



L'ICA est l'organisme national de la profession actuarielle au Canada. L'ICA est voué au service de la population en veillant à ce que ses membres prodiguent des services et conseils actuariels de la plus haute qualité. À cette fin, l'ICA favorise l'avancement de la science actuarielle, parraine des programmes de formation et de qualification de ses membres et de candidats éventuels et veille à ce que les services actuariels fournis par ses membres répondent aux normes professionnelles reconnues.

L'Institut est un organisme professionnel non partisan. Il peut ainsi contribuer au développement de politiques publiques par la présentation d'analyses actuarielles claires et objectives. L'Institut est souvent appelé à témoigner pour les gouvernements fédéral et provinciaux, fournir de l'information aux élus, soumettre des commentaires sur les règlements proposés et travailler en étroite collaboration avec des fonctionnaires sur des dossiers relatifs aux divers régimes de prévoyance collective des Canadiens.

L'Institut veille aussi à l'établissement et au maintien de normes de conduite, de qualification et de pratique actuarielle, ainsi qu'au respect du code de déontologie institué pour les actuaire pratiquant au Canada.

La Commission de pratique sur les soins de santé se compose des personnes suivantes : Claude Ferguson (président), Réjean Besner, Isabelle Bouchard, Robert L. Brown, Tim Clarke, Tom Gillett, Robert Grignon, W. Robert Hinrichs, Georges Langis, Shannon Patershuk et Murray Turner.

INSTITUT CANADIEN DES ACTUAIRE

800-150, rue Metcalfe
Ottawa ON K2P 1P1 Canada
Téléphone : (613) 236-8196
Télec. : (613) 233-4552
Courriel : secretariat@actuaire.ca
www.actuaire.ca

A. David Pelletier, président de l'ICA
(416) 682-0011
Robert L. Brown
Ancien président de l'ICA et
porte-parole principal en matière de santé
(519) 888-4567, poste 5503

Claude Ferguson
Président de la Commission de pratique
sur les soins de santé
(514) 862-1902

Rick Neugebauer, directeur général
(613) 236-8196, poste 108

Document 202061

PERSPECTIVES DE L'ICA

Régime national d'assurance-médicaments

Bon nombre d'organisations ont proposé l'instauration d'un régime national d'assurance-médicaments pour régler le problème que pose l'escalade du coût des médicaments sur ordonnance au Canada. En raison de l'importance du traitement pharmacologique dans le contexte actuel des soins de santé, l'on pourrait soutenir que les gouvernements doivent fournir à tous les citoyens au moins une certaine forme d'assurance-médicaments minimale de sorte qu'aucun Canadien n'éprouve de difficultés financières excessives. Le régime national permettrait-il de résoudre les quatre principales préoccupations suivantes?

- Une protection insuffisante en matière d'assurance-médicaments.
- L'inflation galopante du coût des médicaments.
- L'équilibre entre les priorités en matière de soins de santé, les coûts et les bénéficiaires.
- La viabilité à long terme des politiques publiques en matière d'assurance-médicaments.

Protection insuffisante en matière d'assurance-médicaments

Les divers régimes d'assurance-médicaments des secteurs privé et public comportent d'importantes différences au chapitre des médicaments assurés. Les employeurs qui versent des prestations d'assurance collective pour attirer des employés et les maintenir en poste offrent habituellement des taux élevés de couverture d'assurance-médicaments. Les personnes âgées peuvent avoir accès à des prestations de retraite provenant d'un emploi actif et de programmes à financement public, mais il existe également des écarts entre les divers programmes provinciaux. Bien que la plupart des Canadiens bénéficient d'une certaine forme d'assurance, le régime n'est pas universel. Dans le cas des Canadiens qui n'ont pas accès à une assurance globale, l'accès aux médicaments est limité en vertu du coût et du statut socio-économique, plutôt qu'en fonction des besoins.

La tendance observée au cours de la dernière décennie, c'est-à-dire les congés accordés plus rapidement dans les hôpitaux, a aggravé le problème de l'assurance. Les médicaments administrés sous ordonnance au cours d'un séjour à l'hôpital sont pris en charge par le régime public d'assurance-maladie. Lorsque le bénéficiaire quitte l'hôpital, il doit assumer les frais de ses médicaments. En accordant plus rapidement les congés de l'hôpital, l'on présume que les coûts associés au régime de soins de santé diminuent; cependant, en raison du fractionnement du financement, il en découle un transfert de coûts vers le secteur privé et les bénéficiaires. Par conséquent, les frais assumés par le particulier pour les médicaments d'ordonnance sont fonction de la province de résidence, de l'âge, du type d'hospitalisation et du régime privé disponible. L'objectif de

réduction des dépenses globales est louable, mais le transfert de coûts plus importants aux particuliers est-il conforme aux dispositions de la *Loi canadienne sur la santé*?

Protection adéquate ne signifie pas protection à 100 %. Dans le marché des régimes d'assurance privés, il est reconnu que les coûts unitaires et le taux d'utilisation augmentent lorsque les participants sont protégés en vertu d'un régime de soins médicaux et dentaires sans incitatif financier engendré par des franchises et la coassurance, ou même des plafonds. Dans le cas du régime d'assurance-maladie, les fonctions de partage des coûts sont pratiquement inexistantes. Par conséquent, les coûts augmentent plus rapidement qu'ils ne le feraient si le fonctionnement du régime d'assurance-maladie reposait sur de sains principes d'assurance. Ainsi, une protection à 100 % pour tous les Canadiens, selon des modalités qui diffèrent de la norme dans le cadre de régimes d'assurance privés, serait jugée irresponsable au plan financier. En fait, dans la plupart des provinces, les programmes actuels d'assurance-médicaments pour les personnes âgées prévoient déjà l'application de tickets modérateurs.

La majorité des Canadiens peuvent facilement prévoir plusieurs frais de médicaments dans leurs budgets. Ainsi, la démarche la plus conforme aux principes d'assurance réside dans un régime d'assurance-médicaments catastrophique (les régimes qui s'appliquent au niveau de frais de médicaments les plus inhabituellement élevés et peu non prévisibles). Un régime d'assurance-médicaments catastrophique offrant une protection complète pour les frais admissibles au-delà d'un certain seuil, disons 1 000 à 1 500 \$ par année, est conforme aux principes d'assurance et correspond à la philosophie de la *Loi canadienne sur la santé*, à savoir qu'aucun Canadien ou Canadienne ne devrait éprouver de difficultés financières excessives imputables à des factures de soins de santé. Pour qu'un régime couvre les frais de médicaments à un seuil moins élevé, il faudrait recourir aux techniques employées dans le cadre des régimes d'assurance privés. Ces techniques comprennent l'application de franchises et la coassurance, des plafonds ou des dispositions complexes, notamment des comptes d'épargne-santé. Les médicaments admissibles seraient indiqués sur un formulaire national établi d'après une analyse coûts-bénéfices. Le régime du secteur public dégage une riche expérience à ce titre. Le Québec a instauré une norme provinciale de protection obligatoire administrée selon un modèle coopératif public-privé. Les frais assumés par l'assuré sont plafonnés à 750 \$. Le programme Trillium de l'Ontario est un régime catastrophique, en vertu duquel la franchise familiale annuelle s'élève à environ 4 % du revenu familial (moins de 4 % si le revenu annuel est inférieur à 20 000 \$) – quoiqu'il s'agisse d'un programme de dernier recours offert uniquement aux particuliers aux prises avec des demandes de remboursement de frais de médicaments catastrophiques non assurés. La franchise est couverte uniquement au moyen de frais directs qui ne sont pas remboursables par un autre régime, y compris l'assurance privée. Par conséquent, cette franchise ne peut être majorée de prestations d'un régime privé, puisque le critère applicable aux franchises n'est jamais satisfait. Il n'existe que deux exemples de modèles de protection catastrophique. Les possibilités sont infinies et exigent une planification rigoureuse en vue d'établir des objectifs et des critères de conception durables.

Inflation galopante du coût des médicaments

Les médicaments représentent manifestement un facteur important de l'augmentation du coût des soins de santé. Entre 1985 et 1998, la croissance en pourcentage des dépenses relatives aux médicaments a représenté plus du double de celle des dépenses globales de santé. Non seulement les médicaments constituent-ils un facteur important de l'augmentation du coût des soins de santé, mais la demande publique accrue en faveur d'une protection élargie au titre du régime public d'assurance-maladie vise les médicaments sur ordonnance et les soins à domicile. Le transfert de coûts des produits pharmaceutiques du bénéficiaire au gouvernement en vertu d'un programme national d'assurance-médicaments ne permettra pas en soi de contrôler l'inflation galopante des coûts des

médicaments et pourrait même entraîner une augmentation des coûts à défaut d'une évaluation actuarielle scientifique des conséquences à long terme de la conception du régime proposé.

Contrairement à la croyance largement répandue, le vieillissement de la population ne constitue à l'heure actuelle pas la principale cause de l'augmentation des coûts des soins de santé au Canada; il n'est qu'un facteur parmi d'autres.¹ Les coûts dépendent en grande partie de la mise au point de nouveaux médicaments à prix plus élevé, de nouvelles technologies, de nouvelles procédures diagnostiques et de nouvelles thérapies, de même que des attentes de plus en plus grandes de la part des Canadiens qui en sont venus à envisager une vaste gamme de soins de santé comme étant « gratuits ». Abstraction faite de l'augmentation des coûts associés au lancement de nouveaux médicaments, la plupart des autres coûts des soins de santé se rapportent aux salaires des fournisseurs de soins de santé. L'Institut canadien d'information sur la santé² a récemment déclaré que les dépenses totales relatives aux médicaments, soit 15 milliards de dollars (16 % du total), dépassent le coût relié aux honoraires des médecins, qui s'élèvent à 13 milliards de dollars (14 % du coût total).

Bon nombre de nouveaux médicaments et de nouvelles technologies sont lancés sans que le régime de soins de santé ne les soumette à une analyse coûts-bénéfices rigoureuse, parce que bien des d'innovations visent à accroître le confort du bénéficiaire et à réduire l'administration de médicaments. Selon le rapport 2000 du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, le prix des médicaments a augmenté trois fois plus rapidement que le taux d'inflation annuel et deux fois plus vite que le taux de croissance d'autres volets des soins de santé au cours de la dernière décennie. Ce rapport révèle également que parmi les 81 nouveaux médicaments brevetés en 2000, 36 représentaient tout simplement un élargissement de la gamme de produits offerts et 42 constituaient de nouvelles formes de médicaments déjà sur le marché. Seulement trois médicaments présentaient une amélioration considérable au plan de la médication. Avant qu'un nouvel usage d'un médicament ne soit approuvé, une analyse coûts-bénéfices doit être effectuée.

Il n'est donc pas étonnant que le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie ait constaté que les médicaments d'ordonnance constituent le volet du coût des soins de santé dont l'augmentation est la plus rapide et qu'il ait proposé trois options en vue de réduire le coût des ordonnances : 1) un formulaire national sur les médicaments; 2) le recours obligatoire aux médicaments thérapeutiques efficaces les moins coûteux (substitution thérapeutique); 3) le maintien de l'interdiction actuelle de la publicité au sujet des médicaments d'ordonnance.³

Le Comité sénatorial a fait remarquer qu'un formulaire national permettrait de créer un seul organisme national d'achat doté d'un énorme pouvoir d'achat et de la capacité d'obtenir les meilleurs prix possibles sur le marché. Si ce formulaire était mis au point, l'analyse coûts-bénéfices signifierait que les nouveaux médicaments sans avantage thérapeutique prouvé n'y figureraient pas. La structure de ce formulaire serait semblable à celle du formulaire utilisé en Colombie-Britannique.

¹ Mémoire de l'Institut Canadien des Actuaire destiné à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, janvier 2002.

² Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 – 2001*, décembre 2001.

³ Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral – Volume quatre – Questions et opinions*, pages 70 à 74.

Un autre facteur a pour effet de majorer le coût des médicaments : la publicité sur les médicaments d'ordonnance s'adressant directement aux consommateurs. Le rapport sénatorial mentionne ce qui suit :

Aux États-Unis, où elle [la publicité s'adressant directement aux consommateurs] est permise (l'industrie dépense des centaines de millions de dollars chaque année en publicité), des études démontrent que les médecins, particulièrement les médecins de famille, rédigent une très forte proportion d'ordonnances pour lesquelles le patient demande tel ou tel médicament parce qu'il a vu la publicité. Ce n'est guère surprenant puisque le but même des annonces publicitaires est de faire croître la demande.

Un régime national d'assurance-médicaments ne permettrait pas de s'attaquer aux causes profondes de l'inflation galopante du coût des médicaments, mais un régime bien conçu, jumelé à la gestion de l'offre, pourrait constituer une percée importante. L'adoption d'un modèle visant à mettre à l'essai les recommandations, notamment celles proposant un formulaire national, permettrait de fournir aux décideurs l'orientation dont ils ont besoin.

L'équilibre entre les priorités en matière de soins de santé, les coûts et les bénéficiés

L'un des principaux problèmes relativement au régime d'assurance-maladie réside dans la façon de contrôler les coûts tout en maintenant le même accès, le même niveau de service et la même qualité de soins. L'objectif initial du régime public d'assurance-maladie – services médicaux nécessaires prodigués par des médecins et des hôpitaux – était sensé au cours des années 50 et 60, alors que ces fournisseurs intervenaient pour près de 70 % des coûts de soins de santé. De nos jours, moins de 45 % des dépenses totales en soins de santé sont attribuables aux services offerts par des hôpitaux et des médecins. Manifestement, les priorités en matière de soins de santé ont changé, y compris en ce qui concerne la médication par ordonnance.

Pour prendre de bonnes décisions au sujet de la gestion du régime d'assurance-maladie, il est essentiel d'avoir à notre disposition un modèle de travail réel sur l'ensemble du système de soins de santé. Nous devons quantifier et analyser les liens entre le volet financier et la prestation de services dans le contexte économique actuel avant de procéder à l'allocation des ressources financières et humaines. Lorsqu'ils commentent ou analysent le coût des soins de santé, la majorité des observateurs traitent des services et produits médicaux dont le coût direct est calculable. Ils ne tiennent habituellement pas compte des coûts indirects : les congés de maladie et l'invalidité, les soins à domicile fournis par les membres de la famille, les décès prématurés, la prévention, les régimes de santé et de bien-être en milieu de travail, et les campagnes de sensibilisation préconisant des habitudes de vie saines, des programmes d'exercice physique adéquats et un régime alimentaire approprié. D'autres priorités en soins de santé comprennent les services qui influent sur les coûts directs et indirects du maintien de la santé.

Si nous disposions d'un modèle intégré, nous pourrions répondre à bon nombre de questions importantes : De quelle manière les réformes proposées, notamment le Programme national d'assurance-médicaments, influenceront-elles sur divers segments interreliés de notre société? Dans quelle mesure ces réformes influenceront-elles sur la nécessité de médicaments d'ordonnance, sur le nombre de visites en salle d'urgence, sur le nombre de consultations auprès de spécialistes, sur le nombre d'hospitalisés et sur la durée moyenne du séjour de ces patients?

La viabilité à long terme des politiques publiques en assurance-médicaments

Les décisions prises aujourd'hui par les décideurs au sujet de la conception d'un programme national pourraient avoir des conséquences financières imprévues à long terme. Dans le cadre de l'élaboration d'un programme national d'assurance-médicaments, certains enjeux ont été précisés, la plupart d'après les leçons tirées des régimes de santé privés et publics.⁴ Quelques-uns de ces enjeux sont énoncés ci-après :

- Un régime public doit-il être conçu pour concurrencer un régime privé?
- Le régime doit-il être financé par l'État ou devrait-on fixer un seuil de protection en vertu de régimes privés ou encore ne protéger que les particuliers non assurés en vertu du régime public (à l'instar du modèle québécois)?
- Le programme doit-il être administré par un seul intermédiaire financier à l'échelle nationale ou par un intermédiaire financier dans des régions précises, ou conviendrait-il d'implanter des régimes concurrentiels d'assurance-médicaments qui offriraient des prestations?
- Un régime public doit-il prévoir un seuil qui pourrait être majoré d'une protection privée? Ne devrait-il viser que les sinistres catastrophiques (à l'instar du modèle en place en Colombie-Britannique, en Saskatchewan et au Manitoba)?
- Quelles caractéristiques peuvent être intégrées au régime public proposé de façon à inciter tous les intervenants à un usage prudent des ressources publiques?

La structure des prestations à fournir comporte un certain nombre d'enjeux complexes, notamment la liste des médicaments assurés, la forme et la portée du partage des coûts avec le bénéficiaire, le plafond des prestations et l'incitation des bénéficiaires à utiliser les prestations de façon efficiente.

Les coûts liés aux prestations attribuables aux médicaments d'ordonnance sont gérés de diverses façons, notamment au moyen de formulaires, de substitution de médicaments génériques, de commandes par la poste et de la consommation de médicaments. Si nous instaurons un régime national d'assurance-médicaments au Canada, ces outils devront y être intégrés pour contrôler les coûts du programme pour les années à venir.

Ces questions doivent être examinées avant de proposer des réformes. Pour ce faire, on doit avoir en main un modèle global et intégré qui puisse permettre de définir et de quantifier les liens entre les divers éléments des programmes public et privé. On doit également quantifier les objectifs visés par les réformes envisagées (au plan financier, de la qualité, de la satisfaction) pour faire en sorte que les variables convenables soient mesurées et conservées. Une analyse semblable doit être appliquée au lancement de nouveaux médicaments, de nouvelles procédures, de nouveaux instruments techniques et de nouveaux protocoles.

Mais il faut toutefois noter qu'il existe actuellement peu de modèles du genre au Canada et l'on ne sait trop s'ils permettent d'exécuter tous les travaux d'analyse requis. Compte tenu de la nécessité de faire progresser sans tarder la réforme de l'assurance-maladie, l'on devra peut-être se contenter d'un modèle simplifié jusqu'à ce qu'un modèle détaillé, comprenant tous les modules nécessaires, soit mis au point. Une analyse actuarielle pourrait faciliter ce processus grâce à une analyse coûts-bénéfices des procédures de rechange. L'ICA recommande de mettre sur pied un Bureau de l'actuaire de l'assurance-maladie qui sera chargé de préparer des études impartiales et d'ordonner la création de modèles pour évaluer les diverses options de conception et leurs coûts respectifs à long terme.

⁴ American Academy of Actuaries : Medicare Reform : Providing Prescription Drug Coverage to Medical Benefit, monographie sur la politique publique, juillet 2000.

Conclusion

Un régime national d'assurance-médicaments englobant les frais catastrophiques de médicaments d'ordonnance constitue une priorité de plus en plus pressante pour les Canadiens et serait conforme aux principes de la *Loi canadienne sur la santé*. La gestion du régime de soins de santé et le financement adéquat et stable nous obligeront d'abord à décider des soins assurés en vertu du régime public d'assurance-maladie. Des experts compétents doivent participer au projet pour déterminer la structure pertinente en vue d'assurer un juste équilibre entre les besoins et les ressources en santé. Une analyse coûts-bénéfices doit être effectuée pour préciser les répercussions globales de la protection publique de sorte que, directement ou indirectement, les coûts ne soient pas tout simplement refilés aux particuliers ou aux employeurs. Une fois cette étape franchie, la suivante consistera à établir des projections réalistes des coûts futurs d'application de cette protection, comme on le fait pour le Régime de pensions du Canada et le Régime de rentes du Québec. Puisque la taille de l'engagement lié au financement des soins de santé par l'État est comparable et peut-être supérieure à celle du RPC/RRQ combiné, il importe d'effectuer des évaluations actuarielles périodiques semblables pour évaluer la viabilité à long terme de notre système de soins de santé.⁵

⁵ Mémoire de l'Institut Canadien des Actuaires destiné à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, janvier 2002.