

M É M O I R E
DE
L'ORDRE DES PHARMACIENS DU QUÉBEC

présenté au

COMITÉ D'EXPERTS
SUR LE RÉGIME UNIVERSEL
D'ASSURANCE-MÉDICAMENTS

Novembre 1995

1.0 INTRODUCTION

L'Ordre des pharmaciens du Québec désire exprimer sa gratitude à l'endroit du Comité d'experts sur le régime universel d'assurance-médicaments, pour l'occasion qui lui est offerte de présenter ses points de vue et d'échanger avec le Comité sur l'importante question dont il est saisi.

Notre ordre a suivi ce dossier de très près depuis l'annonce, en 1993, de l'intention du gouvernement du Québec d'abolir le programme «Circulaire - Malades sur pied». Durant la consultation qui avait suivi, le mémoire que nous avons présenté le 9 février 1994 au comité présidé par le docteur Jocelyn Demers débordait d'ailleurs largement du simple cadre de ce programme, et recommandait, dès lors

«...d'éviter que l'on ne s'attaque qu'à des problèmes particuliers, à la pièce, comme c'est le cas depuis quelques années, lorsqu'il est question de l'assurance-médicaments au Québec, ...» {...} «... et d'amorcer une réflexion menant à une éventuelle réforme de l'ensemble de ces programmes, afin d'offrir des solutions aux problèmes qui y sont associés, notamment les coûts et les inéquités. Sans une telle démarche, il n'y a pas à notre avis de solution à long terme à la problématique évoquée plus haut...»

La démarche qu'a entreprise le gouvernement à la suite des recommandations du Comité Demers respecte l'orientation que nous souhaitions dès cette époque. La réforme envisagée de l'ensemble des programmes d'assurance-médicaments est un parcours inéluctable, même si, à cause de la situation économique particulièrement difficile que traverse le Québec, la marge de manoeuvre de l'État quant à la recherche de solutions s'avère étroite.

L'actuel débat offre, selon nous, l'avantage de ramener l'assurance-médicaments à l'avant-scène du milieu québécois de la santé, et l'opportunité de lui donner la place qui devrait être la sienne dans le monde de l'assurance-santé, mais qu'un ensemble de circonstances historiques l'ont empêché d'occuper. En effet, le médicament et les soins et services pharmaceutiques sont des pierres angulaires de notre système de santé. Aucune thérapeutique n'est aussi fréquemment utilisée par les professionnels de la santé, ni à une aussi grande variété de fins. Qui plus est, lorsque utilisé judicieusement et adéquatement, le médicament demeure, malgré l'évolution préoccupante de ses coûts au cours des dernières années, plus économique que ses alternatives et mieux adapté au contexte des soins ambulatoires. Plus que jamais, le médicament, de même que les soins et services pharmaceutiques requis par son bon usage, s'avèrent essentiels à notre système de santé.

Pourtant, plus d'un million de Québécoises et de Québécois, (soit, près de 15 % de la population) ne disposent pas d'une assurance-médicament. Certes, plusieurs parmi ces citoyens sont assurables et disposeraient, si tel était leur désir, des moyens financiers leur permettant l'accès à une assurance-médicament. C'est notamment le cas de plusieurs professionnels ou travailleurs autonomes. Il n'en demeure pas moins que le nombre de Québécois privés d'une telle assurance et, potentiellement, de l'accès à des traitements médicalement requis, est élevé. Il s'agit là d'un réel problème de santé en notre milieu.

Le débat qui s'engage touchera également d'autres citoyens démunis, prestataires de l'aide sociale ou personnes âgées n'ayant pas les moyens de subvenir à leurs besoins, et qui dépendent de programmes publics que menace la crise budgétaire actuelle. La réflexion que nous amorçons devra tenir compte de leurs besoins et de leur situation.

Le présent mémoire rappellera les principes généraux sur lesquels devrait s'appuyer l'élaboration d'un nouveau régime de base d'assurance-médicaments. Tel que souhaité par votre comité, il abordera les questions de la couverture en produits et services pharmaceutiques, des modalités de financement du régime, des mécanismes de gestion, du partage des risques et des responsabilités, et du contrôle de la croissance des dépenses. Il tentera d'illustrer le rôle que joue déjà le pharmacien dans notre système de santé et celui, accru, qu'il pourrait jouer dans un nouvel environnement plus compatible avec le concept des soins pharmaceutiques. Il insistera sur certaines erreurs ou écueils à éviter lors de l'application des mesures de gestion intégrée des soins de santé. Enfin, nous y annexerons un autre mémoire, qui sera sous peu présenté au Ministre de la Santé et des Services sociaux, à propos de la reconfiguration du réseau de la santé.

Afin d'entreprendre cet exercice, nous nous inspirons encore une fois du mémoire présenté en février 1994 au Comité Demers, et qui soulevait le questionnement suivant. Celui-ci s'avère encore d'actualité.

«Si l'État québécois devait se résoudre à entreprendre un tel exercice, il faudrait, selon nous, que la confection d'un nouveau programme d'assurance-médicaments passe par la réponse aux questions suivantes :

1° L'universalité de la gratuité du programme chez les personnes âgées est-elle encore possible?

L'une des critiques les plus incisives adressées à l'endroit du programme actuel est qu'il assure, au bénéfice de personnes âgées à revenu élevé, certains médicaments

{...} alors que des personnes à faible revenu, mais qui ne sont pas prestataires de la Sécurité du revenu, doivent déboursier pour des services essentiels coûteux comme les médicaments antidiabétiques ou cardiovasculaires, pour ne nommer que ceux-là.

- 2° Comment assurer de façon équitable une «couverture catastrophique» au bénéfice des citoyens devant prendre des médicaments au coût prohibitif, sans pour autant exacerber les problèmes liés au coût de l'assurance-médicament?
- 3° Comment articuler cette «couverture catastrophique» avec les efforts des assureurs privés et des employeurs qui seront, de plus en plus, mis à contribution?
- 4° Comment maximiser l'utilisation optimale des services du pharmacien à des fins de contrôle des coûts et de rationalisation de la pharmacothérapie, sans toutefois que ces efforts ne génèrent de conflits inutiles avec la profession médicale ou de confusion chez le patient?
- 5° Comment lever les barrières à la circulation entre professionnels de l'information relative aux médicaments consommés, tout en assurant la confidentialité de celle-ci?
- 6° Est-il sain de morceler l'assurance-médicaments en plusieurs programmes, basés sur des critères différents (état pathologique, âge, revenu), et administrés selon des modalités différentes (comme le ticket modérateur)? La cohérence et l'équité ne seraient-elles pas mieux servies dans le cadre d'un programme unique, basé sur les mêmes critères et opéré selon des modalités similaires?»

2.0 PRINCIPES GÉNÉRAUX

Les commentaires que désire émettre l'Ordre des pharmaciens du Québec dans le cadre de cette consultation procèdent du mandat confié à l'Ordre par l'Assemblée nationale, soit, la protection des intérêts du public québécois en matière de pharmacothérapie et de soins pharmaceutiques. L'Ordre n'abordera donc ici les questions économiques que dans la mesure où elles peuvent affecter directement le consommateur ou la qualité des soins qui lui sont dispensés. Nous laisserons volontairement aux associations de pharmaciens le soin de discuter avec votre comité les questions économiques affectant leurs membres.

Nos commentaires et recommandations s'inspireront plus spécifiquement d'un certain nombre de principes, dont plusieurs avaient déjà été mis de l'avant auprès du Comité Demers. Ces prémisses demeurent d'actualité, au moment de redéfinir les modalités d'un nouveau régime d'assurance-médicaments universel.

2.1 La pharmacothérapie et les soins et services pharmaceutiques qui y sont associés sont des services essentiels et médicalement requis.

La décision prise par le gouvernement fédéral, lors de la promulgation de la Loi canadienne sur la santé de ne pas référer à la fourniture de médicaments ou aux services pharmaceutiques comme étant médicalement requis, ainsi que celles prises par le gouvernement du Québec, lors de la mise sur pied de ses programmes d'assurance-médicaments destinés aux assistés sociaux ou aux personnes âgées, de ne pas offrir de couverture universelle, reposaient principalement sur le fait que les médicaments, à l'époque où furent prises ces décisions, s'avéraient peu coûteux. La décision de les exclure des programmes publics d'assurance-santé ne pénalisait donc pas de façon majeure les malades ou leurs employeurs, et n'imposait pas aux assureurs de faire face à des risques excessifs.

Il n'en demeure pas moins que les médicaments et les soins pharmaceutiques sont des éléments essentiels de notre système de santé, et qu'ils doivent être considérés comme tel. Le fait qu'il puisse être impossible à certains citoyens de se procurer leurs médicaments entraîne des effets délétères sur la qualité des traitements et l'état de santé des personnes affectées. Ceci peut en outre créer des charges financières additionnelles dans d'autres secteurs du système de santé.

La hausse du coût des médicaments observée au cours des quinze dernières années change

totale de la perspective qui a prévalu lors des décisions antérieures. Le caractère non universel de l'assurance-médicaments pénalise maintenant de façon importante un grand nombre de Québécois, qui comptent parmi les plus démunis de notre société. Nous ne reviendrons pas sur les nombreux exemples cités par le Comité Demers dans son rapport sinon pour réitérer sa conclusion que ces exemples sont les symptômes de l'un des plus graves problèmes économiques auxquels notre système de santé soit à l'heure actuelle confronté.

Par ailleurs, l'exclusion des programmes d'assurance-médicaments des mesures prévues par la Loi canadienne sur la santé a aussi eu pour conséquence d'identifier ces programmes comme des cibles privilégiées de mesures comme le ticket modérateur, ou la coassurance, qui ne sont pas appliquées à d'autres types de soins ou services médicaux tout aussi, sinon plus coûteux, pour l'État. Nous pensons aux consultations médicales, aux frais d'hospitalisation, aux examens de laboratoire ou de radiologie, ou à d'autres mesures thérapeutiques dont la gratuité demeure universelle. Ceci peut résulter en une situation de déséquilibre entre les diverses mesures diagnostiques et thérapeutiques requises par l'état du malade. En effet, celui-ci peut recourir à toute la gamme des soins médicaux assurés, obtenir gratuitement un diagnostic médical à la suite d'examens diagnostiques offerts, eux aussi, gratuitement, mais être incapable de se payer le traitement médicamenteux prescrit, ou être dissuadé de s'en prévaloir par des mesures comme le ticket modérateur. (Même un aussi faible montant incite régulièrement les personnes âgées à faible revenu à ne pas se prévaloir de certains soins pharmaceutiques essentiels). Il faut donc cesser d'appliquer aux seuls médicaments de telles mesures, et les reconsidérer dans un plan d'ensemble.

2.2- La fourniture de médicament doit nécessairement s'accompagner des soins et services pharmaceutiques destinés à en assurer l'usage rationnel, sécuritaire et économique.

Les pharmaciens sont en mesure de jouer un rôle encore plus important qu'ils ne le font à l'heure actuelle à cet égard, à condition qu'on leur en laisse l'occasion et qu'on cesse d'avoir recours à des mesures économiques qui les démotivent à aller plus loin que la distribution de médicaments.

Le débat professionnel le plus important à être présentement tenu au sein de notre profession porte sur le rôle nouveau du pharmacien, dans le concept des soins pharmaceutiques, et sur les conséquences négatives pour notre système de santé qui pourraient résulter de mesures réduisant le rôle des pharmaciens à la seule distribution, de plus en plus mécanisée et automatisée, des médicaments. Nous croyons qu'il est fondamental que le nouveau régime

universel de base d'assurance-médicaments favorise le premier de ces rôles, et non le second.

2.3- L'ACCESSIBILITÉ aux médicaments et soins pharmaceutiques médicalement requis doit être universelle.

Accessibilité et universalité ne sont pas synonymes de gratuité, il est essentiel de se le rappeler. On ne saurait toutefois concevoir de système de santé efficace et équitable sans que ces deux paramètres ne soient respectés.

2.4- La QUALITÉ des soins pharmaceutiques doit elle aussi être considérée comme essentielle et prioritaire, sans égard à l'endroit où ces services sont rendus ou à la clientèle visée.

Les mesures mises en place devront donc être au préalable analysées sous l'angle de leur impact sur la qualité des soins pharmaceutiques. La mesure de celle-ci doit être faite sur la base des normes de pratique et de services professionnels édictées par l'Ordre des pharmaciens du Québec.

Il est essentiel de réaliser que toute dérogation à ces normes entraînera une réduction de la qualité du service pharmaceutique, qui risque de se traduire par une pharmacothérapie non optimale, et par des coûts accrus pour l'État, les assureurs privés ou les employeurs. À titre d'exemple, une pharmacothérapie non optimale entraîne fréquemment du gaspillage de médicaments, des consultations médicales, des hospitalisations, des frais d'exams diagnostiques ou des frais de traitements qui auraient pu être prévenus. Une étude récente réalisée aux États-Unis évaluait à 76 milliards de dollars US les coûts annuels reliés à une pharmacothérapie non optimale. Une bonne partie de ces coûts pourrait être prévenue par une utilisation plus judicieuse des services des pharmaciens.

Il est désormais évident que la philosophie qui a prévalu au cours des années cinquante, soixante et soixante-dix en matière d'économie de la santé, et qui voulait qu'une augmentation des dépenses se traduise par une meilleure protection de la population, est désuète. Il faut maintenant ajuster le discours à la réalité, et s'attaquer à l'objectif d'une hausse de la qualité de l'utilisation des médicaments.

2.5- La CONTINUITÉ de l'approvisionnement en médicaments et des soins

pharmaceutiques doit elle aussi être considérée comme prioritaire, et même être améliorée.

La reconfiguration du réseau de la santé, le virage ambulatoire et la régionalisation du système de santé mettent en évidence des failles au niveau de la continuité des soins pharmaceutiques, notamment entre établissements de santé et pharmacies privées. Ces problèmes de continuité sont principalement causés par la fragmentation et le caractère incomplet de l'information fournie par les médecins aux pharmaciens, ou par les pharmaciens d'hôpitaux aux pharmaciens d'officines privées, et vice-versa. Ils constituent en obstacle à la qualité des soins pharmaceutiques.

Plusieurs mesures visant à favoriser la circulation de l'information de professionnel à professionnel, et d'établissement à établissement, sont actuellement expérimentées au Québec et au Canada, comme la carte-santé à microprocesseur et la mise en réseau des logiciels utilisés par les professionnels. Ces mesures devront être analysées et, s'il y a lieu, mises en place le plus rapidement possible afin de favoriser la continuité des soins. De plus, la continuité des soins doit se poursuivre jusqu'au domicile des utilisateurs, une structure dont disposent déjà les pharmaciens du Québec.

2.6- Le nouveau régime universel de base d'assurance-médicaments doit solutionner les problèmes d'inéquité résultant des programmes actuels.

Ces problèmes proviennent du fait que les programmes publics actuels ne sont pas universels, et qu'ils sont basés sur des critères d'assurabilité différents, soit la capacité de payer (programme destiné aux assistés sociaux), l'âge (programme destiné aux aînés), ou la pathologie (Circulaire Malades sur pied). Il est impossible dans le contexte budgétaire actuel de concilier les critères âge et pathologie avec l'équité recherchée envers tous les citoyens. Il est par contre possible de concilier cette équité avec le critère capacité de payer.

2.7- Le nouveau régime universel de base d'assurance-médicaments ne doit pas accroître les charges de l'État, des employeurs ou des contribuables.

Le contexte social et économique qui prévaut au Québec exclut d'emblée, à notre avis, que l'État impose de nouvelles charges aux employeurs, déjà aux prises avec un contexte économique difficile, où ils doivent demeurer concurrentiels, ou aux citoyens dont les charges fiscales ne peuvent être augmentées. Il est également exclus, vu l'état de la dette

publique, de creuser le déficit. Le financement du nouveau régime devra donc s'effectuer à l'intérieur des sommes présentement consenties à cette fin au Québec, à tous les niveaux.

Ceci exclut donc que l'État québécois investisse des sommes additionnelles dans le financement de l'assurance-médicaments. Toutefois, selon l'Ordre des pharmaciens du Québec, il est possible, en répartissant différemment la contribution de l'État, celle des employeurs et celle des bénéficiaires, de rejoindre les 15 % de Québécois non assurés.

2.8- L'instauration du régime constitue l'occasion de se pencher sur l'opportunité de réduire l'intervention de l'État, et les coûts qui y sont rattachés, là où sa présence n'est pas absolument nécessaire.

En fait, ce nouveau régime constitue pour le gouvernement l'occasion de créer un lien de partenariat plus étroit avec les assureurs privés et les professionnels dispensateurs de soins. C'est là une avenue qu'il faut, selon nous, exploiter. Il est possible, selon l'Ordre des pharmaciens du Québec, de privatiser certaines opérations liées à l'assurance-médicaments sans nuire à la santé et à l'intérêt public. Certes, une telle privatisation doit être faite avec tout le discernement voulu, sous peine de reproduire ici certaines des faiblesses observées dans les systèmes privés d'assurance-santé, comme c'est le cas aux États-Unis. Cependant, l'expérience de ce pays nous étant familière, de par sa proximité et l'abondante documentation dont elle fait l'objet, nous disposons des outils nous permettant d'identifier et de prévenir ces situations indésirables. Le gouvernement ne devrait donc pas délaisser l'opportunité de certaines privatisations, qui pourraient permettre de réduire ses dépenses sans pour autant diminuer le niveau des soins et services offerts aux Québécois.

2.9- Le nouveau régime devra être simple à administrer et éviter les complexités bureaucratiques inutiles.

Les professionnels de la santé et les citoyens ne sont pas des cobayes qu'on peut faire courir dans un labyrinthe. Au fil des ans, l'amoncellement de règles et de consignes administratives qui s'est créé à l'intérieur des opérations reliées à l'assurance-médicaments a fini par peser très lourd sur la pratique des pharmaciens. Déjà, les consignes administratives émanant du ministère de la Santé et des Services sociaux et de la Régie de l'assurance-maladie du Québec s'avèrent souvent fort complexes ou difficiles à gérer (nous pensons ici, notamment, au ticket modérateur de 2 \$ imposé aux personnes âgées). Le secteur privé génère lui aussi sa part de complexités administratives, ici aussi bien qu'aux États-Unis (on estime que l'administration d'une grande pharmacie américaine requiert l'interface avec jusqu'à 400

programmes différents d'assurance-médicaments, avec toutes les diversités de modalités de gestion que cela présuppose).

Cette complexité administrative détourne les pharmaciens de leur rôle premier et nuit aux soins qu'ils doivent prodiguer à leurs patients.

Même s'il est inévitable que la gestion d'un ensemble de programmes d'assurance-médicaments dont le coût totalise plus de deux milliards de dollars entraîne des contrôles administratifs, il est souhaitable d'éviter que ceux-ci soient à l'origine d'une lourdeur administrative inutile et coûteuse. Le nouveau régime devra donc être élaboré en tenant compte de la nécessité d'une gestion simple.

3.0- MÉCANISMES DE GESTION ET DE PARTAGE DES RESPONSABILITÉS AU SEIN DU NOUVEAU RÉGIME UNIVERSEL D'ASSURANCE-MÉDICAMENTS

Le Québec est à l'heure actuelle, tout comme l'ensemble du Canada, engagé dans une période d'austérité budgétaire qui se prolongera. En effet, non seulement le gouvernement se doit-il de résorber son déficit budgétaire annuel, mais encore lui faut-il réduire sa dette globale à des proportions acceptables, ce qui présuppose l'obligation d'encaisser des surplus d'opérations pendant plusieurs années. Cet assainissement des finances publiques devra se faire dans un contexte socio-économique difficile, avec une population vieillissante, un taux de chômage qui continuera d'être élevé, et en concurrence économique avec des pays ou provinces qui offrent à leurs citoyens un filet de sécurité sociale beaucoup moins généreux que ne le fait le Québec.

Cette toile de fond s'avère donc particulièrement défavorable à une intervention accrue de l'État dans la gestion de l'assurance-médicaments. Même si le gouvernement passait outre à cette mise en garde et instaurait un régime universel d'assurance-médicaments dont la gestion serait confiée à un monopole public, il est hautement probable que ce scénario devrait être révisé d'ici à quelques années. Nous le déconseillons donc fortement.

D'ailleurs, il est faux de prétendre que l'objectif d'une couverture universelle de base en matière d'assurance-médicaments passe nécessairement par la constitution d'un monopole public. Ceux-ci ont maintes fois été critiqués dans le passé, principalement parce qu'ils échappent à toute concurrence, et à l'effet régulateur qu'elle joue habituellement sur la gestion de l'entreprise, ce qui rend celle-ci moins adaptable. À long terme, cela se traduit par une lourdeur administrative et une bureaucratie qui nuisent à la performance de l'entreprise, l'empêchent de réagir positivement et à temps à des changements survenant dans le marché, et découragent l'initiative.

Par contre, l'assurance privée n'est pas une panacée. L'expérience canadienne et, surtout, américaine, nous démontre ses limites. L'assureur privé tend à sélectionner ses risques, à écarter les mauvais ou à les transférer à d'autres payeurs (gouvernements, hôpitaux ou citoyens). Il introduit, parfois à un niveau excessif en regard des besoins du public, des mécanismes régulateurs comme la tarification, le copaiement, la franchise ou la coassurance. La concurrence qui règne entre les assureurs ne suffit pas toujours à faire prévaloir l'intérêt du consommateur à ces niveaux. D'autres mécanismes régulateurs seront donc nécessaires.

L'Ordre des pharmaciens du Québec croit qu'un régime universel de base d'assurance-médicaments est nécessaire et réalisable, même dans le contexte économique actuel. L'Ordre recommande que ce régime soit mis en place dans une démarche de partenariat entre l'État, l'industrie de l'assurance privée et les professionnels de la santé concernés, soit les médecins et

les pharmaciens.

3.1- Les caractéristiques du nouveau régime universel d'assurance-médicaments

De toutes les options analysées par l'Ordre des pharmaciens du Québec, celle que nous avons retenu et recommandons est la création d'un régime universel de base de type mutuel. Ses caractéristiques seraient les suivantes :

- adhésion obligatoire de tous les détenteurs de la carte d'assurance-maladie du Québec;
- participation de l'assuré au financement du régime, en fonction de sa capacité de payer;
- franchise annuelle; le montant de cette franchise devrait être de l'ordre de 800 \$ à 1 000 \$ par an par individu, ou de 1 200 \$ à 1 500 \$ par famille;
- remboursement ou paiement direct impliquant une coassurance qui, elle, pourra varier selon les médicaments visés; le modèle français mérite d'être étudié en détail; il prévoit une coassurance décroissant avec le degré de nécessité du médicaments (de 100 % à 50 %);
- plafond annuel limitant à un maximum pré-établi la somme que peut être appelé à déboursier un bénéficiaire; cette mesure vise à protéger certains malades traités par des médicaments particulièrement coûteux;
- création d'un mécanisme «d'assurance-catastrophe» basé sur la création d'un «pool» auquel contribueraient tous les participants au régime de base. La participation à ce «pool» serait obligatoire pour quiconque désire offrir de l'assurance-médicaments au Québec. La responsabilité financière en serait partagée sur une base «per capita», en fonction de l'importance de la clientèle, mais sans égard au risque;
- obligation pour tout participant au régime d'accepter tout requérant, sans discrimination quant à l'âge, au sexe, à l'origine, à l'état de santé, ou au lieu de domicile;
- libre choix de l'assureur.

De l'assurance privée complémentaire serait également disponible à ceux qui désirent ajouter à leur niveau de protection. En plus des employeurs, d'autres groupes sociaux seraient incités à offrir à leurs membres l'accès à de l'assurance-médicaments de groupe («regroupements d'affinités» comme par exemple des clubs sociaux, des chaînes d'établissements commerciaux, des institutions financières, des gestionnaires de cartes de crédit, etc.). De plus, les assureurs seraient incités à offrir des contrats individuels. Pour les

autres citoyens, non rejoints par ces mécanismes, l'accès au régime universel de base pourrait être permis via les régies régionales.

Enfin, l'État pourrait lui aussi offrir des programmes complémentaires à certains segments de la population, en deçà du seuil de franchise; les assistés sociaux, les personnes âgées à faible revenu ou dont l'état de santé est précaire, les travailleurs à faible revenu, les bénéficiaires de la CSST ou de la SAAQ, certains grands malades pourraient ainsi être rejoints. L'existence de ces programmes d'état permettrait de continuer à offrir une protection à des groupes qui pourraient être pénalisés par l'instauration du seuil élevé de franchise que nous proposons, ou qui pourraient éprouver de la difficulté à obtenir de l'assurance privée de façon complémentaire au régime de base.

3.2- Rôle de l'État

Le rôle de l'État dans l'opération de ce régime serait réduit par rapport à celui qu'il joue dans les programmes publics actuels, mais n'en demeurerait pas moins essentiel. Il aurait pour objet d'assurer la prépondérance de l'intérêt public, et consisterait à :

3.2.1- Définir l'admissibilité

Comme nous l'avons mentionné, la principale faiblesse des régimes entièrement privés d'assurance-santé, dans la perspective d'intérêt public qui est celle de l'Ordre, est leur propension à exclure les mauvais risques. L'objectif d'un régime universel étant justement d'assurer un segment de la population constitué en bonne partie de citoyens pouvant être assimilés à de mauvais risques, (chômeurs, personnes à faible revenu, dont plusieurs peuvent l'être à cause de problèmes de santé), il est essentiel de mettre en place une définition de l'admissibilité qui permettra d'éviter cette situation. Seul l'État peut, selon nous, assumer ce rôle en toute impartialité.

3.2.2 Définir les modalités du régime universel de base

Même si sa gestion est confiée au secteur privé, le nouveau régime devra comporter un certain nombre de modalités de base universelles. Une trop grande latitude confiée au marché résulterait en des disparités au niveau de la couverture ou du partage du risque qui nuiraient à l'universalité du programme et pourraient l'empêcher d'atteindre ses objectifs. Il est donc important que ces modalités de base soient définies par le gouvernement et intégrées au cadre juridique du régime. Les modalités ainsi définies devraient porter sur :

- la couverture en médicaments, fournitures médicales et services pharmaceutiques;
- la participation financière requise des citoyens (franchise, coassurance, plafond, etc.);
- le partage du risque entre le gouvernement et les assureurs, et la définition de la couverture catastrophique;
- les méthodes de contrôle et d'assurance de la qualité des services remboursés;
- la gestion et l'utilisation des données recueillies dans le cadre des opérations du régime.

3.2.3- Fournir le cadre juridique requis par l'opération du régime

Une loi sera nécessaire afin d'encadrer les paramètres d'admissibilité et les modalités de gestion, de partage du risque et de contrôle décrites en 3.2.1 et 3.2.2.

3.2.4- Permettre l'utilisation de la carte d'assurance-maladie aux fins de l'opération du régime

Il serait inutile, fastidieux et coûteux de multiplier les cartes d'admissibilité aux divers programmes d'assurance-médicaments. La carte d'assurance-maladie de la RAMQ convient parfaitement aux besoins du nouveau régime universel de base et devrait être utilisée.

3.2.5- Participer aux activités de contrôle et d'assurance de la qualité

La présence de représentants du gouvernement sera nécessaire au niveau des comités ou organismes chargés de superviser ces fonctions, sur lesquelles nous élaborerons dans le chapitre 6.0.

3.2.6- Maintenir, au bénéfice du nouveau régime d'assurance-médicaments les fonctions présentement dévolues au Conseil consultatif de pharmacologie

Le Conseil consultatif de pharmacologie (CCP) joue depuis près de 25 ans un rôle-clé au sein des programmes d'assurance-médicaments québécois. Le CCP assiste le

Ministre de la santé dans la confection et la mise-à-jour de la Liste des médicaments assurés en lui donnant son avis sur la valeur thérapeutique du médicament et la justesse du prix exigé. Le Conseil fournit aussi des avis au Ministre relativement à toute question de pharmacothérapie et produit des lignes directrices destinées aux médecins et pharmaciens à propos de l'usage rationnel de certains médicaments. Il doit aussi assurer le développement de stratégies d'intervention visant à favoriser une consommation rationnelle des médicaments, tout en privilégiant le meilleur traitement possible au moindre coût. Le CCP est reconnu dans l'ensemble du monde pharmaceutique canadien comme l'un des plus performants parmi les organismes assumant ce type de mandat. Le gouvernement devrait continuer, par le biais du CCP, à offrir ces services et les mettre à la disposition des assureurs privés, qui, en contrepartie, seraient appelés à participer au financement du Conseil. De cette façon, le nouveau régime puiserait dans l'expérience et l'expertise antérieure du Conseil et éviterait, en centralisant ces fonctions, des doublons d'efforts coûteux. De plus, cette centralisation faciliterait la mise en place de modalités universelles, comme le formulaire, et permettrait de faire profiter l'ensemble du régime du pouvoir d'achat de l'État en annulant les disparités au niveau du coût des médicaments.

3.2.7- Utiliser au maximum le pouvoir d'achat du gouvernement

Les négociations relatives aux prix chargés par les fabricants et aux marges bénéficiaires des grossistes devraient être centralisées afin que l'ensemble du régime (public et privé) bénéficie du pouvoir d'achat accru qui en résulterait. Cette fonction devrait continuer à être confiée au CCP, qui en rendrait désormais compte à la structure de coordination du régime.

3.2.8- Maintien de certains programmes d'état

L'État retiendrait enfin la responsabilité d'offrir, sous le «parapluie» créé par le nouveau régime, certains programmes destinés à des populations jugées particulièrement vulnérables en matière d'assurance-médicaments. Il s'agit des prestataires de la sécurité du revenu et des personnes âgées à faible revenu; cette protection pourrait être étendue, après analyse, à certains groupes de grands malades dont les coûts de traitements globaux sont particulièrement élevés. S'ajouteraient également à cette grappe de programmes d'assurance-médicaments ceux destinés aux bénéficiaires de la SAAQ et de la CSST.

Il importerait cependant d'harmoniser les modalités de gestion et la couverture offerte par ces programmes, qui offrent présentement un degré élevé de diversité. Ces disparités ne servent aucun objectif de santé publique et nuisent à l'équité sociale. L'instauration du nouveau régime crée une occasion rêvée de procéder à cette harmonisation.

3.3- Rôle des assureurs

L'industrie de l'assurance privée rembourse déjà les coûts de 28 % des médicaments consommés au Québec, au bénéfice d'environ 4,5 millions de Québécois, d'une façon jugée généralement satisfaisante par les consommateurs, les employeurs et les professionnels. Les retombées économiques de ces activités sont importantes. La contribution fiscale des assureurs aux revenus de l'État l'est également. L'industrie de l'assurance dispose en outre d'une expérience dans la gestion du risque, d'une capitalisation et de réseaux électroniques (comme CAPSS, etc.), qui lui permettent d'assumer dès maintenant le mandat d'offrir une couverture d'assurance-médicaments au million de Québécois qui n'en disposent pas. Il va de soi que cette industrie devra accepter les contraintes inhérentes à un partenariat avec l'État et les professionnels, et de partager avec ces derniers les décisions relatives à l'admissibilité, à la couverture, aux modalités de gestion et de partage du risque, et aux contrôles. Nos discussions préalables avec plusieurs dirigeants de cette industrie nous laissent croire que celle-ci y est disposée. Sous cette importante réserve, rien ne s'opposerait donc à ce que le mandat de gestion des programmes d'assurance-médicaments soit confiée au secteur privé.

Rien ne semble s'opposer non plus, toujours aux mêmes conditions, à ce que la gestion des programmes d'assurance-médicaments actuellement administrés par la RAMQ (assistés sociaux et personnes âgées) ou par le réseau des établissements de santé (Circulaire Malades sur pied et autres) soit également transférée au secteur privé, selon les règles et les paramètres définis par le gouvernement. Il a déjà été suggéré que le secteur privé, plus dynamique et plus concurrentiel, serait à même de réaliser des économies d'échelle au niveau administratif, en comparaison avec la Régie, surtout si des fonctions comme la négociation des prix et marges bénéficiaires, la conception des formulaires, le contrôle de la facturation et les mesures d'assurance de la qualité étaient centralisées. Cette hypothèse devrait donc être étudiée avec soin.

La Régie de l'assurance-maladie du Québec joue depuis maintenant 25 ans un rôle-clé dans le système de santé québécois, et, à cet égard, a rendu de grands services à notre population. Notre propos ne vise pas ici à critiquer injustement la Régie, mais au contraire, à rechercher

les solutions les plus économiques possibles aux problèmes de gestion du régime d'assurance-médicaments. La privatisation des activités de gestion des programmes d'état, comme le traitement des réclamations, nous semble une piste qui doit être sérieusement évaluée. La Régie continuerait d'exercer son mandat dans les autres secteurs de l'assurance-maladie où elle est active.

De plus, la gestion des données pourrait elle aussi être centralisée. Les lois du Québec, tout en continuant de sauvegarder la confidentialité de ces données, pourraient, si nécessaires, être amendées pour permettre la mise sur pied des programmes de contrôle ou d'assurance de la qualité (comme la revue de l'utilisation des médicaments). Déjà, un réseau comme CAPSS possède l'infrastructure suffisante à cette fonction. Alternativement, des firmes de gestion des données (comme IMS par exemple) pourraient aussi être mises à contribution par voie de contrats de service, ce qu'elles font déjà dans d'autres pays.

Enfin, les assureurs seraient eux aussi appelés, en déléguant des représentants aux comités ou organismes chargés du contrôle et de l'assurance de la qualité des programmes à participer à la supervision de ces activités.

3.3- Rôle des professionnels de la santé

Médecins et pharmaciens doivent être présents à tous les niveaux décisionnels du nouveau régime d'assurance-médicaments. Ils devront, notamment, siéger au sein de la structure de coordination du nouveau régime. Ils devront de plus être consultés à propos de chacune des décisions relatives à l'admissibilité, à la couverture, aux modalités de gestion et de partage du risque, ou aux contrôles, afin d'éviter que ces décisions ne soient focalisées que sur les coûts du programme.

Médecins et pharmaciens, par le biais du Collège et de l'Ordre, devront en outre jouer le rôle central dans l'implantation et l'opération du programme de Réseau de revue de l'utilisation des médicaments (voir chapitre 6.0).

3.4- Mécanismes de direction et de coordination

La création d'un régime universel de base d'assurance-médicaments tel que nous le proposons implique la nécessité d'un mécanisme central de direction et de coordination. Celui-ci devrait être confié à une société paritaire à laquelle siègeraient des représentants nommés par le gouvernement, les assureurs, les médecins, les pharmaciens et les organismes

représentant les consommateurs. Le mandat de cette société paritaire serait de superviser l'administration du régime, de pourvoir à certaines fonctions spécifiquement centralisées, à l'intérieur de ce régime, d'assurer l'interaction avec les différents ministères concernés, la Régie de l'assurance-maladie, le Conseil consultatif de pharmacologie, les assureurs, les associations patronales et syndicales, les fabricants, les grossistes, les associations et ordres professionnels, ou tout autre organisme pertinent, relativement à toute question touchant l'assurance-médicaments.

La société paritaire pourrait être soutenue administrativement par une petite équipe de permanents. Les fonctions dévolues à cet organisme ne nous semblent pas de nature à nécessiter une structure trop lourde. Celle-ci serait financée par le gouvernement et les assureurs.

4.0- **MODES DE FINANCEMENT**

L'orientation que l'Ordre propose, soit un partenariat entre le gouvernement, les assureurs privés et les professionnels, dans le but d'offrir un régime universel d'assurance-médicaments, mais sans financement additionnel, imposera certains choix politiques douloureux. Le plus difficile sera celui d'imposer une participation financière à des groupes de citoyens dont les médicaments sont actuellement gratuits, notamment certaines personnes âgées, certains bénéficiaires de la «Circulaire malades sur pied», et certains malades touchés par le virage ambulatoire. L'objectif poursuivi ici n'est pas que financier. Il s'agit en fait de baser l'ensemble du nouveau régime sur le seul critère de la capacité de payer, et de mettre fin aux inégalités résultant des actuels programmes gouvernementaux.

La participation financière des citoyens, sur la base de leur capacité de payer, permettra selon l'Ordre des pharmaciens, d'éviter que le coût du nouveau régime mutuel devienne hors de contrôle. Cette participation pourrait aussi servir de régulateur de la consommation, dans une certaine mesure. Il faudra toutefois être prudent à cet égard, les freins financiers n'étant pas automatiquement efficaces à limiter la consommation, ou pouvant au contraire affecter négativement la qualité du traitement. La recherche d'un équilibre devra dans ce domaine être constante.

L'utilisation de la franchise et de la coassurance favorisera une gestion simple du régime et éliminera la nécessité de recourir à des mesures inéquitables, inefficaces et difficiles à gérer, comme le ticket modérateur. Celui-ci devra être aboli, puisqu'il a toujours été impossible de prouver son utilité.

Le niveau de la franchise et de la coassurance devra être établi, cela va de soi, suite à des analyses plus poussées que celle que nous avons pu réaliser. Les montants avancés sont des ordres de

grandeur, auxquels nous en sommes arrivés suite à nos échanges avec d'autres intervenants importants dans ce dossier.

Afin d'en arriver à un ajustement plus fin de la participation des individus au régime universel, en fonction de leur capacité de payer, la fiscalité pourrait être utilisée. Lors de la production de la déclaration de revenus, la contribution individuelle des citoyens pourrait être ajustée à leur revenu, un peu comme le sont les prestations des régimes de rente. Cette mesure augmenterait l'équité du régime proposé.

Enfin, l'existence d'un plafond pour chaque bénéficiaire et la création d'un «pool» servant à garantir les risques catastrophiques sans tarification permettra de solutionner les cas les plus graves observés par le Comité Demers.

Une note de prudence s'impose toutefois quant à la participation financière des citoyens. Dans un contexte où la gratuité universelle existe encore dans le reste du système de santé, il pourrait être tentant d'utiliser la participation financière du citoyen à son assurance-médicament afin de financer d'autres coûts que ceux de ce régime. Une telle situation ne devrait pas survenir, et un plafond à la contribution du citoyen devrait être instauré, afin de la prévenir. De plus, il serait souhaitable que le gouvernement envisage d'étendre à d'autres secteurs du système de santé le principe de la participation financière du citoyen. Ceci permettrait de mettre fin à une situation qui pénalise excessivement la pharmacothérapie, en plus d'exercer un effet régulateur sur la prescription ou la consommation d'autres soins ou services de santé. Le système pourrait alors opter pour une budgétisation véritablement décloisonnée, par «enveloppes de soins», ce qui nous permettrait de mieux mesurer l'impact économique positif de certains traitements médicamenteux.

5.0- LA COUVERTURE EN PRODUITS ET EN SOINS PHARMACEUTIQUES

La définition de la couverture en produits et en soins, ou services, pharmaceutiques est un élément fondamental du nouveau régime. Selon l'Ordre des pharmaciens du Québec, cette couverture doit comprendre toute la gamme des médicaments médicalement requis, ainsi que celle des soins et services pharmaceutiques qui doivent nécessairement accompagner la fourniture de ces médicaments. Ce n'est pas au niveau de la couverture que doivent s'effectuer les contrôles visant à limiter les coûts du régime.

5.1- **Le formulaire**

Le formulaire est l'élément de base de la définition de la couverture en produits. Il en est ainsi depuis au moins vingt ans. Nous possédons donc une bonne expérience de la gestion de cet outil, qui est utilisé aussi bien dans le secteur public que dans le privé.

Au fil des ans, le formulaire de référence dont s'était doté le Québec dans les débuts de l'assurance-maladie a subi des modifications importantes, et est devenu un simple outil servant à administrer les décisions du gouvernement. Ceci dénature le rôle d'un formulaire. Nous croyons en effet que celui-ci doit, à la base, servir de référence qualitative aux traitements rendus disponibles auprès des professionnels.

Deux philosophies s'affrontent généralement à propos de la confection des formulaires. Doivent-ils être restrictifs ou, au contraire, comprendre une large gamme de produits?

Les tenants du formulaire restrictif croient que la gamme limitée de produits offre une capacité de contrôle supérieur sur les coûts du programme en limitant l'usage de médicaments ou de formes pharmaceutiques. Les opposants à cette formule croient que le formulaire restrictif est souvent à l'origine de transferts thérapeutiques vers d'autres médicaments, ou classes de médicaments, qui peuvent être plus coûteux. Dans les cas les plus extrêmes, cette formule peut aussi limiter l'accès à des traitements médicalement requis.

À titre d'exemple, le retrait des préparations antiacides de la Liste des médicaments au début des années 1980 a produit un transfert thérapeutique vers des médicaments beaucoup plus coûteux et d'efficacité comparable, à l'égard des dyspepsies bénignes. Il en fut ainsi du retrait des laxatifs stimulants, qui furent remplacés par le lactulose.

Ces quelques exemples appuient notre opinion qu'un formulaire trop restrictif entraîne des traitements incomplets, et ne permet pas d'en assurer la qualité et la continuité. Il peut aussi

faire obstacle au traitement ambulatoire des malades. Ainsi une personne âgée cancéreuse, en phase terminale, et traitée à la maison par des analgésiques opiacés devra recevoir des laxatifs émoullissants ou stimulants à cause des effets indésirables des opiacés. Ce patient, à cause de la nature restrictive de la Liste des médicaments, devra payer ses laxatifs. Le même patient, hospitalisé ou traité en clinique externe d'un établissement, les obtiendrait gratuitement. Tout ceci illustre fort bien l'impact négatif d'un formulaire restrictif.

L'Ordre des pharmaciens opte plutôt pour un formulaire plus étendu. Nous sommes convaincus que les modes de contrôle des coûts peuvent être appliqués à d'autres niveaux que celui du formulaire. Le rôle de celui-ci devrait donc être ramené à sa définition de base, c'est-à-dire un outil permettant de distinguer les traitements médicalement requis, sûrs d'emploi et efficaces, de ceux qui ne le sont pas. Dans ce contexte, il va de soi que des médicaments dont l'efficacité n'est pas démontrée, comme les préparations homéopathiques, de naturopathie ou d'herboristerie, seraient exclues du formulaire de base.

Un seul formulaire de base devrait exister au Québec, et couvrir aussi bien le milieu des établissements de santé que le milieu ambulatoire et tous les types de programme. Le nouveau régime de base devrait fonctionner à partir de ce formulaire unique. Sa confection devrait être confiée au Conseil consultatif de pharmacologie. Les programmes complémentaires pourraient quant à eux, utiliser un formulaire plus restrictif ou plus complet, selon les règles de la concurrence et du marché. De même, les établissements de santé pourraient opter pour un formulaire plus restrictif, selon les décisions de leur Comité de pharmacologie.

Il serait probablement sage que le formulaire de base comprenne, en plus des médicaments d'ordonnance, une liste, restreinte celle-là, de médicaments non ordonnancés d'usage courant. En effet, la désassurance de cette catégorie de médicaments est une erreur fréquente et coûteuse des concepteurs de formulaires. Cette désassurance incite souvent le consommateur à obtenir un médicament prescrit par son médecin et remboursé par son régime d'assurance. Le résultat net de cette opération est la facturation à la RAMQ d'un acte médical et le remboursement d'un médicament d'ordonnance plus dispendieux que le médicament non prescrit qui aurait pu, à l'origine, être dispensé par le pharmacien.

5.2- Les fournitures et les instruments médicaux

Plusieurs traitements médicamenteux impliquent l'usage de dispositifs servant à leur administration ou à leur monitoring. Pensons à l'aérosolthérapie, aux dispositifs servant à l'administration de médicaments par inhalation, aux infuseurs, aux stylos injecteurs, aux

glucomètres, etc. On néglige souvent la couverture de ces dispositifs, dont certains sont devenus des modes de traitement de premier choix. Leurs retombées positives sont rarement évaluées économiquement, mais on peut sans risque d'erreur affirmer qu'elles existent. Étant très utiles au traitement ou à l'autocontrôle de la maladie, ils génèrent un bénéfice de santé et un bénéfice économique pour l'individu et la société. De plus, ces dispositifs favorisent le traitement ambulatoire. Des médicaments injectables peuvent désormais être administrés à la maison grâce à des infuseurs portatifs de haute technologie. Ce mode de thérapie est maintenant monnaie courante. Il importe donc que les appareils qui le rendent possible soient inclus dans la couverture d'assurance-médicaments. Ne pas le faire serait une erreur grave.

Il en va de même pour certaines fournitures médicales (pansements, appareils orthopédiques, fournitures pour incontinents, stomisés ou post-mastectomie, etc.). Des programmes existants reconnaissent déjà un certain remboursement pour les fournitures médicales requises par l'état du malade. Il y a lieu de revoir ces programmes, d'évaluer les besoins pour de nouvelles indications, et de prévoir ce qui est requis dans la couverture des programmes de base ou complémentaires. Encore une fois, ce n'est pas en excluant ces articles de la couverture que l'on atteindra l'objectif d'un système de soins accessible et efficient, mais plutôt en faisant participer le bénéficiaire à leur paiement sur la base de sa capacité de payer.

èb4à
éBBBBàÅN

**Mémoire de l'Ordre des pharmaciens du Québec
sur le régime universel d'assurance-médicaments
Novembre 1995**

22

3