

Les pistes de révision

du régime
général
d'assurance
médicaments

a s s u r a n c e m é d i c a m e n t s

Québec 
Ministère de
la Santé et des
Services sociaux

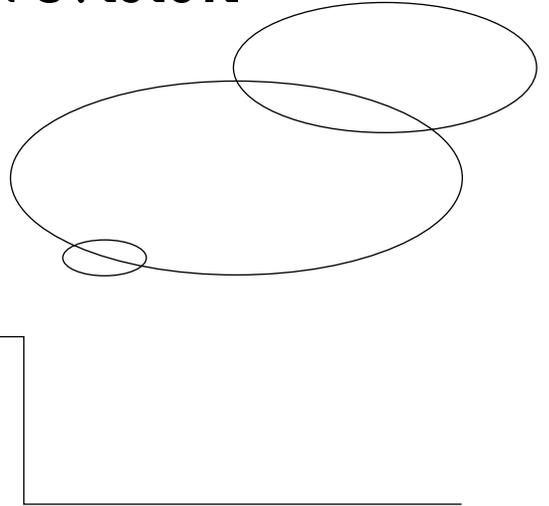
Les pistes de révision

du régime

général

d'assurance

médicaments



Québec 

Ministère de
la Santé et des
Services sociaux

Édition produite par :

Le ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications

Pour obtenir d'autres exemplaires de ce document :

faites parvenir votre commande par télécopieur, au numéro **(418) 644-4574**

Pour information additionnelle : **(418) 646-8890**

Le présent document est disponible à la section documentation du site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est : **www.msss.gouv.qc.ca**

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec, 2000

Bibliothèque nationale du Canada, 2000

ISBN 2-550-35541-5

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUE	IV
INTRODUCTION	1
1. LA MAÎTRISE DE LA CROISSANCE DES COÛTS	3
1.1. Les mesures à court terme.....	5
a) Le prix le plus bas	5
b) Le prix de référence	6
1.2. Les mesures à long terme.....	8
a) La révision des critères de décision pour l'inscription des médicaments sur la liste.....	10
b) Le renforcement des revues d'utilisation des médicaments.....	12
c) L'intégration des mandats du Conseil consultatif de pharmacologie (CCP) et du Comité de revue de l'utilisation des médicaments (CRUM).....	13
2. LES PISTES DE FINANCEMENT	15
2.1. Les sources de financement	16
a) Le Fonds consolidé	16
b) Les contributions des usagers	16
c) Les primes.....	16
2.2. Les scénarios de financement possibles	18
a) L'obligation légale d'une révision automatique de la prime	18
b) La description des scénarios	18
2.3. Une mesure complémentaire	38
3. DES ÉLÉMENTS DE SOLUTION AUX PROBLÈMES DE FONCTIONNEMENT DU RÉGIME GÉNÉRAL.....	39
CONCLUSION.....	41
ANNEXE 1 Les membres du comité d'experts sur la révision du processus de décision pour la couverture des médicaments	43
ANNEXE 2 Comparaison des dépenses de l'assuré entre le régime actuel et le régime d'assurance « catastrophe »	45
ANNEXE 3 Estimation des dépenses de médicaments prescrits au Québec 2000-2001	47
ANNEXE 4 Tableaux récapitulatifs.....	49

LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUE

Tableau 1	Répartition de la clientèle du régime public d'assurance médicaments au 31 mars 1999.....	3
Tableau 2	Coûts nets à financer pour le programme des personnes âgées et des prestataires d'assistance-emploi et équilibre financier du Fonds de l'assurance médicaments.....	15
Tableau 3	Augmentation de la prime par tranche de revenu (scénario 1) Personnes seules	20
Tableau 4	Augmentation de la prime par tranche de revenu (scénario 1) Couples sans enfant (prime familiale pour deux adultes)	21
Tableau 5	Augmentation de la prime par tranche de revenu (scénario 2) Personnes seules	24
Tableau 6	Augmentation de la prime par tranche de revenu (scénario 2) Couples sans enfant (prime familiale pour deux adultes)	24
Tableau 7	Augmentation de la prime par tranche de revenu (scénario 3) Personnes seules	27
Tableau 8	Augmentation de la prime par tranche de revenu (scénario 3) Couples sans enfant (prime familiale pour deux adultes)	27
Tableau 9	Augmentation de la prime par tranche de revenu (scénario 4) Personnes seules	29
Tableau 10	Augmentation de la prime par tranche de revenu (scénario 4) Couples sans enfant (prime familiale pour deux adultes)	30
Tableau 11	Augmentation de la prime par tranche de revenu (scénario 5) Personnes seules	33
Tableau 12	Augmentation de la prime par tranche de revenu (scénario 5) Couples sans enfant (prime familiale pour deux adultes)	33
Tableau 13	Augmentation de la prime par tranche de revenu (scénario 6) Personnes seules	35
Tableau 14	Augmentation de la prime par tranche de revenu (scénario 6) Couples sans enfant (prime familiale pour deux adultes)	36
<hr/>		
Graphique 1	Évolution des dépenses nettes du régime public d'assurance médicaments par clientèle de 1999-2000 à 2004-2005.....	4

INTRODUCTION

En décembre 1999, conformément à l'article 86 de la Loi sur l'assurance-médicaments, la ministre de la Santé et des Services sociaux déposait à l'Assemblée nationale le rapport intitulé *Évaluation du régime général d'assurance médicaments*¹. Ce rapport marquait l'aboutissement d'une démarche d'analyse et d'intégration de tous les travaux disponibles effectués par les différentes unités du gouvernement impliquées dans la gestion du régime, ainsi que des travaux plus spécialisés réalisés par des experts ou des chercheurs externes.

L'évaluation de la mise en œuvre du régime a procédé de deux types de questionnement : l'impact sur les clientèles et l'efficacité des mécanismes de régulation. Elle a permis de porter un jugement d'ensemble sur la réalisation des objectifs d'universalité, d'accessibilité et d'équité inscrits dans la loi. Plus particulièrement, l'évaluation a fait ressortir les acquis importants du régime, les zones critiques à surveiller ainsi que les risques qui peuvent le menacer à long terme.

En substance, le Régime général d'assurance médicaments constitue un acquis pour l'ensemble de la population québécoise qui dispose maintenant d'une mesure de protection sociale permettant à tous et à toutes un accès aux traitements essentiels, peu importe leur âge, leur revenu et leur état de santé. Sa mise en place a permis de faire des gains importants sur le plan de l'accessibilité et de l'équité. La cohérence et l'efficacité des politiques sociales ont été améliorées par la couverture d'assurance qui vient compléter et rendre plus efficace le fonctionnement de l'assurance maladie et de l'assurance hospitalisation. Le régime a donc globalement contribué à l'amélioration de la santé de la population et à l'amélioration du fonctionnement du système de santé. Les commentaires obtenus à l'occasion d'une consultation auprès de plusieurs organismes font d'ailleurs ressortir que l'instauration du régime est considérée comme un progrès.

1. Ministère de la Santé et des Services sociaux (1999). *Évaluation du Régime général d'assurance médicaments*, Québec, 98 p.

Par souci de simplification, on emploiera le titre abrégé « Rapport d'évaluation » dans toutes les références ou notes en bas de page à propos du document publié en décembre 1999.

Les travaux d'analyse et d'évaluation ont aussi fait ressortir des zones critiques à surveiller. Ainsi, l'augmentation rapide des coûts et la pression qu'elle exerce sur le financement se sont révélés les principaux facteurs qui menacent la viabilité du régime. Le défi consiste à ralentir la croissance des coûts tout en maintenant une accessibilité raisonnable aux médicaments. C'est pourquoi beaucoup d'efforts devront être déployés pour préserver la protection sociale mise en place tout en tenant compte de la capacité de payer individuelle et collective. Des problèmes de fonctionnement ont également été notés au moment de l'évaluation et, bien qu'ils ne présentent pas de risques déterminants pour la viabilité du régime, ils doivent néanmoins être abordés.

Le présent document fait suite au Rapport d'évaluation. Il revient essentiellement sur les zones les plus critiques et propose des pistes de révision destinées à assurer le bon fonctionnement du régime et sa viabilité à long terme. Pour une bonne compréhension du document, la lecture du Rapport d'évaluation constitue toutefois un préalable, puisqu'il décrit en détail le fonctionnement du régime et en dresse un bilan d'ensemble en abordant notamment les problèmes à corriger.

Ce document sur les pistes de révision présente d'abord les mesures à court et à long termes visant à ralentir la croissance des coûts. Il propose ensuite des pistes de financement et, enfin, aborde des éléments de solution pour résoudre les problèmes de fonctionnement du régime.

1. LA MAÎTRISE DE LA CROISSANCE DES COÛTS

Le régime public d'assurance médicaments, administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec, assure les personnes âgées de 65 ans et plus, les prestataires d'assistance-emploi et les quelque 1,5 million de personnes (adhérents) qui n'avaient pas accès à un régime collectif d'assurance. Au total, au 31 mars 1999, le régime couvrait plus de 3 millions de personnes, comme l'indique le tableau 1². Le reste de la population est assuré par le secteur privé.

Tableau 1
Répartition de la clientèle du régime public
d'assurance médicaments au 31 mars 1999

Clientèle	Nombre
Adhérents	1 531 093
Prestataires d'assistance-emploi	705 044
Personnes âgées de 65 ans et plus	850 499
Total	3 086 636
Source : <i>Rapport annuel 1998-1999</i> , Régie de l'assurance maladie du Québec.	

Pour financer les dépenses de médicaments et de services pharmaceutiques des adhérents, le gouvernement a créé le Fonds de l'assurance médicaments. Les dépenses des prestataires d'assistance-emploi et des personnes âgées, souvent regroupées sous le vocable de « programme », sont, pour leur part, financées par le Fonds consolidé³.

Au cours de la période 1997-1999, le coût brut du régime public d'assurance médicaments a augmenté de 15,2 % en moyenne⁴. Cette croissance a été observée malgré le fait que plusieurs mesures de contrôle des coûts aient été introduites depuis le début des années '90.

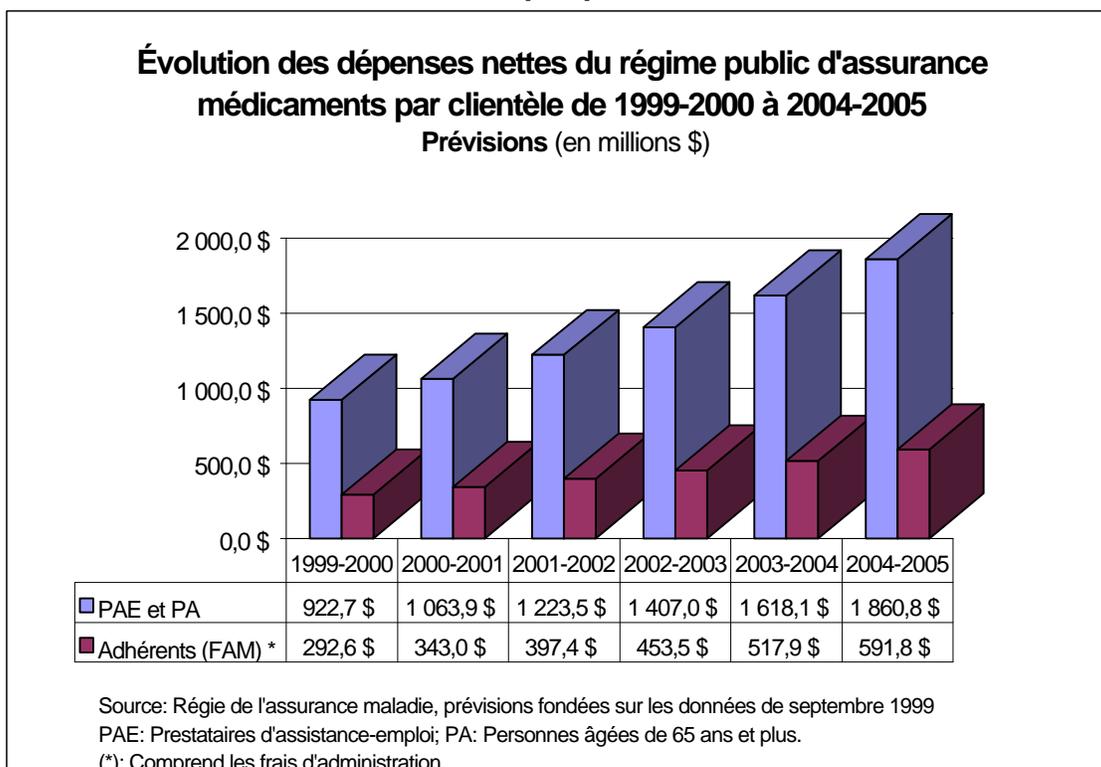
2. Tableau extrait du Rapport d'évaluation, p.11.

3. Voir le Rapport d'évaluation, p. 13.

4. Voir le Rapport d'évaluation, p. 54.

Selon la projection des dépenses illustrée au graphique 1, les dépenses nettes du régime public d'assurance médicaments auront plus que doublé en 2004-2005 pour l'ensemble des clientèles.

Graphique 1



Les revenus du gouvernement, quant à eux, ne peuvent croître au même rythme. À chaque année, les choix risquent de devenir de plus en plus ardues entre les différents programmes gouvernementaux. Cet écart entre les dépenses et les revenus pose clairement la nécessité de faire davantage pour maîtriser ou infléchir la croissance des coûts, autant dans le programme des personnes âgées et des prestataires d'assistance-emploi que dans celui des adhérents. Cette maîtrise de la croissance des coûts doit se faire, toutefois, de manière à assurer les soins exigés par la population. Le défi est donc de ralentir la croissance des coûts tout en maintenant une accessibilité raisonnable.

Les pistes de solution possibles se partagent entre celles qui auraient un effet à court terme et celles, plus structurantes, qui auraient un effet à long terme.

1.1 Les mesures à court terme

En plus des mesures déjà existantes décrites dans le Rapport d'évaluation, comme le prix de vente garanti et la politique ministérielle visant à ne pas permettre les augmentations de prix des médicaments, deux interventions supplémentaires sur le prix du médicament pourraient être réalisées à court terme : l'application intégrale du prix le plus bas et l'instauration du prix de référence.

a) Le prix le plus bas

La politique du prix le plus bas consiste, pour certains médicaments identiques produits par deux fabricants ou plus, à limiter le montant remboursé au prix de la marque commerciale la moins dispendieuse, et ce, même si tous les autres médicaments sont inscrits sur la liste.

Cependant, cette méthode de remboursement n'est pas appliquée de façon intégrale : elle concerne les médicaments inscrits sur la Liste des médicaments depuis quinze ans ou plus et produits par deux fabricants ou plus, mais pas les produits d'une marque commerciale innovatrice inscrits depuis moins de quinze ans sur la liste. Cette règle est propre au Québec, la méthode du prix le plus bas étant appliquée intégralement ailleurs au Canada.

Une première option pour réduire le coût des médicaments consisterait à appliquer intégralement la politique du prix le plus bas. Ainsi, dès qu'apparaîtrait une ou plusieurs versions génériques, le produit innovateur serait remboursé au prix du produit générique le plus bas. S'il advenait que le bénéficiaire refuse la substitution et exige de recevoir le médicament prescrit qui est plus cher, le pharmacien pourrait percevoir la différence entre le prix du produit prescrit et le prix le plus bas.

Les économies brutes qui découleraient de l'application intégrale du prix le plus bas sont estimées à environ 18 M\$ et correspondraient à une diminution du coût moyen des prescriptions. De ce montant, 11 M\$ s'appliqueraient au programme de médicaments des personnes âgées et des prestataires d'assistance-emploi et 3 M\$ au Fonds de l'assurance

médicaments qui supporte les dépenses des adhérents. La contribution des usagers au moment de l'achat diminuerait également, ceux-ci payant leurs médicaments moins chers. Cette diminution représenterait 4 M\$.

Cette mesure, facilement applicable, n'aurait pas d'impact sur la santé des personnes, ni sur l'accessibilité aux médicaments.

b) Le prix de référence

Une seconde option, la méthode du prix de référence, consisterait à pousser plus loin l'idée de la méthode du prix le plus bas où l'on compare toujours deux molécules identiques. Pour la méthode du prix de référence, le champ de comparaison est plus large et peut comprendre des molécules différentes. Ainsi, entre plusieurs médicaments d'une même sous-classe dont les effets thérapeutiques sont similaires, le régime public ne paierait que le prix du médicament dont le rapport coût-efficacité est reconnu comme étant le meilleur. Il importe de bien préciser qu'il ne s'agirait pas nécessairement du médicament inscrit le moins dispendieux, mais de celui dont l'efficacité, compte tenu des effets secondaires ou de la durée de traitement, serait démontrée comme offrant le meilleur rapport coût-efficacité. De plus, il faut prévoir que, dans les cas où une indication médicale justifie d'avoir un produit ou un médicament précis, le régime paierait le médicament prescrit, même si son coût est supérieur au prix de référence. Tout comme dans le cas du prix le plus bas, s'il advenait que le bénéficiaire refuse la substitution et exige de recevoir le médicament prescrit, le pharmacien pourrait percevoir la différence entre le prix du produit prescrit et le prix de référence.

Au Canada, seules la Colombie-Britannique et la Nouvelle-Écosse appliquent présentement une telle approche pour certaines sous-classes de médicaments (p. ex. : médicaments pour l'angine et l'hypertension).

En s'appuyant sur les données de 1999, si on applique le prix de référence aux mêmes sous-classes de médicaments que celles retenues par la Colombie-Britannique⁵, environ 48 M\$ (comprenant les économies reliées à l'application du prix le plus bas) seraient économisés dans le régime public, dont 38 M\$ en financement collectif (29 M\$ dans le programme de médicaments et 9 M\$ dans le Fonds de l'assurance médicaments). Cette option entraînerait également une réduction de la contribution des usagers de 10 M\$, ceux-ci payant leurs médicaments moins chers.

Les économies pourraient être plus importantes à long terme si le nombre de sous-classes de médicaments assujetties à cette méthode de fixation des prix augmentait. Cette méthode ne devrait pas avoir d'impact significatif sur la santé des personnes, ni sur l'accessibilité aux traitements pharmaceutiques.

Par contre, son application serait plus complexe que celle du prix le plus bas. En effet, le concept qui sous-tend cette méthode consiste à relever d'abord dans un groupe de médicaments différents ceux qui ont des effets thérapeutiques similaires. Il faut ensuite retenir celui qui a le meilleur rapport coût-efficacité. Cette méthode soulève toute la question de l'évolution des connaissances sur les effets des médicaments (effets thérapeutiques, effets secondaires).

Une autre façon d'appliquer cette méthode est possible. Plutôt que d'inscrire un médicament sur la liste de médicaments d'exception, comme c'est le cas actuellement lorsqu'on veut réserver l'utilisation du médicament pour une indication thérapeutique particulière, un prix maximum payable serait déterminé, en référence à une même sous-classe de médicaments. Cette variante du prix de référence permettrait de limiter la croissance des coûts liée à l'inscription de nouveaux médicaments tout en permettant de diminuer le nombre de produits inscrits comme médicaments d'exception. Cette seconde option viserait essentiellement à limiter la croissance des coûts plutôt qu'à engendrer des

5. Ces sous-classes de médicaments sont : les anti-inflammatoires non stéroïdiens utilisés entre autres dans le traitement de l'arthrite; les nitrates oraux utilisés pour le traitement de l'angine; les antagonistes du récepteur (H₂) de l'histamine, principalement utilisées dans le traitement de différents problèmes digestifs (dyspepsies non ulcéreuses, reflux gastro-œsophagien); les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine et les bloqueurs de canaux calciques, notamment utilisés dans le traitement de l'hypertension artérielle.

économies à court terme. Elle ne devrait pas avoir d'impact significatif sur la santé des personnes, ni sur l'accessibilité aux traitements médicamenteux. Comme c'est le cas pour la première option, il faut prévoir une procédure d'exception : lorsqu'une indication médicale justifie d'avoir un produit ou un médicament précis, le régime paierait le médicament prescrit, même si son coût est supérieur au prix de référence.

L'application intégrale de la méthode du prix le plus bas et de celle du prix de référence auraient par contre des répercussions économiques sur l'industrie pharmaceutique en opérant un transfert des chiffres d'affaires du secteur innovateur à celui du générique.

1.2 Les mesures à long terme

Les modifications concernant le prix le plus bas et le prix de référence pourraient être appliquées assez rapidement. Elles permettraient la réalisation d'économies en exploitant davantage les possibilités de substitution qui existent. Ces mesures seraient cependant insuffisantes en elles-mêmes pour modifier la dynamique de croissance des coûts.

Les solutions susceptibles d'infléchir la dynamique de croissance des coûts, tout en conservant l'objectif de faire le plus possible pour la santé de la population, nécessitent plutôt de modifier le contexte dans lequel fonctionne le régime. Une réflexion sur le problème posé par la couverture des médicaments coûteux⁶, utilisée dans le cadre des travaux d'évaluation du régime, a ouvert des pistes pour le renouvellement du cadre de décision actuel.

Les médicaments coûteux sont des médicaments ayant des implications économiques importantes pour le régime, soit parce que leur coût unitaire est très élevé, quelquefois jusqu'à 100 000 \$ par patient par année, soit parce qu'il y a de fortes possibilités qu'ils soient utilisés pour un très grand nombre de personnes. Il y a eu une augmentation

6. McGregor, M. (collaboration R. Jacob) (1998). *Critères et processus de décision pour la couverture des médicaments coûteux au Québec : Réflexions sur la situation actuelle et propositions de changement*, Québec, 25 p. et annexes.

importante du nombre de médicaments coûteux mis en marché au cours des dernières années et on sait que le phénomène s'accroîtra encore dans l'avenir.

Le Rapport McGregor soutient qu'avec « le nombre croissant d'interventions de santé coûteuses, les coûts... ont commencé à dépasser la volonté de payer de la société. Une fois qu'on a accepté que les ressources de la société ont des limites, bien utiliser l'argent, en tirant les plus grands avantages possibles pour la santé, devient un facteur de plus en plus important dans les décisions. La question non résolue est celle du *poids* à donner à ce facteur par rapport à l'engagement de fournir à tous un accès équitable aux services de santé »⁷.

Le D^r McGregor⁸ propose donc un nouveau processus de décision pour l'inscription d'un médicament sur la liste des produits couverts qui reconnaît la nécessité de faire des choix. Selon lui, ce nouveau processus viserait à optimiser le rendement sur la santé de la population qui peut être obtenu des ressources disponibles. Par rapport au processus actuel, la proposition du D^r McGregor introduit des critères économiques et des valeurs sociales dans les décisions.

Une analyse supplémentaire de la question faite par un comité d'experts externes (Rapport Doucet⁹) en est arrivée à une proposition précise pour donner suite à l'analyse effectuée par le D^r McGregor. Il s'agit d'une proposition d'ensemble qui lie les décisions d'inscrire un médicament sur la liste et les revues d'utilisation des médicaments dans un processus continu.

Le processus de décision pour l'inscription d'un médicament sur la liste implique l'examen de plusieurs dimensions. L'inscription d'un médicament se justifie pour des indications particulières et des guides sur la meilleure façon de les utiliser peuvent être établis. La

7. McGregor, M. (collaboration R.Jacob) (1998) *op. cit.*, p. 19.

8. Le D^r Maurice McGregor, m.d., FRCP, est médecin spécialiste en cardiologie et professeur émérite de l'Université McGill. Il a été le Président fondateur du Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec (CETSQ) et doyen de la Faculté de médecine de l'Université McGill.

9. Doucet, H. *et al.*, (1999), *Rapport du Comité sur les questions relatives au processus de décision pour la couverture des médicaments*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 15 p. et annexes.

revue d'utilisation¹⁰ permet de voir si l'utilisation du médicament répond aux besoins de santé visés et aux protocoles d'utilisation optimaux. Si des écarts sont observés entre l'utilisation attendue et l'utilisation réelle, des actions visant à favoriser leur emploi optimal peuvent être entreprises. Dans certains cas, la revue d'utilisation pourrait même entraîner un réexamen de l'inscription du médicament sur la liste des produits couverts.

Globalement, la proposition retenue exige une révision des critères actuellement utilisés dans le processus de décision pour l'inscription des médicaments sur la liste et le renforcement du suivi de l'utilisation des médicaments, afin d'appuyer leur utilisation optimale et la mise à jour de la liste.

a) La révision des critères de décision pour l'inscription des médicaments sur la liste

Les critères actuellement utilisés pour décider de l'inscription des médicaments sur la liste des produits couverts sont : la valeur thérapeutique et la justesse du prix. Leur objectif est d'assurer l'accès aux médicaments utiles pour la santé et de les payer le prix le plus juste possible. C'est dans cette optique que le Conseil consultatif de pharmacologie a été mandaté pour assister la ministre dans la mise à jour de la Liste des médicaments.

Ces deux critères sont devenus trop limités pour faire face aux cas difficiles que sont les demandes d'inscription de médicaments coûteux. Selon le Rapport Doucet, il faudrait, pour tenir compte des nombreuses facettes qui doivent être examinées, notamment les points de vue individuels et collectifs, remplacer le processus actuel qui s'appuie sur deux critères par un processus plus complet qui repose sur les cinq critères suivants¹¹:

10. Une revue d'utilisation des médicaments (RUM) est un processus d'évaluation de la qualité de l'utilisation des médicaments effectué à partir de critères explicites. Lorsque des écarts sont observés entre l'utilisation optimale et l'utilisation réelle, des moyens pour corriger la situation sont mis en place et l'impact de ces moyens correctifs est ensuite évalué. Une RUM privilégie une approche informative, formative et autorégulatrice auprès des professionnels de la santé et de la population.

11. Doucet, H. *et al.*, (1999) *op. cit.*, p. 14.

- la « sécurité »¹² : ce critère vise à s'assurer que le médicament ne comporte pas de risque pour la santé de la population, à court et à long termes
- l' « efficacité théorique »¹³ : ce critère vise à s'assurer que le médicament a un résultat sur la santé à l'occasion des essais cliniques; ce critère fondamental vise à prendre en considération les avantages pour la santé apportés par un médicament, comme la réduction des effets indésirables et l'augmentation des effets bénéfiques des traitements ;
- le « rapport coût-efficacité » : ce critère mesure le rendement de l'argent investi dans un médicament sur la santé; il consiste à calculer le coût net des avantages de santé apportés par son utilisation ;
- l' « impact économique net » : ce critère consiste à établir les montants supplémentaires nets qui seraient déboursés ou économisés dans le système de santé à la suite de l'inscription d'un médicament sur la liste; il tient compte des données sur le nombre de personnes qui pourraient l'utiliser ;
- les « valeurs sociétales » : ce critère se réfère aux valeurs de la société qui entrent forcément en jeu lorsqu'il faut traduire l'examen des trois critères précédents en une recommandation de couvrir ou non un médicament.

Le cheminement proposé est de faire en sorte que le Conseil consultatif de pharmacologie devienne un forum où les données scientifiques et économiques sont interprétées par des scientifiques, mais aussi par des personnes ayant des sensibilités différentes et où les valeurs de la société sont explicitement prises en considération. Deux principes doivent

12. L'aspect sécurité du médicament est actuellement évalué par le gouvernement fédéral au moment du processus d'homologation. Le Rapport Doucét ne remet pas en question le rôle dévolu au gouvernement fédéral mais évoque ce critère pour faire la description complète du processus.

13. Il faut distinguer l'efficacité théorique et l'efficacité pratique. Les définitions suivantes sont celles utilisées par l'Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé (OCCETS).

- L'efficacité théorique : résultat thérapeutique obtenu dans le cadre d'un essai contrôlé à répartition aléatoire.
- L'efficacité pratique : résultat thérapeutique dans une population réelle de patients.

encadrer la discussion : un objectif de justice sociale ainsi qu'une volonté de transparence tout au long du processus.

Même si les fondements de la réflexion sont scientifiques, la discussion fera intervenir des jugements et des hiérarchisations qui seront fondés sur des valeurs. Il faut bien comprendre que la recommandation n'est pas qu'un résultat scientifique, mais une démarche critique qui intègre l'ensemble des facteurs scientifiques et sociaux à considérer en vue de porter un jugement.

b) Le renforcement des revues d'utilisation des médicaments

Le deuxième volet de la proposition porte sur les revues d'utilisation des médicaments qui devraient être renforcées dans l'idée de prolonger l'analyse faite au moment de la décision de couverture et de favoriser une utilisation optimale des médicaments. Les revues d'utilisation pourraient même permettre une réévaluation de la décision d'inscription sur la liste à la lumière des résultats obtenus.

Cette proposition correspond au besoin de vérifier si les médicaments sont bien utilisés et de documenter l'efficacité pratique des médicaments à l'occasion de leur utilisation quotidienne, dans des conditions qui ne sont pas aussi idéales que celles des essais cliniques. De plus, il faut s'intéresser aux risques que comporte l'utilisation de médicaments pour des indications autres que celles pour lesquelles la décision d'inscription avait été prise initialement.

Comme le soulignait le Rapport d'évaluation, les revues d'utilisation doivent déboucher sur des actions concrètes selon un plan d'ensemble établi en concertation avec les groupements professionnels. Elles doivent viser l'optimisation des pratiques professionnelles et chercher à mettre à contribution la triade médecin-pharmacien-patient. Des stratégies d'interventions combinées comme les guides d'utilisation, la rétroaction directe auprès des professionnels de la santé et la formation par les pairs, peuvent ainsi être envisagées.

La proposition répond aussi au besoin de voir des études de suivi compléter les connaissances et valider les estimations et les choix faits pendant le processus d'inscription. À la limite, elles pourraient remettre en question le maintien de l'inscription sur la liste.

c) L'intégration des mandats du Conseil consultatif de pharmacologie (CCP) et du Comité de revue de l'utilisation des médicaments (CRUM)

Les orientations précédentes, portant sur une nouvelle série de critères pour le processus de décision et sur la nécessité de prolonger l'analyse avec des revues d'utilisation, permettraient que les décisions soient prises en considérant pleinement le point de vue collectif au moment de l'analyse des avantages apportés par un nouveau médicament.

Les possibilités qu'ont ces orientations d'infléchir voire de modifier la dynamique de croissance des coûts de l'assurance médicaments, dépendront des consensus à la fois scientifiques et collectifs qui seront établis quant au recours aux différents éléments de la pharmacothérapie. Ces orientations paraissent les seules actuellement disponibles pour mieux concilier, à long terme, les capacités de payer individuelles et collectives de l'ensemble des Québécoises et des Québécois avec les besoins des individus en matière de médicaments.

Pour que ces orientations se concrétisent, une intégration des mandats actuels du CCP et du CRUM au sein d'un organisme qui pourrait être désigné comme étant le Conseil consultatif des médicaments (CCM), devrait être envisagée.

En s'inspirant du Rapport Doucet, le mandat du nouveau CCM distinguerait les trois fonctions suivantes :

- procéder à l'évaluation des médicaments en fonction des trois critères objectifs que sont les avantages pour la santé (une combinaison du critère de la sécurité et de celui de l'efficacité théorique), le rapport coût-efficacité et l'impact économique ;

- faire à la ministre des recommandations quant à l'inscription des médicaments sur la liste des produits couverts qui incorporent formellement des valeurs sociales;
- favoriser une utilisation optimale des médicaments.

La composition du Conseil consultatif du médicament (CCM) pourrait être de treize membres, dont six membres scientifiques, six membres des milieux socio-économique et académique « choisis parmi des personnes reconnues pour leur sagesse et leur crédibilité »¹⁴, ainsi qu'un président. Les membres des milieux socio-économique et académique « doivent démontrer en premier lieu une préoccupation pour le type de problématiques qui confrontent le CCP »¹⁴. Selon le Rapport Doucet, « aucun membre du CCP ne doit agir à titre de représentant d'un organisme »¹⁴. Pour gérer l'inscription, le CCM devrait constituer un comité scientifique interne composé de membres de la permanence et dirigé par un directeur scientifique qui analyserait les données soumises par les fabricants. De même, il devrait constituer un comité de suivi de l'utilisation des médicaments intégrant les activités de l'actuel Comité de revue de l'utilisation des médicaments et ayant pour fonction de réaliser des études de suivi de la consommation des médicaments. Ce comité devrait également être composé de membres de la permanence et être dirigé par un directeur scientifique.

La mise en application de ces orientations impliquerait que les nouveaux critères de décision soient inscrits dans la loi et que le Conseil consultatif du médicament dispose de ressources suffisantes pour mener à bien le mandat élargi qui lui serait confié. Les résultats des analyses et les recommandations du CCM seraient rendus publics.

¹⁴ Doucet, H. *et al.*, (1999) *op. cit.*, p.3.

2. LES PISTES DE FINANCEMENT

Les mesures précédentes aideront à infléchir progressivement la croissance des coûts. Cependant, celle-ci demeurera très forte et continuera d'exercer une pression importante sur le financement public tant pour les personnes âgées et les prestataires d'assistance-emploi que pour les adhérents.

Le tableau suivant résume la situation financière. Pour les personnes âgées et les prestataires d'assistance-emploi, selon des estimations de la Régie de l'assurance maladie du Québec, la dépense à financer atteindra 1 063,9 M\$ en 2000-2001 comparativement à 800,2 M\$ en 1998-1999, soit une augmentation de 263,7 M\$. Pour les adhérents, la dépense à financer en 2000-2001 est estimée à environ 343 M\$. Les revenus de prime sont estimés à 232,4 M\$ pour cette même année, d'où un déficit d'exercice de 110,6 M\$ pour le Fonds de l'assurance médicaments.

Tableau 2
Coûts nets à financer pour le programme des personnes âgées (PA) et
des prestataires d'assistance-emploi (PAE)
et équilibre financier du Fonds de l'assurance médicaments

	1998-1999 (réels) (M\$)	1999-2000 (estimations) (M\$)	2000-2001 (estimations) (M\$)
PA et PAE			
Coûts nets à financer par le Fonds consolidé	800,2	922,7	1063,9
Adhérents (FAM)			
Coûts nets (M\$)	253,9	292,6	343,0
Revenus de prime (M\$)	253,1	227,9	232,4
Surplus ou (déficit) de l'exercice	(0,8)	(64,7)	(110,6)
Surplus ou (déficit) au début de l'exercice	(13,3)	(14,1)	(78,8)
Surplus ou (déficit) accumulé	(14,1)	(78,8)	(189,4)

Il faut rappeler que si le rythme de croissance se maintient, comme l'illustre le graphique 1 (p.4), les coûts nets atteindront 1 860,8 M\$ pour les personnes âgées et les prestataires d'assistance-emploi et 591,8 M\$ pour les adhérents, en 2004-2005.

2.1 Les sources de financement

Avant de présenter les pistes de financement, il importe de passer en revue les trois sources de financement qui existent afin d'établir dans quelle mesure elles peuvent être utilisées aux fins de l'élaboration de scénarios.

a) Le Fonds consolidé

Le Fonds consolidé finance, après déduction de la contribution des usagers, les dépenses de médicaments des personnes âgées et des prestataires d'assistance-emploi. Un recours systématique au Fonds consolidé pose toujours le problème que les revenus du gouvernement augmenteront moins rapidement que les dépenses prévisibles de médicaments.

b) Les contributions des usagers

On a vu dans le Rapport d'évaluation que les contributions des usagers correspondaient à 25,6 % de la dépense en 1997 et qu'en 1999, elles ont été de 22 % environ. Cette érosion est causée par le fait que les plafonds étant demeurés les mêmes depuis le début du régime, de plus en plus de gens les atteignent et sont exonérés de leurs contributions alors que leurs dépenses continuent de croître. Un réajustement des plafonds est une option possible. Un plafond pourrait être établi en fonction de la croissance des coûts du régime ou pourrait viser à ne pas dépasser une certaine proportion du revenu des usagers. Une modification de la franchise mensuelle de 8,33 \$ et de la coassurance¹⁵ de 25 % est aussi envisageable.

c) Les primes

Présentement, le Fonds de l'assurance médicaments est financé par les primes des adhérents (environ 62 % des revenus) et les primes des personnes âgées ne recevant pas

15 La coassurance de 25 % signifie qu'après avoir payé la franchise, la personne assurée doit payer 25 % du reste du coût des médicaments.

le supplément de revenu garanti maximal. Il est donc important de noter que deux clientèles contribuent à ce fonds même si seules les dépenses nettes des adhérents sont financées par celui-ci.

Une augmentation éventuelle de la prime doit tenir compte que la formule de calcul actuelle établit la prime en fonction du revenu.

Aucune prime n'est payée lorsque le revenu familial se situe sous les seuils d'exemption (par exemple en 1998, 10 730 \$ pour une personne seule ou 17 400 \$ pour un couple sans enfant). À partir de ces seuils, la prime à payer est de 4 % du revenu excédentaire jusqu'à concurrence de la prime maximale. Pour une personne seule, par exemple, le montant maximal de la prime est atteint à 15 105 \$. On se réfère à l'ensemble de cette situation lorsqu'on traite du mécanisme d'exemption totale ou partielle.

L'exemption totale ou partielle de la prime pour les personnes à faible revenu fait en sorte que seulement la moitié des adhérents et des personnes âgées paient une prime complète. Plus la prime sera élevée, moins de gens atteindront les revenus correspondant à une pleine prime. L'effort de financement supplémentaire se trouverait donc de plus en plus concentré sur une minorité de cotisants. En pratique, cela se traduirait par le fait que, si la prime était augmentée, les revenus qui en résulteraient n'augmenteraient pas dans les mêmes proportions. Une façon de répartir l'effort de financement sur une plus large population serait de modifier la formule de calcul, par exemple, en haussant le taux de contribution sur le revenu cotisable, de 4 % à 6 %.

2.2 Les scénarios de financement possibles

Sept scénarios ont été conçus pour résoudre le problème de financement. Les quatre premiers sont des variantes du régime actuel et visent une situation financière en équilibre en 2000-2001 pour le Fonds de l'assurance médicaments et une réduction du taux de croissance des dépenses du gouvernement. Les revenus de prime à atteindre sont de l'ordre de 343 M\$ en 2000-2001. Les trois derniers scénarios correspondent à une refonte majeure du régime selon des orientations qui sont souvent considérées dans l'opinion publique comme étant des pistes à examiner. Dans tous les cas, le problème du déficit accumulé à la fin de 1999-2000 (79 M\$) reste à résoudre.

a) L'obligation légale d'une révision automatique de la prime

Tous les scénarios devraient prévoir, sur une base annuelle, une révision automatique des primes qui devrait être fixée par la loi. Cette révision est nécessaire pour générer des revenus de prime qui suivent la croissance des dépenses nettes. Elle doit tenir compte du fait que la prime est une prime maximale en fonction du revenu : plus elle augmente et plus de gens en sont exemptés de manière partielle. Pour obtenir, par exemple, un accroissement des revenus de prime de 15 %, il faut augmenter la prime maximale de plus de 15 %. Une méthode pour calculer le pourcentage de hausse de la prime devrait être déterminée dans la loi.

b) La description des scénarios

Chacun des scénarios envisagés est décrit sommairement. Deux tableaux récapitulatifs présentant les éléments descriptifs et les principales données financières des scénarios se retrouvent à l'annexe 4.

Scénario 1 Ajustement de la prime pour équilibrer le Fonds de l'assurance médicaments

Description

Il s'agit du scénario qui est le plus proche de la logique du régime actuel. L'objectif est d'équilibrer le Fonds de l'assurance médicaments en modifiant le montant de la prime exigée.

- La prime serait augmentée de 175 \$ à 300 \$ par adulte pour les adhérents et les personnes âgées.
- Les revenus de prime seraient de l'ordre de 343 M\$ en 2000-2001, soit 209,2 M\$ pour les adhérents et 133,8 M\$ pour les personnes âgées.
- Les primes des personnes âgées et des adhérents continueraient à être versées au Fonds de l'assurance médicaments.
- Le mécanisme d'exemption totale ou partielle de la prime est conservé. Cette prime serait prélevée à raison d'un taux de 6 % sur les revenus excédant les seuils de cotisation plutôt qu'au taux de 4 %.

Impacts

Le Fonds de l'assurance médicaments serait en équilibre en 2000-2001. Cependant, il n'y aurait pas de réduction de dépenses pour le programme des médicaments des personnes âgées et des prestataires d'assistance-emploi.

L'augmentation de la prime s'explique par le fait qu'elle n'a pas été ajustée depuis 1997, alors que la croissance des coûts des médicaments a été importante. Le niveau de la prime serait plus comparable à celui du secteur privé.

Compte tenu du fait que la prime serait établie en fonction du revenu, l'augmentation de la prime varierait entre 0 \$ et 125 \$ par rapport à la situation actuelle. Les personnes actuellement exemptées, par exemple, les personnes seules ayant un revenu de moins de 10 730 \$, continueraient de l'être. Toujours pour une personne seule, la nouvelle prime maximale de 300 \$, serait atteinte à partir d'un revenu de 15 700 \$.

Le tableau suivant montre l'impact de cette hausse par tranche de revenu en faisant ressortir, par exemple, que 41 % des personnes seules paieraient la prime maximale et que 59 % en seraient exemptées partiellement ou totalement.

Tableau 3
Augmentation de la prime par tranche de revenu (scénario 1)
Personnes seules

Tranche de revenu	Répartition des personnes seules par tranche de revenu	Nouvelle prime	Augmentation de la prime par rapport à la situation actuelle
Moins de 10 730 \$	22 %	0 \$	0 \$
De 10 730 à 12 500 \$	14 %	De 1 à 106 \$	De 0 à 35 \$
De 12 501 à 15 700 \$	23 %	De 106 à 300 \$	De 35 à 125 \$
Plus de 15 700 \$	41%	300 \$	125 \$
	100 %		De 0 à 125 \$

Pour les couples sans enfant, il y aurait une exemption totale pour des revenus familiaux de moins de 17 400 \$. Toujours pour un couple sans enfant, on atteindrait la nouvelle prime maximale de 300 \$ à partir d'un revenu de 27 400 \$. On peut observer dans le tableau suivant que 48 % des couples sans enfant paieraient la prime maximale, alors que 52 % en seraient partiellement ou totalement exemptés.

Tableau 4
Augmentation de la prime par tranche de revenu (scénario 1)
Couples sans enfant (prime familiale pour deux adultes)

Tranche de revenu	Répartition des couples sans enfant par tranche de revenu	Nouvelle prime	Augmentation de la prime par rapport à la situation actuelle
Moins de 17 400 \$	18 %	0 \$	0 \$
De 17 400 à 20 000 \$	12 %	De 1 à 156 \$	De 0 à 52 \$
De 20 001 à 27 400 \$	22 %	De 156 à 600 \$	De 52 à 250 \$
Plus de 27 400 \$	48 %	600 \$	250 \$
	100 %		

Scénario 2 Ajustement de la prime pour équilibrer le Fonds de l'assurance médicaments et modification à la hausse des paramètres de contribution des usagers

Description

La logique de ce scénario est la même que celle du scénario 1, mais à partir d'une situation où il y aurait en plus une modification à la hausse des paramètres de contribution qui viendraient diminuer les dépenses à financer par le Fonds de l'assurance médicaments ou par le gouvernement.

Les paramètres de contribution fonctionnent actuellement de la manière suivante. Sur une base mensuelle, le premier 8,33 \$ correspond à la franchise et est payable par l'utilisateur. Le restant du coût est soumis à une coassurance de 25 % qui est également payée par l'utilisateur. Le montant correspondant à l'addition de la franchise et de la coassurance payée par l'utilisateur ne peut dépasser un plafond mensuel qui varie par clientèle. Par exemple, ce plafond est de 16,66 \$ pour un prestataire d'assistance-emploi et de 62,49 \$ pour un

adhérent. Le lecteur peut se référer au tableau 1 du Rapport d'évaluation¹⁶ pour une présentation complète à propos des paramètres de contribution.

- Selon le scénario 2, les paramètres de contribution des usagers seraient modifiés ainsi :
 - la franchise mensuelle passerait de 8,33 \$ à 10 \$;
 - la coassurance passerait de 25 % à 30 % ;
 - les plafonds mensuels seraient augmentés de 20 %. Par exemple, le plafond mensuel des prestataires d'assistance-emploi passerait de 16,66 \$ à 20 \$ et celui des adhérents de 62,49 \$ à 75 \$.
- Une telle modification des paramètres diminuerait les dépenses que le Fonds consolidé et le Fonds de l'assurance médicaments ont à financer :
 - pour les adhérents, en 2000-2001, les dépenses à financer passeraient de 343,0 M\$ à 322,5 M\$;
 - pour les prestataires d'assistance-emploi et les personnes âgées, en 2000-2001, les dépenses après les contributions des usagers passeraient de 1 063,9 M\$ à 1 013,5 M\$.
- À partir de ces nouvelles estimations de dépenses, il serait possible d'atteindre en 2000-2001 l'équilibre du Fonds de l'assurance médicaments avec une prime de 275 \$ environ au lieu de la prime de 300 \$ du scénario 1.
- Les revenus de prime seraient de 322,5 M\$.
- Les primes des personnes âgées et des adhérents continueraient à être versées au Fonds de l'assurance médicaments.

16 Voir le Rapport d'évaluation, p. 12.

- Le mécanisme d'exemption totale ou partielle de la prime serait conservé. La prime serait prélevée à raison d'un taux de 6 % sur les revenus excédant les seuils de cotisation, plutôt qu'au taux de 4 %.

Impacts

Avec une prime maximale de 275 \$ et une augmentation simultanée des contributions des usagers qui viendrait diminuer les dépenses à financer, on pourrait atteindre l'équilibre du Fonds de l'assurance médicaments en 2000-2001. Il y aurait également une diminution des dépenses du gouvernement.

De la même manière qu'au scénario 1, l'augmentation de la prime peut s'expliquer par le fait qu'il n'y a pas eu de réajustement des primes depuis 1997.

Comme ce scénario touche à la fois la prime et les contributions, il y aurait deux impacts par rapport à la situation actuelle.

- L'utilisateur paierait une prime plus élevée mais cette prime serait toujours modulée en fonction du revenu.
- L'utilisateur verrait aussi augmenter sa contribution au moment de l'achat de médicaments. Cet impact affecterait davantage les personnes ayant des consommations élevées de médicaments, sans tenir compte du revenu.

Pour les deux clientèles, une réduction du niveau de consommation faisant suite à la hausse de la contribution des usagers, pourrait se produire.

Avec une prime de 275 \$, une personne seule atteindrait la prime maximale à partir d'un revenu de 15 300 \$, soit un peu moins qu'au scénario 1. Le tableau suivant fait ressortir l'augmentation envisagée par tranche de revenu pour les personnes seules. Ainsi, 42 % de

ces personnes paieraient la prime maximale et 58 % en seraient partiellement ou totalement exemptées.

Tableau 5
Augmentation de la prime par tranche de revenu (scénario 2)
Personnes seules

Tranche de revenu	Répartition des personnes seules par tranche de revenu	Nouvelle prime	Augmentation de la prime par rapport à la situation actuelle
Moins de 10 730 \$	22 %	0 \$	0 \$
De 10 730 à 12 500 \$	14 %	De 1 à 106 \$	De 0 à 35 \$
De 12 501 à 15 300 \$	22 %	De 106 \$ à 275 \$	De 35 \$ à 100 \$
Plus de 15 300 \$	42 %	275 \$	100 \$
	100 %		

Pour un couple sans enfant, la nouvelle prime maximale de 275 \$ serait atteinte à partir d'un revenu de 26 500 \$. Le tableau suivant met en évidence que 50 % des couples sans enfant paieraient la prime maximale.

Tableau 6
Augmentation de la prime par tranche de revenu (scénario 2)
Couples sans enfant (prime familiale pour deux adultes)

Tranche de revenu	Répartition des couples sans enfant par tranche de revenu	Nouvelle prime	Augmentation de la prime par rapport à la situation actuelle
Moins de 17 400 \$	18 %	0 \$	0 \$
De 17 400 à 20 000 \$	12 %	De 1 à 156 \$	De 0 à 52 \$
De 20 001 à 26 500 \$	20 %	De 156 à 550 \$	De 52 à 200 \$
Plus de 26 500 \$	50 %	550 \$	200 \$
	100 %		

Scénario 3 Autofinancement du Fonds de l'assurance médicaments par les seuls adhérents

Description

Ce scénario se démarque de la situation actuelle par l'affectation différente des primes. Seules les primes des adhérents continueraient à être versées au Fonds de l'assurance médicaments et le niveau de prime devrait prévoir l'autofinancement du Fonds de l'assurance médicaments par les seuls adhérents.

Il y aurait encore une prime pour les personnes âgées mais les revenus correspondants seraient affectés aux dépenses de médicaments des prestataires d'assistance-emploi et des personnes âgées, de manière à diminuer les coûts pour le gouvernement.

- La prime maximale serait augmentée de 175 \$ à 550 \$ pour les adhérents adultes. Cette augmentation est plus importante que dans le cas du scénario 1, puisque seules les primes des adhérents sont versées au Fonds de l'assurance médicaments.
- Pour les adhérents, les revenus de prime seraient de l'ordre de 343 M\$ et permettraient ainsi d'atteindre l'équilibre du Fonds de l'assurance médicaments en 2000-2001.
- Si la prime des personnes âgées était fixée au même montant que celle des adhérents, elle serait de 550 \$ et les revenus de prime seraient de 204,8 M\$.
- Les primes seraient affectées aux dépenses de médicaments des personnes âgées et des prestataires d'assistance-emploi.
- Le mécanisme d'exemption totale ou partielle de la prime est conservé. La prime serait prélevée à raison d'un taux de 6 % sur les revenus excédant les seuils de cotisation, plutôt qu'au taux de 4 %.

Impacts

Le scénario 3 permettrait l'autofinancement du Fonds de l'assurance médicaments par les seuls adhérents.

Les primes des personnes âgées correspondraient à des revenus de l'ordre de 200 M\$ pour le gouvernement et pourraient servir à financer le programme des personnes âgées et des prestataires d'assistance-emploi.

Le maintien de l'exemption totale ou partielle protégerait les personnes les plus démunies.

Avec une prime de 550 \$ une personne seule atteindrait la prime maximale à partir d'un revenu de 19 900 \$. Le tableau suivant fait ressortir l'augmentation envisagée par tranche de revenu pour les personnes seules. Ainsi, 26 % des personnes seules paieraient la prime maximale et 74 % en seraient partiellement ou totalement exemptées.

Tableau 7
Augmentation de la prime par tranche de revenu (scénario 3)
Personnes seules

Tranche de revenu	Répartition des personnes seules par tranche de revenu	Nouvelle prime	Augmentation de la prime par rapport à la situation actuelle
Moins de 10 730 \$	22 %	0 \$	0 \$
De 10 730 à 12 500 \$	14 %	De 1 à 106 \$	De 0 à 35 \$
De 12 501 à 17 500 \$	29 %	De 106 à 406 \$	De 35 à 231 \$
De 17 500 à 19 900 \$	9 %	De 406 à 550 \$	De 231 à 375 \$
Plus de 19 900 \$	26 %	550 \$	375 \$
	100 %		

Pour les couples sans enfant, la nouvelle prime maximale de 550 \$ serait atteinte à partir d'un revenu de 35 700. Le tableau suivant montre que 31 % des couples sans enfant paieraient la prime maximale et que 69 % en seraient partiellement ou totalement exemptés.

Tableau 8
Augmentation de la prime par tranche de revenu (scénario 3)
Couples sans enfant (prime familiale pour deux adultes)

Tranche de revenu	Répartition des couples sans enfant par tranche de revenu	Nouvelle prime	Augmentation de la prime par rapport à la situation actuelle
Moins de 17 400 \$	18 %	0 \$	0 \$
De 17 400 à 20 000 \$	12 %	De 1 à 156 \$	De 0 à 52 \$
De 20 001 à 30 000 \$	28 %	De 156 à 756 \$	De 52 à 406 \$
De 30 000 à 35 700 \$	11 %	De 756 à 1 100 \$	De 406 à 750 \$
Plus de 35 700 \$	31 %	1 100 \$	750 \$
	100 %		

Scénario 4 Financement du Fonds de l'assurance médicaments par une prime uniforme et par une compensation pour les personnes à faible revenu

Description

Ce scénario se démarque de la situation actuelle sur plusieurs points.

- La prime serait augmentée de 175 \$ à 325 \$ pour les adhérents adultes et serait uniforme, c'est-à-dire calculée comme si tous les adhérents payaient le même montant.
- Pour aider les adhérents à faible revenu à payer une prime de 325 \$, une compensation sous la forme d'exemptions de prime ou de mesures fiscales serait accordée. Cette compensation serait versée au Fonds de l'assurance médicaments par le Fonds consolidé ou serait financée par une mesure fiscale.
- Les revenus de prime des adhérents seraient de 238 M\$. Le coût de la compensation est estimé à 105 M\$. L'ensemble permettrait d'atteindre des revenus de l'ordre de 343 M\$.
- Pour les personnes âgées, la prime serait également de 325 \$.
- Les revenus de prime des personnes âgées seraient de 149 M\$ et seraient affectés aux dépenses de médicaments des prestataires d'assistance-emploi et des personnes âgées.
- Pour les personnes âgées, le mécanisme d'exemption totale ou partielle de la prime serait conservé. La prime serait prélevée à raison d'un taux de 6 % sur les revenus excédant les seuils de cotisation, plutôt qu'au taux de 4 %.

Impacts

Pour les adhérents, une prime maximale de 325 \$ et une compensation de 105 M\$ du Fonds consolidé permettraient d'équilibrer le Fonds de l'assurance médicaments.

Pour les personnes âgées, les dépenses du gouvernement seraient diminuées.

Comme l'aide financière aux personnes à faible revenu serait versée par le Fonds consolidé ou grâce à une mesure fiscale, un principe de solidarité serait appliqué à l'ensemble de la population du Québec.

Avec une prime de 325 \$, une personne seule atteindrait la prime maximale à partir d'un revenu de 16 100 \$. Le tableau suivant fait ressortir l'augmentation envisagée par tranche de revenu pour les personnes seules. Ainsi, 40 % des personnes seules paieraient la prime maximale et 60 % en seraient partiellement ou totalement exemptées.

Tableau 9
Augmentation de la prime par tranche de revenu (scénario 4)
Personnes seules

Tranche de revenu	Répartition des personnes seules par tranche de revenu	Nouvelle prime	Augmentation de la prime par rapport à la situation actuelle
Moins de 10 730 \$	22 %	0 \$	0 \$
De 10 730 à 12 500 \$	14 %	De 1 à 106 \$	De 0 à 35\$
De 12 501 à 16 100 \$	24 %	De 106 à 325 \$	De 35 à 150 \$
Plus de 16 100 \$	40 %	325 \$	150 \$
	100 %		

Pour les couples sans enfant, la nouvelle prime maximale de 325 \$ serait atteinte à partir d'un revenu de 28 200 \$. On constate dans le tableau suivant que 46 % des couples sans

enfant paieraient une prime maximale, alors que 54 % en seraient partiellement ou totalement exemptés.

Tableau 10
Augmentation de la prime par tranche de revenu (scénario 4)
Couples sans enfant (prime familiale pour deux adultes)

Tranche de revenu	Répartition des couples sans enfant par tranche de revenu	Nouvelle prime	Augmentation de la prime par rapport à la situation actuelle
Moins de 17 400 \$	18 %	0 \$	0 \$
De 17 400 à 20 000 \$	12 %	De 1 à 156 \$	De 0 à 52 \$
De 20 001 à 28 200 \$	24 %	De 156 à 650 \$	De 52 à 300 \$
Plus de 28 200 \$	46 %	650 \$	300 \$
	100 %		

Scénario 5 Régime d'assurance privée pour les adhérents

Description

Selon le scénario 5, les assureurs privés couvriraient, en plus de leur clientèle actuelle, les 1,5 million d'adhérents du régime public d'assurance médicaments couverts par le Fonds de l'assurance médicaments. Tous les assurés paieraient une prime aux assureurs mais une aide financière du gouvernement serait prévue pour toutes les personnes à faible revenu qui seraient assurées par un assureur privé.

- Dans un tel régime, comme les dépenses de médicaments des adhérents seraient probablement les mêmes que celles déjà estimées pour 2000-2001 (environ 343 M\$), la prime qui serait fixée par les assureurs privés devrait se rapprocher de 350 \$.
- La prime ne serait pas modulée en fonction du revenu mais serait uniforme.

-
- Pour permettre à tous les assurés de payer la prime, le gouvernement mettrait en place un régime d'aide financière. Le coût de cette compensation est estimé à 226 M\$ (126 M\$ pour les adhérents actuels et environ 100 M\$ pour les personnes actuellement assurées dans le privé).
 - Compte tenu que certains employeurs prennent présentement à leur charge, en tout ou en partie, les dépenses de médicaments de leurs employés, il faudrait s'assurer que l'aide financière ne s'appliquerait que sur la prime effectivement payée par les assurés.
 - Les personnes âgées verseraient une prime maximale de 350 \$ également. Cette prime évoluerait selon les augmentations observées dans le privé.
 - Leurs revenus de prime seraient de 156 M\$ et seraient affectés au programme de médicaments des prestataires d'assistance-emploi et des personnes âgées pour diminuer les dépenses du gouvernement.
 - Pour les personnes âgées, le mécanisme d'exemption totale ou partielle de la prime serait conservé. La prime serait prélevée à raison d'un taux de 6 % sur les revenus excédant les seuils de cotisation, plutôt qu'au taux de 4 %.
 - Toute personne non couverte par le programme de médicaments des personnes âgées et des prestataires d'assistance-emploi devrait détenir une assurance privée minimale dont le contenu serait défini par le gouvernement. Les assureurs privés auraient l'obligation d'assurer toute personne (comprenant les personnes à charge) sans égard aux risques liés à la couverture minimale. Cette obligation impliquerait également de ne pas moduler les primes en fonction des risques.

Impacts

Le régime d'aide financière aiderait autant les adhérents actuels que les assurés du privé à défrayer la prime demandée par les assureurs privés. Ce serait donc toutes les personnes à faible revenu qui seraient assistées pour payer leur prime.

Cependant, ce régime impliquerait des coûts importants sous la forme d'aide financière, qui pourraient potentiellement devenir aussi difficiles à contrôler et à financer que les dépenses actuelles. Il faudra prévoir que le coût de ce régime d'aide financière évoluera selon l'augmentation de la prime.

Le gouvernement aurait à surveiller plusieurs éléments : l'obligation des individus d'avoir une assurance médicaments, l'interdiction de l'antisélection par les assureurs privés, l'ajustement des paramètres de la couverture minimale, l'application de l'aide financière aux ménages pour le paiement des primes. Pour l'industrie de l'assurance, il y aurait une importante série d'obligations à respecter pour éviter une antisélection des clientèles.

Il faudrait éviter que ce régime n'incite les employeurs à modifier les avantages sociaux offerts à leurs employés.

Avec une prime de 350 \$, une personne seule atteindrait la prime maximale à partir d'un revenu de 16 500 \$. Le tableau suivant fait ressortir l'augmentation envisagée par tranche de revenu pour les personnes seules. Par exemple, 38 % des personnes seules paieraient la prime maximale et 62 % en seraient partiellement ou totalement exemptées.

Tableau 11
Augmentation de la prime par tranche de revenu (scénario 5)
Personnes seules

Tranche de revenu	Répartition des personnes seules par tranche de revenu	Nouvelle prime	Augmentation de la prime par rapport à la situation actuelle
Moins de 10 730 \$	22 %	0 \$	0 \$
De 10 730 à 12 500 \$	14 %	De 1 à 106 \$	De 0 à 35 \$
De 12 501 à 16 500 \$	26 %	De 106 à 350 \$	De 35 à 175 \$
Plus de 16 500 \$	38 %	350 \$	175 \$
	100 %		

Pour les couples sans enfant, la nouvelle prime maximale de 350 \$ serait atteinte à partir d'un revenu de 29 000 \$. Le tableau suivant montre que 44 % des couples sans enfant paieraient une prime maximale et que 56 % en seraient partiellement ou totalement exemptés.

Tableau 12
Augmentation de la prime par tranche de revenu (scénario 5)
Couples sans enfant (prime familiale pour deux adultes)

Tranche de revenu	Répartition des couples sans enfant par tranche de revenu	Nouvelle prime	Augmentation de la prime par rapport à la situation actuelle
Moins de 17 400 \$	18 %	0 \$	0 \$
De 17 400 à 20 000 \$	12 %	De 1 à 156 \$	De 0 à 52 \$
De 20 001 à 29 000 \$	26 %	De 156 à 700 \$	De 52 à 350 \$
Plus de 29 000 \$	44 %	700 \$	350 \$
	100 %		

Scénario 6 Régime d'assurance du type « catastrophe » pour les adhérents

Description

Ce scénario consisterait à transformer le programme des adhérents en une assurance du type « catastrophe », c'est-à-dire en une assurance qui n'entrerait en jeu que lorsque les dépenses de médicaments d'une personne ou d'une famille atteindraient un niveau élevé ou une proportion importante du revenu.

À titre d'exemple, le régime pourrait prévoir une franchise annuelle équivalente à 4 % du revenu ; il défraierait les dépenses excédentaires. Pour un revenu de 25 000 \$ par année, le régime prendrait le relais à partir d'une dépense supérieure à 1 000 \$.

- Avec une franchise de 4 %, selon des estimations de la Régie de l'assurance maladie, un tel régime coûterait 184,3 M\$. Si on abaissait la franchise à 3 % ou à 2 % du revenu, les coûts estimés seraient respectivement de 213,4 M\$ et de 254,8 M\$¹⁷.
- À partir de ces estimations, pour un régime avec une franchise de 4 %, la prime maximale serait d'environ 225 \$ par adhérent adulte et permettrait l'autofinancement de ce régime. Si la franchise était de 3 %, la prime maximale serait de 275 \$. Si la franchise était de 2 %, la prime maximale serait de 350 \$.
- Ces revenus de prime seraient versés à un Fonds de l'assurance médicaments modifié en fonction de ce nouveau régime et de l'abolition du régime actuel pour les adhérents.
- Les personnes âgées et les prestataires d'assistance-emploi continueraient d'être assurés en vertu du régime actuel. Les personnes âgées paieraient une prime

17. Ces estimations sont établies sur la base d'une consommation constante. Comme il est possible qu'un tel régime entraîne une diminution de la consommation totale, ces estimations représenteraient vraisemblablement un maximum.

maximale identique à celle des personnes assurées par le régime d'assurance « catastrophe ».

- Leurs revenus de prime seraient affectés aux dépenses du programme de médicaments pour les personnes âgées et les prestataires d'assistance-emploi afin de diminuer les dépenses du gouvernement.
- Le mécanisme d'exemption totale ou partielle de la prime serait conservé. La prime serait prélevée à raison d'un taux de 6 % sur les revenus excédant les seuils de cotisation plutôt qu'au taux de 4 %.

Impacts

Globalement, par rapport à la situation actuelle, un régime d'assurance « catastrophe » peut produire une diminution de consommation car les assurés ont à financer la dépense de médicaments jusqu'au seuil où l'assurance « catastrophe » prend le relais. Par contre, un régime d'assurance « catastrophe » pourrait être complété par la possibilité de s'assurer auprès du secteur privé pour la partie non couverte par le secteur public.

L'annexe 2 présente pour des cas type une comparaison des dépenses pour l'assuré entre le régime actuel et le régime d'assurance « catastrophe ».

Avec une prime de 225 \$, une personne seule atteindrait la prime maximale à partir d'un revenu de 14 500 \$. Le tableau suivant fait ressortir l'augmentation envisagée par tranche de revenu pour les personnes seules. Ainsi, 48 % des personnes seules paieraient la prime maximale et 52 % en seraient partiellement ou totalement exemptées.

Tableau 13
Augmentation de la prime par tranche de revenu (scénario 6)
Personnes seules

Tranche de revenu	Répartition des personnes seules	Nouvelle prime	Augmentation de la prime par rapport à la
-------------------	----------------------------------	----------------	---

	par tranche de revenu		situation actuelle
Moins de 10 730 \$	22 %	0 \$	0 \$
De 10 730 à 12 500 \$	14 %	De 1 à 106 \$	De 0 à 35 \$
De 12 501 à 14 500 \$	16 %	De 106 à 225 \$	De 35 à 75 \$
Plus de 14 500 \$	48 %	225 \$	De 75 à 50 \$ ¹⁸
	100 %		

Pour les couples sans enfant, la nouvelle prime maximale de 225 \$ serait atteinte à partir d'un revenu de 24 900 \$. Le tableau suivant montre que 55 % des couples sans enfant paieraient la prime maximale et que 45 % en seraient partiellement ou totalement exemptés.

Tableau 14
Augmentation de la prime par tranche de revenu (scénario 6)
Couples sans enfant (prime familiale pour deux adultes)

Tranche de revenu	Répartition des couples sans enfant par tranche de revenu	Nouvelle prime	Augmentation de la prime par rapport à la situation actuelle:
Moins de 17 400 \$	18 %	0 \$	0 \$
De 17 400 à 20 000 \$	12 %	De 1 à 156 \$	De 0 à 52 \$
De 20 001 à 24 900 \$	15 %	De 156 à 450 \$	De 52 à 150 \$
Plus de 24 900 \$	55 %	450 \$	De 150 à 100 \$ ¹⁵
	100 %		

Scénario 7 Régime universel public

Description

Ce scénario aurait comme objectif d'assurer une couverture universelle entièrement publique, en offrant une protection sociale équivalente pour toutes les Québécoises et les

18. Cette situation s'explique par le fait que la prime maximale est atteinte, pour les personnes seules, à un niveau de revenu de 14 500 \$ qui est inférieur au niveau actuel de 15 105 \$ et, pour les couples sans enfant, à un niveau de revenu de 24 900 \$ qui est inférieur au niveau actuel de 26 150 \$.

Québécois. Comme pour les services médicaux, l'ensemble de la population serait couverte par la Régie de l'assurance-maladie du Québec.

- Pour l'ensemble de la population du Québec, il est possible d'estimer des dépenses de médicaments en 2000-2001 à 2,9 MM\$ comme l'indique le tableau de l'annexe 3. Après soustraction des contributions des usagers, la dépense à financer serait de 2,3 MM\$.
- Réparti sur le nombre d'adultes au Québec, ceci correspondrait à une dépense moyenne de 423 \$. La dépense moyenne par clientèle serait : 759 \$ pour les personnes âgées et les prestataires d'assistance-emploi, 301 \$ pour les personnes présentement assurées par le secteur privé et 314 \$ pour les adhérents adultes.
- La prime d'un régime universel pourrait être différente par clientèle comme elle pourrait être unique. Ce choix reste à faire.
- Le régime pourrait être financé par les revenus généraux du gouvernement, par une contribution des employeurs qui défraient actuellement en tout ou en partie les dépenses de médicaments de leurs employés et par une cotisation particulière des assurés. Cette cotisation devrait tenir compte du revenu.

Impacts

Un tel régime pourrait représenter une plus grande recherche de solidarité liée au partage des risques en matière d'assurance médicaments, toute la population étant assurée par un même assureur.

Un régime universel impliquerait une réorientation notable de l'assurance collective au Québec.

2.3 Une mesure complémentaire

Le régime public assure des clientèles plus vulnérables que dans le secteur privé. La question est de savoir s'il y a une possibilité d'un meilleur équilibre des risques entre le secteur public et le secteur privé, voire une plus grande solidarité.

Le régime général prévoit déjà que les assureurs privés doivent appliquer une mutualisation des risques pour leurs assurés¹⁹. Elle a pour objectif d'éviter que les assurés des régimes privés n'aient à subir des augmentations de prime trop fortes d'une année à l'autre, ce qui pourrait mettre en danger l'existence de la protection offerte. Elle répartit l'effet des mauvais risques sur une population plus large. Les clientèles qui sont assurées par la Régie de l'assurance maladie du Québec ne sont pas intégrées aux modalités de mutualisation des risques applicables aux régimes privés.

Un élargissement de la formule actuelle pourrait être envisagé. Par exemple, on pourrait viser à égaliser les primes entre le secteur privé et le secteur public. Un montant à cet effet pourrait être calculé à partir des différences observées entre les primes des deux secteurs. Ce montant pourrait être transféré au Fonds de l'assurance médicaments par l'intermédiaire de la Société de compensation en assurance médicaments du Québec que les assureurs privés ont mise en place pour gérer le processus de mutualisation.

D'autres pistes pourraient être examinées afin d'atteindre l'objectif recherché d'un partage équitable des risques, et conséquemment des coûts, entre le gouvernement, les assureurs privés et, ultimement, les citoyens.

19. Voir le Rapport d'évaluation, p.38.

3. DES ÉLÉMENTS DE SOLUTION AUX PROBLÈMES DE FONCTIONNEMENT DU RÉGIME GÉNÉRAL

L'évaluation du régime a mis en évidence certains problèmes de fonctionnement qui ont fait l'objet d'une description détaillée dans le Rapport d'évaluation²⁰. Beaucoup d'efforts ont été faits, notamment par la Régie de l'assurance maladie du Québec et par les assureurs privés, pour les atténuer ou les résoudre au fur et à mesure de la mise en application du régime²¹. Cependant, il en subsiste un certain nombre qu'on ne peut ignorer.

La poursuite de la collaboration entre le Ministère, la Régie de l'assurance maladie du Québec et les assureurs privés pourrait permettre de résoudre certaines situations problématiques sans recourir à une intervention du gouvernement. La plupart de ces problèmes sont liés à des règles que se créent les assureurs, les preneurs de contrat (employeurs, syndicats) et les assurés, et la solution réside davantage dans une discussion sur la portée de la couverture actuellement disponible. Les révisions suivantes pourraient être envisagées :

- Pour les conjoints et les personnes à charge, les retraités de moins de 65 ans et les employés sur une liste de rappel, pour qui l'obligation d'adhérer à des régimes privés comprenant des protections étendues peut être très onéreuse, il pourrait être demandé aux groupes d'assurés de rendre disponible un produit d'assurance plus restreint couvrant presque uniquement les médicaments.
- En ce qui concerne le manque de continuité de la protection entre les divers régimes (absence de fichier central) qui fait qu'une personne qui prend beaucoup de médicaments peut avoir à payer plus de 750 \$ par année si elle change d'assureur, il pourrait être demandé aux assureurs et à la Régie de l'assurance maladie du Québec de mettre en place des modalités facilitant le transfert de l'information sur les paiements déjà effectués par les individus qui changent d'assureurs.

20. Le lecteur trouvera une description détaillée des problèmes de fonctionnement du régime à la section 2.2 du Rapport d'évaluation.

21. Voir le Rapport d'évaluation, p.37.

- Dans la situation où une personne n'assume pas la totalité des contributions prévues, comme dans le cas du renouvellement hâtif d'une ordonnance ou de l'obtention d'une grande quantité de médicaments avant un départ en vacances, il pourrait être demandé à la Régie de l'assurance maladie du Québec d'ajuster la contribution en fonction de la durée normale de traitement.
- Quant au problème des personnes âgées qui, à cause d'un petit revenu additionnel, changent de classe de contributions annuelles maximales (de 200 \$ à 500 \$ ou de 500 \$ à 750 \$), les travaux en cours avec la Régie des rentes pour trouver des solutions devraient se poursuivre.

Enfin, en ce qui concerne l'appréhension des personnes malades liée au bris possible de confidentialité, principalement lorsque des factures de médicaments sont transmises directement à l'employeur ou au syndicat qui gère le régime, les réflexions se poursuivront avec les assureurs privés et la Commission d'accès à l'information du Québec sur cette question. Elles compléteraient ainsi le rappel effectué récemment par la commission aux employeurs qui gèrent eux-mêmes le régime collectif, quant à leurs devoirs concernant la protection des renseignements personnels.

CONCLUSION

La loi a prévu l'obligation de revoir le Régime général d'assurance médicaments à la fin de sa troisième année d'application de façon à procéder aux changements nécessaires, le cas échéant. À la suite de l'évaluation du régime, publiée en décembre 1999, les problèmes mis en évidence ont confirmé la nécessité de procéder à une révision du régime. Outre les problèmes de fonctionnement qui ont été notés pendant l'évaluation, mais qui ne représentent pas une menace réelle pour le régime, deux enjeux majeurs ressortent comme étant incontournables si l'on veut préserver les acquis et assurer sa viabilité à long terme. Ce sont la maîtrise des coûts des médicaments et le financement.

La maîtrise des coûts a d'abord été étudiée sous l'angle de la révision des politiques de prix. Deux mesures pourraient être considérées : 1) la révision de la « règle du 15 ans » de façon à ce que le prix le plus bas s'applique dès qu'une version générique du médicament est disponible; 2) l'instauration d'un prix de référence qui consisterait à rembourser le prix du produit dont le rapport coût-efficacité est le meilleur lorsqu'un ensemble de médicaments sont considérés équivalents du point de vue thérapeutique, ou à établir un prix maximum remboursable pour certains médicaments.

À plus long terme, la maîtrise des coûts serait aussi recherchée dans un souci d'optimisation du processus de décisions de couverture et d'utilisation optimale des médicaments. Cette piste demanderait l'élargissement du rôle et le renforcement des moyens des comités d'experts existants. Le Conseil consultatif de pharmacologie et le Comité de revue de l'utilisation des médicaments pourraient être intégrés au sein d'un Conseil consultatif du médicament qui aurait pour mandat de recommander à la ministre les médicaments à couvrir et de veiller activement à leur utilisation optimale. Les décisions de couverture seraient faites selon un processus élargi comprenant des critères économiques précis et intégrant des valeurs sociales.

Plusieurs **pistes de financement** ont également été étudiées. Les quatre premières options s'inscrivent à l'intérieur du cadre actuel : 1) ajustement de la prime pour équilibrer le Fonds d'assurance médicaments (prime à 300 \$) ; 2) ajustement de la prime pour équilibrer le Fonds d'assurance médicaments et modification à la hausse des paramètres de contribution des usagers (prime à 300 \$, franchise à 10 \$, coassurance à 30 %, plafonds mensuels augmentés

de 20 %); 3) autofinancement du Fonds de l'assurance médicaments par les seuls adhérents (prime à 550 \$); 4) ajustement de la prime et compensation pour les personnes à faible revenu (prime uniforme à 325 \$).

Les autres options impliqueraient des changements structurels fondamentaux : 5) régime d'assurance privée pour les adhérents ; 6) régime d'assurance « catastrophe » pour les adhérents; 7) régime universel public. Quel que soit le scénario retenu, il devra permettre un ajustement annuel du financement.

Ces options permettent d'éclairer le choix à faire, sachant que la croissance attendue des coûts du programme entraînera une pression inévitable sur tous les acteurs, y compris les régimes privés, puisqu'elle n'est pas un phénomène passager.

En effet, comme l'ont souligné les experts (voir la liste à l'annexe 1) qui ont contribué au Rapport Doucet, cette pression devrait aller en s'accroissant dans les prochaines années, et ce, pour de nombreuses raisons, parmi lesquelles on peut relever : les impacts financiers du développement rapide de la recherche en biotechnologie et de l'arrivée de nouveaux médicaments de plus en plus coûteux sur le marché, les pressions constantes pour les inscrire rapidement sur la liste, les limites des ressources financières de l'État qui imposent des choix difficiles et la conciliation des intérêts économiques et des attentes du public.

Autant de raisons qui font de l'exercice de révision du Régime général d'assurance médicaments un défi de taille, puisqu'il se situe dans la recherche d'un point d'équilibre entre plusieurs perspectives. C'est cette recherche d'équilibre qui a guidé l'élaboration des pistes de révision et qui devrait également guider le débat qui s'engage.

ANNEXE 1**LES MEMBRES DU COMITÉ D'EXPERTS SUR LA RÉVISION DU PROCESSUS
DE DÉCISION POUR LA COUVERTURE DES MÉDICAMENTS**

Monsieur Hubert Doucet
Directeur des programmes de bioéthique
Faculté de médecine
Université de Montréal

Monsieur Vincent Lemieux
Professeur
Département de science politique
Université Laval

Monsieur Renaldo N. Battista, m.d.
Président
Conseil d'évaluation des technologies
de la santé

Madame Marie-Hélène Parizeau
Directrice du groupe de recherche en éthique
médicale et environnementale
Professeure
Département de philosophie
Université Laval

Monsieur Jean-Paul Collet, m.d.
Pharmaco-épidémiologiste et
pharmaco-économiste
Directeur de l'unité des essais cliniques randomisés
Centre de recherche de l'Institut Lady Davis

Monsieur Nicolas Steinmetz, m.d.
Directeur général associé
Bureau de la planification
Centre universitaire de santé McGill

Monsieur Pedro D'Orléans Juste, m.d.
Pharmacologue
Directeur du département de pharmacologie
Faculté de médecine
Université de Sherbrooke

Secrétariat du Comité :
Benoît Turmel
Agent de recherche
Régie de l'assurance maladie du Québec

Madame Lise Lamothe
Pharmacienne
Professeure
Faculté des sciences de l'administration
Université Laval

ANNEXE 2

COMPARAISON DES DÉPENSES DE L'ASSURÉ ENTRE LE RÉGIME ACTUEL ET LE RÉGIME D'ASSURANCE « CATASTROPHE »

Le tableau 1 fait la comparaison des dépenses assumées par les bénéficiaires pour différents niveaux de consommation et différents niveaux de revenus, entre la situation actuelle et la situation du régime d'assurance « catastrophe ».

Tableau A

Comparaison des dépenses de l'assuré entre le régime actuel et le régime d'assurance « catastrophe »			
Revenus	Dépenses de l'assuré avec une consommation de 500 \$	Dépenses de l'assuré avec une consommation de 2 500 \$	Dépenses de l'assuré avec une consommation de 5 000 \$
Situation actuelle			
10 000 \$	200 \$	700 \$	750 \$
30 000 \$	200 \$	700 \$	750 \$
50 000 \$	200 \$	700 \$	750 \$
Scénario assurance « catastrophe »			
10 000 \$	400 \$	400 \$	400 \$
30 000 \$	500 \$	1200 \$	1200 \$
50 000 \$	500 \$	2000 \$	2000 \$

ANNEXE 3

ESTIMATION DES DÉPENSES DE MÉDICAMENTS PRESCRITS AU QUÉBEC
2000-2001

Population couverte	Population 2000 (estimations)	Nombre d'adultes	Dépenses brutes \$	Contribution des usagers \$	Dépenses nettes à financer \$	Dépense moyenne par adulte \$
Secteur public						
Prestataires d'assistance-emploi et personnes âgées	1 624 684	1 401 684	1 334 900 000	271 000 000	1 063 900 000	759
Adhérents	1 535 897	1 093 420	459 700 000	116 700 000	343 000 000	314
Secteur privé						
Régimes privés	4 142 960	2 909 100	1 100 000 000	223 300 000	876 700 000*	301
TOTAL	7 303 541	5 404 204	2 894 600 000	611 000 000	2 283 600 000	423

* Estimations du MSSS à partir des données de l'industrie

Note : Une partie des dépenses nettes reliées aux régimes privés est payée par les employeurs

Sources : MSSS, RAMQ, Rapport Castonguay, Industrie de l'assurance

ANNEXE 4
TABLEAUX RÉCAPITULATIFS

Tableau A
Comparaison des primes, revenus de prime et affectation des primes par rapport à la situation actuelle

		Situation actuelle	Scénario 1 (\$)	Scénario 2 (hausse des paramètres)	Scénario 3 (\$)	Scénario 4 (\$)	Scénario 5 (privé / adhérents)	Scénario 6 ²² (« catastrophe » / adhérents)	Scénario 7 (universel public)
PAE ²³	Prime maximale	0	0	0	0	0	0	0	À déterminer
	Revenus de prime (M\$)	0	0	0	0	0	0	0	
	Affectation des primes	S/O	S/O	S/O	S/O	S/O	S/O	S/O	
PA ²⁴	Prime maximale	175 \$	300 \$	275 \$	550 \$	325 \$	350 \$	225 \$	À déterminer
	Revenus de prime	90,6 M\$	133,8 M\$	125,8 M\$	204,8 M\$	149 M\$	156 M\$	115 M\$	
	Affectation des primes	FAM ²⁵	FAM	FAM	Programme des PAE et des PA	Programme des PAE et des PA	Programme des PAE et des PA	Programme des PAE et des PA	
Adhérents	Prime maximale	175 \$	300 \$	275 \$	550 \$	325 \$	350 \$	225 \$	
	Revenus de prime	141,8 M\$	209,2 M\$	196,7 M\$	343 M\$	238 M\$	S/O	184,3 M\$	
	Affectation des primes	FAM	FAM	FAM	FAM	FAM	Assureurs privés	Assurance « catastrophe » (FAM)	FAM

²² Sur la base d'une franchise de 4 %

²³ PAE : prestataires d'assistance-emploi

²⁴ PA : personnes âgées de 65 ans et plus

²⁵ FAM : Fonds de l'assurance médicament

Tableau B
Situation financière 2000-2001

		Situation actuelle	Scénario 1	Scénario 2 (hausse des paramètres)	Scénario 3	Scénario 4	Scénario 5 (privé / adhérents)	Scénario 6 (« catastrophe » / adhérents)	Scénario 7 (universel public)
Prime maximale (PA et adhérents)		175 \$	300 \$	275 \$	550 \$	325 \$	350 \$	225 \$	
Programme de médicaments des PAE et PA (Fonds consolidé)	Coûts nets	1063,9 M\$	1063,9 M\$	1013,5 M\$	1063,9 M\$	1063,9 M\$	1063,9 M\$	1063,9 M\$	1063,9 M\$
	Revenus de prime des PA	0 M\$	0 M\$	0 M\$	204,8 M\$	149 M\$	156 M\$	115 M\$	À déterminer
	Coûts après revenus de prime	1063,9\$	1063,9 M\$	1013,5 M\$	859,1 M\$	914,9 M\$	907,9 M\$	948,9 M\$	
Fonds de l'assurance médicaments (FAM) Adhérents	Coûts nets	343 M\$	343 M\$	322,5 M\$	343 M\$	343 M\$	S/O	184,3 M\$ ²⁶	343 M\$
	Revenus de prime PA	90,6 M\$	133,8 M\$	125,8 M\$	0 M\$	0 M\$	S/O	0 M\$	À déterminer
	Adhérents	141,8 M\$	209,2 M\$	196,7 M\$	343 M\$	238 M\$		184,3 M\$	
	Total	232,4 M\$	343,0 M\$	322,5 M\$	343 M\$	238 M\$		184,3 M\$ ²	
Équilibre ou (déficit)	(110,6 M\$)	0 M\$	0 M\$	0 M\$	(105,0 M\$) ²⁷		0 M\$		
Aide financière additionnelle provenant du Fonds consolidé						105 M\$ ¹	226 M\$		

²⁶ Sur la base d'une franchise de 4 %.

²⁷ Le dépassement de 105 M\$ du FAM est financé par une contribution équivalente provenant du Fonds consolidé ou par une mesure fiscale.

