

NOUS POUVONS NOUS PERMETTRE UN RÉGIME PUBLIC D'ASSURANCE- MÉDICAMENTS

Impératifs et défis politiques dans la réforme de la couverture
publique des médicaments au Canada

Par **Marc-André Gagnon***, PhD

Professeur agrégé, École d'administration et de politique publique(Université Carleton)

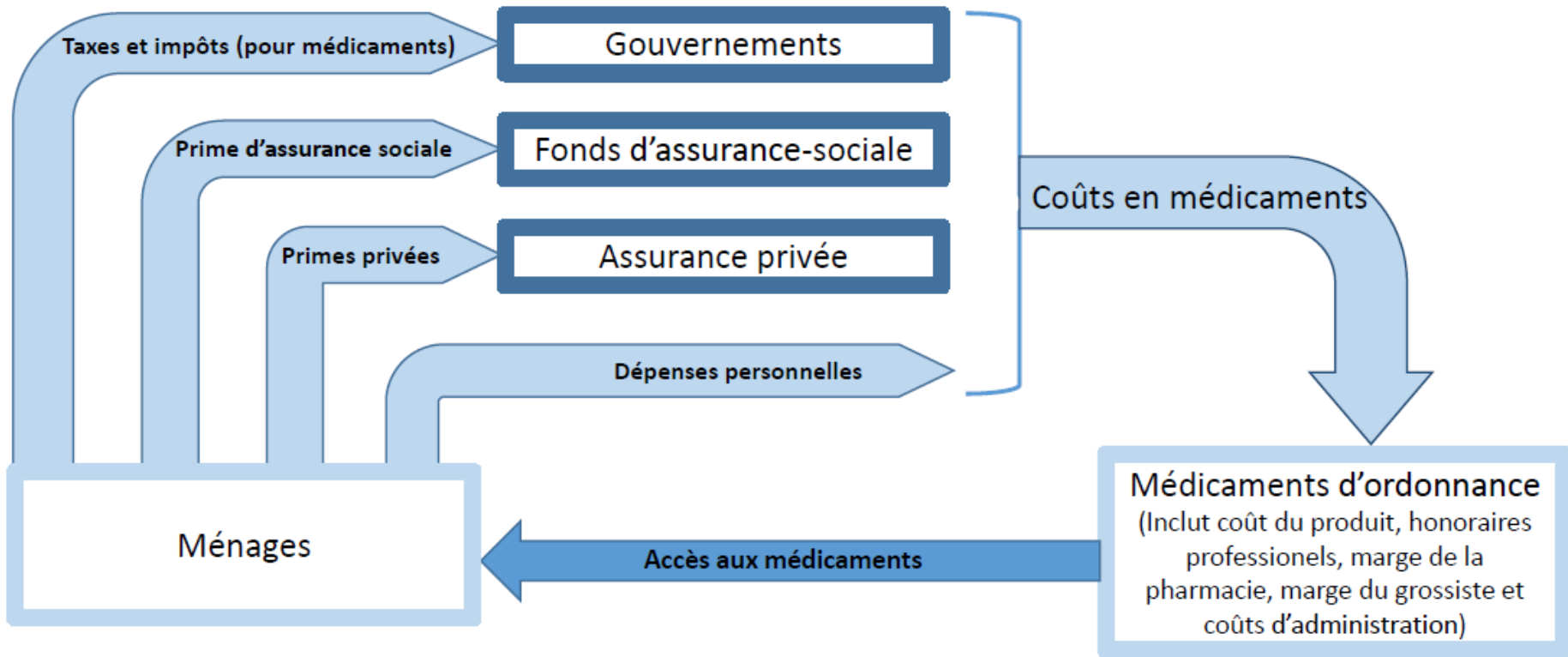
Email: ma_gagnon@carleton.ca ; Twitter: @MA_Gagnon

*Research funded by Faculty of Public Affairs (Carleton University), CIHR, Canadian Federation of Nurses' Union,
Health Canada.

Plan de la présentation

1. L'assurance-médicaments au Canada: Inefficace, inéquitable et insoutenable.
2. Coûts et Bénéfices de l'assurance-médicaments publique et universelle.
3. Comment financer un régime entièrement public
4. Stratégies de mise en place d'un régime public universel d'assurance-médicaments.

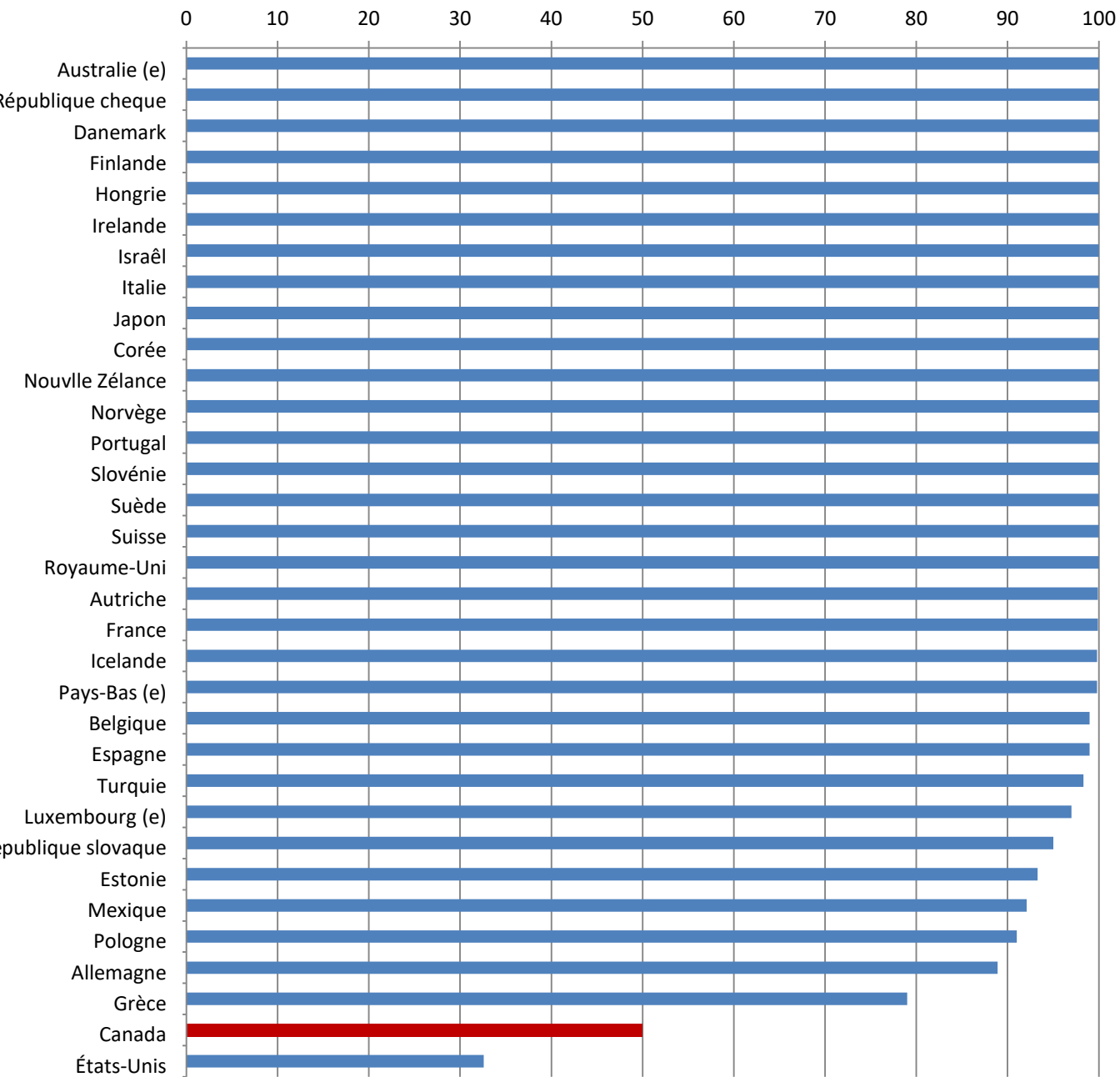
Financer pour l'accès aux médicaments



Source: Adapté de Evans 2008

Assurance-médicaments au Canada

- Fédéral (2% des dépenses): Couvre les premières nations, GRC, Militaires et vétérans
- Provincial (42% des dépenses): Couvre la population non-active (personnes âgées, assistés sociaux). Au Québec, les travailleurs sans régime privés inclus sur régime public. “Catastrophic coverage” dans plusieurs provinces.
- Régimes privés (36% des dépenses): Couvre la population active ayant accès à un tel régime, ainsi que leur famille (60% population).
- Dépenses personnelles (20% des dépenses): co-paiements, franchises ou non-accès à une couverture.



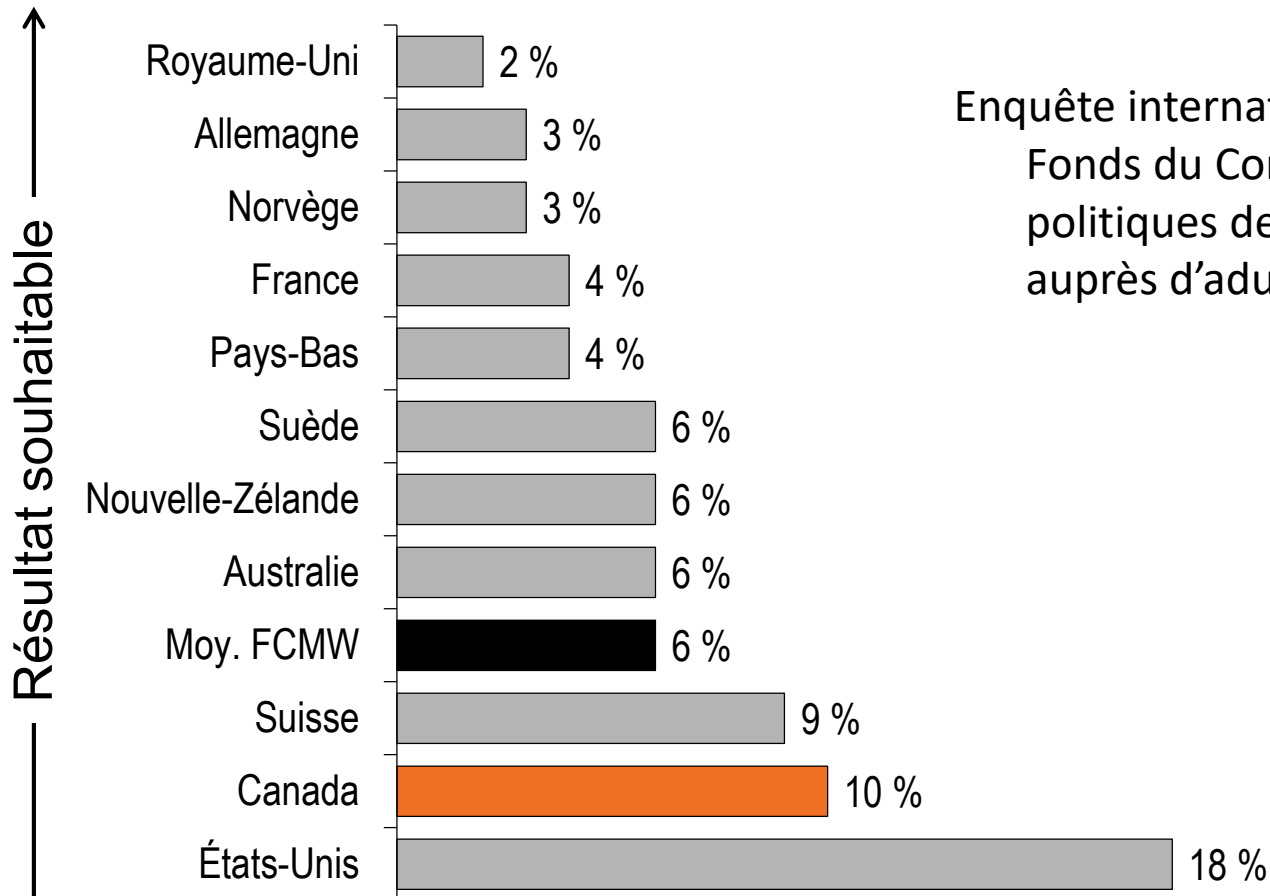
Pourcentage de la population bénéficiant d'une assurance-médicaments publique Dans tous les pays de l'OCDE (%), 2013

(e): estimé
 Source: OECD Health Data: Social Protection (Extracted from OECD iLibrary)

Ont omis d'acheter un médicament prescrit ou ont sauté des doses de leur médicament en raison des coûts au cours des 12 derniers mois



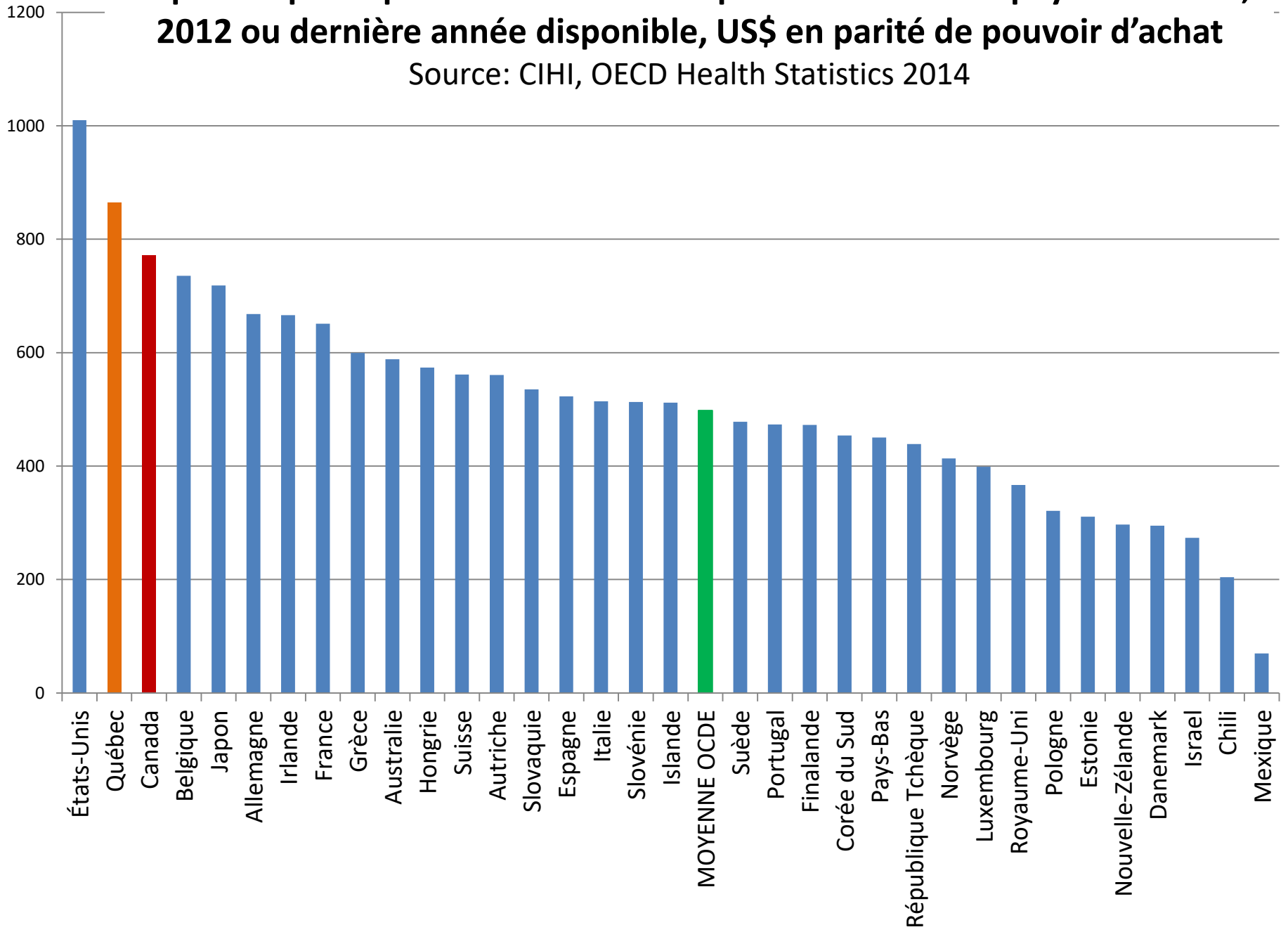
Où le Canada se situe-t-il (2016)?



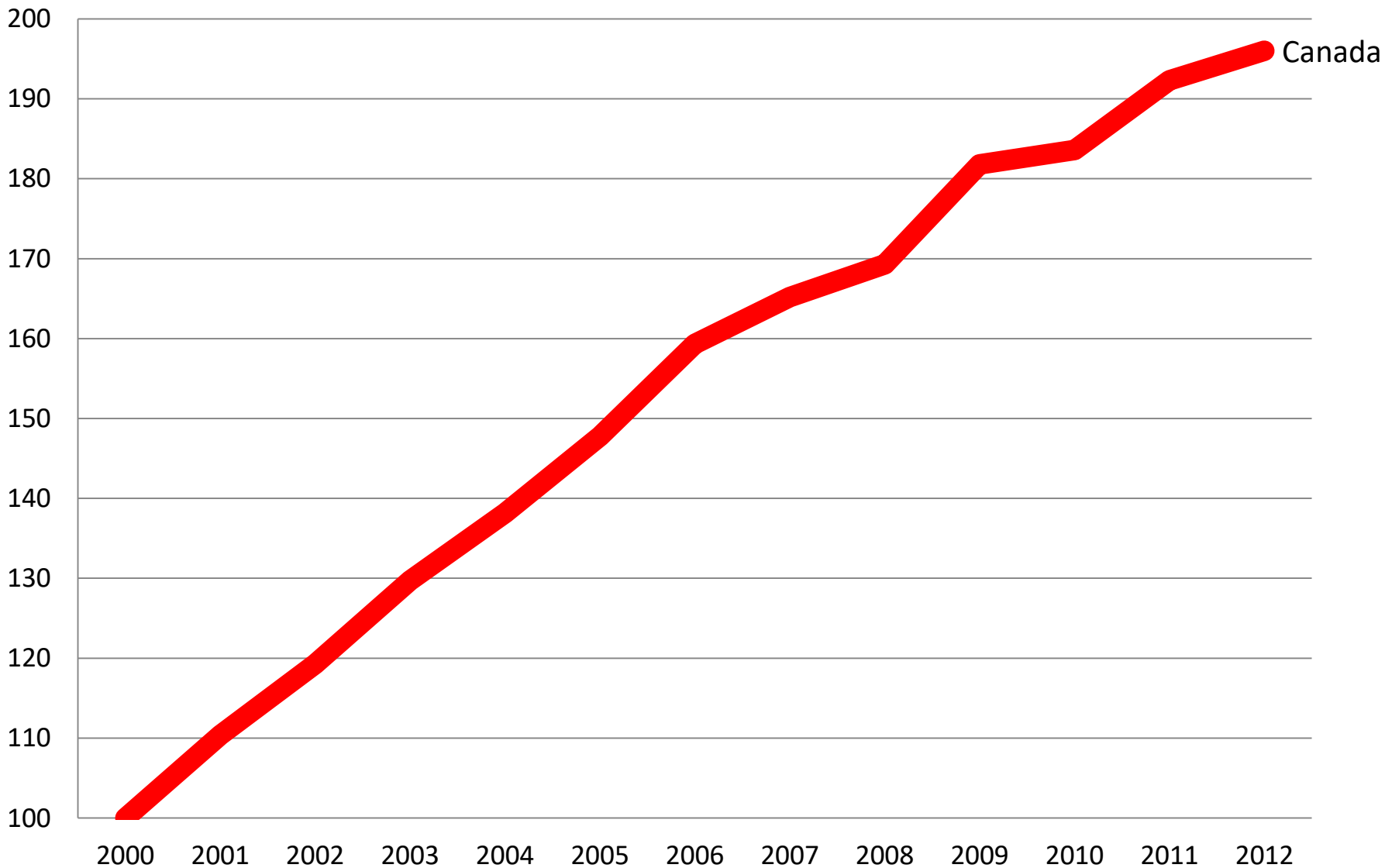
Enquête internationale de 2016 du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé réalisée auprès d'adultes de 11 pays

Dépenses per capita en médicaments pour les différents pays de l'OCDE, 2012 ou dernière année disponible, US\$ en parité de pouvoir d'achat

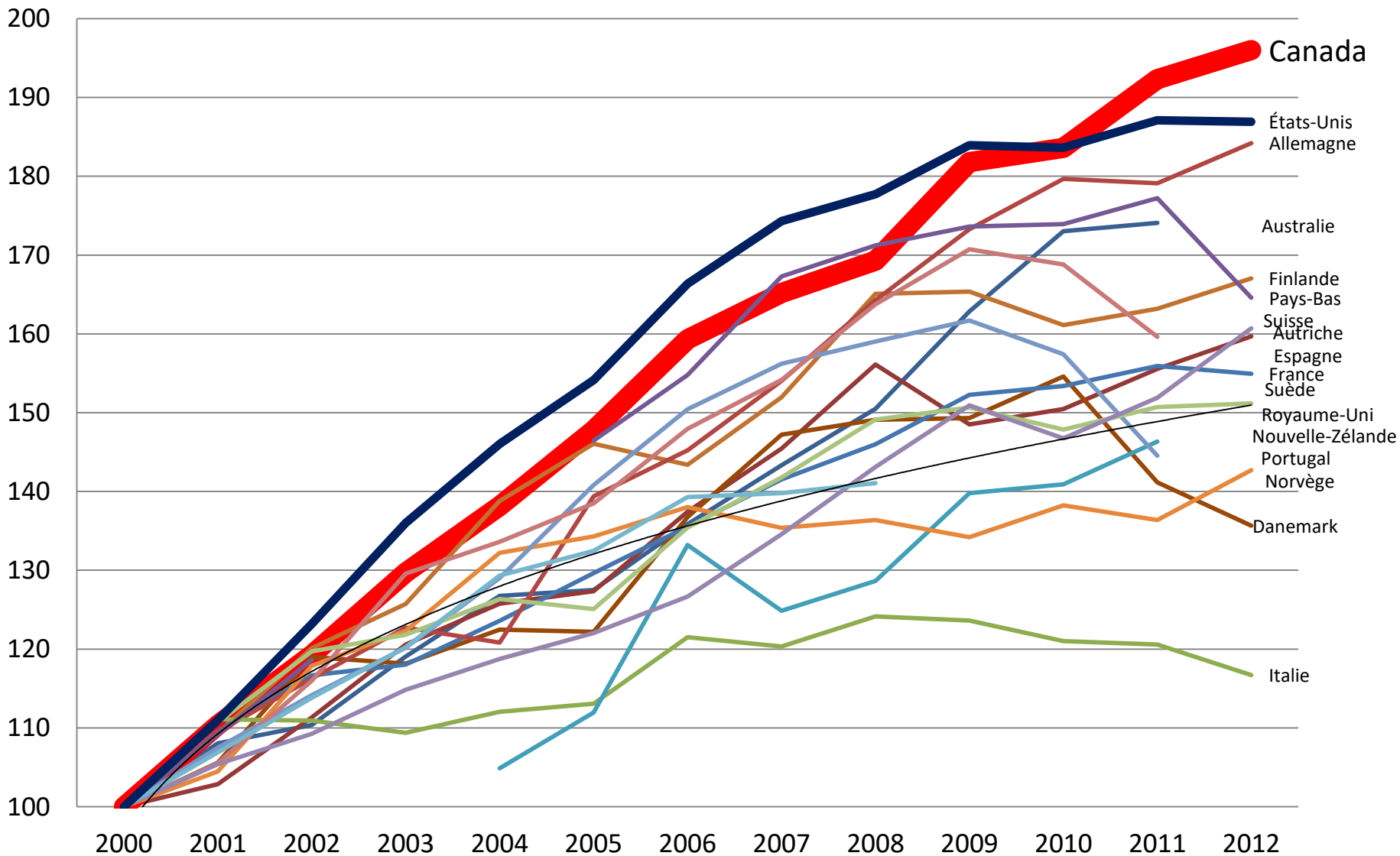
Source: CIHI, OECD Health Statistics 2014



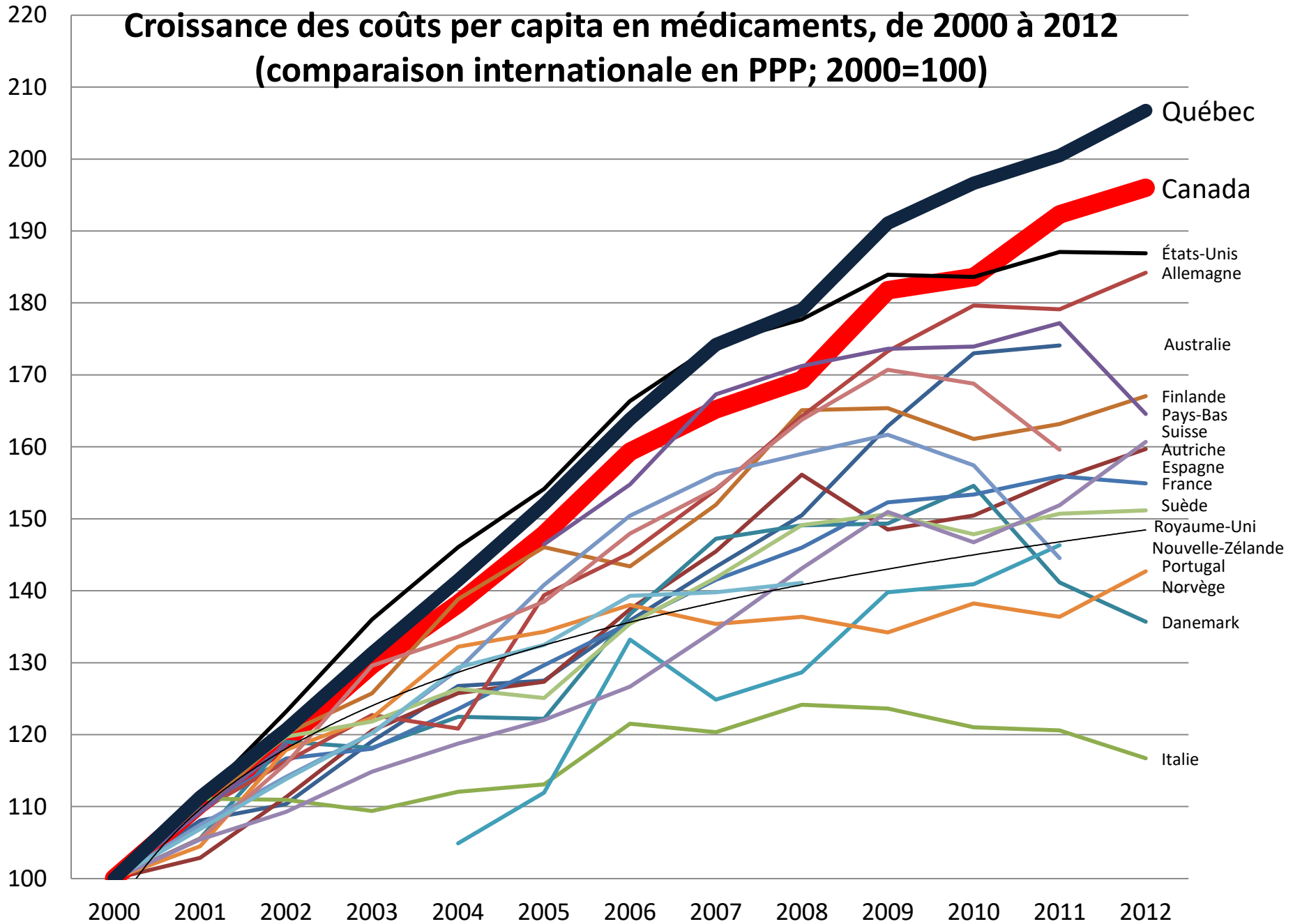
Croissance des coûts per capita en médicaments, de 2000 à 2012 (comparaison internationale en PPP; 2000=100)



Croissance des coûts per capita en médicaments, de 2000 à 2012 (comparaison internationale en PPP; 2000=100)



Croissance des coûts per capita en médicaments, de 2000 à 2012 (comparaison internationale en PPP; 2000=100)



Et si le Canada avait fait aussi bien qu'ailleurs?

Pays	2000-2012 Difference de coûts per capita (2000=100)	Économies perdues pour le Canada \$
Canada	196	0
États-Unis	187	1.3 milliard
Allemagne	184	1.7 milliard
Australie	177	2.7 milliard
France/R-U	155	5.8 milliard
Nouvelle-Zélande	150	6.5 milliard
Danemark	136	8.5 milliard

Coûts collectifs de l'assurance privée

- Écrémage institutionnel
- Gaspillage (\$5.1 bn)
- Subventions à caractère fiscal (\$1.2 bn)
- Coûts administratifs(\$1.3 bn)
- Couverture privée des employés publics (\$3 bn)



Estimations sur les coûts et économies induits par la mise en place d'un régime public universel d'assurance-médicaments au Canada avec continuité des politiques industrielles en matière de coûts à partir des chiffres de 2012-2013

1. Dépenses en médicaments prescrits en 2012	27,734 M\$
Répartition des coûts/bénéfices en médicaments prescrits	
2. Hausse des dépenses par hausse de consommation	+10% des dépenses actuelles
3. Baisse des dépenses par baisse des frais d'ordonnance	-2% des dépenses actuelles
4. Baisse des dépenses par évaluation des médicaments	-4.3% des dépenses actuelles
5. Élimination des franchises mensuelles au Québec	-364 M\$
6. Appel d'offre pour les génériques	-642 M\$
Total des économies en médicaments prescrits	-155 M\$
Total des dépenses en médicaments prescrits avec un régime public universel d'assurance-médicaments	27 579 M\$
Impacts supplémentaires autres que pour médicaments prescrits	
7. Élimination des surcoûts administratifs des régimes privés	-1 349 M\$
8. Élimination des subventions à caractère fiscal	-1 204 M\$
Total des impacts supplémentaires	-2 553 M\$
Bilan total des économies réalisées	2 708 M\$ (10% des dépenses)

Estimations sur les coûts et économies induits par la mise en place d'un régime public universel d'assurance-médicaments au Canada avec abrogation des politiques industrielles en matière de coûts à partir des chiffres de 2012-2013

1. Dépenses actuelles en médicaments prescrits	27 734 M\$
Répartition des coûts/bénéfices en médicaments prescrits	
Économies par achats compétitifs	-9 920 M\$
2. Hausse des dépenses par hausse de consommation	+10% des dépenses
3. Baisse des dépenses par baisse des frais d'ordonnance	-2% des dépenses
5. Élimination des franchises mensuelles au Québec	-364 M\$
Total des économies en médicaments prescrits	-8 895 M\$
Total des dépenses en médicaments prescrits avec un régime public universel d'assurance-médicaments	18 839 M\$
Impacts supplémentaires autres que pour médicaments prescrits	
7. Élimination des surcoûts administratifs des régimes privés	-1 349 M\$
8. Élimination des subventions à caractère fiscal	-1 204 M\$
Total des impacts supplémentaires	-2 553 M\$
Bilan total des économies réalisées	11 448 M\$ (41% des dépenses)

Source : Calculs de l'auteur; Gagnon et Hébert 2010

Estimated cost of universal public coverage of prescription drugs in Canada

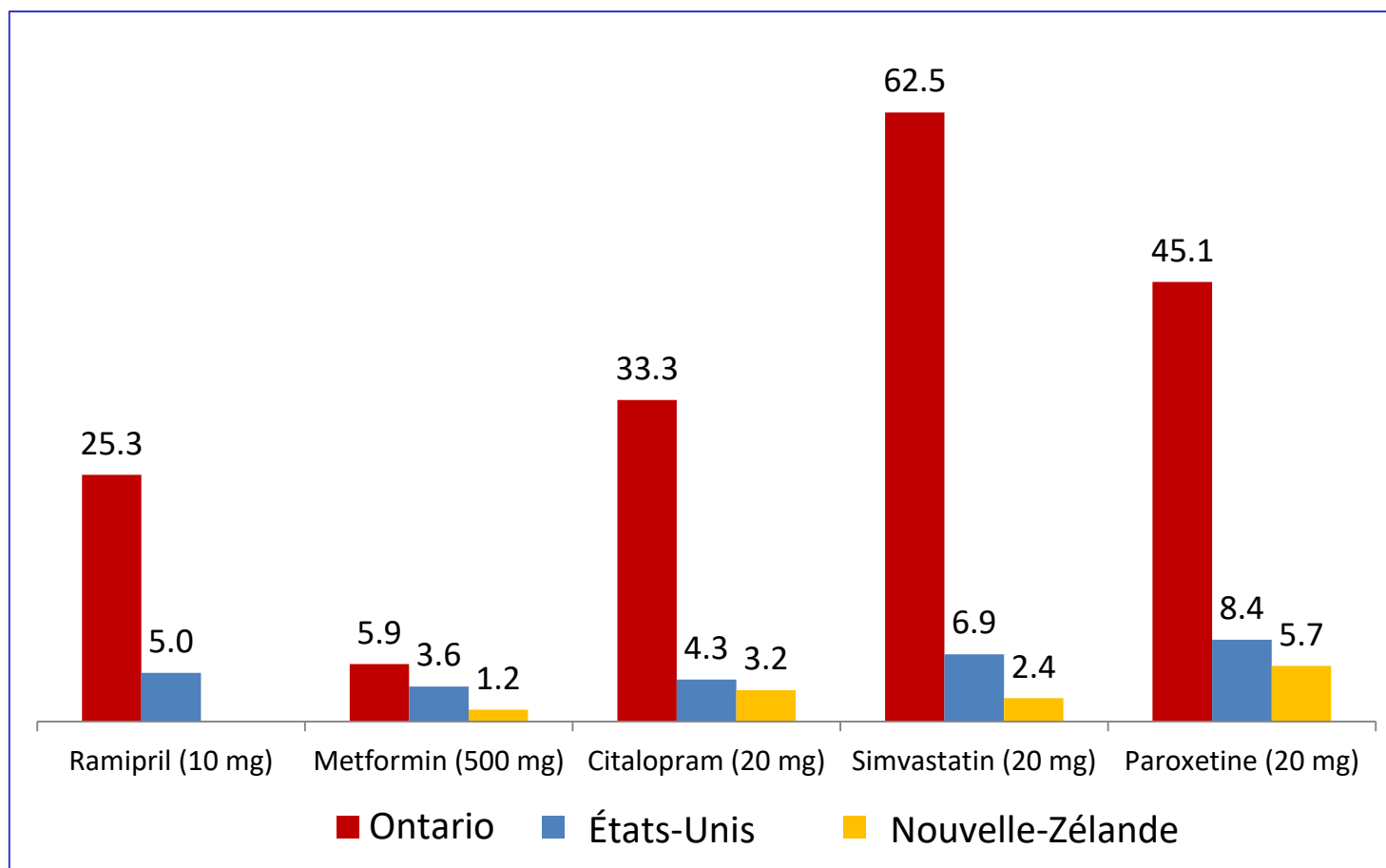
Steven G. Morgan PhD, Michael Law PhD, Jamie R. Daw BHSc MSc, Liza Abraham BSc, Danielle Martin MD MPubPol

Table 2: Estimated total change in public and private retail spending on prescription drugs with universal public coverage, all provinces combined

Spending	Actual retail spending 2012/13, \$ millions	Change in spending, \$ millions (% change)					
		Base scenario		All model parameters set to worst-case scenario values*		All model parameters set to best-case scenario values*	
Public							
Direct public spending on public drug plans	9 725	3 383	(35)	7 813	(80)	-438	(-5)
Indirect public spending on private drug plans	2 425	-2 425	(-100)	-2 425	(-100)	-2 425	(-100)
Subtotal	12 151	958	(8)	5 388	(44)	-2 863	(-24)
Private							
Private-sector spending on private drug plans	5 659	-5 659	(-100)	-5 659	(-100)	-5 659	(-100)
Patient out-of-pocket spending	4 534	-2 556	(-56)	-3 911	(-86)	-896	(-20)
Subtotal	10 193	-8 215	(-81)	-9 569	(-94)	-6 555	(-64)
Total	22 344	-7 257	(-32)	-4 181	(-19)	-9 418	(-42)

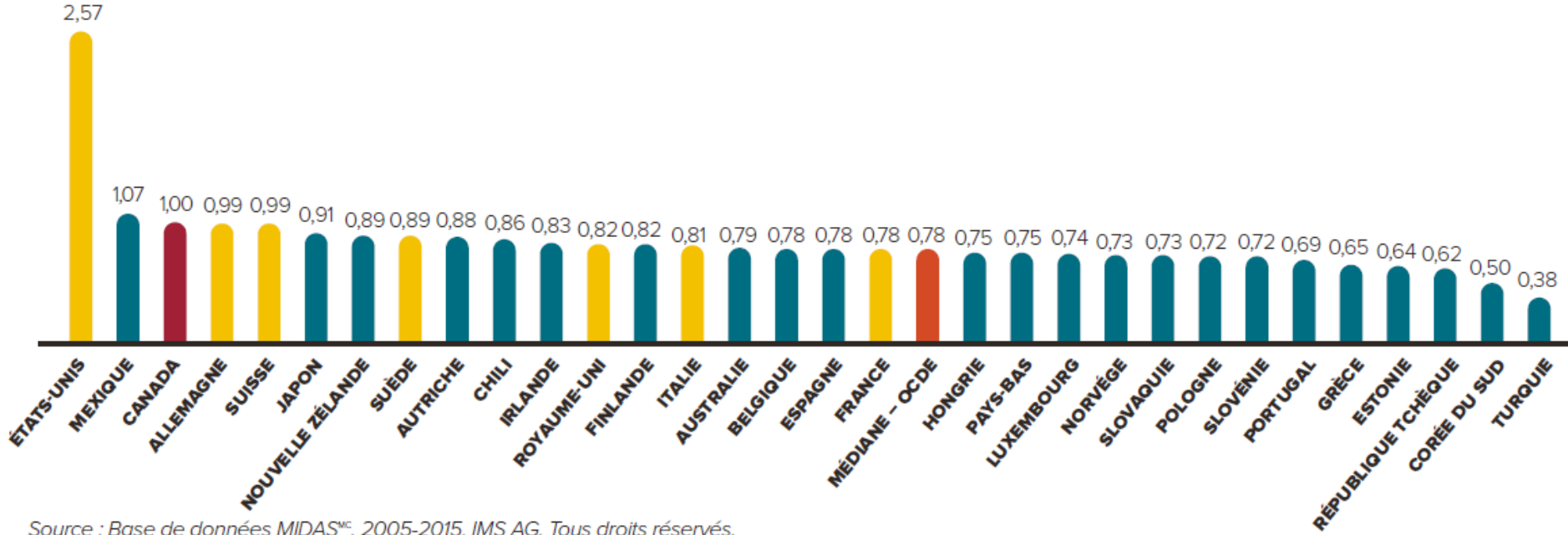
*From the perspective of assessing the cost-impact to government.

Comparaison des prix des 5 génériques les plus vendus en Ontario avec les prix aux États-Unis et en Nouvelle-Zélande in cents (¢), 2012



Source: Law, 2013

FIGURE 10. Ratios moyens des prix étrangers par rapport aux prix canadiens, médicaments brevetés, OCDE, 2015



Source : Base de données MIDASSM, 2005-2015, IMS AG. Tous droits réservés.

Qu'est-ce qui détermine le prix des médicaments?

Le prix est le résultat du rapport de force entre vendeurs et acheteurs: On charge le maximum possible.



Ententes de partage de risque



Alliance Pharmaceutique Pancanadienne (PCPA)



Comment ne pas négocier

(Régimes public: 50% du marché)

-Vos prix sont artificiellement gonflés et ne sont pas justifiés par leur valeur thérapeutique. Nous rembourserons seulement si rabais de 60%.

(Régimes privés: 50% du marché)

-Nous voulons le même prix que les régimes publics, mais si vous refusez d'octroyer un rabais, nous rembourserons le médicament à son plein prix.



Seulement avec les assureurs privés la volonté de baisser conduit à augmenter les prix.

The Hidden Monopolies That Raise Drug Prices

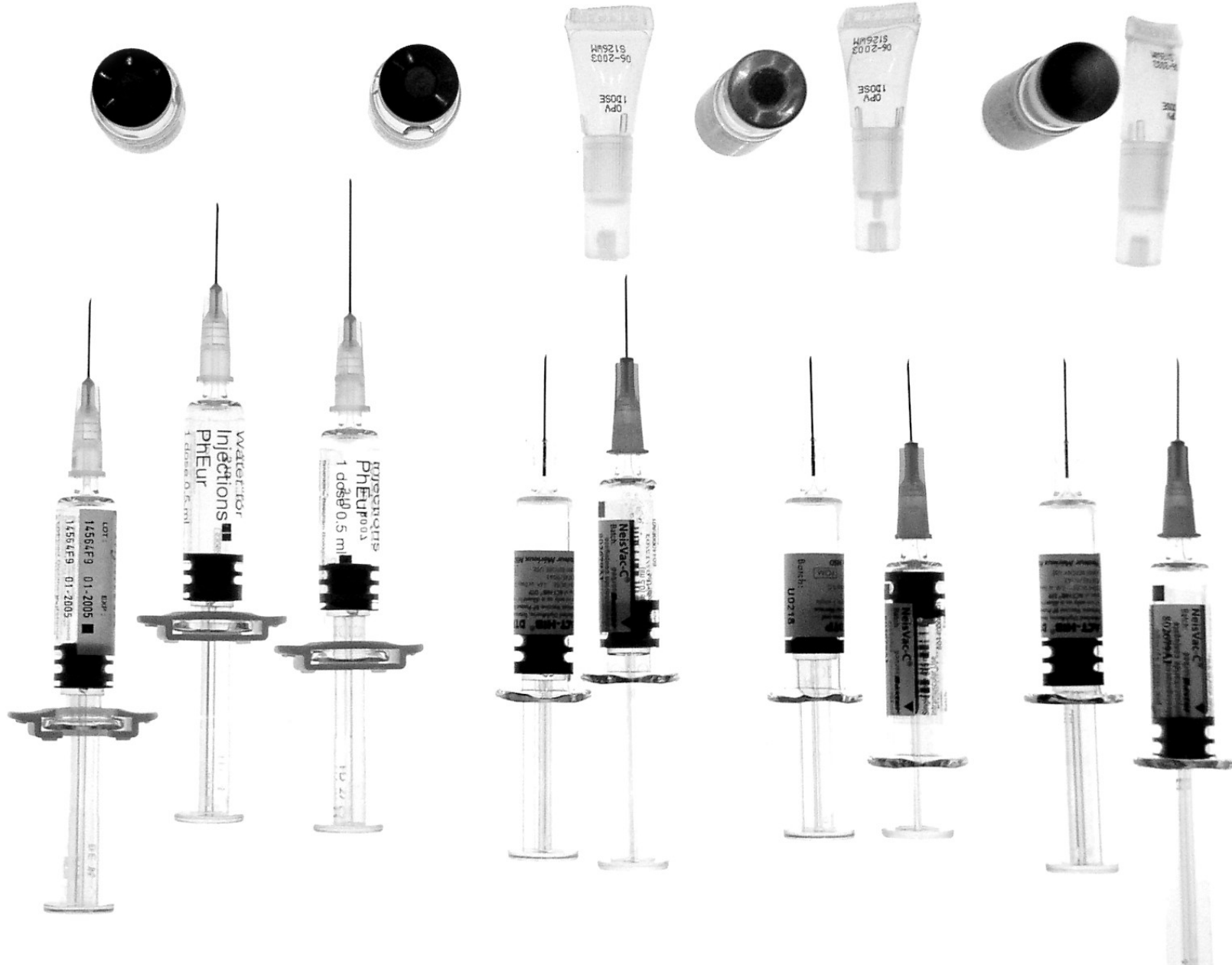
How pharmacy benefit managers morphed from processors to predators

[David Dayen](#)

American Prospect. March 28, 2017

“Let’s say there are two drugs in the same therapeutic category—one for \$500 and one for \$350,” says Linda Cahn, an attorney and founder of Pharmacy Benefit Consultants, which helps health plans negotiate contracts with PBMs. “Which manufacturer can promise more rebates? Obviously the one with the \$500 drug.” And because drug companies establish their own prices, they can use a higher ceiling to give more in rebates to get on PBM formularies. This practice creates incentives for drug manufacturers to raise prices, and if the PBMs keep the rebates, the health plan pays more. Even if the rebates offset the list price, they are used to determine patient co-pays, so the consumer feels the burden from an increase in price that might otherwise never have taken place.

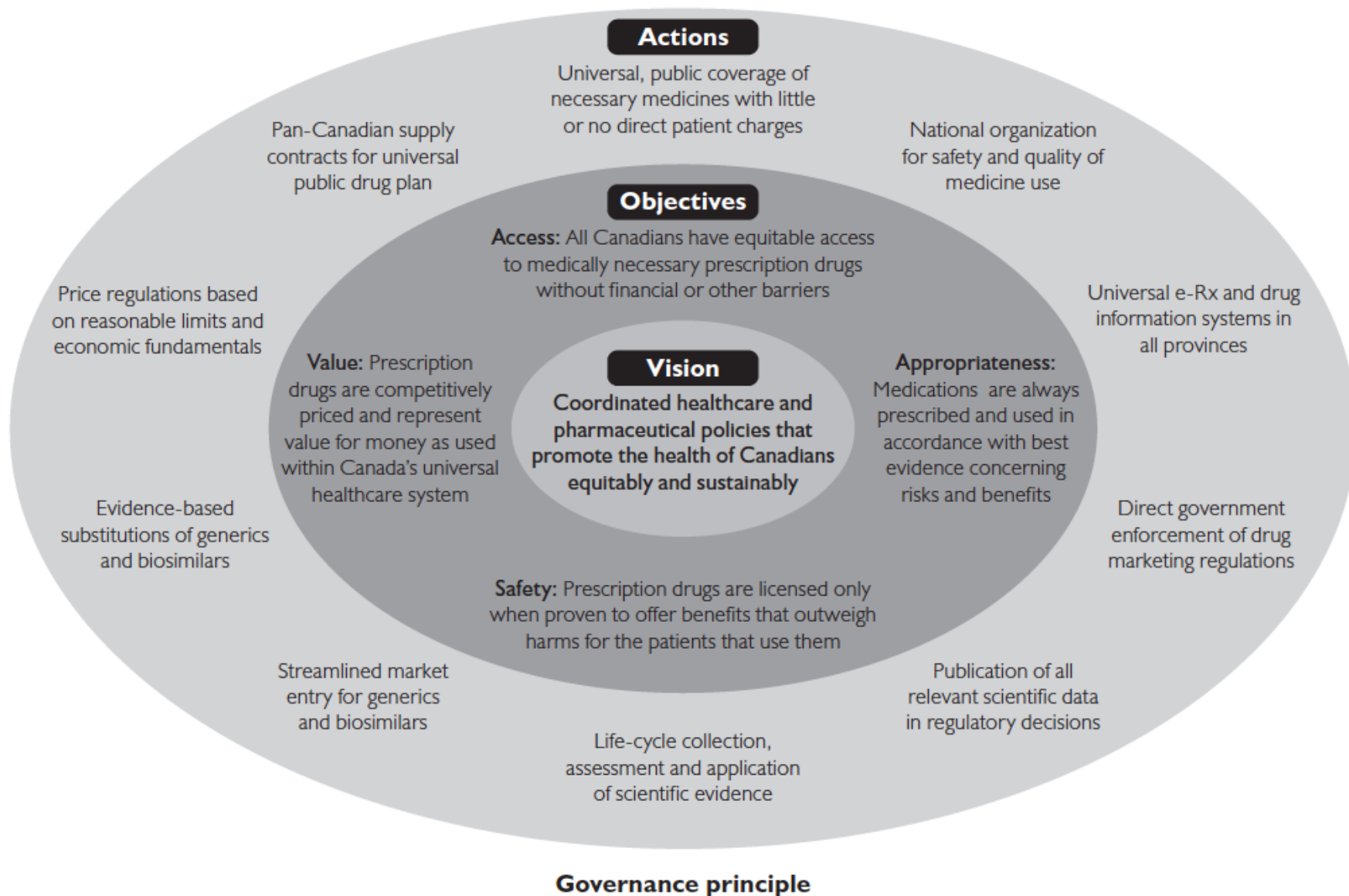
Accès aux traitements



Est-ce qu'une liste de médicaments gérée réduit le choix des patients?

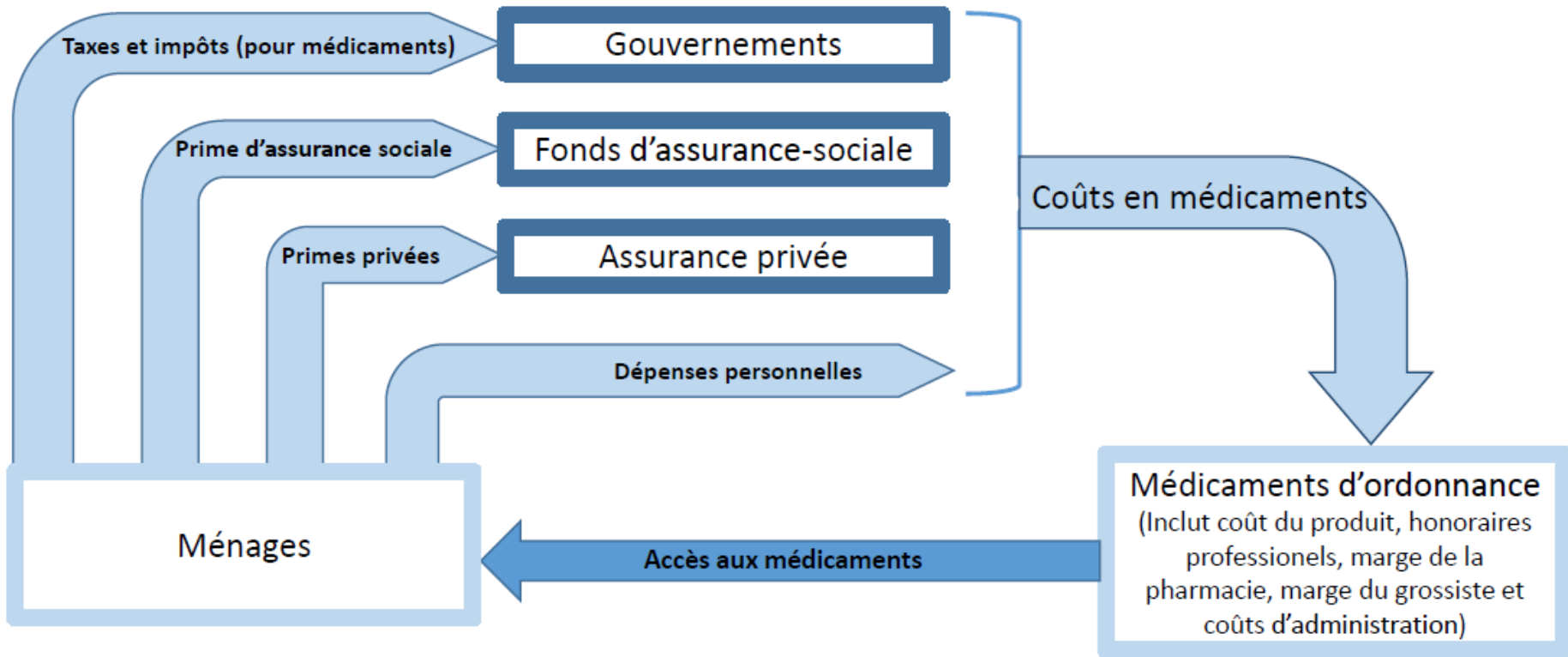


FIGURE 1. A renewed strategy for pharmaceutical policy, guided by a clear and compelling vision with supporting policy objectives and actions



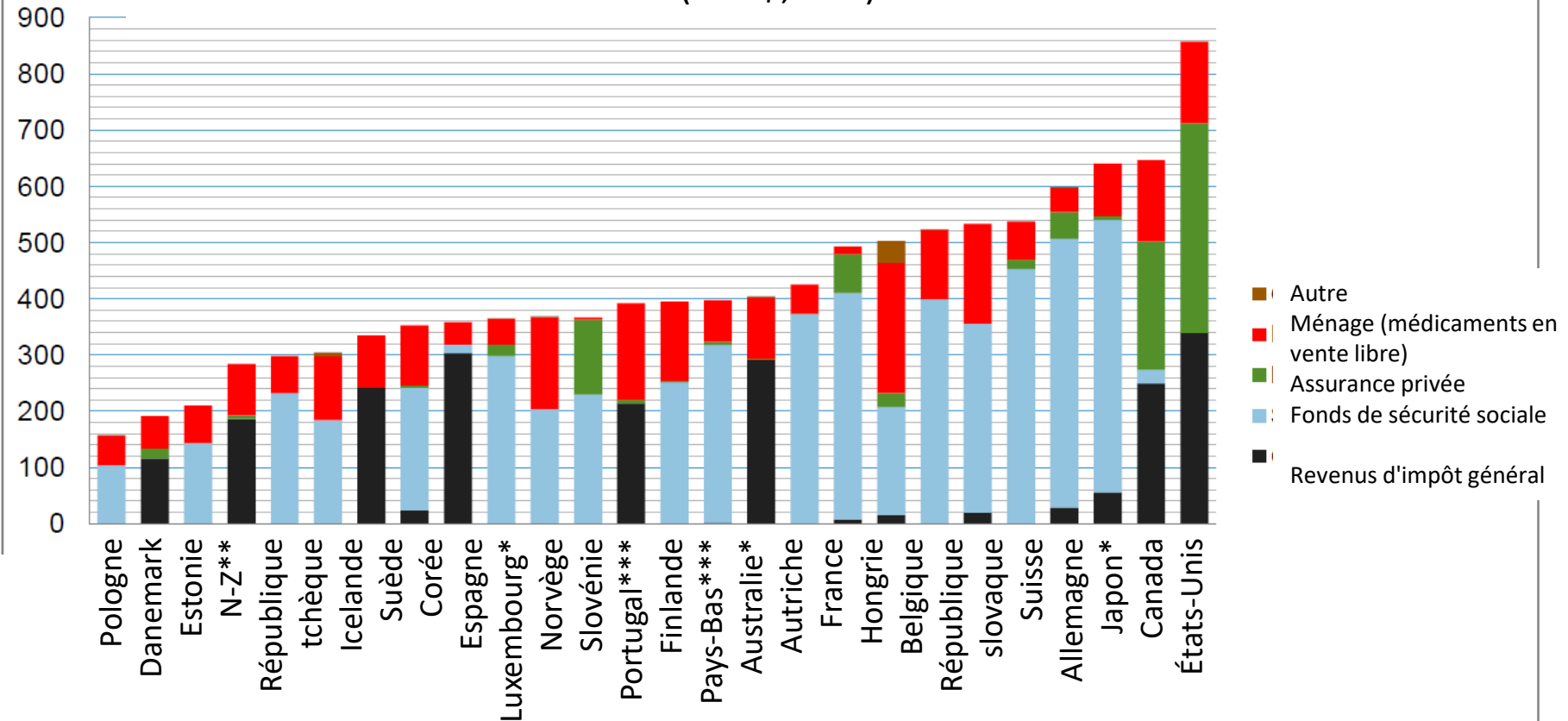
Pharmaceutical policies should be made and implemented in a transparent fashion, based on routinely collected and reported data on system performance, by decision-makers who are accountable to the public

Financer pour l'accès aux médicaments



Source: Adapté de Evans 2008

Dépenses par habitant en médicaments prescrits par source de financement, 2013 ou année la plus proche (É-U \$, PPA)



* : Données pour 2012

** : Données pour 2011

*** : Comprend les médicaments en vente libre et non-durables (médicaux)

Source : OECD Health Statistics 2015; OECD Health Statistics 2013; Paris 2014.

Le Québec est-il un modèle pour le reste du Canada?

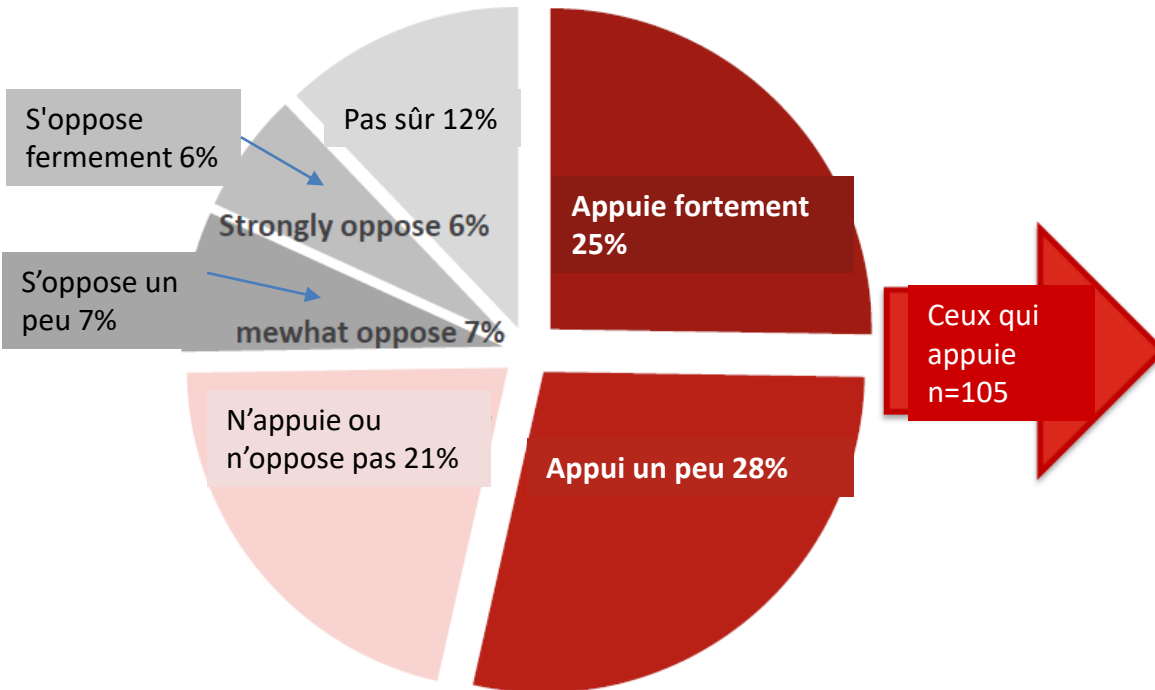


Qui supporte une couverture publique universelle? Gestionnaires privés d'avantages sociaux

(Benefits Canada Survey, December 2015)

Appui à un régime national d'assurances-médicaments

Q51. Souhaitez-vous appuyer un programme national d'assurance-médicaments financé par le gouvernement pour tous les Canadiens pour remplacer les programmes provinciaux et privés d'assurance-médicaments, comme le vôtre?



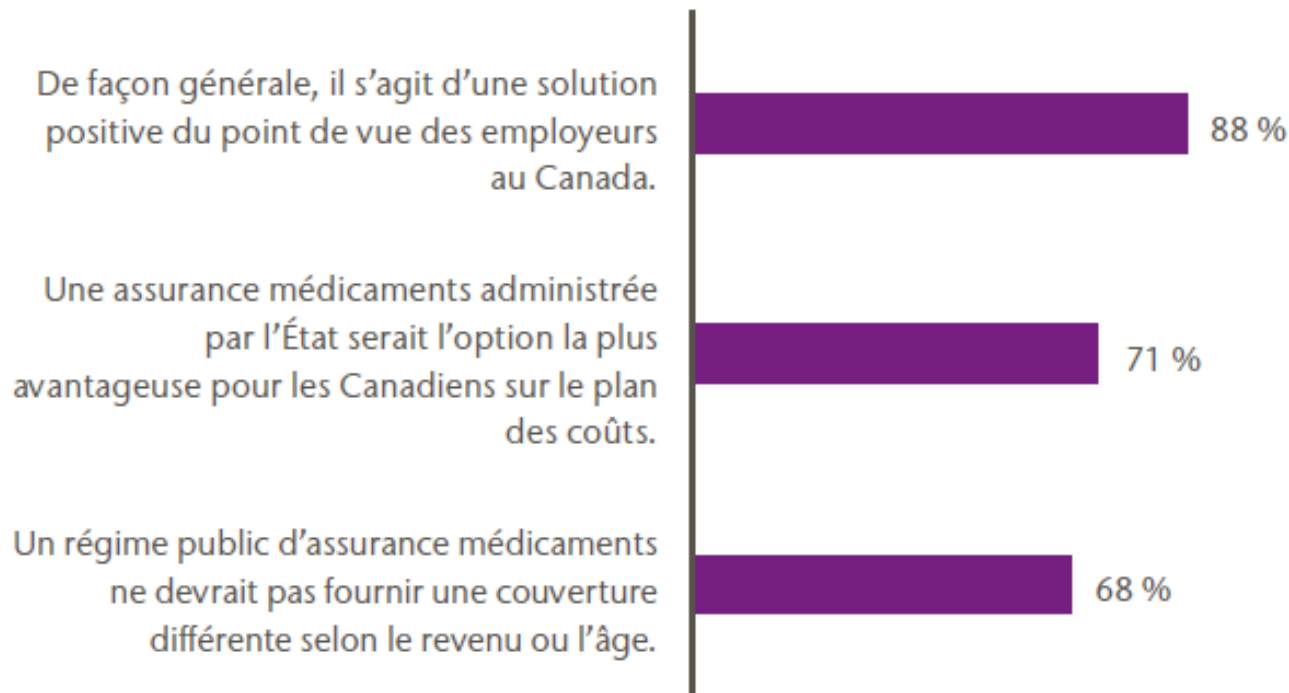
Q52. Souhaitez-vous appuyer un programme national d'assurance-médicaments financé par le gouvernement pour tous les Canadiens pour remplacer les programmes provinciaux et privés d'assurance-médicaments, comme le vôtre, même si cela signifiait un frais spécifique sur l'assurance-médicaments ou un frais sur toutes les entreprises / organisations pour aider à payer le programme?

70% en appui
(30% fortement)

Premier modèle : Approche mandatée et gérée par l'État en vertu de principes similaires à ceux de la Loi canadienne sur la santé

De façon générale, les employeurs voient d'un bon œil un programme d'assurance médicaments mandaté et administré par l'État. Toutefois, il semble y avoir un certain scepticisme quant à la prise de bonnes décisions relatives à ce programme. Pour cette raison, la plupart des employeurs croient nécessaire de conserver une couverture d'assurance médicaments supplémentaire payée par l'employeur malgré la mise sur pied d'un programme national d'assurance médicaments.

Pourcentage des employeurs qui sont d'accord avec des déclarations concernant un scénario où les régimes d'assurance-maladie actuels seraient élargis afin d'englober les médicaments d'ordonnance et assujettis aux normes nationales



Qui supporte une
couverture
publique
universelle?
Perspective des
employeurs
(Aon Hewitt 2016)

Que voulons-nous?

**Un régime public universel
d'assurance-médicaments,
Pan-canadien, intégré, offrant
une couverture étendue et
fondée sur les preuves, à
partir du premier dollar
dépensé pour médicaments
nécessaires et coût-efficaces.**

Société Canadienne du Sang

- Régulé au Fédéral
- Financé au Provincial
- Géré nationalement, autonomie face aux gouvernements
- Monopole d'approvisionnement (services sanguins)



- Gère un portefeuille de médicaments de \$500M pour provinces et territoires (Approvisionnement de 35 médicaments biologiques)
- A permis une forte croissance d'imputabilité, transparence, participation publique, sécurité et efficacité.

André Picard (2013)

The Path to Health Care Reform – Policy and Politics



“CBS has created a national health-care delivery model that retains provincial control. This is what Canadians should expect on a grander scale – a multi-jurisdictional, federated health-care system. There is no constitutional barrier to using this approach, and many benefits derived for doing so. It’s a concrete demonstration that transformation is possible.”

Un régime public unversel d'assurance-médicaments au Canada:

- 1. Éliminer la fragmentation: 1 régime pour tous.**
- 2. Améliorer l'équité d'accès (liste nationale).**
- 3. Agence autonome (dépolitisée) pour gérer la liste nationale basée sur les données probantes**
- 4. Mandat clair de maximiser la valeur obtenue pour chaque \$ dépensé.**
- 5. Recours systématique à l'achat groupé**
- 6. Éliminer co-paiements/franchises basées sur prix officiels**
- 7. Évaluer habitudes de prescription/promouvoir usage rationnel du médicament.**

Un régime public universel d'assurance-médicaments n'est pas une panacée.

Doit servir à construire les capacités institutionnelles actuellement manquantes:

- Il permettrait un meilleur accès aux médicaments et améliorerait les résultats en santé.
- Il pourrait générer des économies de 10 à 41%.
- Il permettrait d'augmenter le revenu disponible des Canadiens, de réduire les coûts de main-d'oeuvre pour les entreprises, et permettrait de réinvestir ailleurs dans le système de santé.



MERCI!
THANK YOU!



Ma.gagnon@carleton.ca

 : @MA_Gagnon

FRAPAR.

Références additionnelles:

-Marc-André Gagnon. *Roadmap to a Rational Pharmacare Policy* (CFNU):

<https://nursesunions.ca/sites/default/files/pharmacare-report/index.html>

- Marc-Andre Gagnon. *The Economic Case for Universal Pharmacare* (CCPA and IRIS) :

Pharmacarenow.ca

-Steve Morgan, Jamie Daw and Michael Law. *Rethinking Pharmacare in Canada* (C.D. Howe Institute): http://www.cdhowe.org/pdf/Commentary_384.pdf

-*Pour un Régime d'assurance-médicaments entièrement public* (Union des consommateurs):

<http://uniondesconsommateurs.ca/nos-comites/sante/rapports-et-memoires/pour-un-regime-dassurance-medicaments-entierement-public/>

-*Prescription Pharmaceuticals in Canada: Unintended Consequences* (Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology):

<http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/412/soci/rep/rep15oct14-e.pdf>

-Steve Morgan, Jamie Daw, Michael Law , Liza Abraham and Danielle Martin. “Estimated Cost of Universal Public coverage of prescription drugs in Canada”. CMAJ. March 16 2015:

<http://www.cmaj.ca/site/press/cmaj.141564.pdf>