

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À LA COMMISSION DES FINANCES PUBLIQUES

Dans le cadre des consultations particulières portant sur le projet de loi 28

Loi concernant principalement la mise en œuvre de certaines dispositions du discours sur le budget du 4 juin 2014 et visant le retour à l'équilibre budgétaire en 2015-2016

Présenté par

Le Syndicat des professeurs et professeures de l'Université Laval (SPUL), à titre de Preneur des assurances collectives de 1538 adhérentes et adhérents.

Le 11 février 2015

Table des matières

1. Introduction.....	2
2. Un groupe d'assurés « innovateur ».....	3
3. Un régime général d'assurance médicaments ... à deux poids deux mesures	4
3.1 Entente d'inscription	
3.2 Prix le plus bas (PPB)	
3.3 Prix maximum payable (PMP)	
3.4 Honoraires des pharmaciens	
3.5 Pilulier	
3.6 Nouveaux actes prévus aux pharmaciens	
3.7 Non-transparence	
3.8 Cartes de fidélisation	
3.9 Mythes versus réalités	
4. Conclusion.....	15

Annexes :

Annexe 1 : Prestations privé vs public, au-delà de la contribution maximale

Annexe 2 : Taux d'utilisation des génériques

Annexe 3 : Honoraires des pharmaciens - exemple du Nexium®

Annexe 4 : Allègement des critères du pilulier

Annexe 5 : Évolution du nombre et du coût des piluliers

Annexe 6 : Sommaire des recommandations

1. Introduction

Nous aimerions d'abord remercier la Commission des finances publiques de permettre à notre groupe d'assurés d'exprimer son opinion par le dépôt de ce mémoire qui, nous le pensons, permettra aux divers intervenants du processus de consultation en cours de comprendre les problématiques auxquelles nous sommes particulièrement confrontés.

Notre intervention s'inscrit bien sûr dans le contexte du projet de loi 28, mais également dans l'esprit de la *Loi sur l'assurance médicaments* (L.R.Q. : c. A-29.01) dont nous aimerions rappeler deux articles particulièrement importants:

Article 2: « *Le régime **général** a pour objet d'assurer à **l'ensemble de la population** du Québec un **accès raisonnable et équitable** aux médicaments requis par l'état de santé des personnes.* »

« *À cette fin, il prévoit une protection de base à l'égard du coût de services pharmaceutiques et de médicaments et exige des personnes ou des familles qui en bénéficient une participation financière tenant compte notamment de leur situation économique.* »

Article 87: « *Le ministre de la Santé et des Services sociaux est **responsable** de l'application de la présente loi* ».

En regard de nos préoccupations comme groupe d'assurés, nous sommes d'avis que le projet de loi 28, dans sa forme actuelle, ne respecte pas l'esprit fondateur ayant conduit à la création du régime général d'assurance médicaments du Québec. Nous estimons que le législateur devrait s'assurer que les nouvelles dispositions prévues à ce projet de loi s'appliqueront d'une manière cohérente et équitable aux deux volets, public et privé, du régime général d'assurance médicaments du Québec plutôt que de se limiter au à son seul volet public.

Le projet de loi 28, dans sa forme actuelle, perpétuera et amplifiera les iniquités introduites au cours des années. Notre groupe d'assurés peut déjà entrevoir l'atteinte du point de rupture qui menace la pérennité de notre propre régime privé et de ceux auxquels la majorité des Québécois ont l'obligation d'adhérer. Notre mémoire veut ainsi présenter les problèmes concrets auxquels nous faisons face et les recommandations qui pourraient permettre à la fois de bonifier le projet de loi 28 et de corriger les iniquités qui, à défaut de pouvoir utiliser dans les régimes privés les mêmes correctifs que ceux appliqués au régime public, n'ont fait que s'ajouter au fil des ans.

2. Un groupe d'assurés «innovateur»

En 2002, le SPUL décidait de devenir « preneur » de ses assurances collectives, c'est-à-dire d'avoir la responsabilité d'assumer lui-même la gestion de ses assurances collectives. La motivation principale était d'assurer un meilleur suivi, une gestion plus rigoureuse de notre régime d'assurances privé, de mieux contrôler l'évolution des coûts observés, et ce dans le meilleur intérêt de toutes les personnes assurées, au lieu de confier le tout à une tierce partie, à un employeur ou à un assureur.

Notre groupe d'assurés est composé notamment des membres du Syndicat des professeurs et professeures de l'Université Laval (SPUL), de l'Association des médecins cliniciens et enseignants de l'Université Laval (AMCEL), de l'Association des dentistes cliniciens enseignants de la Faculté de médecine dentaire de l'Université Laval (ADCEFMDUL), du Syndicat des responsables de formation pratique de l'Université Laval (SRFPUL) et des professeurs administrateurs.

Selon les plus récentes informations, nous représentons 1538 adhérentes et adhérents, soit un groupe constitué d'individus seuls et des membres de familles monoparentales ou traditionnelles. En tenant compte des conjoints et des enfants, le nombre estimé d'assurés couverts par nos assurances est de 3300 personnes. Au cours de notre dernière année financière, nous avons déboursé 1,7 million de dollars en prestations de médicaments, ce qui représente la majorité du coût (52%) de nos assurances collectives, les soins dentaires arrivant en seconde position dans une proportion de 27%.

Notre groupe d'assurés est représenté par le Comité du SPUL sur les assurances collectives (CSAC) dont les membres sont les suivants:

Marc Desgagné, président du CSAC et professeur à la Faculté de pharmacie ;
Yves Lacouture, président du SPUL et professeur à l'École de psychologie ;
Claude Bazin, professeur au Dép. des mines, de la métallurgie et des matériaux ;
Marcel R. Boulay, professeur au Département de kinésiologie ;
Christiane Kègle, professeure au Département des littératures ;
Ghislain Léveillé, professeur à l'École d'actuariat.

* Le CSAC a confié la préparation de ce mémoire aux professeurs Marc Desgagné et Ghislain Léveillé, et ce document a été finalisé et approuvé par le CSAC et le Comité exécutif du SPUL.

3. Un régime général ... à deux poids deux mesures

L'expérience de notre groupe d'assurés repose maintenant sur plus de treize années. Depuis l'implantation de notre régime, nous sommes assistés dans notre gestion par une firme de consultants en actuariat, Normandin Beaudry (NB), et notre couverture d'assurance médicaments a été confiée à Desjardins Sécurité financière (DSF). Nous réévaluons chaque année l'expérience de notre groupe afin d'ajuster les services couverts et les règles applicables.

En regard de la croissance constante du coût des médicaments, le CSAC a entamé il y a deux ans une étude approfondie du coût de ces derniers, en s'appuyant sur la totalité des informations (non nominales) des ordonnances de notre groupe ayant fait l'objet de prestations au cours des quatre années alors disponibles (2010-2014). À partir de l'expérience acquise depuis 2002 et des résultats qui se dégagent de cette dernière étude, nous sommes en mesure d'informer cette Commission, à partir d'une base de données probantes de situations d'iniquités concrètes vécues par les membres de notre groupe afin de lui suggérer les améliorations à apporter au projet de loi 28.

3.1 Entente d'inscription

- Le projet de loi 28 prévoit, dans sa forme actuelle, qu'un médicament innovateur puisse être inscrit à la liste des médicaments à être couvert par le régime général en contrepartie d'une entente entre le fabricant de l'innovateur et le ministre responsable de la Santé et des Services sociaux du Québec. Or, dans le présent projet il n'est nulle part fait mention que les personnes assurées de régimes d'assurance privés pourront bénéficier de ces ententes, ce qui à nos yeux constituera une iniquité flagrante envers la majorité des citoyens du Québec puisqu'il avantagera les seuls assurés de la RAMQ qui ne représentent pourtant que 40% du régime général d'assurance médicaments. Une entente qui se ferait en quelque sorte aux frais des autres 60% d'assurés nous apparaît tout à fait injuste, à la fois pour les assuré et les assureurs du privé.

<p><u>Recommandation 1</u> : Afin de maintenir l'objectif d'équité pour l'ensemble de la population tel que convenu lors de la création du régime général d'assurance médicaments, notre groupe d'assurés recommande que les ententes d'inscription d'un médicament innovateur s'appliquent indistinctement à tous les citoyens du Québec, incluant les personnes et les familles qui participent aux régimes d'assurance privés qui font partie du régime général.</p>

3.2 Prix le plus bas (PPB)

- Depuis la mise en application de la règle du PPB, le législateur n'a pas jugé bon de s'assurer que cette règle puisse également s'appliquer aux régimes privés. L'absence de cette règle, pour la majorité des citoyens du Québec détenteurs d'une assurance privée, a fait en sorte d'introduire une iniquité qui persiste jusqu'à ce jour.

L'absence de cette règle du PPB pour les régimes privés a eu pour effet d'encourager certains de leurs assurés à utiliser des médicaments de marque plus coûteux malgré la disponibilité de médicaments génériques. Ces personnes font ainsi porter les coûts de leur insouciance ou de leur ignorance à la charge de tous les membres de leur groupe.

Ceci s'explique en grande partie par deux mécanismes distincts : (1) Au privé, la valeur des prestations d'un médicament innovateur doit contribuer intégralement à l'atteinte de la contribution maximale d'un assuré, alors qu'au régime public ces coûts additionnels par rapport à l'utilisation d'un médicament générique ne sont pas inclus dans l'atteinte de cette contribution maximale ; (2) après l'atteinte de la contribution maximale, l'assureur privé doit rembourser 100% du coût du médicament innovateur alors que le régime public ne remboursera que la valeur du médicament générique, soit de 18% à 25% du prix de l'innovateur. Nous illustrons cette situation pour 10 de nos assurés, parmi plusieurs autres, ayant déjà atteint leur contribution maximale (voir l'Annexe 1). Il apparaît clairement que les écarts entre les prestations du public et celles du privé sont, de façon générale, importants.

Soulignons de plus que notre groupe a réussi à faire augmenter le recours aux génériques de 13% depuis 4 ans, en passant de 56% en 2010 à 69% en 2013. Nous nous comparons ainsi avantageusement au Québec où ce taux est passé de 54,6% en 2010 à 66,3% en 2013, soit une augmentation de 11,7% (voir l'Annexe 2). Malgré nos efforts de gestion quant à l'utilisation des génériques, l'absence d'une politique équitable en matière d'application du PPB a engendré des coûts exorbitants qui malheureusement doivent toujours être absorbés par les assurés de notre groupe et viennent pratiquement annuler les gains précédents.

<p>Recommandation 2 : Toujours par rapport à un objectif d'équité, notre groupe recommande que la politique du PPB puisse aussi s'appliquer aux régimes d'assurance privés.</p>
--

3.3 Prix maximum payable (PMP)

Nous reprenons ici un communiqué de la RAMQ du 15 mai 2008 :

« Dans le cadre de la Politique du médicament dévoilée en février 2007, le ministre de la Santé et des Services sociaux a défini les modalités d'indexation du prix des médicaments de même que les balises devant encadrer le prix des médicaments génériques. Elle précise aussi que, dans certains cas, si l'augmentation de prix demandée par un fabricant excède le taux annuel maximal d'augmentation ou si un fabricant demande l'inscription d'un médicament générique à un prix supérieur aux balises, la Loi sur l'assurance médicaments permet au ministre d'imposer un prix maximal payable (PMP) sur ces médicaments.

*Dans ces cas, l'application du PMP fera en sorte que le montant excédentaire non assuré par le **régime public** d'assurance médicaments sera payé par la personne assurée en plus de sa contribution, lors du paiement de sa facture en pharmacie. Ce montant excédentaire ne sera pas comptabilisé dans le cumul de sa contribution mensuelle. »*

Cette règle que le ministre a incluse au régime public en 2007 ne peut toujours pas être appliquée aux régimes privés. Ainsi en 2013, faute d'une règle du PMP, une somme totale de 24 969,56 \$ fut réclamé par nos assurés pour le Nexium[®]. Comparativement au public où, selon l'application de la règle du PMP, cette somme n'aurait été que de 8 506,98 \$, soit une surcharge de 16 642,58 \$ (195,6%).

<p><u>Recommandation 3</u> : À nouveau, par le principe d'équité tel que prévu au régime général, notre groupe d'assurés recommande que la règle du PMP s'applique aussi aux régimes privés.</p>
--

3.4 Honoraires des pharmaciens

Comme plusieurs autres régimes d'assurance privés, notre groupe a observé, en plus d'une augmentation significative des honoraires des pharmaciens, des écarts d'honoraires de plus en plus importants entre les régimes public et privés. Nous remarquons que les raisons de ces écarts varient sensiblement selon qu'il s'agit de médicaments innovateurs ou de médicaments génériques.

- Médicaments innovateurs : nous observons des écarts importants d'honoraires chargés aux assurés de notre groupe privé, particulièrement pour des médicaments innovateurs de plus en plus coûteux. Nous illustrons ce qui précède par nos observations concernant un médicament fréquemment utilisé dans notre régime, l'ésoméprazole/Nexium[®] (voir l'Annexe 3). Les honoraires qui nous ont été chargés sur une base annuelle pour ce médicament utilisé par un seul patient, par rapport aux honoraires convenus appliqués à ce qui aurait été payé, représente un coût largement disproportionné par rapport au régime public. Pour un patient utilisant ce même médicament, la différence d'honoraires entre le régime privé et le régime public est de 116% ! Où est l'équité ?

- Médicaments génériques : nous observons que les écarts d'honoraires chargés pour certains médicaments génériques dans notre régime privé sont encore plus importants que pour tous les médicaments innovateurs. Nous constatons, sans exception, que les économies prévues aux régimes privés par l'acquisition des médicaments génériques ne sont pas transférées en totalité par les pharmaciens aux personnes assurées, mais servent plutôt à gonfler leurs honoraires d'une manière disproportionnée par rapport au régime public au lieu d'être transférées à l'assuré. Cette économie réalisée par l'utilisation des génériques est en fait tronquée par une forme d'honoraires additionnels. D'où l'importance pour les personnes assurées de connaître les honoraires réellement chargés par les pharmaciens, particulièrement lorsqu'elles font le choix de passer d'un médicament innovateur à sa version générique. Dans certaines situations paradoxales observées dans notre régime, le fait de ne divulguer que le coût total du médicament permet de masquer les coûts supérieurs pour l'utilisation de médicaments génériques par rapport à l'utilisation du produit innovateur équivalent. À nouveau, en nous reportant à l'exemple de l'Annexe 3, nous observons que la différence d'honoraires constatée entre notre régime privé et le régime public est cette fois-ci de 327% ! Incroyable, n'est-ce pas?

Recommandation 4 : Par équité, notre groupe recommande de limiter le montant des honoraires et des autres frais que les pharmaciens peuvent facturer aux régimes privés, de la même manière que cela est fait pour le régime public.

3.5 Pilulier

- D'après les données du régime public de l'assurance médicaments, il y a eu une augmentation importante du nombre de services professionnels liés au pilulier. Entre 2004 et 2013, le nombre d'ordonnances dispensées sous cette forme est passé de 16 942 926 à 89 647 181 ordonnances. Ainsi, une augmentation de 429% du

nombre d'ordonnances distribuées sous forme de pilulier sur une période de 10 ans. En 1999, il y avait 3 252 743 ordonnances, donc une augmentation de 2656% sur 15 ans. Plus spécifiquement pour les personnes âgées de 65 ans et plus, le nombre d'ordonnances (dispensées sous forme de piluliers) de 1999 à 2013 est passé de 2 140 689 à 67 617 130, soit une augmentation de 3060%. Est-ce que le nombre de personnes (surtout âgées) sollicitant ce service ou le nombre d'ordonnances que celles-ci reçoivent a augmenté d'autant? Nous en doutons fortement. Nous sommes d'avis que ces augmentations extraordinaires sont liées en grande partie à la multiplication plus ou moins requise de ce service, puisqu'elles ne correspondent ni à l'augmentation démographique du nombre de personnes inscrites au régime public (11%), ni à celle des personnes de 65 ans et plus (37%).

De toute évidence, la raison qui explique le mieux l'explosion des coûts reliés à ce service est la modification apportée le 1^{er} avril 2007 aux critères d'admissibilité aux fins de remboursement du pilulier. Le retrait de la notion de maintien à domicile pour l'adhérent et la personne aidante a ouvert la porte à l'envolée des coûts pour ce service (voir l'Annexe 4). Ainsi les exploitants de plusieurs résidences privées pour personnes âgées imposent d'emblée le recours au pilulier pour leurs résidents. Plusieurs personnes autonomes, capables de gérer elles-mêmes leurs médicaments à domicile, se voient alors obligées par l'exploitant de leur nouvelle résidence d'avoir recours à un pilulier. Dans le cas des personnes résidentes semi-autonomes et non-autonomes, il nous apparaît évident que l'exploitant est aussi tenu de fournir le personnel qualifié et que les coûts additionnels de ce pilulier engendrés par l'absence de ce personnel n'ont pas à être assumés par le régime général d'assurance médicaments. L'Annexe 5 illustre l'évolution du nombre et des coûts de ce service professionnel de 1999 à 2013 pour toutes les personnes bénéficiant du régime public d'assurance médicaments du Québec. Si la tendance linéaire des coûts observés avant 2007 avait été maintenue (en ne modifiant pas les critères), une économie approximative de 240 000 000\$ aurait pu être réalisée pour la seule année 2013 pour ce seul service. Une porte a été visiblement ouverte sans savoir ce qui se cachait derrière!

Recommandation 5 : Les critères actuellement en place et leur application n'ont de toute évidence pas permis de limiter l'offre du service de pilulier aux seules personnes pour lesquelles ce service est raisonnablement justifié. Nous recommandons que les critères d'admissibilité soient revus et corrigés, notamment afin que le personnel des résidences privées ne puisse invoquer des motifs décrits au point 2 de la règle 24 de l'entente entre l'AQPP et le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec, et que ces critères puissent être appliqués indistinctement à l'ensemble du régime général d'assurance médicaments.

3.6 Nouveaux actes prévus aux pharmaciens

- La mise en vigueur de nouveaux actes prévus pour les pharmaciens par le projet de loi 28 permettrait notamment aux pharmaciens de prescrire des médicaments actuellement disponibles sans ordonnance pour des affections mineures. La plupart de ces médicaments en vente libre ne sont pas admissibles actuellement à un remboursement par les assureurs privés, à moins d'être inscrits à liste des médicaments du régime général (liste RAMQ) et de faire l'objet d'une ordonnance d'une personne autorisée à les prescrire. La prescription de ces médicaments, pour des affections mineures, à être accordée aux pharmaciens dans les nouveaux actes aura pour conséquence de gonfler les coûts de ces médicaments et des services du pharmacien pour l'assureur privé.

- L'article 168 du projet de loi 28, dans sa forme actuelle, perpétue l'iniquité entre le régime public et les régimes privés. À défaut pour les assureurs privés de convenir d'une entente avec les pharmaciens ou que l'entente visée à l'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie puisse s'appliquer intégralement à l'ensemble du régime général, les personnes assurées aux régimes privés feront encore les frais, sans droit de regard, d'honoraires fixés unilatéralement par les pharmaciens propriétaires pour des actes dont la couverture aura été refusée pour le régime public. Ce n'est pas acceptable !

Recommandation 6 : Notre groupe recommande qu'à défaut d'être couverts par le régime d'assurance maladie du Québec, les honoraires des nouveaux actes soient très bien balisés et qu'ils s'appliquent intégralement à l'ensemble du régime général d'assurance médicaments du Québec.

3.7 Non-transparence

- Contrairement à ce qui est couramment véhiculé par diverses associations, les montants respectifs d'un médicament, des honoraires et des services pharmaceutiques vendus à une pharmacie ne sont pas facilement accessibles. La majorité des assurés ignorent même l'existence d'une telle liste de prix, l'information n'étant transmise que d'une manière « parcimonieuse ». Il serait d'un grand intérêt pour un assuré, soucieux des coûts bien sûr, d'obtenir plus facilement cette information sans avoir à la demander.

- Tous les médicaments non inclus à la liste de la RAMQ, mais couverts par les régimes privés, sont pratiquement inaccessibles aux assurés du privé, cette liste étant produite par l'AQPP et son obtention éventuelle n'étant pas gratuite pour le grand public. On peut se demander pourquoi?

• Le système de facturation actuelle des pharmacies du Québec est complètement inadéquat, parce que le pharmacien ne donne que le prix global (et mutualisé!) du médicament sans aucune précision du coût des services rendus. Ceci nous amène à attirer l'attention sur les deux articles suivants du code de déontologie des pharmaciens (R.R.Q. c. P-10, r. 7) :

Article 97 : « *Malgré l'article 95, le pharmacien **peut**, à l'intérieur de sa pharmacie, indiquer sur une affiche le prix exigé lors de la vente d'une quantité déterminé d'un médicament visé à l'annexe 1 du Règlement sur les conditions et modalités de vente de médicaments (chapitre P-10, r. 12), à **condition que ce prix indique le montant des honoraires exigibles.** »*

Article 104 : « *Le pharmacien qui **annonce le montant de ses honoraires** doit clairement préciser:*

- 1° *le montant exact des honoraires visés;*
- 2° *la période pendant laquelle ces honoraires sont en vigueur;*
- 3° *la nature et l'étendue des services professionnels inclus;*
- 4° *tout service additionnel pouvant être requis et qui n'est pas inclus. »*

Ces articles démontrent clairement l'intention du législateur à l'effet que les citoyens du Québec aient accès aux montants des honoraires exigés par les pharmaciens et à la nature des services rendus afin que, en tant qu'assurés, ils puissent prendre une décision éclairée. Si la publicité conçue afin d'inciter les patients à consommer davantage de médicaments est interdite, les pharmaciens ont cependant le droit (et même l'obligation) de faire de la publicité afin de fournir l'information nécessaire au patient de manière à l'aider dans ses choix. Comme cette publicité n'est généralement pas faite par le pharmacien au Québec, sous prétexte de compétitivité ou de publicité illégale en matière de médicaments d'ordonnance, nous ne pouvons que constater que les personnes assurées sont privées d'informations. Cette situation qui maintient les personnes assurées dans l'ignorance n'est plus acceptable.

Recommandation 7 : Notre groupe recommande que les articles 97 et 104 du Code de déontologie des pharmaciens soient modifiés afin de respecter l'intention du législateur et que les pharmaciens aient l'obligation d'indiquer sur la facturation non seulement le coût total du médicament, mais également le montant exact des honoraires et des autres frais exigés.

3.8 Cartes de fidélisation

- Comme tous les autres groupes d'assurés, nous avons vu apparaître les cartes de fidélisation en pharmacie émises principalement par des compagnies pharmaceutiques fabriquant des médicaments innovateurs. Celles-ci permettraient à leurs détenteurs de payer le médicament innovateur au prix du générique. Comme cela a déjà été amplement démontré, il n'y a pas réellement d'avantages pour notre groupe à utiliser les cartes de fidélisation lorsqu'un générique est disponible. Celles-ci ne visent essentiellement qu'à préserver la part de marché de l'innovateur.

Recommandation 8 : Nous recommandons qu'une modification soit apportée au Code de déontologie des pharmaciens pour interdire le recours à ces cartes de fidélisation.

3.9 Mythes versus réalités

- Fréquence de renouvellement d'un médicament de « maintien » :

- Mythe : Plusieurs de nos adhérents se sont vus refuser des fréquences de renouvellement de plus deux mois, pour des médicaments de maintien, sous prétexte que les compagnies d'assurance interdisaient ces renouvellements pour des périodes plus prolongées.

- Réalité : Faux. On s'aperçoit qu'il est possible d'avoir de meilleurs coûts pour des fréquences de renouvellement plus espacées. D'un point de vue professionnel, c'est la stabilité de l'état de santé du patient par rapport à une condition chronique qui est le critère déterminant. Par exemple, rien n'empêche de dispenser un contraceptif oral pour une période de 3 à 6 mois s'il n'y a pas eu de changements dans les dernières années. Même principe pour l'hypertension contrôlée ou d'autres conditions médicales chroniques et bien stabilisées.

- Affichage des prix:

- Mythe : Certains prétendent que, en vertu des règlements fédéraux et provinciaux, il est interdit d'afficher le prix des médicaments.

- Réalité : Faux. Il faut distinguer la publicité du droit d'accès à l'information. S'il est vrai que, selon la réglementation fédérale et le Code de déontologie des pharmaciens du Québec, la publicité portant sur des médicaments d'ordonnance est interdite, on reconnaît cependant le droit d'accès de ces informations au patient afin

qu'il puisse prendre une décision éclairée. De plus, le Règlement des aliments et drogues (C.R.C., ch. 870) interdit la publicité de ces médicaments au public, mais permet bel et bien au pharmacien de communiquer, à titre informatif, le nom, la quantité et le prix des médicaments d'ordonnance (A. C01.044). Pour sa part, le Code de déontologie des pharmaciens (voir la section 3.7), indique que le pharmacien « peut » afficher le prix, l'honoraire et la nature des services reliés à son médicament. Bien sûr, il y a une grande différence entre les verbes « peut » et « doit », et la formulation actuelle dans le code de déontologie des pharmaciens n'apporte pas une contribution tangible à la transparence.

- Mutualisation :

- Mythe : Les pharmaciens affirment qu'il serait difficile d'être plus clair dans la facturation, car ils mutualisent les prix entre eux.

- Réalité : Faux. Cette ventilation de l'information est déjà fournie pour le régime d'assurance publique d'assurance médicaments dans leur facturation à la RAMQ. Nous observons dans les faits que plusieurs honoraires ne respectent pas le principe de mutualisation, qui devrait avoir pour conséquence d'abaisser les prix. Il suffit de revoir l'exemple du Nexium[®] pour s'en convaincre (voir l'Annexe 3).

- Coûts du régime général :

- Mythe : Les coûts du régime général d'assurance médicaments sont sous contrôle et ont même diminué en 2013.

- Réalité : Faux ... si on n'oublie pas d'incorporer les régimes privés au régime général d'assurance médicaments, ce qui ne semble pas être le cas de la part de ceux qui ont fait cette affirmation.

<p><u>Recommandation 9</u> : Que le législateur s'assure qu'il ait les bonnes informations de tous les groupes intéressés afin de prendre des décisions qui soient vraiment équitables pour tous les citoyens du Québec, sans exception.</p>
--

Conclusion

Notre groupe d'assurés considère que la pérennité de notre régime d'assurance médicaments sera préservée, ou sera même bonifiée, si les propositions mentionnées dans ce mémoire sont adoptées. L'équité et la transparence nous apparaissent indissociables d'un meilleur contrôle des coûts, pour le bénéfice du véritable payeur qui est ... l'assuré.

En terminant, nous rappelons à tous que ...

La santé n'a pas de prix ... mais elle a un coût!

Annexe 1 : Prestations privé vs public, au-delà de la contribution maximale ⁽¹⁾

Personne assurée ⁽²⁾	Prestations de l'assureur privé	Prestations de la RAMQ	Différence (\$)	Différence (%)
1	61 964,49 \$	15 253,70 \$	46 710,79 \$	306,2%
2	48 228,77 \$	39 277,74 \$	8 951,03 \$	22,8%
3	48 218,65 \$	43 237,17 \$	4 981,48 \$	11,5%
4	24 875,80 \$	14 101,29 \$	10 774,51 \$	76,4%
5	22 967,00 \$	18 862,21 \$	4 104,79 \$	21,8%
6	21 414,70 \$	18 290,78 \$	3 123,92 \$	17,1%
7	21 105,78 \$	18 216,78 \$	2 889,00\$	15,9%
8	20 599,03 \$	19 875,18 \$	723,85 \$	3,6%
9	20 289,57 \$	18 692,09 \$	1 597,48	8,5%
10	20 189,74 \$	19 603,50 \$	586,24 \$	3,0%
Total	309 853,53 \$	225 410,44 \$	89 443,09 \$	37,5%

(1) Contribution maximale en 2013 : 992 \$

(2) Adhérent, conjoint ou enfant à charge

Annexe 2 : Taux d'utilisation des génériques

	2010	2011	2012	2013
Manitoba	61,2%	64,0%	67,8%	71,1%
"CSAC"	56,0%	62,0%	67,0%	69,0%
Québec	54,6%	58,1%	61,3%	66,3%
Ontario	58,9%	60,4%	63,2%	64,0%

- CSAC : amélioration de 13% du taux d'utilisation du générique en 4 ans
- Seul le Manitoba dépasse le taux d'utilisation du CSAC en 2013
- Source : IMS Brogan + CSAC

Annexe 3 : Honoraires des pharmaciens – Exemple du Nexium ⁽¹⁾

---	---	Privé	Public	Différence (\$)	Différence (%)
Innovateur	Prix d'acquisition	68,95 \$	68,95 \$	0 \$	0%
	Honoraires prof.	18,29 \$	8,44 \$	9,85 \$	116%
	Total	87,24 \$	77,39 \$	9,85 \$	12.7%
Prestation du régime – Innov. ⁽²⁾	→	59,32 \$	33,59 \$	25,73 \$	76,6%
Générique	Prix d'acquisition	40,96 \$	40,96 \$	0 \$	0%
	Honoraires prof.	36,05 \$	8,44 \$	27,61 \$	327%
	Total	77,01 \$	49,40 \$	27,61 \$	55.9%
Prestation du régime – Générique ⁽³⁾	→	61,61 \$ - (52,37 \$)	33,59 \$	22,02 \$ - (18,78 \$)	83,8% - (55,9%)

(1) 30 comprimés de 40mg par mois, données de 2012

(2) Privé : 68% du prix total de l'innovateur, Public : 68% du prix le plus bas entre le générique et l'innovateur (PPB)

(3) Privé : 80% - (68%) du prix total du générique, Public : 68% du prix du générique

Annexe 4 : Allègement des critères du pilulier

• Au 28 juillet 2005 ⁽¹⁾

RÈGLE 24

Lorsque le pharmacien exécute ou renouvelle une ordonnance de médicament reliée à une maladie chronique ou de longue durée et fournit des médicaments pour une durée de traitement inférieure à vingt-huit (28) jours et sous la forme d'un pilulier, la rémunération est celle prévue au point 11 de l'annexe III.

La justification de l'utilisation du pilulier doit être documentée au dossier-patient et copie doit être transmise sur demande à la Régie. De plus, les raisons à l'appui de l'utilisation du pilulier doivent obligatoirement faire état des rencontres du pharmacien avec la personne assurée ou la personne aidante. En outre, la décision au regard de la personne assurée doit être évaluée au moins une (1) fois l'an et être motivée en fonction des critères suivants :

1- L'incapacité de la personne assurée à gérer la prise de sa médication en raison :

- de problèmes cognitifs;
- de handicaps physiques ou sensoriels;
- de la complexité du régime posologique;
- du niveau de danger en regard de la situation clinique.

2- Le fait que la personne assurée puisse utiliser le pilulier elle-même et sans assistance.

Toutefois, pour le maintien à domicile, l'utilisation du pilulier est justifiée même si la personne assurée ne peut utiliser elle-même le pilulier à cause de sa condition, pourvu que la personne aidante avec qui la personne assurée cohabite réponde aux conditions énoncées ci-dessus.

À chaque service du pilulier pour une période de 7 jours, 25 % du tarif prévu au point 11 de l'annexe III est payable.

• Au 1^{er} avril 2007 ⁽²⁾

Règle 24 Pilulier

Lorsque le pharmacien exécute ou renouvelle une ordonnance de médicament reliée à une maladie chronique ou de longue durée et fournit des médicaments pour une durée de traitement inférieure à vingt-huit (28) jours et sous la forme d'un pilulier, la rémunération est celle prévue au point 11 de l'Annexe III.

La justification de l'utilisation du pilulier doit être documentée au dossier-patient et copie doit être transmise sur demande à la Régie. De plus, les raisons à l'appui de l'utilisation du pilulier doivent obligatoirement faire état des rencontres du pharmacien avec la personne assurée ou la personne aidante. En outre, la décision en regard de la personne assurée doit être évaluée au moins une (1) fois l'an et être motivée en fonction des critères suivants :

1- L'incapacité de la personne assurée à gérer la prise de sa médication en raison :

- de problèmes cognitifs,
- de handicaps physiques ou sensoriels,
- de la complexité du régime posologique ou
- du niveau de danger en regard de la situation clinique.

2- Le fait que la personne assurée puisse utiliser le pilulier elle-même sans assistance.

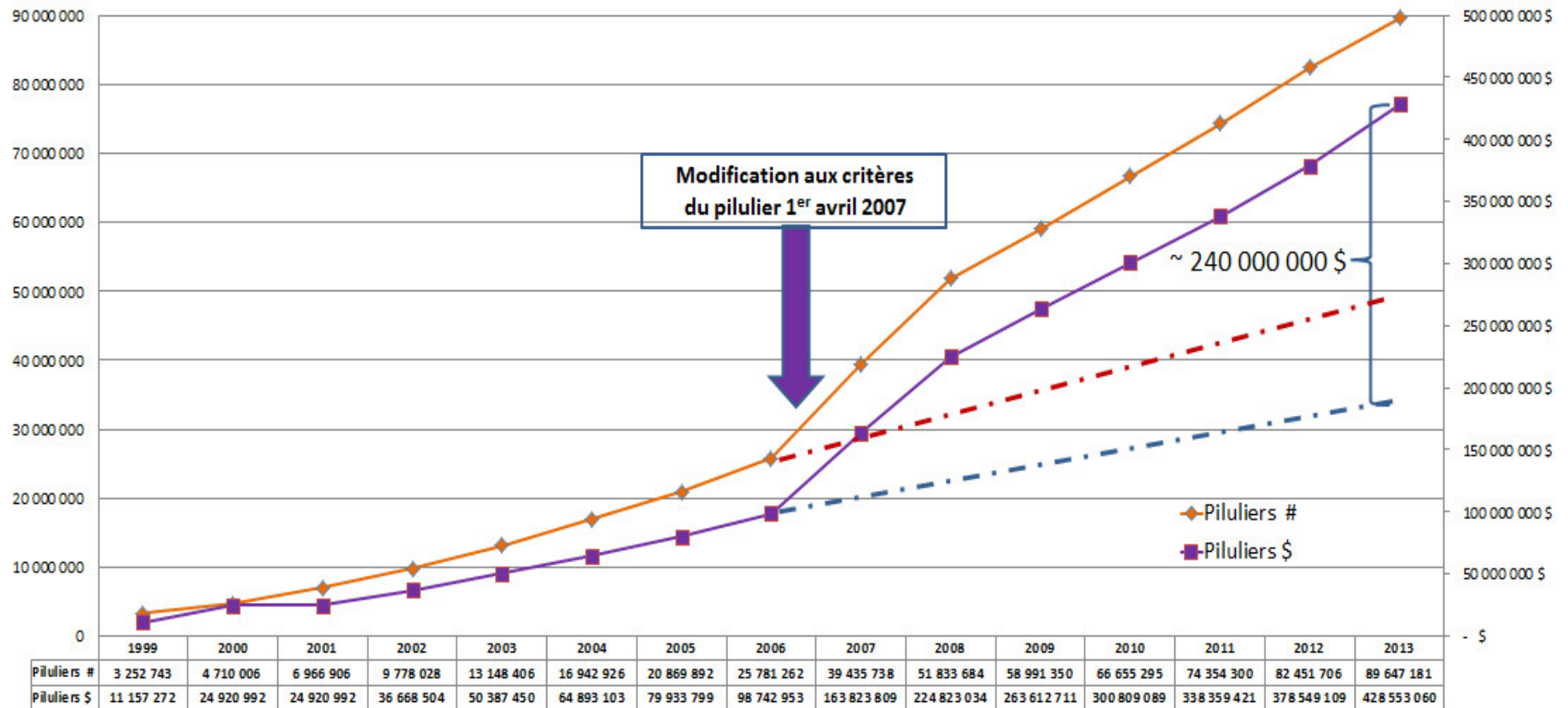
Toutefois, si la personne aidante est dans l'incapacité de gérer la prise de médication en raison d'un des motifs décrits au point 1, l'utilisation du pilulier est justifiée même si la personne assurée ne peut l'utiliser elle-même.

Le service du pilulier doit être effectué hebdomadairement. À chaque service du pilulier pour une période de 7 jours, 25% du tarif prévu au point 11 de l'annexe III est payable.

(1)- Manuel des pharmaciens, mise-à-jour 28, juillet 2005

(2)- Entente entre l'AQPP et le Ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec - 2007-2010, 1^{er} avril 2007

Annexe 5 : Évolution du nombre et du coût des piluliers



Entre 1999 et 2013 le nombre de personnes de 65 ans et plus inscrites au régime public d'assurance médicaments est passé de 870 000 à 1 070 000 (+ 36 %)
 Au cours de la même période, le nombre d'ordonnances dispensées sous forme de piluliers pour ce même groupe de personnes est passé de 2,1 M à 67,6 M (+ 3 060 %)

Annexe 6 : Sommaire des recommandations

Recommandation 1 : Afin de maintenir l'objectif d'équité pour l'ensemble de la population tel que convenu lors de la création du régime général d'assurance médicaments, notre groupe d'assurés recommande que les ententes d'inscription d'un médicament innovateur s'appliquent indistinctement à tous les citoyens du Québec, incluant les personnes et les familles qui participent aux régimes d'assurance privés qui font partie du régime général.

Recommandation 2 : Toujours par rapport à un objectif d'équité, notre groupe recommande que la politique du PPB puisse aussi s'appliquer aux régimes d'assurance privés.

Recommandation 3 : À nouveau, par le principe d'équité tel que prévu au régime général, notre groupe d'assurés recommande que la règle du PMP s'applique aussi aux régimes privés

Recommandation 4 : Par équité, notre groupe recommande de limiter le montant des honoraires et des autres frais que les pharmaciens peuvent facturer aux régimes privés, de la même manière que cela est fait pour le régime public.

Recommandation 5 : Les critères actuellement en place et leur application n'ont de toute évidence pas permis de limiter l'offre du service de pilulier aux seules personnes pour lesquelles ce service est raisonnablement justifié. Nous recommandons que les critères d'admissibilité soient revus et corrigés, notamment afin que le personnel des résidences privées ne puisse invoquer des motifs décrits au point 2 de la règle 24 de l'entente entre l'AQPP et le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec, et que ces critères puissent être appliqués indistinctement à l'ensemble du régime général d'assurance médicaments.

Recommandation 6 : Notre groupe recommande qu'à défaut d'être couverts par le régime d'assurance maladie du Québec, les honoraires des nouveaux actes soient très bien balisés et qu'ils s'appliquent intégralement à l'ensemble du régime général d'assurance médicaments du Québec.

Recommandation 7 : Notre groupe recommande que les articles 97 et 104 du Code de déontologie des pharmaciens soient modifiés afin de respecter l'intention du législateur et que les pharmaciens aient l'obligation d'indiquer sur la facturation non seulement le coût total du médicament, mais également le montant exact des honoraires et des autres frais exigés.

Recommandation 8 : Nous recommandons qu'une modification soit apportée au Code de déontologie des pharmaciens pour interdire le recours à ces cartes de fidélisation.

Recommandation 9 : Que le législateur s'assure qu'il ait les bonnes informations de tous les groupes intéressés afin de prendre des décisions qui soient vraiment équitables pour tous les citoyens du Québec, sans exception.