

Mémoire de l'Office des personnes handicapées du Québec présenté dans le cadre de la consultation générale concernant le rapport sur l'évaluation du régime d'assurance médicaments

DRECN - 1075

REDACTION

Suzanne Doré
Direction de la recherche, de l'évaluation
et de la coordination nationale

LE

11 février 2000

MISE EN PAGE

Jocelyne Bisson

APPROBATION

Norbert Rodrigue
Président-directeur général

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
LES FONDEMENTS DU RÉGIME : AMÉLIORER LA SANTÉ ET PRÉVENIR LES LIMITATIONS FONCTIONNELLES	2
ASSURER LA LÉGITIMITÉ DU RÉGIME QUÉBÉCOIS D'ASSURANCE MÉDICAMENTS : QUELQUES CONDITIONS	3
LES DIFFICULTÉS ASSOCIÉES AU RÉGIME : QUELQUES MODIFICATIONS POUR ÉVITER LES CONSÉQUENCES NÉGATIVES SUR LA SANTÉ DES PERSONNES VULNÉRABLES	3
MODIFICATIONS PROPOSÉES QUANT AUX CARACTÉRISTIQUES DE CONTRIBUTION	5
L'AUGMENTATION DES COÛTS DU RÉGIME : BIEN CONNAÎTRE LA SITUATION	6
LES SOLUTIONS POUR MAÎTRISER L'AUGMENTATION DES COÛTS DES MÉDICAMENTS.....	7
LE FINANCEMENT DU RÉGIME : UNE QUESTION D'ÉQUILIBRE.....	8
CONCLUSION.....	12

INTRODUCTION

La consultation générale sur le rapport d'évaluation du régime d'assurance médicaments nous offre l'occasion de réitérer notre appui à ce régime. Les réflexions et propositions présentées dans ce mémoire visent essentiellement à renforcer sa légitimité. À notre point de vue, ces considérations sur la légitimité sociale du régime sont tout aussi essentielles à sa survie que celles portant sur sa viabilité financière. C'est pour cette raison que notre contribution portera plus spécifiquement sur les conditions pouvant favoriser cette légitimité.

Les fondements du régime : améliorer la santé et prévenir les limitations fonctionnelles

L'Office des personnes handicapées a toujours fait la promotion de la compensation des frais reliés aux médicaments. Dès 1985, la Politique d'ensemble À part... égale formulait une recommandation en ce sens, soit celle « d'assurer la couverture universelle des frais de traitement des déficiences, y compris la médication visant à compenser une déficience significative et persistante »¹. Une couverture adéquate des frais relatifs aux médicaments permet non seulement aux personnes vulnérables de se soigner à coût abordable mais elle comporte également des avantages significatifs pour la santé et le maintien de l'autonomie fonctionnelle des personnes confrontées avec des problèmes de santé, qu'ils soient aigus ou chroniques. Les répercussions de la non-observance des traitements médicamenteux (hospitalisations, visites à l'urgence, visites médicales, etc.) sont bien documentées, notamment dans les études commandées à l'occasion de cette évaluation. À plus long terme, on peut également s'attendre à des effets sur l'autonomie fonctionnelle des personnes et par là sur les services requis pour compenser les incapacités. D'un point de vue économique, les problèmes associés à une consommation inadéquate de médicaments peuvent donc se traduire, à court et à long terme, en frais supplémentaires pour le réseau québécois de la santé.

Pour l'Office des personnes handicapées du Québec, l'instauration du régime d'assurance médicaments a permis d'améliorer sensiblement la situation des personnes qui ne bénéficiaient d'aucune protection à cet égard. Les personnes handicapées ont également profité d'un autre avantage significatif de l'instauration du régime public, soit d'avoir accès aux protections d'assurance-médicaments. Les régimes privés avaient tendance, auparavant, à exclure les personnes handicapées de la protection sous le motif qu'elles représentaient un risque plus élevé.

Les ajustements consentis depuis l'instauration du régime ont également permis d'améliorer sensiblement le régime et de réduire certaines barrières financières. La

¹ OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC. *À part... égale, l'intégration sociale des personnes handicapées : un défi pour tous*, Drummondville, 1984, p. 82.

mensualisation des contributions et la gratuité accordée récemment aux prestataires de la sécurité du revenu ayant des contraintes sévères à l'emploi en sont les exemples les plus frappants.

Assurer la légitimité du régime québécois d'assurance médicaments : quelques conditions

Les gains obtenus du point de vue de la santé de la population représentent l'un des principaux points d'ancrage de la légitimité du régime d'assurance médicaments québécois. Celui-ci se fonde également sur les grands principes ayant prévalu à son instauration, soit l'universalité, l'accessibilité et l'équité. D'un point de vue plus pratique, on peut aussi supposer que la légitimité du régime dépend, pour bon nombre d'adhérents, d'un certain calcul « avantage/coût », ou dit plus simplement, d'une évaluation d'en « avoir suffisamment pour son argent ». L'acceptabilité de l'effort financier demandé aux adhérents pour contribuer au régime est, à notre avis, un point particulièrement sensible du soutien au régime. Là encore, les études de perception du régime rapportées dans le rapport d'évaluation tendent à soutenir ce point de vue.

Les difficultés associées au régime : quelques modifications pour éviter les conséquences négatives sur la santé des personnes vulnérables

Le rapport d'évaluation du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) fait un portrait exhaustif des problèmes liés à la mise en place du régime général d'assurance médicaments. À la lecture attentive du rapport ainsi qu'à celle de l'étude menée par Tamblyn et al., on peut toutefois se questionner sur les conclusions tirées à la fin du rapport. À notre avis, l'étude de Tamblyn et al. démontre d'une façon très nette l'importance de bien évaluer le point d'équilibre à partir duquel l'effort financier demandé à des personnes à faible revenu devant consommer de façon régulière des médicaments essentiels à la santé est rompu et conduit à des événements indésirables. Ces événements entraînent des conséquences majeures au niveau de la santé mais

elles induisent également une consommation inappropriée de services médicaux plus lourds.

On peut se demander, à cet effet, si les ajustements apportés à ce jour au régime sont suffisants et si le régime couvre adéquatement toutes les clientèles vulnérables. Selon notre point de vue, les personnes vulnérables (notamment celles qui consomment de façon régulière des médicaments essentiels à la santé) devraient, à revenu familial équivalent, pouvoir bénéficier de conditions semblables en ce qui concerne l'accès au régime. C'est ainsi que les personnes vulnérables identifiées dans l'étude de Tamblyn et al. le sont selon des caractéristiques de consommation (consommation de médicaments coûteux, de médicaments essentiels ainsi que de médicaments associés à la santé mentale ou à certaines maladies chroniques –maladies cardiaques, asthme, risque d'embolie, épilepsie, diabète) qui ne correspondent pas nécessairement aux critères d'attribution de l'allocation supplémentaire pour contraintes sévères à l'emploi. En réintroduisant la gratuité pour les personnes ayant des contraintes sévères à l'emploi, le gouvernement a fait un pas important pour éviter les conséquences négatives relevées dans le rapport de Tamblyn et al. Toutefois, des mesures supplémentaires devraient être prises pour offrir la gratuité à toutes les personnes qui consomment sur une base régulière des médicaments essentiels, même si celles-ci ne peuvent se qualifier à l'ensemble des critères donnant accès à l'allocation pour contraintes sévères à l'emploi.

Un autre groupe d'individus partage sensiblement la situation des personnes ayant des contraintes sévères à l'emploi. Il s'agit des bénéficiaires à faible revenu de la rente d'invalidité du régime des rentes du Québec. Selon le dernier rapport annuel de la Régie des rentes du Québec, la rente individuelle d'invalidité était en moyenne de 739 \$ par mois pour les hommes et de 651 \$ par mois pour les femmes. La rente d'invalidité étant accordée sur une base individuelle, ce ne sont donc pas toutes les personnes de ce groupe qui se retrouvent dans une situation de grande vulnérabilité. Toutefois, à revenu familial identique, les personnes « invalides » au sens de la Régie des rentes du Québec ne bénéficient actuellement d'aucun ajustement de contribution. Cette situation mériterait qu'on y accorde une attention particulière, étant donné son impact potentiel sur la santé des personnes et l'induction d'une consommation inappropriée des services de santé. Des procédures semblables à celles établies pour les personnes de 60 à 64 ans qui bénéficient d'une allocation de conjoint ou de veuf de la sécurité de la vieillesse pourraient être mises en place pour les personnes pouvant se qualifier au carnet de

réclamation. Les autres bénéficiaires de la rente d'invalidité pourraient être traités comme les personnes âgées, selon leur niveau de revenu familial.

Modifications proposées quant aux caractéristiques de contribution

- ◆ Considérant les effets négatifs sur la santé et l'autonomie fonctionnelle des personnes à faible revenu qui consomment régulièrement des médicaments essentiels ;
- ◆ Considérant qu'à revenu familial égal, les personnes vulnérables devraient bénéficier des mêmes conditions de contribution ;

Nous recommandons :

- ◆ Que le ministère de la Solidarité sociale et la Régie de l'assurance-maladie du Québec conviennent d'une procédure d'identification des personnes vulnérables prestataires de l'assistance-emploi qui pourraient bénéficier de la gratuité des médicaments, même si elles ne peuvent se qualifier à l'ensemble des critères requis pour recevoir l'allocation pour contraintes sévères à l'emploi ;
- ◆ Que les bénéficiaires de la rente d'invalidité soient traités de la même façon que les personnes âgées et, qu'en conséquence, elles puissent bénéficier des mêmes conditions de contribution que celles-ci, selon leur niveau de revenu familial ;
- ◆ Que les bénéficiaires de la rente d'invalidité dont la situation financière est équivalente à celle des bénéficiaires de la sécurité du revenu ayant des contraintes sévères à l'emploi bénéficient de la gratuité des médicaments.

L'augmentation des coûts du régime : bien connaître la situation

Le rapport d'évaluation fait état d'une augmentation importante des coûts du régime. Selon les données présentées, celui-ci connaîtrait une progression de 15 % par année. Certains facteurs sont invoqués pour expliquer cette augmentation, dont le principal est sans contredit une « dynamique de croissance mondiale » qui « prend la forme de l'apparition de nouvelles thérapies qui changent les façons de faire et qui, à l'intérieur du programme de médicaments, sont généralement plus coûteuses que les anciennes approches médicamenteuses » (Rapport d'évaluation, p. 66).

Sur la base de cette analyse, diverses solutions sont présentées dans le document *Les pistes de révision du régime général d'assurance médicaments*. Notre première remarque au sujet de cette analyse de l'augmentation des coûts en est une de prudence. Premièrement, les données sur lesquelles se base l'estimation de l'augmentation des coûts portent sur une période très courte (1997-1999), période durant laquelle divers ajustements ont dû être apportés en raison de l'implantation du régime.

De plus, bien que la dynamique de croissance soit mondiale, il n'en demeure pas moins que certains facteurs de croissance demeurent difficiles à expliquer. On remarque, en effet, chez les personnes qui bénéficiaient de la gratuité des médicaments avant l'instauration du nouveau régime, une augmentation brusque du nombre de prescriptions par participant entre 1997 et 1999 (près de 10 % pour les personnes âgées et les personnes bénéficiant de la sécurité du revenu) alors qu'auparavant l'augmentation moyenne était de 2 %. Les tendances structurelles de croissance peuvent difficilement expliquer ce changement subi. De même, on ne peut les attribuer à la levée des barrières financières puisque ces personnes bénéficiaient de la gratuité avant l'instauration du régime. Comment peut-on alors expliquer ce phénomène ? Quels autres facteurs pourraient l'expliquer ? Se peut-il qu'à la suite du virage ambulatoire, l'on soit en présence d'un déplacement des dépenses de médicaments du secteur hospitalier au

régime d'assurance ? Cette augmentation du nombre de prescriptions va-t-elle se maintenir au cours des prochaines années, au même rythme ?

Une mesure plus précise des tendances d'augmentation et une meilleure connaissance des facteurs qui l'expliquent faciliteraient d'autant l'identification de solutions de révision appropriées, surtout lorsqu'il s'agit de modifier les paramètres de financement.

Les solutions pour maîtriser l'augmentation des coûts des médicaments

Les propositions de contrôle des coûts des médicaments sont prometteuses, à court et à long terme. L'application d'un prix de base et d'un prix de référence sera très utile à cet égard. Notre soutien aux changements suggérés aux critères de décision pour l'inscription des médicaments sur la liste des médicaments est plus mitigé. Bien que ces changements soient intéressants, il faudra appliquer les critères coût-efficacité et impact économique avec circonspection. On risque, avec de tels critères, d'exclure de la liste des médicaments essentiels au traitement de maladies rares, touchant une minorité de personnes. La possibilité d'avoir accès à ces médicaments par la procédure « patient d'exception », s'appliquant surtout aux bénéficiaires du régime public, ne permettrait pas une solution alternative valable pour l'ensemble des personnes touchées par l'exclusion. De plus, l'analyse coût-efficacité devrait être faite dans une perspective qui aborde la notion de santé d'une façon large. On pourrait considérer ainsi, dans le cas de médicaments prescrits pour des personnes ayant des déficiences, les gains obtenus en terme de santé physique ou mentale mais également en terme d'autonomie fonctionnelle et d'intégration sociale.

Des efforts significatifs devront être faits également pour assurer l'utilisation optimale des médicaments. Des interventions rigoureuses et proactives devront être menées pour transformer les pratiques inadéquates et assurer la formation continue. À ce titre, le document sur les pistes de révision suggère d'intégrer les mandats du Conseil consultatif de pharmacologie et du Comité de revue de l'utilisation des médicaments. Bien que ces changements structurels puissent donner plus de moyens aux organismes visés, ceux-ci devront également accentuer leurs interventions, en collaboration avec les autres

intervenants et ordres professionnels impliqués, pour que les démarches de suivi et d'évaluation de l'utilisation des médicaments se traduisent en changements concrets.

Le financement du régime : une question d'équilibre

Plusieurs scénarios de financement sont présentés par le MSSS. Ceux-ci reposent sur certains choix quant à la répartition de l'effort financier entre le gouvernement (financement public) et les contributions des personnes âgées et des adhérents du régime public (financement privé). Actuellement, les revenus de primes des personnes âgées et des autres adhérents du régime public sont affectés au Fonds de l'assurance médicaments. Ce fonds devait s'autofinancer mais il ne réussit plus à atteindre cet objectif, en raison de l'augmentation des coûts. Le Fonds consolidé finance pour sa part le programme de médicaments des personnes âgées et des prestataires de l'assistance-emploi.

Partant du fait que l'augmentation des coûts du régime sera supérieure à l'augmentation des revenus du gouvernement, on en déduit qu'une bonne part de la croissance des coûts devra être assumée par les personnes âgées et les adhérents du régime. L'ampleur de cette part de financement « privé » varie selon les scénarios. Pour certains, l'augmentation des contributions des adhérents et des personnes âgées servira également à réduire la croissance de la part de financement assumée actuellement par le Fonds consolidé. Pour d'autres, les compensations accordées aux personnes et familles à faible revenu seraient assumées par des mesures fiscales ou le Fonds consolidé plutôt que par les contributions des adhérents.

On propose donc des augmentations de prime, se situant entre 125 \$ et 375 \$ par année pour couvrir la croissance des coûts, du moins pour l'année 2000-2001. Le document est muet quant aux augmentations de primes qui devraient être assumées dans les prochaines années pour assumer le financement à long terme du régime.

Deux scénarios proposent, en plus des augmentations de primes, des changements aux « services » offerts en réduisant la part de remboursement assumée par le régime. Le scénario 2 augmente donc la franchise, la coassurance et les contributions maximales

pour chaque type de clientèle. Le scénario 6 (scénario « catastrophe ») ne rembourserait, pour sa part, que les frais excessifs des assurés (par exemple, pour un revenu de 25 000 \$, le régime commencerait à rembourser les frais qu'à partir de 1000 \$ de dépenses).

Enfin, mentionnons que des changements aux caractéristiques fondamentales du régime sont également présentés. Un modèle d'assurance privé est analysé alors qu'un modèle d'assurance publique pour tous est présenté très succinctement.

À notre avis, tous les scénarios présentés, à l'exception du scénario d'assurance publique qui est à peine esquissé, mettent en cause la légitimité du régime et par là son acceptabilité sociale. L'augmentation importante des primes, assumées entièrement par des personnes et des familles à revenus modestes, risque de provoquer un rejet du régime. Avant même d'avoir reçu le moindre service, les gens devront consacrer un effort financier important, relativement à leur revenu. Le maximum de la prime est atteint, dans la majorité des scénarios, à un niveau de revenu de 15 000 \$. Les personnes qui gagnent entre 10 000 \$ et 15 000 \$ par année ne sont pas celles qui ont les meilleures perspectives d'augmentation de revenu pour les prochaines années. Mentionnons à ce titre que la très grande majorité des personnes ayant des incapacités ont des revenus inférieurs à 15 000 \$. En effet, alors que 30 % des personnes handicapées vivent sous le faible seuil de revenu, près de 70 % d'entre elles ont des revenus de moins de 15 000 \$². Penser financer, à long terme, une grande part de la croissance des coûts des médicaments par cette population est donc, à notre avis, un scénario très risqué quant à la survie du régime.

Les scénarios qui proposent des modifications aux paramètres actuels du régime (franchise, coassurance et contributions maximales) risquent, pour leur part, de provoquer des effets indésirables sur la santé des personnes ainsi qu'une consommation inappropriée de services de santé (visites à l'urgence, hospitalisations, visites médicales, etc.), tel que cela fut démontré dans l'étude de Tamblyn et al.

² OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC. *Le Québec et l'intégration sociale des personnes handicapées : état de situation multisectoriel*. Décembre 1998, Drummondville, 15 décembre 1998, 440 p.

De fait, les postulats à l'origine des différents scénarios sont questionnables. Premièrement, le raisonnement appliqué aux revenus du gouvernement peut également être appliqué aux adhérents. Si les revenus du gouvernement ne peuvent suivre l'augmentation des coûts du régime, comment peut-on penser que ceux des adhérents et des personnes âgées pourront également suivre cette croissance ? On ne doit pas perdre de vue que, selon le rapport d'évaluation, les adhérents au régime public ont, en moyenne, des revenus moins élevés et une situation de santé moins bonne que les adhérents des assurances collectives du secteur privé.

Deuxièmement, l'augmentation des coûts du régime est discutée en « vase clos », sans la mettre en relation avec le financement des autres services de santé. Les médicaments prennent une place de plus en plus importante dans les thérapies modernes. On assiste à des changements dans les façons de soigner, les médicaments remplaçant de plus en plus d'autres façons de faire plus lourdes. Dans ce contexte, ne doit-on pas s'attendre à un équilibre différent entre le financement gouvernemental et le financement privé individuel ? N'est-ce pas normal dans ces circonstances que le Fonds consolidé absorbe une part du déficit du Fonds de l'assurance médicaments ? Un autre équilibre que celui présenté dans la majorité des scénarios devrait donc être recherché entre responsabilité gouvernementale et responsabilité individuelle.

S'appliquant à des tranches de revenu aussi modestes, le niveau des primes proposé est nettement trop élevé. Une solution à cet effet pourrait être d'augmenter les primes à partir des tranches de revenu supérieures à celles où le maximum de 175 \$ est atteint actuellement, en gardant à l'esprit une prime maximale « compétitive » face aux protections plus complètes offertes par les régimes collectifs d'assurance. Si on devait fixer une « indexation » des primes, celle-ci devrait suivre le niveau de l'indexation des prix ou des salaires. De plus, compte tenu des effets indésirables à prévoir en termes de santé et d'utilisation inappropriée des services de santé, aucun changement ne devrait être apporté aux paramètres actuels du régime.

Pour réduire la part assumée par le gouvernement, une autre solution d'ensemble pourrait être recherchée, soit la mise en place d'un régime entièrement public, le seul qui permettrait de répartir les risques et les contributions sur l'ensemble de la population.

Des mesures devraient être prises toutefois pour éviter des transferts de contribution des employeurs aux employés, dans le cas des régimes collectifs assumés en tout ou en partie par les employeurs.

- ◆ Considérant que les ajustements au financement du régime public d'assurance médicaments peuvent avoir des effets significatifs sur la santé des personnes couvertes de même que sur la légitimité du régime ;
- ◆ Considérant que les médicaments font partie des moyens thérapeutiques modernes et que le régime d'assurance médicaments doit être analysé en tenant compte de l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux ;
- ◆ Considérant qu'une consommation inappropriée des médicaments entraîne une consommation inadéquate des autres services de santé et, par là, des coûts supplémentaires pour ces services ;
- ◆ Considérant que les scénarios présentés font porter l'augmentation des cotisations sur une population à revenu modeste ;

Nous recommandons :

- ◆ **Qu'un nouvel équilibre soit recherché, pour le financement du régime, entre la part de financement gouvernemental et celle du financement individuel privé ;**
- ◆ **Que l'effort financier demandé aux adhérents ne dépasse pas leur capacité de payer ;**
- ◆ **Que les scénarios de financement à développer respectent les fondements et la légitimité du régime.**

CONCLUSION

L'Office des personnes handicapées du Québec a tenu à présenter, dans ce mémoire, une interprétation des données d'évaluation du régime d'assurance médicaments qui remet au centre de l'analyse sa raison d'être : la santé des citoyens. À ce titre, il est essentiel que les personnes vulnérables puissent se prévaloir, à revenu familial équivalent, de conditions de contribution semblables. Les conditions de contribution des personnes bénéficiant de la rente d'invalidité devront être modifiées en ce sens. Les difficultés de financement n'ont pas été négligées pour autant. Il nous semblait essentiel toutefois de considérer les propositions de révision, actuellement envisagées, en tenant compte de leurs impacts sur la santé des personnes les plus vulnérables mais également sur la légitimité même du système. À ce titre, certaines voies de solution envisagées doivent être développées davantage (régime public universel), d'autres doivent être révisées pour mieux tenir compte de la capacité de payer des personnes.