

Mémoire de la
Fédération des travailleurs et
travailleuses du Québec (FTQ)



présenté à la
Commission des affaires sociales
concernant le
Rapport sur l'évaluation du régime général
d'assurance-médicaments

Février 2000

Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec
545, boul. Crémazie Est, 17^e étage
Montréal (Québec) H2M 2V1
Téléphone : (514) 383-8000
Télécopie : (514) 383-8001
Site : <http://www.ftq.qc.ca>

Dépôt légal – 1^{er} trimestre 2000
Bibliothèque nationale du Québec
ISBN 2-89480-058-4

Table des matières

Préambule	3
Notre évaluation du régime actuel	5
Un régime mixte, contributif et universel	5
Un régime à deux volets	5
❖ Le volet public	5
❖ Le volet privé	6
Des organismes de gestion des médicaments à repenser	8
❖ Le CCP et la liste des médicaments	8
❖ Le Comité de la revue des médicaments	9
Le financement du régime	10
Conclusion	12

Préambule

La Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec (FTQ) représente près d'un demi-million de travailleurs et de travailleuses des secteurs privé et public de l'économie. Le programme d'assurance-médicaments a constitué un apport important au filet de protection sociale du Québec. L'accès à des médicaments constitue pour nos membres comme pour la population en général un enjeu d'importance. La FTQ remercie le gouvernement de lui offrir l'opportunité de faire connaître son point de vue sur le régime d'assurance-médicaments.

Lors de la mise en place du régime général d'assurance-médicaments, le gouvernement avait sagement prévu d'inclure un processus d'évaluation obligatoire du régime après trois années d'existence. Nous sommes maintenant rendus à ce rendez-vous annoncé.

Tous et chacun s'entendent pour dire que la mise en place du régime général d'assurance-médicaments est une amélioration importante de l'offre publique de soins de santé au Québec. C'est ainsi que plus de 1,5 million de citoyens et de citoyennes ont eu un meilleur accès aux médicaments. De plus, pour certains de nos membres, la mise en place du régime a amené une amélioration de la couverture offerte par leur régime privé.

Cependant, en 1996, dès le dépôt du projet de loi 33, certains aspects du nouveau régime nous inquiétaient. Dans le mémoire inter-centrale que nous avons déposé à ce moment, nous affirmions déjà que *« si les coûts du régime ne sont pas contrôlés de façon efficace, et ce, dès les premières années de sa mise en application, l'augmentation des primes pourrait entraîner un risque réel d'éclatement du régime universel »*. Malgré cette mise en garde, il est malheureux que trois années plus tard, le financement et le contrôle des coûts du régime soient au centre des préoccupations actuelles. Toutefois, nous aurions dû le prévoir. Au moment du dépôt du projet de loi 33, nous déplorions n'avoir que trois semaines pour prendre connaissance de la loi et en évaluer les impacts. C'est pourquoi, nous avons demandé au gouvernement de retarder la mise en place du régime pour évaluer tous les impacts de son application sur la population. Il nous a semblé que des considérations budgétaires prévalaient.

Nous devons constater que cette fois-ci, le ministère a battu tous les records. À moins de huit jours de la date prévue pour la remise des mémoires, le ministère nous transmet ses pistes de révision du régime. À la lecture de ce document, grande fut notre surprise de constater que le ministère de la santé ne nous offre pas un ni deux, mais sept scénarios pour remettre sur la bonne voie le régime général d'assurance-médicaments. Ces scénarios vont dans toutes les directions et démontrent une certaine improvisation.

Toutefois, le principal lien entre les scénarios gouvernementaux est d'ordre financier. Les revenus gouvernementaux n'augmenteront pas au même rythme que la hausse

prévue des coûts des médicaments. Nous ne sommes donc pas surpris que la hausse des coûts du régime presse le gouvernement à trouver une solution à son financement. Cela explique que le document sur les pistes de révisions ne se concentre que sur les problèmes financiers du régime (financement et contrôle des coûts) et qu'il évacue complètement les problèmes de fonctionnement du régime démontré par son évaluation.

Depuis la mise en place du régime général d'assurance-médicaments, le gouvernement a dû corriger le tir et procéder à des modifications pour en faciliter l'accès aux bénéficiaires. Nous considérons que d'autres ajustements seront nécessaires. Toutefois, il ne faut pas arriver à des conclusions trop hâtives. En 1997, la mise en place rapide du régime général d'assurance-médicaments pour répondre à des impératifs financiers, a amené plusieurs citoyens à subir les contrecoups d'une certaine improvisation. Le besoin de prendre notre temps pour bien évaluer l'impact des décisions qui seront prises dans ce dossier constitue la première leçon à tirer de l'évaluation des trois premières années du régime.

Notre évaluation du régime actuel

UN RÉGIME MIXTE, CONTRIBUTIF ET UNIVERSEL

Lors de la présentation du projet de loi amenant la création d'un régime général, nous nous étions ralliés à un régime mixte et contributif parce que nous considérons que ce régime proposait une solution équitable pour les 1,2 million de personnes (évaluation de l'époque) qui n'avaient pas accès à un régime d'assurance-médicaments.

Dans la mesure où une solution permanente et équitable au sous-financement du régime sera mise en place et que des correctifs seront apportés à certains irritants, la FTQ continue de penser qu'un régime mixte constitue une alternative acceptable à un régime public et universel.

Tout comme les auteurs du document présentant les pistes de révision l'indiquent dans leur introduction :

« La cohérence et l'efficacité des politiques sociales ont été améliorées par la couverture d'assurance (médicaments) qui vient compléter et rendre plus efficace le fonctionnement de l'assurance-maladie et de l'assurance-hospitalisation. »

Le droit de vivre en santé passe par un accès le plus large possible aux médicaments nécessaires aux soins des Québécois et des Québécoises. Le régime général d'assurance-médicaments a été constitué pour permettre cet accès. Aujourd'hui, nous devons nous demander si le régime a répondu aux attentes. De façon générale, nous pouvons dire que oui.

UN RÉGIME À DEUX VOLETS

❖ Le volet public

Le volet public du régime général d'assurance-médicament a non seulement donné un accès nouveau à plusieurs citoyens, mais il a continué de fournir un accès aux prestataires de la sécurité du revenu et aux personnes de 65 ans et plus. De plus, des ajustements ont été apportés pour corriger certains des problèmes qui sont apparus au cours des premiers mois de l'application du régime.

Cependant, du côté de l'accès aux médicaments, le régime public n'a pas un bilan parfait. L'étude des données de la Régie de l'assurance-maladie démontre bien que l'accès aux médicaments a permis une amélioration de la santé des adhérents au régime. Toutefois, dans une autre étude, le Dr. Tamblyn démontre aussi clairement que la hausse demandée des contributions aux personnes âgées et aux prestataires de la

sécurité du revenu a amené une diminution de la consommation de médicaments essentiels et une hausse de la consommation des autres services médicaux. Si l'effet recherché était la diminution de la surconsommation, la méthode utilisée n'a pas permis de bien cibler l'objectif. On a donc échangé les bienfaits d'une meilleure accessibilité pour les adhérents contre certains impacts négatifs sur la santé de la clientèle traditionnelle du gouvernement. Les auteurs de l'évaluation du régime général croient qu'il s'agit « *d'un compromis raisonnable* ». Nous ne partageons pas cette opinion. Nous croyons que tous les Québécois et Québécoises ont droit à la santé. La santé est un droit qui ne se monnaie pas et personne ne devrait se voir refuser l'accès à des soins ou à des médicaments faute d'avoir des revenus suffisants.

Pour la FTQ, s'il ne fait aucun doute que la mise en place d'un régime public constitue une amélioration importante de la protection sociale, il nous apparaît tout aussi important que la politique de partage des coûts avec l'assuré ne vienne pas réduire l'accès aux médicaments et à la santé.

❖ Le volet privé

Le secteur privé de l'assurance a dû adapter ses produits aux exigences du régime public. Des règles concernant la mutualisation des risques et le plafond de contribution donnent un coté universel au programme. L'arrivée du régime général public d'assurance a bouleversé l'industrie, mais elle n'a pas remis en question sa présence dans ce secteur d'activité. Il fut décidé en 1996 que le nouveau régime aurait une formule mixte privée et publique. Bien que nous avions alors indiqué notre préférence pour un régime public, nous pouvions fort bien nous accommoder d'un régime mixte.

Notre centrale et nos syndicats affiliés ont incorporé dans leur culture la négociation de régimes collectifs d'assurance. Parmi les régimes négociés, le régime d'assurance-médicaments constituait un acquis important pour nos membres. Dans de nombreux cas, les régimes offerts dans le secteur privé donnent une meilleure couverture que le minimum exigé dans la loi. Ces régimes couvrent des médicaments non inscrits sur la liste gouvernementale et les médicaments achetés hors du Québec. Souvent, leur financement ne demande pas de contributions (co-assurance ou franchises) de la part des participants. De plus, avec l'arrivée du régime général, lorsqu'une contribution est demandée aux employés, le plafond de 750 \$ prévu dans le régime général limite leurs dépenses. Dans de nombreux cas, nous avons négocié que la prime demandée par l'assureur pour le régime soit prise en charge par l'employeur.

Nos syndicats vivent bien la présence d'un régime mixte pour l'assurance-médicaments. Cela ne veut cependant pas dire que nous n'avons pas constaté les mêmes problèmes d'application que ceux identifiés dans le document d'évaluation du régime général, soit :

- Certains assurés des régimes privés doivent payer totalement ou partiellement leur prime d'assurance-médicaments. Lorsque ces derniers n'ont que de faibles revenus, le paiement de la prime peut s'avérer être une charge financière importante. Et contrairement au régime public, il n'existe aucune politique de subventions pour les participants à faibles revenus.
- Les régimes privés n'ont aucune obligation d'étaler le paiement des franchises et du plafond sur des bases mensuelles, type de mesures qu'a dû mettre en place le régime public pour aider ses adhérents ayant de faibles revenus.
- Plusieurs régimes privés demandent à leurs assurés de payer leurs médicaments au moment de l'achat pour ensuite en réclamer le remboursement à leur assureur, ce qui peut constituer un frein évident à l'accès aux médicaments pour tous les assurés. Pour les employés à faibles revenus, l'obligation de devoir « avancer » le paiement de médicaments peut être catastrophique.
- Une autre lacune du régime mixte réside dans l'obligation, pour les travailleurs saisonniers et les retraités de moins de 65 ans, d'adhérer en tout temps à l'un ou l'autre des régimes.
- Finalement, une personne peut avoir à déboursier beaucoup plus que les 750 \$ prévus dans la loi puisque aucune passerelle entre les différents régimes privés ou entre ces derniers et le régime public ne permet de connaître les contributions de l'individu à l'un ou l'autre des régimes d'assurance.

La FTQ croit que des solutions à ces problèmes d'application doivent être envisagées dans le cadre d'une restructuration globale du régime.

Un dernier point qui saute aux yeux lorsque l'on compare le volet public et privé du régime général d'assurance-médicaments, c'est la différence des prix pour les médicaments achetés selon que l'on est couvert par le régime public ou par un régime privé. Lors de la mise en place du régime général, les régimes privés ont vu le coût de leur régime augmenter pour se conformer aux nouvelles règles. Le gouvernement doit maintenant utiliser son pouvoir de négociation pour faire bénéficier les régimes privés de médicaments à moindre prix. Les régimes privés ne peuvent négocier le prix des médicaments qu'ils achètent. Ces régimes ne profitent donc pas du prix négocié lors de l'inscription d'un médicament sur la liste gouvernementale. D'ailleurs, lors de l'évaluation du régime général, on a constaté que le coût de la prescription moyenne dans le régime privé était de 28,35 \$ par rapport à 25,97 \$ dans le régime public, soit une différence de 9,5 %. Tous les Québécois et les Québécoises ont le droit de payer le même prix pour leurs médicaments. De plus, la taxe sur les primes prélevées par le gouvernement désavantage encore plus directement le régime privé par rapport à son vis-à-vis public.

Par souci d'équité, les prix des médicaments inscrits sur la liste publique devraient s'appliquer aux régimes privés comme au régime public.

DES ORGANISMES DE GESTION DES MÉDICAMENTS À REPENSER

❖ Le CCP et la liste des médicaments

Le gouvernement a donné le mandat d'établir la liste des médicaments inscrits au Conseil consultatif de pharmacologie (CCP). Pour ce faire, le CCP base ses décisions sur les critères suivants :

- *« Les médicaments essentiels et efficaces demeurent inscrits ;*
- *Les substances pouvant être utilisées dans le cadre du virage ambulatoire apparaissent sur la liste ;*
- *Les médicaments couverts dans le régime général répondent aux besoins essentiels des populations actives que constituait la nouvelle clientèle assurée par le régime. »*

Comme l'indique le rapport d'évaluation, les critères utilisés par le CCP pour inclure un médicament dans la liste datent de plusieurs années, et nous partageons l'idée qu'il faut réviser ces critères. Nous sommes un peu inquiets des nouveaux critères proposés. Lorsqu'on nous parle de tenir compte des critères économiques et sociaux dans la décision d'inscrire ou non un médicament sur la liste publique, nous espérons que ces derniers ne prévaudront pas sur les critères de santé.

Au Québec, entre 1985 et 1997, la hausse des dépenses *per capita* des médicaments a été plus élevée au Québec que dans le reste du Canada. Une partie de l'explication se trouve assurément dans la règle du 20-15. Le chiffre 20 dans cette règle fait référence à la *Loi sur les brevets pharmaceutiques* qui donne une exclusivité de 20 années pour tout nouveau médicament innovateur. Pour ce qui est du 15, il fait référence à la période (nombre d'années) avant laquelle la politique du prix le plus bas s'applique à un médicament. Le Conseil consultatif de pharmacologie rembourse le prix le plus bas (prix de vente garanti par le fabricant) pour payer tous les médicaments ayant la même valeur pharmacologique. Ainsi, ce n'est qu'après la quinzième année d'inscription d'un produit générique sur la liste que le CCP commencera à rembourser le médicament original au prix de la copie. Le CCP se trouve ainsi à accorder une grâce supplémentaire de 15 années aux médicaments d'origine. La règle du 20-15 constitue une des particularités du Québec en matière de gestion d'une liste de médicaments. Nous considérons que cette règle est inacceptable dans la situation financière actuelle du régime.

Qui plus est, nous adhérons entièrement à l'idée de pousser plus loin la politique du prix le plus bas en mettant en place une politique du prix de référence. Cette politique fait allusion à une comparaison plus large des médicaments entre eux à l'intérieur d'une « *sous-classe dont les effets thérapeutiques sont similaires* ». Ainsi, le prix remboursé pour un médicament est limité au prix du médicament comparable offrant le meilleur rapport coût-efficacité. Il est entendu que le régime se doit de rembourser tout autre médicament si une indication médicale justifie qu'il n'y ait pas de substitution.

❖ Le Comité de la revue des médicaments

Avec la mise en place du régime d'assurance-médicaments, on avait aussi prévu un comité de revue de l'utilisation des médicaments (CRUM). Le CRUM constitue un autre volet d'un embryon d'une politique du médicament. Un des rôles du comité était de favoriser l'utilisation optimale des médicaments. Les premiers travaux montrent bien qu'il existe un problème d'utilisation des médicaments au Québec. Ces études concluent poliment à « *des écarts importants entre l'usage observé et l'usage optimal des médicaments étudiés* ». Les raisons de ces écarts sont détaillées. Et on mentionne avec raison qu'une utilisation inappropriée des médicaments « *démontre l'importance de continuer les études et la recherche évaluative en ce domaine* ».

Notre constat des activités et de la structure des deux organismes gouvernementaux précités, nous amène à donner notre appui à l'intégration de leur mandat dans un seul comité tel que proposé dans le document sur les pistes de révision. Selon nous, ce nouvel organisme, le Conseil consultatif des médicaments (CCM), aura à définir une politique du médicament pour le Québec. Dans l'élaboration de cette politique, la FTQ propose l'application stricte de la règle du prix le plus bas, sans le délai supplémentaire de 15 ans et de la mise sur pied d'une politique du prix de référence.

La composition du CCM devrait automatiquement prévoir des représentants de la population. Le nouvel organisme devra être doté des ressources nécessaires pour procéder à une réelle revue de l'utilisation des médicaments. Un suivi de l'utilisation des médicaments déjà sur la liste devra se faire de façon plus systématique. Finalement, un programme d'information, de formation et d'intervention auprès des médecins, des pharmaciens et des usagers devra aussi être articulé de façon à favoriser une utilisation optimale des médicaments.

Le financement du régime

Pour les rédacteurs du rapport d'évaluation de régime général d'assurance-médicaments :

« L'augmentation des coûts des médicaments permet souvent des économies dans d'autres programmes de santé par une réduction, notamment, des services hospitaliers. Pour être complète, l'analyse de la croissance des coûts du programme de médicaments doit être effectuée dans ce contexte. »

C'est sous cet angle que nous abordons la question du financement.

La hausse des coûts du régime, principalement due à l'augmentation des coûts des médicaments, a amené une réduction de la part relative des contributions des assurés dans son financement. La part des assurés est fixée par une formule (le plafond) qui limite la contribution qui leur est demandée. Ainsi, le coût du financement public du régime est appelé à augmenter plus vite que la hausse des coûts des médicaments et beaucoup plus vite que les revenus de l'État. Cette simple équation mathématique constitue un des problèmes les plus importants du régime d'assurance-médicaments.

Bien qu'ayant eu très peu de temps pour analyser les pistes de solution, si elles nous avaient été présentées sous une forme de choix de réponses, nous aurions tendance à répondre « aucune de ces réponses ». Nous ne croyons pas que l'évolution du programme d'assurance-médicaments doive tendre vers un programme d'assurance au sens entendu dans le secteur privé. Nous croyons plutôt que le régime général d'assurance s'inscrit dans l'offre globale des soins de santé du gouvernement québécois à ses citoyens et citoyennes. Pour assurer la pérennité du programme, il faut relever le défi de la hausse constante des coûts des médicaments. Il est à l'avantage de la société de maintenir l'accès le plus large et sans entraves aux médicaments nécessaires pour garder la population en santé. La hausse prévisible des coûts des médicaments ne doit pas remettre en question ce constat.

Le gouvernement doit trouver une solution permanente pour le financement du régime en collaboration avec les partenaires sociaux. Toutefois, il ne faut pas improviser des scénarios de financement. Aux sept scénarios déjà sur la table, nous pourrions assurément en ajouter quelques-uns en retenant les deux critères suivants : un accès facilité aux médicaments et un financement par des mesures fiscales progressives. Si les revenus gouvernementaux ne progressent pas au même rythme que les hausses des médicaments, il en va de même pour le revenu des Québécois et des Québécoises. Mais contrairement au gouvernement, ces derniers n'ont pas de leviers législatifs et fiscaux pour répondre à la hausse des coûts des médicaments.

Pour ce qui est des scénarios 5 et 7 du document sur les pistes de révision, il nous apparaît tout aussi prématuré d'éliminer l'apport des assureurs privés dans le régime général d'assurance-médicaments que de leur confier l'assurance des adhérents au régime public. Nous ne voulons pas d'une nouvelle improvisation qui mettrait en danger les acquis du régime. Les plus démunis ont déjà goûté à cette médecine.

Pour la FTQ, une réflexion sur le financement du régime s'inscrit plutôt dans une analyse globale de la structure du régime général d'assurance-médicaments. De plus, tant qu'une politique du médicament n'aura pas été mise en place par le nouvel organisme, le CCM, aucun effort coordonné de contrôle des coûts n'existe vraiment.

Nous recommandons donc la mise en place d'un groupe de travail qui aura pour tâche de réviser le fonctionnement, la définition (design) et le financement du régime d'assurance-médicaments.

Cette redéfinition du régime devra se faire :

- ***Avec comme prémisse que le régime d'assurance-médicaments fait partie intégrante de l'offre publique de soins de santé ;***
- ***En visant la plus grande accessibilité possible aux médicaments pour les Québécois et les Québécoises;***
- ***En pesant bien l'impact que tout changement du design du régime pourrait avoir sur la population et sur les assureurs privés du Québec ;***
- ***En s'assurant que la nouvelle formule utilisée pour le financement du régime sera progressive et permanente.***

Ce groupe de travail devrait automatiquement inclure des représentants de la population.

Conclusion

Comme nous l'avons indiqué dans notre préambule, l'accès à des médicaments est un enjeu important pour la santé de nos membres comme pour celle de la population en général. Nous souhaiterions le maintien d'un régime mixte d'assurance-médicaments. De façon générale, nos membres sont satisfaits des régimes collectifs négociés, et l'abandon du régime pourrait avoir un impact considérable pour les assureurs québécois. Cependant, nos commentaires sur le régime général d'assurance-médicaments visent à assurer le meilleur accès possible aux médicaments pour la population, que ce soit dans le cadre du régime public ou d'un régime privé. Le financement du régime général constitue pour la FTQ une préoccupation majeure à laquelle une solution doit être trouvée. Nous croyons cependant que la santé des citoyens et des citoyennes est l'objectif premier et qu'il faut prendre le temps de faire une analyse globale de la structure du régime. Il ne faudrait surtout pas encore une fois improviser.

RB/fv
sepb-57
2000 02 18
Assurance-médicaments.doc