur efficacité comme outils de maîtrise des coûts, du moins à l'égard des maladies chroniques dans les populations à risque. Si une étude montre que l'augmentation des quotes-parts réduit considérablement la moyenne annuelle des dépenses en médicaments, une autre étude parle plutôt d'une réduction importante de la consommation de médicaments et d'une détérioration de la fidélité aux traitements, ce qui engendre un recours accru à des services médicaux encore plus coûteux, financés à même les fonds publics.

À la lumière de ces données et compte tenu de la prévalence des mécanismes de maîtrise des coûts, nous estimons que le cadre pour les médicaments sur ordonnance devrait initialement envisager l'utilisation des mécanismes habituels de partage des coûts (cotisations au titre des primes, franchises, coassurances et quotes-parts), accompagnée d'un suivi étroit de leur effet sur la fidélité au traitement et les résultats relatifs à la santé des Canadiens. Les coûts assumés par le patient (franchises, coassurances et quotes-parts) devraient être plafonnés à un prix abordable.

Le Québec a réussi à instaurer une assurance médicaments universelle en obligeant ses citoyens dépourvus d'assurance collective à adhérer au régime de la RAMQ. Ce régime comporte tous les mécanismes d'assurance habituels, mais la hausse des

coûts imposée aux citoyens du Québec a largement dépassé l'inflation générale. Cela a été le cas également pour la majorité des régimes d'assurance médicaments publics et privés au cours de la même période. Cela démontre seulement les répercussions des puissants facteurs sous-jacents à de telles augmentations. Ces dernières sont inévitables et tout système pour les médicaments sur ordonnance doit être prêt à leur faire face. Entre 1997 et 2020, les assurés de la RAMQ ont vu passer :

- + Leurs primes annuelles de 175 \$ par adulte (l'équivalent de 265 \$ en 2020) à 648 \$ par adulte, une hausse de 145 % par rapport à l'inflation;
- + Leurs franchises annuelles de 100 \$ (l'équivalent de 151 \$ en 2020) à 21,75 \$ par mois (ou 261 \$ par année), une hausse de 72 % par rapport à l'inflation;
- + Leur part des coûts des médicaments, après déduction de la franchise, de 25 % à 37 %, une hausse de 48 % par rapport à l'inflation;
- + Leurs dépenses personnelles annuelles maximales de 750 \$ par adulte (l'équivalent de 1 135 \$ en 2020) à 1 143 \$, une hausse de 1 % par rapport à l'inflation.¹

On peut tirer une importante leçon des chiffres présentés ci-dessus : malgré les efforts du Québec pour maîtriser le coût de son programme universel (réduction des frais d'exécution d'ordonnance, négociation avec l'industrie pharmaceutique, gestion de la liste des médicaments assurés, etc.), il a été impossible de limiter la hausse des coûts à l'inflation générale ou même à une valeur s'en approchant.

Cette situation ne signifie pas qu'il y a eu un contrôle déficient de l'augmentation des coûts pour les médicaments sur ordonnance.

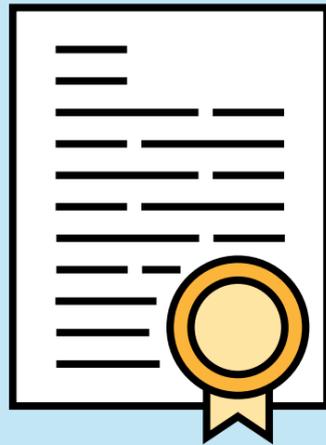
En fait, l'élargissement de l'assurance médicaments au Québec a vraisemblablement entraîné une importante réduction des coûts des hôpitaux, des services des médecins et des soins infirmiers. Cependant, ces économies ne peuvent pas être calculées avec précision puisque d'autres facteurs (augmentation salariale des médecins, fluctuation dans le nombre et l'utilisation des fournisseurs de soins de santé, etc.) ont eu des répercussions importantes sur le coût des services de santé publics.

Pour alléger le fardeau, le Québec a décidé de garder les dépenses personnelles annuelles maximales proportionnelles à l'inflation, ce qui a entraîné une augmentation colossale des primes, des franchises et de la part des coûts qui est assumée par l'assuré. Cette décision visait à reconnaître le fait que des dépenses aussi élevées constituent un obstacle pour les personnes à faible revenu. (Les bénéficiaires de l'aide sociale et les aînés prestataires du Supplément de revenu garanti ont une contribution maximale moindre ou n'en ont aucune à payer et sont moins affectés par le montant général de la contribution maximale.)

Dans la création de leviers et de mesures incitatives, il faut prendre en considération l'ensemble du système : les fabricants de médicaments, les médecins, les pharmaciens ainsi que les patients ou clients. Sans une évaluation et une planification minutieuses, nous risquons d'obtenir des résultats imprévus, comme la non-utilisation des produits nécessaires, ce qui pourrait mener à des consultations médicales ou à des hospitalisations évitables et même provoquer des décès, plutôt que de réduire les coûts à long terme.

1 Les équivalents pour 2020 reposent sur la fluctuation de l'IPC général au Canada (série 1810000401 de Statistique Canada).

Assurance et réassurance



- + Les régimes privés devraient continuer de couvrir les coûts jusqu'à un montant prédéterminé en fonction de leur propension au risque en recourant à un amalgame d'autoassurance, d'assurance et de réassurance. Les organisations de l'industrie pourraient continuer de partager les coûts entre les assureurs.
- + Les régimes provinciaux et territoriaux devraient couvrir à concurrence d'un certain montant d'assurance total pour une personne.
- + Le gouvernement fédéral devrait assumer les coûts allant au-delà du montant d'assurance établi.
- + Les médicaments à coût élevé figurant dans la liste nationale des médicaments assurés, y compris ceux qui visent des maladies orphelines, devraient être réassurés individuellement par le gouvernement fédéral tant pour les régimes publics que pour les régimes privés. De tels médicaments devraient d'abord être inscrits dans la liste en fonction de la démonstration de leur efficacité et du prix négocié.
- + Il n'y aurait aucune prime pour cette réassurance fédérale.

Les régimes privés, les provinces et les territoires devraient agir comme assureurs principaux et couvrir le premier tiers des coûts, tandis que le gouvernement fédéral « réassurait » les coûts au-delà d'une limite déterminée. De cette façon, le coût annuel payable par le patient pourrait être très faible ou dépendre du revenu imposable de l'année précédente. Les provinces et les territoires pourraient décider si

les bénéficiaires de l'aide sociale, de prestations d'invalidité du gouvernement ou du Supplément de revenu garanti du gouvernement fédéral pourraient ou non être dispensés de la quote-part ou de la franchise. De telles dispositions sont particulièrement importantes pour les populations vulnérables ou à risque, y compris les aînés. Au fil du temps, ces mécanismes pourraient être adaptés à la suite de décisions fondées sur des données probantes.

Mise en commun des risques

L'un des principes clés dans le domaine de l'assurance est la loi des grands nombres. Plus la taille du groupe augmente, plus un résultat donné devient certain. Étant donné la rareté et le faible volume des demandes de médicaments spécialisés, de nombreux promoteurs de régimes (et de nombreuses provinces) ont pu constater une grande instabilité dans les coûts de leurs régimes d'assurance médicaments. Cette situation a mené à l'instauration de limites au remboursement des médicaments, au retard d'inscription de certains produits sur la liste des médicaments assurés et, parfois, au retrait de la couverture pour certains médicaments.

Il est plus approprié que de telles réclamations rares, mais coûteuses, soient mises en commun dans le plus grand groupe qui soit sur le marché canadien : le gouvernement fédéral. Parallèlement, il convient que les coûts prévisibles et abordables des médicaments d'usage fréquent demeurent couverts par les régimes provinciaux, territoriaux ou privés dans le cadre national.

Le gouvernement fédéral aura un important rôle à jouer dans l'établissement d'un cadre de gestion fondé sur les risques pour les divers régimes publics et privés. **Le gouvernement fédéral devrait jouer le rôle de réassureur à l'égard de tous les régimes d'assurance médicaments du Canada, publics et privés**, de la façon suivante :

- + Les médicaments à coût élevé, y compris ceux qui visent les maladies orphelines, devraient être réassurés individuellement par le gouvernement fédéral pour tous les régimes d'assurance médicaments au Canada, tant publics que privés. Il s'agirait d'une approche fondée sur la liste de médicaments établie et selon laquelle le coût des médicaments au-delà d'un certain montant serait assumé par le gouvernement fédéral. Cette façon de faire aurait pour effet de réduire de manière substantielle l'instabilité des coûts des régimes provinciaux ou territoriaux et des régimes privés.

Ce type de cadre de gestion avec un partage des risques existe déjà au Canada. Des gouvernements s'en sont dotés pour mieux partager les coûts au sein d'une base élargie :

- + La Société de compensation en assurance médicaments du Québec (SCAMQ) a été créée en 1997 à la suite de l'adoption de la Loi sur l'assurance médicaments du Québec, qui visait à fournir à tous les citoyens québécois une couverture du coût des services pharmaceutiques et des médicaments. Tous les assureurs et les administrateurs de régimes d'avantages sociaux assument collectivement le risque lié aux médicaments à coût élevé (SCAMQ, 2020). La SCAMQ, qui administre ce système de mutualisation, est le seul organisme reconnu à cette fin par le gouvernement du Québec.
- + La Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL) est une société d'État fédérale qui, entre autres activités principales, fournit une assurance hypothécaire aux acheteurs de propriétés afin de contribuer à la stabilisation du marché de l'habitation. Cette assurance hypothécaire protège les prêteurs contre les défauts de remboursement des emprun-

teurs. Pour les prêts à risque élevé, c'est-à-dire ceux dont la mise de fonds est inférieure à 20 % du prix d'achat, les prêteurs doivent souscrire une assurance hypothécaire auprès de la SCHL ou d'un assureur privé, et ce sont les acheteurs de propriétés qui en paient le coût (SCHL, 2020). Dans un objectif de stabilité du marché, la SCHL agit à titre de réassureur pour 90 % du risque que présentent les prêteurs du secteur privé.

Ce cadre offrirait deux avantages indéniables aux provinces, aux territoires et aux employeurs : la totalité de leurs coûts serait plafonnée à la limite de la couverture de base (après quoi la réassurance fédérale prendrait le relais) et la volatilité des coûts serait bien plus faible, c'est-à-dire que les coûts d'une année à l'autre seraient plus prévisibles. Le gouvernement fédéral aurait un degré de participation dans ce cadre et aurait donc son mot à dire sur le fonctionnement de ce dernier. Pour les particuliers, les coûts seraient tout simplement couverts et ils n'auraient pas à être le moins impliqués dans la réassurance.





Planifier l'avenir

+ Nous exhortons la création d'un groupe de travail formé de professionnels de la santé, d'experts en pharmaceutique, de chefs de file en assurance, de promoteurs de régimes privés, de représentants gouvernementaux et d'actuaire pour dégager davantage de données exactes et cohérentes sur les coûts et les économies potentielles du cadre proposé ainsi que pour procéder à une analyse financière à long terme.

La formation du groupe de travail serait entamée par le gouvernement fédéral, mais les provinces, les territoires et les employeurs participeraient également à son élaboration. Quoique le groupe de travail serait surtout actif lors de la conception du cadre initial, il continuerait de jouer un rôle pendant que le cadre évoluerait et se transformerait. Le groupe de travail serait éventuellement sous la supervision de l'organisme de surveillance. Toute dépense encourue par le groupe de travail serait payée par le gouvernement fédéral.

Nous considérons que cela est comparable au comité du RPC composé de fonctionnaires (mais avec l'ajout d'un représentant des employeurs). Les fonctionnaires sont habituellement au niveau d'un sous-ministre adjoint, relèvent du sous-ministre, puis du ministre des Finances.

Un horizon de 20 ans, par exemple, permettrait d'étudier et de clarifier les changements prévus quant aux besoins en médicaments compte tenu du vieillissement de la population; les changements quant aux traitements qui seront offerts et à leurs coûts; ainsi que les coûts et économies actuellement avancés par diverses sources. Des actuaire ont entrepris des travaux à cet égard (Grignon 2018). Le groupe de travail pourrait établir un échéancier de projection adapté.

Si un financement à long terme adéquat peut être démontré, les contribuables auront davantage confiance dans la viabilité financière d'un tel cadre.

Pour appuyer ces prévisions, nous suggérons un examen des données issues de l'expérience de vastes régimes d'assurance médicaments actuels dont les provisions reflètent le mieux la conception du régime, par exemple, le Régime de soins de santé de la fonction publique (SCT, 2015).

Dans un objectif de modélisation des coûts à court terme et de la demande comprimée liée aux Canadiens qui ne peuvent actuellement pas se permettre d'acheter les médicaments dont ils ont besoin, d'autres sources de données doivent être prises en considération. Par exemple, l'Assurance-santé Plus, programme en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2018, offre à tous les Ontariens de moins de 25 ans une couverture complète pour les 4 400 produits inscrits sur le Formulaire des médicaments de l'Ontario (gouvernement de l'Ontario, 2020). Ce programme a depuis été modifié par l'ajout d'une disposition exigeant que le résident ne soit pas couvert par un régime privé. Bien que l'Assurance-santé Plus ne couvre que les personnes de moins de 25 ans, elle peut fournir des indications sur la demande comprimée à court terme.

Que les prévisions à court ou à long terme soient prises en compte ou non, le modèle de projection peut également inclure le pouvoir d'achat additionnel que l'organisme de surveillance pourrait obtenir dans le cadre de négociations avec les fabricants de médicaments au nom des Canadiens.

Financement

La Loi canadienne sur la santé ne fournit aucune définition, et encore moins de garanties, d'une formule de financement des soins de santé. Il s'agit d'un poste de dépenses majeur pour les provinces et les territoires, qui ont vu le financement fédéral des hôpitaux et des services des médecins passer de 50 % à moins de 25 %.

Nous avons la conviction que la participation du gouvernement fédéral doit être garantie pour assurer l'adhésion des provinces et des territoires. Les autorités fédérales et provinciales ou territoriales devraient explorer les meilleures façons de financer leur part respective des coûts. Si un cadre pour les médicaments sur ordonnance bien géré, comprenant des composantes provinciales et territoriales judicieusement déterminées, peut avoir un effet important sur l'inflation des coûts, on peut raisonnablement présumer que le coût des médicaments sur ordonnance continuera d'augmenter plus vite que le PIB. Ainsi, la façon dont les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux financeront les coûts à long terme du programme est un sujet important que le Rapport Hoskins n'aborde que d'un point de vue philosophique.



Le directeur parlementaire du budget (DPB) a calculé qu'un régime universel d'assurance médicaments, fondé sur la liste des médicaments assurés du Québec, qui aurait été instauré en 2016 aurait entraîné un transfert de plus de 19,3 milliards de dollars par année des budgets provinciaux et territoriaux et des payeurs privés au budget fédéral, imposant des coûts supplémentaires de plus de 7,3 milliards par année aux contribuables. Cette constatation tient compte d'économies de 10,8 milliards de dollars découlant des restrictions d'inscription à la liste, de la substitution obligatoire des produits de marque par des médicaments génériques et d'une tarification étroitement réglementée.

Toutefois, en appliquant d'autres hypothèses à ce même modèle, le Canadian Health Policy Institute a estimé que le coût net fédéral supplémentaire aurait été d'au moins 26,2 milliards de dollars (montant 36 % plus élevé que ce que suggère le modèle du DPB), et le coût pour les contribuables, de près de 12,3 milliards par année (soit 68 % de plus que ce que suggère le modèle du DPB).

Voilà un bon exemple de l'étendue des possibilités, qui rappelle l'importance de parvenir à des projections de coûts plus cohérentes. Cependant, il est évident qu'un modèle de « réassurance » coûterait beaucoup moins cher aux contribuables que le régime d'assurance médicaments suggéré dans le Rapport Hoskins.

Rapports sur le rendement

Le cadre pour les médicaments sur ordonnance du Canada devrait inclure un ensemble exhaustif d'objectifs axés sur l'amélioration du rapport coûts-avantages, y compris des mesures pour aider le public et la communauté médicale à obtenir de meilleurs résultats en matière de santé. Plus précisément, l'information doit être transparente pour les Canadiens en ce qui concerne les coûts globaux des soins de santé par rapport à l'espérance de vie. Plus précisément, l'information doit être transparente pour les Canadiens en ce qui concerne les coûts globaux des soins de santé par rapport à l'espérance de vie. Tous ces éléments doivent être pris en compte dans l'élaboration d'un système d'information rentable d'où proviendront les données des rapports sur l'atteinte des objectifs, l'efficacité du cadre et la génération d'information.

Étant donné l'importance de la viabilité d'un tel programme, il faut prêter attention aux mécanismes qui servent à garantir la durabilité d'autres régimes à long terme, comme le Régime de pensions du Canada (RPC) et le programme d'assurance-emploi. Des évaluations actuarielles périodiques semblables à celles qui s'appliquent aux régimes de retraite doivent être exécutées et faire l'objet d'un rapport public. Nous estimons qu'un actuaire en santé devrait faire partie de l'équipe du Bureau de l'actuaire en chef du BSIF.

Conclusion

Le contexte des soins de santé au Canada est en constante évolution et, comme l'ont démontré les répercussions de la pandémie de COVID-19, on ne saurait trop insister sur l'importance d'apporter des améliorations favorisant de meilleurs résultats en matière de santé pour notre pays. **La prochaine étape pour l'amélioration du système de soins de santé au Canada est de garantir l'accès aux médicaments sur ordonnance à un coût abordable pour tous les Canadiens.**

Nous sommes d'avis qu'un cadre pour les médicaments sous ordonnance devrait s'appuyer sur les réussites des programmes privés et publics et d'y apporter des améliorations par la mise en commun (mutualisation) des coûts au sommet, où il est plus facile d'absorber les risques, en exerçant notre pouvoir national dans la négociation des prix et en veillant à ce que tous les Canadiens aient un accès juste et équitable aux mêmes médicaments.

Il reste un important travail à faire pour analyser et comprendre les projections à long terme afin de parvenir à un cadre viable. De nombreuses questions sur les mesures incitatives, les mécanismes, le financement et l'administration du régime demeurent sans réponse. Cependant, des mesures devraient être prises pour que la population canadienne profite immédiatement des premières améliorations : les Canadiens ne devraient pas avoir à attendre pour le régime d'assurance « parfait ».

Nous observerons avec intérêt le traitement de ces questions et nous offrirons notre expertise actuarielle afin d'aider à trouver des réponses.

Nous croyons qu'un cadre bien géré pour les médicaments sur ordonnance pourrait entraîner une réduction des coûts globaux, donner lieu à de meilleurs résultats en matière de santé et contribuer à la reprise économique à long terme à la suite de la pandémie de COVID-19. Cela serait avantageux autant pour la population canadienne d'aujourd'hui que pour les générations à venir.



Ressources

Abunassar, C et coll. *Report on the 2020 Canadian private payer product listing agreement study*. PDCI Market Access Inc., Connex Health Consulting et H3 Consulting, 2020.

Acri, K. *The unintended consequences of national pharmacare programs: the experiences of Australia, New Zealand, and the UK*, Institut Fraser, 2018.

ACTEGIS Consultants. *Understanding Quebec's Pharmacare System*. Rédigé pour l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes, 2018.

Barnieh, L et coll. « *A systematic review of cost-sharing strategies used within publicly-funded drug plans in member countries of the Organisation for Economic Co-Operation and Development*. » PLoS ONE 9(3) : e90434, 2014.

The BMJ. « *No evidence of added benefit for most new drugs entering German healthcare system: International drug development processes and policies are responsible and must be reformed*. » ScienceDaily, 2019.

Comité permanent de la santé. *Améliorer l'accès aux traitements pour les Canadiens atteints de maladies rares et orphelines*, Chambre des communes du Canada, 2019.

Conseil consultatif sur la mise en œuvre d'un régime national d'assurance médicaments. *Une ordonnance pour le Canada : L'assurance médicaments pour tous*, Ottawa : Santé Canada, 2019.

Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB). *Consultation sur les Lignes directrices provisoires du CEPMB* [document de consultation], 2020.

Cowan Insurance Group. *A Guide to Canada Benefits Legislation*, 2018.

Department of Health. *The UK Strategy for Rare Diseases*, 2013.

Ferguson, C. « *Quebec pharmacare might just be what Ottawa is looking for*. », Options Politiques, Institut de recherche en politiques publiques, 2019.

Gouvernement de la Saskatchewan. « *Régime d'assurance-médicaments de la Saskatchewan*. », Site Web Saskatchewan.ca, 2020.

Gouvernement de l'Ontario. « *Infos sur l'Assurance-santé Plus*. », Site Web Ontario.ca, 2020.

Gouvernement du Manitoba. « *À propos du Régime d'assurance-médicaments du Manitoba*. », Site Web Manitoba.ca, 2020.

Gouverneure générale du Canada. *Un Canada plus fort et plus résilient : Discours du trône ouvrant la deuxième session de la quarante-troisième législature du Canada*, Gouvernement du Canada, 23 septembre 2020.

Grignon, M., Spencer, B.G. et Wang, L. *Modèle relatif aux tendances des coûts de soins de santé à long terme au Canada*. Society of Actuaries et Institut canadien des actuaires, 2018.

Groupe consultatif sur l'innovation des soins de santé. *Libre cours à l'innovation : Soins de santé excellents pour le Canada*, Santé Canada, 2015.

Harris, K. « *Canada's premiers push for \$28B top-up to annual federal health care spending*. », CBC, 2020.

Harvard Medical School. « *Alternatives to taking pills*. », Harvard Health Publishing, 2009.

HBM+. *2020 Drug Trends and Strategic Insights*. Green Shield Canada, 2020.

Hsiao, W. « *How to Fix American Health Care: What Other Countries Can – and Can't – Teach the United States*. », Foreign Affairs, 2020.

Institut canadien des actuaires (ICA). *Communiqué : Bâtir un système national d'assurance-médicaments robuste sur une base solide*, 2019.

ICA. *Position publique sur un régime national d'assurance-médicaments*, 2016.

Labrie, Y. « *Evidence that regulating pharmaceutical prices negatively affects R&D and access to new medicines*. », Canadian Health Policy, 2020.

Labrie, Y. *Lessons from the Quebec Universal Prescription Drug Insurance Program*, Institut Fraser, 2019.

Levert, S. *Sustainability of the Canadian Health Care System and Impact of the 2014 Revision to the Canada Health Transfer*, Institut canadien des actuaires et Society of Actuaries, 2013.

LIMRA. *Are Canadian Employers Focused on Employee Benefits? Survey of Canadian Employers, 2019*, 2019.

McDonald, E. et coll. « *The MedSafer Study: A Controlled Trial of an Electronic Decision Support Tool for Deprescribing in Acute Care*. », Journal of the American Geriatrics Society, 2019.



Morgan, S et coll. « [Un régime d'assurance-médicaments fondé sur le revenu en Colombie-Britannique : Leçons pour la C.-B. et le reste du Canada.](#) », *Healthcare Policy* 2(2) : 115-127, 2006.

Parlement du Canada. « [Projet de loi émanant d'un député, C-213, Loi édictant la Loi canadienne sur l'assurance médicaments.](#) » LEGISinfo, 2020.

Rawson, N. et Adams, J. « [National pharmacare : Which drugs are essential?](#) », *Financial Post*, 2019.

Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). « [Savoir si un médicament est couvert.](#) », Site Web de la RAMQ, 2020.

RAMQ. « [Modification de la participation financière de certains assurés.](#) », Site Web de la RAMQ, 29 juillet 2020.

RAMQ. « [Tarifs en vigueur.](#) », Site Web de la RAMQ, 2020.

Research etc. *PMPRB Survey : Interim Quantitative Report*, 2019.

Réseau canadien pour la déprescription (ReCaD). *Rapport annuel 2019 : Regard sur l'usage approprié des médicaments au Canada*, 2019.

Santé Canada. *Loi canadienne sur la santé : Rapport annuel 2017-2018*, 2019.

Secrétariat du Conseil du Trésor (SCT). « [Sommaire du Régime de soins de santé de la fonction publique.](#) », Site Web Canada.ca, 2015.

Société canadienne d'hypothèque et de logement (SCHL). « [En quoi consiste l'assurance prêt hypothécaire?](#) », 2020.

Société de compensation en assurance médicaments du Québec (SCAMQ). « [Mutualisation.](#) », 2020.

Telus Santé. *Rapport 2019 sur les tendances et références canadiennes en matière de consommation de médicaments*, 2019.

Cet énoncé est appuyé par les membres de l'ICA par le biais d'un processus rigoureux qui cerne les sujets d'importance pour les Canadiens où l'expertise actuarielle peut contribuer au dialogue public. Les actuaires ayant des antécédents et des points de vue variés participent à l'élaboration de la recherche pertinente et à la rédaction de l'énoncé. Les membres de l'ICA qui ne participent pas à la rédaction de l'énoncé sont invités à fournir des commentaires pour s'assurer de la prise en compte de tous les points de vue et de l'atteinte d'un consensus raisonnable à l'appui de l'énoncé.

cia-ica.ca/medicaments



Institut canadien des actuaires

360, rue Albert, bureau 1740
Ottawa, ON K1R 7X7
613-236-8196
siege.social@cia-ica.ca

cia-ica.ca



L'Institut canadien des actuaires (ICA) est l'organisme bilingue national et le porte-parole de la profession actuarielle au Canada. Nos membres se vouent à fournir des services et des conseils actuariels de la plus haute qualité. L'Institut place l'intérêt public avant les besoins de la profession et de ses membres.