

Le régime québécois de l'assurance-médicaments : La nécessité d'un régime public universel.

Présentation pour la Fédération des Travailleurs du Québec.
Montréal 2013

Par Marc-André Gagnon*, PhD

Professeur adjoint, School of Public Policy and Administration (Carleton University)
Chercheur pour le Consortium de recherches en politiques pharmaceutiques
ma_gagnon@carleton.ca

*Recherches en cours financées par Faculty of Public Affairs (Carleton University) et par les Instituts de recherche en santé du Canada.

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

- 1-Accès aux médicaments.
- 2-Équité du régime.
- 3-Soutenabilité financière (Politiques
d'innovation et inefficacité des régimes privés)
- 4-Réformes nécessaires

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

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

2. Équité du régime hybride

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

2. Quelle équité des régimes privés?

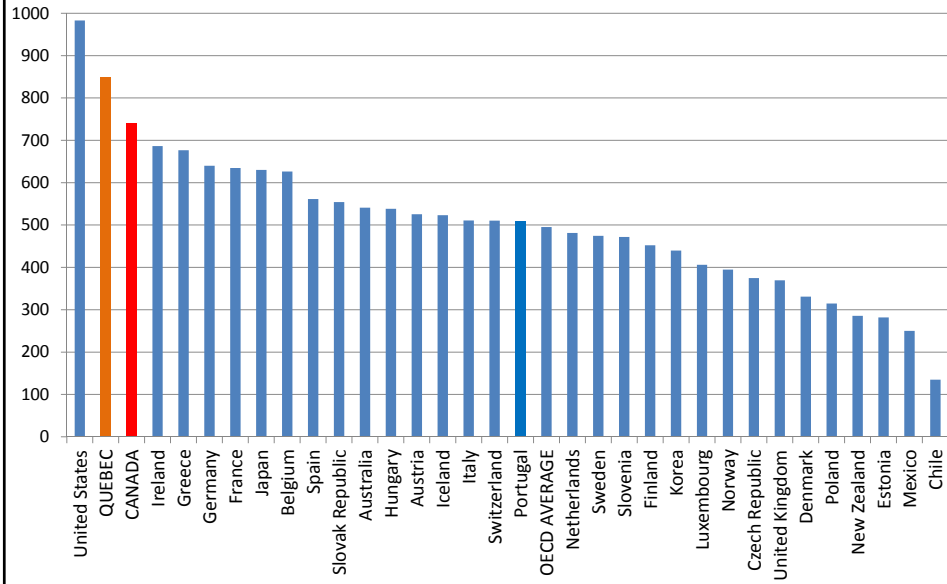
- Étudiante temps plein (en santé, mariée, un enfant), travaille 2 week-ends par mois comme préposée aux bénéficiaires:
 - salaire mensuel net: 514\$
 - prime mensuelle OBLIGATOIRE pour médicaments: 190.38\$
- Société des auteurs de radio, télévision et cinéma (SARTEC): pour accéder aux rares bénéfices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

3. Incapacité de contenir les coûts (CIHI 2011)

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

Dépenses totales per capita en médicaments prescrits (ou dernière année disponible)

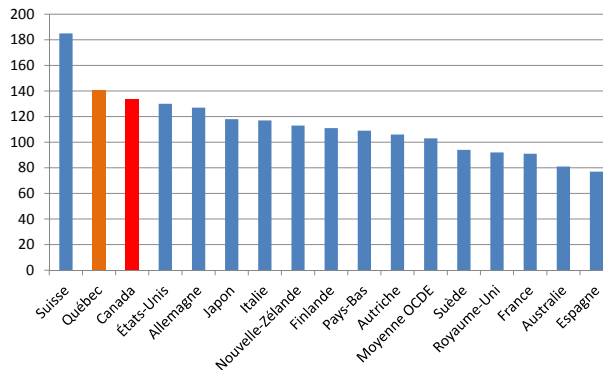
US\$ PPP. Source: CIHI, OECD Health data 2012



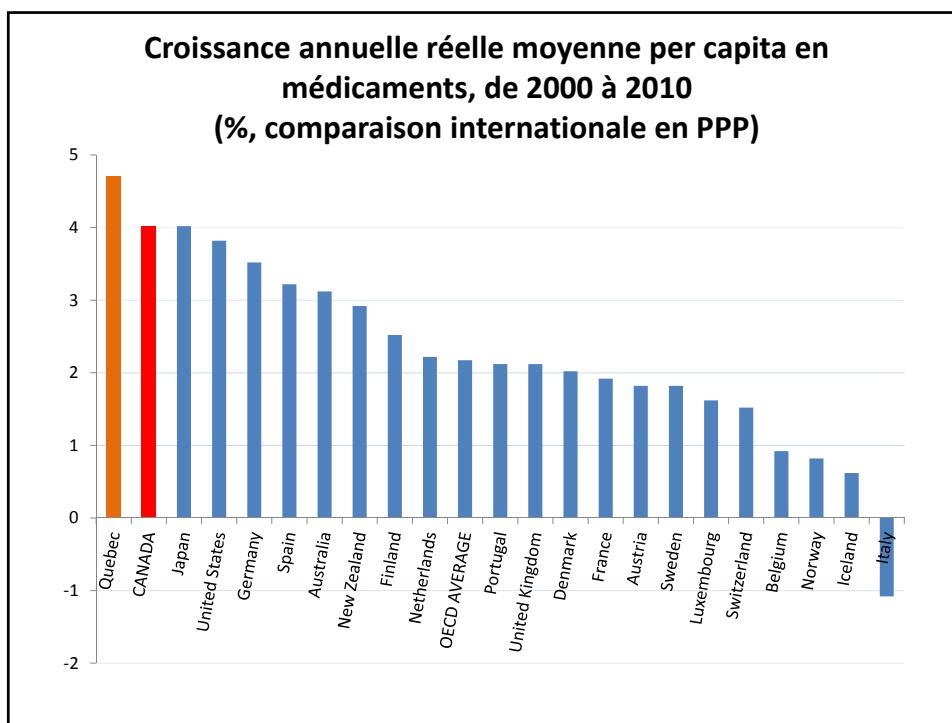
Prix de détail relatifs pour un même volume de produits pharmaceutiques dans les pays de l'OCDE et le Québec, 2005

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

Prix de détail = Prix du manufacturier + profit du grossiste + profit de la pharmacie + frais d'ordonnance + taxes
Source : OCDE 2008 - Eurostat OECD PPP Program, 2007, Rx Atlas 2008



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



L'assurance privée est inefficace

- **Frais d'administration élevés:** 8% pour assureurs privés, 2% pour la RAMQ.
- **Pas de réel incitatif à réduire les coûts:** La plupart des régimes privés offerts par les employeurs sont gérés à l'externe par des compagnies d'assurance qui sont rémunérées en pourcentage des dépenses. Les compagnies d'assurances n'ont aucun incitatif financier à réduire les coûts et les dépenses, au contraire (Silversides 2009). Le secteur de l'assurance reste aussi fortement oligopolistique.
- **Incapacité de marchander des meilleurs prix:**
 - Frais d'ordonnance et marges des pharmacies beaucoup plus élevées (~18\$ plutôt que 8.44\$), seule réglementation est le remboursement obligatoire des frais d'ordonnance même si jugé excessif (pelletage de coûts du régime public vers privé).
 - Pas de pouvoir de marchandage (ni au privé, ni au public étant donné l'impassé pour obtenir des PLAs comme dans les autres provinces).
- **Pas de discrimination des nouveaux médicaments sans bénéfice thérapeutique:** Les assureurs privés ne recourent pas à des programmes d'évaluation de médicaments afin d'assurer que les médicaments remboursés sont efficaces par rapport à leur coût. Entretien des habitudes de prescription fondée sur la promotion plutôt que sur les preuves médicales.

Régimes privés d'assurance-médicaments au Canada; Pas de réelle adaptation

- 36% des régimes 100% de la co-assurance
- 95% des régimes Pas d'obligation de recourir aux génériques
- 75% des régimes Pas de plafond aux frais d'ordonnance
- 95% des régimes Formulaire ouvert (médicaments prescrits)
- 66% des régimes Les employés ne contribuent pas aux primes
- 99% des régimes Pas de maximum à vie (remboursement illimité)

Source: Mercer Plan Design Database, Avril 2012

11

GASPILLAGE!

Selon **Express Scripts Canada, 2011 Drug Trend Report**, on peut définir comme étant du gaspillage, une dépense inutile qui ne contribue en rien à augmenter à améliorer les résultats en santé.

Les régimes privés d'assurance-médicaments canadiens ont gaspillé \$5.3 milliards en 2011 (ESI 2012), sur un total de dépenses de \$10.2 milliards (ICIS 2012) (soit 52%).

DRUG MIX WASTE

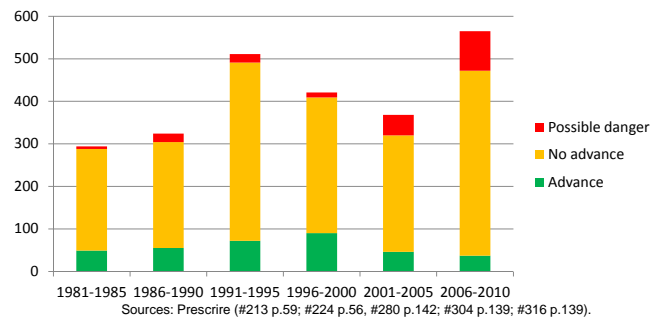
Drug-mix waste is created by using higher-cost medications that generate no additional health benefits. For 2011, Express Scripts Canada research estimates the cost of drug-mix waste in the private-sector drug spend to be \$4.2 billion.

CHANNEL WASTE

Channel waste is created by using suboptimal dispensing intervals for maintenance medications and by not using more cost-effective distribution channels. For 2011, Express Scripts Canada estimates channel waste for the private-sector drug spend to be \$1.1 billion.

Améliorer les pratiques médicales

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



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

Croissance annuelle moyenne prospective des primes pour les médicaments des régimes privés (N'importe quoi!)

Results by benefit

Four insurers provided trend factors for each of the health components separately versus using one trend factor for all components of health care. These results show the factors, broken down by component for those insurers who provided the breakdown.

Coverage	Average annual total trend figure
Prescription drugs	
2008	13.97%
2009	15.57%
2010	15.83%
2011	14.20%
2012	12.11%

Des politiques d'innovation inefficaces

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

Des politiques d'innovation inefficaces

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

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

Source: Gagnon 2012

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

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

Dépenses actuelles en médicaments prescrits	\$ 6 847 M
Répartition des coûts/bénéfices en médicaments prescrits	
Hausse des dépenses par hausse de consommation	+10% des dépenses actuelles
Baisse des dépenses par baisse des frais d'ordonnance	-2% des dépenses actuelles
Baisse des dépenses par évaluation des médicaments	-9.1% des dépenses actuelles
Élimination des franchises mensuelles au Québec	- \$ 144 M
Élimination du régime des ristournes pour les génériques	- \$ 354 M
Total des économies en médicaments prescrits	- \$ 568 M
Total des dépenses en médicaments prescrits avec un régime public universel d'assurance-médicaments	\$ 6 279 M
Impacts supplémentaires autres que pour médicaments prescrits	
Élimination des surcoûts administratifs des régimes privés	- \$ 153 M
Bilan total des économies nettes	\$ 721 M (10.5%)

Source: Adapté de Marc-André Gagnon, Argumentaire pour un régime public universel d'assurance-médicaments. CCPA, 2010. Disponible à Pharmacarenow.ca

Régime public universel d'assurance-médicaments avec abrogation des politiques industrielles en matière de coût (implantation du modèle néo-zélandais)

Dépenses actuelles en médicaments prescrits	\$ 6 847 M
Répartition des coûts/bénéfices en médicaments prescrits	
Économies par achats compétitifs	- \$2 754 M
Hausse des dépenses par hausse de consommation	+10% des dépenses
Baisse des dépenses par baisse des frais d'ordonnance	-2% des dépenses
Élimination des franchises mensuelles au Québec	- \$
Élimination de la règle de 15 ans au Québec	- \$
Total des économies en médicaments prescrits	- \$ 2 692 M
Total des dépenses en médicaments prescrits avec un régime public universel d'assurance-médicaments	\$ 4 155 M
Impacts supplémentaires autres que pour médicaments prescrits	
Élimination des surcoûts administratifs des régimes privés	- \$ 153 M
Bilan total des économies nettes	\$ 2845 M (41.6%)

Source: Adapté de Marc-André Gagnon, Argumentaire pour un régime public universel d'assurance-médicaments. CCPA, 2010. Disponible à Pharmacarenow.ca

État de la situation:

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

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

4. Des réformes nécessaires

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

Quel rôle pour les syndicats?

-La principale raison de l'inefficacité des régimes privés vient des membres syndiqués qui considèrent qu'une bonne couverture d'assurance-médicaments doit tout couvrir quel que soit le prix. Toute tentative de réduire les coûts en discriminant les médicaments inutiles ou inutilement coûteux perçue comme des manoeuvres patronales.

-Sensibiliser les membres sur l'inefficacité et le gaspillage que représentent les régimes privés d'assurance-médicaments. Plus pertinent de concentrer les efforts sur d'autres dimensions de la convention collective. Un régime public universel pourra mieux se doter des capacités institutionnelles nécessaires pour obtenir un meilleur accès aux médicaments et à meilleur prix.

Quel rôle pour les syndicats?

-Un régime public universel serait payé par des primes prélevées sur les salaires, mais ces primes seraient moindres que celles actuelles (575\$ au lieu de 761\$+ en moyenne). Pas une hausse de taxe, mais une augmentation du revenu disponible du travailleur.

-Ne pas réclamer d'assurance-complémentaires, choix individuel. Les syndicats pourraient négocier avec l'employeur que celui-ci défraie les primes, au moins en partie.

-Rôle de garde-fou pour permettre transition en douceur: Ne pas laisser l'État tout transformer le système sans égard aux avantages actuels des membres (exiger flexibilité de manière éclairée pour préserver l'accès aux médicaments actuellement offerts même si coûts-bénéfices parfois désavantageux)

“Quelqu’un doit faire quelque chose,
et c’est vraiment pitoyable qu’il faille
que ce soit nous.”
-Jerry Garcia

Canadian Health Coalition Coalition canadienne de la santé Carleton UNIVERSITY School of Public Policy and Administration

**Rethinking Drug Coverage:
Time For Universal Pharmacare?**

**Repenser la couverture
des médicaments :**
est-il temps d'avoir un
régime universel d'assurance
médicaments?

le 24-25 mai 2013 • May 24-25, 2013 • Ottawa, Ontario • National Hotel & Suites

www.pharmacare2013.ca

Bibliography

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

Bibliography

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

Bibliography

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

ANNEXES

The Patent Cliff

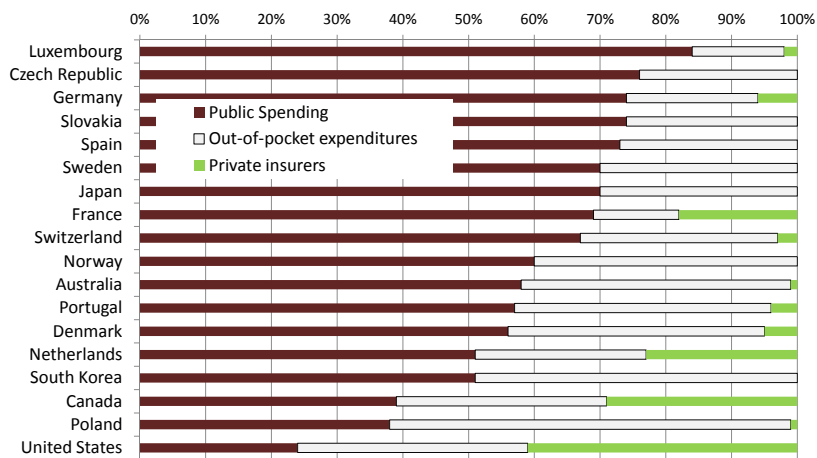
as provided by Great-West Life

	FY 2010	FY 2011	FY 2012	FY 2013	FY 2014
	Lipitor (5.1%) Actonel (0.5%) Concerta (1.0%) Proscar (0.2%) Femara (0.1%) Spiriva (0.3%) Tramacet (0.4%) Altace HCT (1.3%) Meridia (0.1%)	Diovan (0.9%) Singulair (0.8%) Atacand (0.7%) Lupron (0.2%)	Nexium (2.1%) Crestor (2.8%) Micardis (0.5%) Plavix (0.9%) Advair (1.3%) Symbicort (0.8%) Cozaar (0.5%) Oxycontin (1.1%)	Aricept (0.1%) Gleevec (0.4%) Wellbutrin (0.4%) Xeloda (0.1%) Prograf (0.3%)	Celebrex (0.9%) Ezetrol (0.8%) Ciprallex (0.8%) Viagra (0.3%) Xalatan (0.1%) Atacand Plus (0.2%)
Estimated share of private drug plan cost for listed drugs (2009)	9.0%	2.6%	10.0%	1.3%	3.1%
Approximate total # of drugs losing their patent in year shown	31	29	29	24	27
Total value (est. sales) of all drugs losing patent in year shown	\$1.7 - 2.0 billion	\$1.3 billion	\$2.3 billion	\$840 million	\$1.1 billion

Figure 8
Source: IMS Brogan PharmaFocus and IMS Brogan PharmaStat®

Predominance of Private Drug Plans in Canada; Spending on Rx drugs by source of funds, 2005

Source : OCDE 2008; PPRI 2007.



Le Modèle Kiwi (Nouvelle-Zélande)

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

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



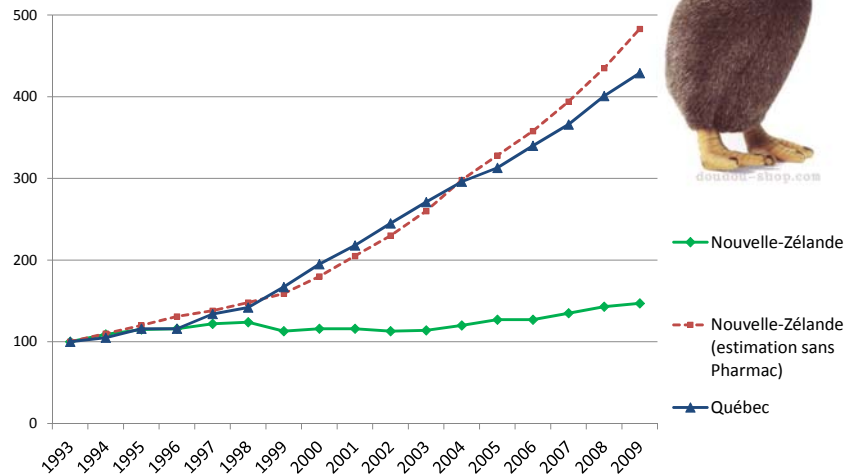
Si le Canada imitait la Nouvelle-Zélande, il pourrait économiser ainsi \$10.2 Md sur le coût de ses médicaments prescrits, soit plus de 40% des coûts totaux en médicaments. Le Québec achetant pour 27% des médicaments prescrits du Canada, cela signifie que le Québec économiserait \$2.75 Md sur les prix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

Le secret? Pharmac!

Ou comment établir un pôle d'achat efficace!

- Agence d'achat de médicaments mise en place en 1993, par un gouvernement néolibéral afin d'endiguer la hausse vertigineuse des coûts des médicaments. Coûts élevés = problèmes d'accès.
- Tout en respectant les politiques de brevet, il s'agit de recourir aux forces de la concurrence de marché pour faire baisser les coûts (et améliorer l'accès et les résultats en santé).
- Pharmac procède à l'évaluation pharmaco-économique de tous les nouveaux médicaments et n'acceptent que les produits dont le coût justifie les bénéfices thérapeutiques. Seulement si un prix raisonnable est convenu avec les firmes, le médicament est listé sur le formulaire national (Pharmaceutical Schedule)
- PHARMAC possède un budget fixe, et doit s'assurer que les frais remboursés ne dépassent pas son plafond, ce qui conduit cette agence à fortement négocier le prix des médicaments avec les manufacturiers: "a saving here will allow more money to be spent there!"

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



Faire baisser les coûts: Prix de références

- Pour chaque catégorie thérapeutique existante, Pharmac détermine le meilleur médicament en termes de rapport qualité pharmaceutique et coût. Un nouveau produit thérapeutique sera subventionné s'il n'a pas d'égal sur le marché, mais puisque la plupart des médicaments ont des équivalents (i.e. les me-too drugs), Pharmac n'accepte de rembourser que le coût du produit (thérapeutiquement équivalent) le moins cher, qui devient le produit de référence. Ce système permet de mettre les médicaments brevetés en concurrence avec les génériques de même qualité thérapeutique. (Aussi en Colombie-Britannique, mais pour moins de catégories).
- Les gens peuvent exiger des produits plus chers que les produits de référence subventionnés selon les catégories thérapeutiques, mais doivent alors déboursier 186% de la différence de prix.
- Ce système assure que tous ont accès aux produits de référence (produits de base thérapeutiquement équivalent).

Négociations croisées et ententes sur les volumes

- Négociations croisées: PHARMAC peut accepter un prix élevé pour un médicament breveté si en échange le fabricant baisse les prix de ses autres médicaments déjà sur le marché, surtout si ces médicaments servent de référence pour une catégorie thérapeutique particulière (Morgan et al. 2007).
- Ententes sur les volumes: PHARMAC accepte parfois de rembourser un prix officiellement élevé pour un nouveau produit, et obtient en échange des rabais sous la forme de plafond de dépenses (on négocie non seulement un prix mais aussi un volume de vente et si ce dernier est dépassé, le manufacturier doit s'engager à rembourser la différence). (serait aussi la nature des ententes secrètes en Ontario).

Appel d'offres pour les génériques

- La négociation pour les produits génériques se fait par appel d'offres par catégorie thérapeutique, mais ce sont normalement les fabricants du produit original qui proposent le meilleur prix grâce à une version générique de leur produit. La Saskatchewan avait déjà établi un tel système, et PHARMAC s'en est inspiré. La Colombie-Britannique et l'Ontario ont commencé à recourir ces dernières années au même type d'appel d'offres, mais pour de rares catégories de génériques.
- Les rabais obtenus pour les génériques peuvent aller jusqu'à 97.5% du prix du médicament breveté. Avec la nouvelle politique « ultra-progressiste » de l'Ontario pour réduire le coût des médicaments génériques, le rabais maximal ne peut atteindre que 75%.
- Puisque, comme au Canada, l'introduction de génériques nécessite souvent la contestation juridique de faux brevets, PHARMAC paie au besoin les coûts légaux si les économies de l'introduction d'un générique le justifient.



Problèmes?

- Incertitude de remboursement pour les compagnies (qui se plaignent d'un manque de transparence).
- « Switching » plus fréquent.
- Ex-post, on réalise parfois que certaines décisions étaient mauvaises (traitement n'était pas optimal; ou thérapeutiquement équivalent); Mais toujours possibilité de corriger alors la situation, et les inconvénients restent de loin inférieurs à ceux d'un système qui accepte l'introduction massive de nouveaux médicaments coûteux aux effets thérapeutiques douteux et aux effets secondaires plus importants que prévus (Vioxx, Avandia, etc.).
- Compagnies pharmaceutiques boudent la Nouvelle-Zélande (mais industrie biotechnologique en plein essor).

S'inspirer des kiwis



- Par la mise en place de PHARMAC, la Nouvelle-Zélande a réussi à réduire et contenir drastiquement les coûts des médicaments, tout en procurant un meilleur accès aux médicaments (réduction des quote-parts), et en améliorant les résultats en termes de santé.
- En imitant la Nouvelle-Zélande, le Québec pourrait économiser environ 40% de ses coûts en médicaments prescrits, soit \$2.75 md.
- Les problèmes potentiels peuvent être amenuisés considérablement:
 - Établir des clauses de plus grande flexibilité pour réduire le "switching" et préserver davantage les choix thérapeutiques par les médecins.
 - Recourir à des clauses de flexibilité sur l'achat de génériques pour amenuiser les pénuries.
 - Investir dans la recherche publique pour compenser pertes potentielles d'investissements en R&D.