



**MÉMOIRE PRÉSENTÉ À LA
COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES
CONCERNANT LE RAPPORT SUR L'ÉVALUATION
DU RÉGIME GÉNÉRAL D'ASSURANCE MÉDICAMENTS**

Février 2000

CONSEIL DU PATRONAT DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES CONCERNANT LE RAPPORT SUR L'ÉVALUATION DU RÉGIME GÉNÉRAL D'ASSURANCE MÉDICAMENTS

Février 2000

Introduction

Le Conseil du Patronat du Québec (C.P.Q.) remercie la Commission des affaires sociales de lui donner l'occasion d'exprimer son point de vue sur les pistes de révision du régime général d'assurance médicaments suggérées par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Dans ses commentaires sur le projet de loi 33, *Loi sur l'assurance médicaments*, présentés devant cette même commission en mai 1996, le C.P.Q. avait accueilli favorablement l'objectif de base du projet d'assurance médicaments proposé par le comité d'experts, présidé par monsieur Claude Castonguay, puisque la qualité des soins et l'intérêt des patients étaient au coeur des recommandations proposées.

Le gouvernement a finalement institué le régime d'assurance médicaments en juin 1996 offrant une couverture universelle qui garantit une protection de base à tous les citoyens à partir du 1^{er} janvier

1997. C'est un régime mixte, public/privé. Cependant, nous avons mis en doute l'incidence financière réelle du régime pour l'État.

Il n'est donc pas étonnant de constater que trois ans après la mise en oeuvre du régime d'assurance médicaments, la croissance rapide des coûts pose la question du financement du régime et sa viabilité à long terme.

Nos commentaires porteront donc, pour l'essentiel, sur l'évaluation du régime et les scénarios de financement proposés pour fins de discussion par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Évaluation du régime mis en place en 1996

De façon générale, le régime d'assurance médicaments mis en oeuvre il y a trois ans a atteint la plupart de ses objectifs.

Au chapitre de l'accessibilité, le régime public a permis à 1,5 million de personnes d'adhérer au programme d'assurance médicaments administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), offrant à la plus grande partie d'entre elles une protection qu'elles n'avaient pas avant 1997. Le régime public couvre donc un peu plus de 3 millions de gens si on y inclut les prestataires d'assistance-emploi (705 000) et les personnes âgées de 65 ans et plus (850 000).

Il est tout de même remarquable de constater que tous les citoyens du Québec bénéficient d'une couverture de leurs dépenses de médicaments puisque 4,5 millions d'entre eux sont couverts par des polices d'assurance collectives privées. À ce titre, l'évaluation du ministère de la Santé et des Services sociaux affirme que le partage public/privé du régime fonctionne bien. Les assureurs

privés collaborent au bon fonctionnement du régime et la mise en place d'un système de mutualisation des dépenses de médicaments garantit aux régimes collectifs qui ont peu de participants une couverture satisfaisante sans avoir à encourir des primes plus onéreuses.

Là où le bât blesse, c'est que l'établissement de la contribution des clientèles assurées auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec, telle qu'établie en 1996, n'est pas en mesure d'assurer l'autofinancement du régime.

CONTRIBUTION DES CLIENTÈLES ASSURÉES AUPRÈS DE LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC

Clientèle	Franchise mensuelle	Coassurance	Limite de contribution mensuelle	Prime
Enfants et étudiants de 18 à 25 ans à temps plein	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$
Prestataires* avec contraintes sévères à l'emploi	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$
Prestataires * sans contraintes ou avec contraintes temporaires à l'emploi	8,33 \$	25 %	16,66 \$ (200 \$ annuel)	0 \$
Personnes âgées recevant le maximum du SRG	8,33 \$	25 %	16,66 \$ (200 \$ annuel)	0 \$
Personnes âgées recevant le SRG partiel	8,33 \$	25 %	41,66 \$ (500 \$ annuel)	0 \$ à 175 \$ /individu
Personnes âgées ne recevant pas de SRG	8,33 \$	25 %	62,49 \$ (750 \$ annuel)	175 \$ /individu
Adhérents	8,33	25 %	62,49 \$ (750 annuel \$)	0 \$ à 175 \$ /individu

*Prestataires d'assistance-emploi

SRG : Supplément de revenu garanti

Source : *Évaluation du régime général d'assurance médicaments*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 15 décembre 1999, p. 12.

De plus, les particularités du régime rendent le contrôle des coûts moins évident dans les régimes privés. Les assureurs n'ont aucun contrôle sur les coûts des médicaments. « Les initiatives de contrôle de coûts reposent donc presque entièrement sur le gouvernement. »^❶

Par ailleurs, une comparaison interprovinciale et internationale, entre 1985 et 1997, présentée dans l'évaluation du régime du ministère de la Santé et des Services sociaux, révèle (sur une base de dépenses per capita) que c'est au Québec que l'augmentation annuelle moyenne des dépenses a été la plus élevée (8,5 % versus 7,3 % pour la moyenne canadienne et 7,1 % pour la moyenne d'une dizaine de pays incluant les États-Unis). Nous n'avons pas d'explications précises à ce phénomène. Est-ce que nous avons un régime beaucoup plus libéral que dans la plupart des autres pays?

Bref, la croissance rapide des coûts est l'un des principaux risques qui menacent la viabilité du régime. L'évaluation du régime par le ministère de la Santé et des Services sociaux met en évidence qu'entre 1997 et 1999, les dépenses de médicaments, tant dans la partie publique que privée, ont augmenté à un rythme annuel d'environ 15 %. À cette cadence, les dépenses de médicaments doubleront en moins de cinq ans. Il est évident que l'utilisation de nouveaux médicaments, meilleurs et plus chers, prescrits par les médecins, le vieillissement de la population et d'autres facteurs comme le virage ambulatoire continueront à exercer des pressions à la hausse sur les coûts au cours des prochaines années. Il est tout aussi évident que les revenus de l'État n'augmenteront pas aussi rapidement.

❶ *Évaluation du régime général d'assurance médicaments*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 15 décembre 1999, p. 43.

Enfin, l'inflation des prix dans notre système de santé en général et les déficits prévisibles se heurtent à des contribuables de moins en moins enclins à voir augmenter leur fardeau fiscal direct ou indirect, surtout lorsqu'ils sont déjà les plus taxés en Amérique du Nord, comme se plaît à le rappeler le ministre des Finances. De sorte que le financement des dépenses de médicaments des personnes âgées et des prestataires d'assistance-emploi au moyen du Fonds consolidé a ses limites dans un contexte où le gouvernement s'est engagé à réduire l'impôt des particuliers.

Il ne reste que le recours à une plus grande contribution des usagers, que l'on nomme les adhérents, c'est-à-dire environ 1,5 million de personnes qui n'ont pas accès à un régime collectif privé d'assurance, tout en conservant une exonération totale ou partielle pour les personnes les moins nanties. Ce qui exclut la possibilité d'un régime universel privé pour les adhérents ou étatique ou d'un régime d'assurance « catastrophe ».

Un régime entièrement privatisé pour les adhérents?

Selon ce scénario, les assureurs privés couvriraient le 1,5 million d'adhérents du régime public d'assurance médicaments couverts par la RAMQ. Une aide financière du gouvernement serait prévue pour toutes les personnes à faible revenu qui seraient assurées par des assureurs privés.

Or, les dépenses de médicaments et de services pharmaceutiques pour ces « nouveaux » assurés (adhérents) sont actuellement financées par le Fonds de l'assurance médicaments, lequel doit s'autofinancer.

Par conséquent, une aide financière du gouvernement n'aiderait d'aucune façon à l'autofinancement du régime et ne ferait rien pour résoudre à terme l'inflation des dépenses

gouvernementales. En fait, il doit y avoir une démarcation entre une assurance basée sur un système de risques et de primes et des subventions financées par des crédits d'impôt.

Qui plus est, les assureurs privés auraient l'obligation d'assurer toute personne, sans égard aux risques liés à la couverture minimale, et cette obligation impliquerait également de ne pas moduler les primes en fonction des risques. Autant d'obligations qui sont, selon le C.P.Q., garantes d'un sous-financement général ou d'une augmentation inacceptable des primes payées actuellement par les personnes assurées par des régimes collectifs privés.

Un régime d'assurance médicaments entièrement étatisé?

Tout comme nous l'avons fait valoir en commission parlementaire, en 1996, nous réitérons que la nationalisation de l'assurance médicaments aurait des effets pervers majeurs non seulement pour le secteur des assureurs privés, mais pour l'économie en général.

Les assureurs qui ont contribué à mettre en place le régime public/privé actuel ont investi beaucoup de ressources pour monter des systèmes informatiques efficaces et former leurs employés. L'étatisation entraînerait donc un affaiblissement considérable de ce secteur économique important au Québec, sans compter des pertes d'emplois possibles.

Une mesure complémentaire?

Quant à la référence à une mesure complémentaire (page 38 des pistes de révision), elle demande d'être élaborée de façon beaucoup plus explicite, car cette mesure, telle qu'énoncée, ressemble beaucoup plus à un transfert des coûts actuellement assumés pour certains adhérents par le

régime public vers le régime privé, c'est-à-dire une taxe déguisée, ou à une augmentation des primes versées par les cotisants aux régimes collectifs privés, ce qui revient au même. De plus, au nom de quelle équité viendrait-on alourdir le fardeau de ces adhérents en les obligeant à participer à des régimes collectifs privés, adhérents qui seraient assujettis, par surcroît, à la taxe de vente de 9 %, plus l'impôt sur la contribution versée par leur employeur?

Le Regroupement des assureurs de personnes à charte du Québec a estimé que sur près d'un milliard de primes, l'étatisation de l'assurance médicaments générerait une perte récurrente de revenus de 479 millions de dollars pour l'État.

Comment serait financé un régime étatique? Par des contributions des employés et des employeurs? De là instaurer une autre taxe sur la masse salariale, il n'y a qu'un pas, alors que le Québec se démarque déjà, à ce titre, avec un niveau de taxes sur la masse salariale excessif, devenu une véritable taxe sur l'emploi.

Dans un tel scénario, que deviendraient les dispositions des conventions collectives advenant une augmentation des « primes » ou des « cotisations » supplémentaires que devraient nécessairement payer les employés?

Par ailleurs, comment l'État compenserait-il la perte des revenus provenant de la taxe de vente de 9 % sur toutes les primes d'assurance collective et la taxe de 2,35 % sur les revenus des primes des assureurs? Sans compter que la contribution versée par un employeur au régime collectif d'assurance maladie est considérée comme du revenu imposable pour les employés.

Bref, pour toutes ces raisons, le C.P.Q. rejette toute idée de nationalisation du régime d'assurance médicaments du Québec.

Un régime d'assurance du type « catastrophe » pour les adhérents?

Selon ce scénario, les adhérents qui sont des personnes seules et dont 30 % ont des revenus entre 10 730 \$ et 14 500 \$ pourraient payer plus de primes, allant de l'exonération jusqu'à 225 \$ par an (0 \$ à 175 \$ actuellement). Pour les personnes qui ont des revenus de plus de 14 500 \$ (48 % de toutes les personnes seules) la prime augmenterait à 225 \$.

L'augmentation de la prime par tranche de revenu pour les couples sans enfant augmenterait également : pour 27 % d'entre eux (revenus de 17 400 \$ à 24 900 \$), la prime passerait de 0 \$ à 350 \$ actuellement à 0 \$ à 450 \$, et pour ceux dont le revenu dépasse 24 900 \$ (55 %), la prime passerait de 150 \$ à 450 \$.

Étant donné que la plupart des adhérents, qu'ils soient des personnes seules ou des couples, sont des contribuables dont les revenus ne sont pas très élevés en général, le gouvernement risquerait de nouveau d'être confronté à la même problématique à laquelle il a du faire face lorsqu'on a constaté que les gens à faible revenu sous-consommaient les médicaments prescrits par leur médecin.^② Le résultat est que bon nombre de ces personnes se sont retrouvées dans les hôpitaux, ce qui a fini par coûter plus cher au gouvernement. Le gouvernement a donc apporté des corrections au régime en juin 1999 pour exonérer de toute contribution les prestataires d'assistance-emploi jugés inaptes à l'emploi. C'était donc le compromis nécessaire pour éviter une surconsommation des médicaments tout en ne mettant pas d'obstacles à l'accessibilité aux médicaments essentiels pour les moins nantis.

② D^r R. Tamblyn et al, *Rapport d'évaluation de l'impact du Régime général d'assurance médicaments*, Université Mc Gill, 1999.

Par conséquent, cette option risque encore une fois de remettre en question les mesures d'un équilibre fragile instauré l'année dernière et qu'on n'a pas encore eu le temps d'évaluer. Quant à la suggestion selon laquelle les adhérents pourraient s'assurer auprès du secteur privé pour une partie non couverte par le secteur public, cela reviendrait en fin de compte à refiler aux assureurs privés la responsabilité d'augmenter les primes de tous leurs clients pour répartir des risques non assumés actuellement.

Le C.P.Q. favorise le maintien d'un régime d'assurance médicaments public/privé

Le rapport d'évaluation le dit clairement : « Sur le plan du partage public-privé, le régime fonctionne bien. Les assureurs privés respectent les obligations créées par la loi, collaborent au bon fonctionnement du régime et sont globalement satisfaits de l'arrangement mis en place. »^③ En somme, le régime implanté en 1996 n'a fait que reconnaître officiellement, pour les adhérents au régime privé, ce que les assureurs offraient déjà pour les deux tiers de la population.

Il est clair que ce régime s'est avéré un apport majeur à une plus grande accessibilité et une meilleure équité dans la couverture de médicaments, tout en institutionnalisant des responsabilités entre les secteurs public et privé.

Il n'en demeure pas moins que le problème du financement du régime public demeure et que le dilemme efficacité-équité est difficile à résoudre pour le gouvernement, nous en convenons. Car il

③ *Évaluation du régime général d'assurance médicaments*, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 1999, p. 92.

faut reconnaître que pour le régime privé, l'augmentation rapide du prix des médicaments et de ses usagers, selon certains groupes d'âge, a fait en sorte que les primes ont été ajustées en conséquence. Cette logique de financement peut-elle être appliquée aux 3 millions de personnes assujetties au régime public?

Le gouvernement a-t-il le choix de ne pas augmenter les contributions au régime général d'assurance médicaments?

Soyons clairs : les déficits estimés au régime général d'assurance médicaments, pour l'essentiel, tirent leur origine dans l'établissement d'un système de primes et de coassurance que tous les intervenants du secteur privé, en 1996, ont jugé trop bas pour que le régime puisse s'autofinancer. Qui plus est, devant l'augmentation prévisible de l'inflation des coûts et de la quantité de nouveaux médicaments prescrits ainsi que du vieillissement de la population, il aurait fallu établir non seulement des primes de base plus élevées et indexées à la composante des coûts de soins de santé de l'IPC, mais des révisions annuelles. C'est la seule façon d'établir la viabilité du régime public. Car dans le cas contraire, le financement adéquat du régime public pourrait être compromis advenant, par exemple, une récession par l'augmentation du nombre de chômeurs et de prestataires de la Sécurité du revenu.

Par conséquent, les contributions au régime général devront augmenter en fonction de l'évolution des clientèles, de l'augmentation de l'utilisation et de l'introduction de nouveaux médicaments sur le marché, tout en assurant la plus grande équité possible du système.

Quel scénario choisir?

Le scénario 2, proposé par le ministère de la Santé et des Services sociaux, nous semble-t-il, est celui qui, tout en rétablissant l'équilibre du Fonds de l'assurance médicaments en 2000-2001, conserve le mécanisme d'exemption totale ou partielle pour les moins nantis, sans augmentations excessives pour les adhérents, et donc prévient, on l'espère, la sous-consommation de médicaments essentiels.

Ce scénario combine un ajustement de la prime de 100 \$, au maximum, pour les personnes seules qui ont un revenu de plus de 15 300 \$, pour une prime maximale totale de 275 \$. Pour les couples sans enfant, il s'agit d'une augmentation de 200 \$ pour une prime maximale de 550 \$. En même temps, toujours selon ce scénario, la franchise mensuelle passerait de 8,33 \$ à 10 \$; la coassurance augmenterait de 25 % à 30 % et les plafonds mensuels seraient augmentés de 20 %.

Dans le cas des personnes seules aussi bien que des couples sans enfant, au total, moins de 50 % des personnes devraient payer les primes maximales selon les estimations du ministère. Ce régime pourrait s'autofinancer si, comme nous l'avons suggéré précédemment, le financement était réévalué tous les ans pour tenir compte de l'augmentation des dépenses et indexé à l'augmentation des prix.

Conclusion

Il est impératif, tant pour le régime public que pour le régime privé, de maîtriser le plus possible les coûts dans une perspective de couverture universelle. S'étant assuré que l'accessibilité à une couverture d'assurance médicaments soit offerte à tous les citoyens, un financement adéquat est nécessaire pour assurer la pérennité des régimes.

Pour le C.P.Q., le recours à des changements structurels fondamentaux tels que la privatisation ou l'étatisation complète du régime ne sont pas la réponse aux problèmes de financement du régime public.

Le scénario que nous avons privilégié entraîne des pressions financières accrues que nous ne jugeons pas excessives sur certains cotisants au régime public, tout en préservant l'exonération totale ou partielle des moins nantis, comme c'est le cas actuellement. Procéder autrement entraînerait des déficits chroniques qui mettraient en péril la viabilité du régime public ou qui viendraient alourdir le fardeau fiscal des contribuables, une alternative inacceptable.

Des révisions annuelles seront nécessaires pour faire face aux augmentations prévisibles des coûts, des augmentations que la population tolérera dans la mesure où elle sera bien informée et que l'inflation des contributions ne sera pas excessive.

Par ailleurs, au-delà de la mise en oeuvre d'un plan de redressement pour atteindre l'autofinancement du Fonds de l'assurance médicaments, des mesures pour une consommation rationnelle de médicaments doivent également être promues. À ce titre, il faut décourager la surconsommation entretenue par un système qui permet aux patients d'obtenir des ordonnances d'autant de médecins qu'ils le désirent. Un programme de sensibilisation des professionnels de la santé à ce problème serait un pas dans la bonne direction.