



Gouvernement
du Canada

Government
of Canada

Vers la mise en œuvre d'un régime national d'assurance-médicaments

Document de réflexion



Canada 

Date de publication : juin 2018

La présente publication peut être reproduite sans autorisation pour usage personnel ou interne seulement, dans la mesure où la source est indiquée en entier.

Vers la mise en œuvre d'un régime national d'assurance-médicaments

Document de réflexion

Message de la ministre de la Santé et du ministre des Finances

Les Canadiens sont fiers de leur système de santé public, qui est axé sur les besoins et non sur la capacité de payer. Toutefois, les médicaments d'ordonnance ne sont pas couverts de façon uniforme dans l'ensemble du pays, et un trop grand nombre de Canadiens n'ont pas les moyens de se procurer les médicaments dont ils ont besoin.

Dans le cadre du budget de 2018, le gouvernement a créé un Conseil consultatif sur la mise en œuvre d'un régime national d'assurance-médicaments (le Conseil), dirigé par le Dr Eric Hoskins, pour donner des conseils indépendants quant à la meilleure façon de mettre en place un régime national d'assurance-médicaments qui serait abordable pour les Canadiens et leur famille, leur employeur et les gouvernements.

Le Conseil procédera à une évaluation financière, économique et sociale des modèles nationaux et internationaux en matière de régime d'assurance-médicaments. Il consultera les Canadiens, les gouvernements provinciaux et territoriaux, les peuples autochtones, des spécialistes, les patients, le secteur privé et d'autres intervenants du secteur de l'assurance-médicaments. Le Conseil soumettra son rapport dans l'année.

Le présent document de réflexion constitue le point de départ du dialogue du Conseil avec les Canadiens relativement à la mise en œuvre d'un régime national d'assurance-médicaments au Canada. Ce document présente un survol du système actuel et des défis connexes ainsi que les principaux objectifs et questions qui serviront à encadrer les travaux du Conseil et à favoriser une discussion ciblée.

Le Conseil devra considérer le rôle crucial des provinces et des territoires relativement au système canadien de soins de santé et relativement à la prestation d'assurances-médicaments aux Canadiens.

Nous nous réjouissons à la perspective de consulter le rapport final du Conseil qui contiendra des options et des recommandations sur les mesures que devrait prendre le gouvernement fédéral.

Tables des matières

A. Qu'est-ce qu'un régime d'assurance-médicaments?	3
B. Le bien-fondé d'un régime national d'assurance-médicaments: un aperçu	3
C. Le défi : atteindre un consensus concernant les façons de faire progresser le dossier	7
D. Les principales questions à examiner au sujet d'un régime national d'assurance-médicaments	8
1. Qui sera couvert et dans quelles circonstances?	9
2. Quels seront les médicaments couverts?	12
3. Déterminer qui doit payer	16
E. Principaux points de vue à prendre en compte dans la discussion sur le régime d'assurance-médicaments national	19
F. Mobilisation des Canadiens	22
G. Références	23

A. Qu'est-ce qu'un régime d'assurance-médicaments?

Un régime d'assurance-médicaments est un système d'assurance-maladie donnant accès à des médicaments d'ordonnance essentiels. Cela peut se faire de différentes façons.

Dans la plupart des pays industrialisés, l'assurance-médicaments fait partie d'un système de soins de santé universel. Les médicaments d'ordonnance font partie de l'ensemble des services de santé couverts, au même titre que les soins hospitaliers, les soins médicaux et une gamme d'autres services de santé.

La plupart des Canadiens possèdent une assurance-médicaments sous une forme ou une autre, mais les modalités de la couverture varient considérablement, ce qui laisse plusieurs ménages confrontés à des obstacles financiers lorsque vient le moment de remplir leurs ordonnances.

Au moment où le Canada considère l'adoption d'une approche nationale à ce chapitre, il dispose de plusieurs options. Aucune décision n'a encore été prise à l'égard d'un choix de modèle ou d'approche en particulier. Comprendre ce qui fonctionnera le mieux pour les Canadiens est crucial pour permettre au gouvernement de prendre une décision éclairée. Pour ce faire, le gouvernement demande au Conseil de collaborer avec les Canadiens et un large éventail d'intervenants pour mieux comprendre les modalités pratiques et des compromis possibles pour mettre en place ces options.

B. Le bien-fondé d'un régime national d'assurance-médicaments: un aperçu

Les médicaments d'ordonnance sont un élément essentiel des soins de santé qui aide les patients à gérer et à guérir les maladies. Cependant, contrairement à d'autres piliers du régime d'assurance-maladie – comme les médecins et les hôpitaux – les médicaments d'ordonnance ne sont pas compris dans l'assurance-maladie de base. À cet égard, le Canada est un cas unique parmi tous les autres pays industrialisés qui possèdent des systèmes de soins de santé publics universels.

La logique entourant un régime d'assurance-médicaments national est réellement convaincante. Depuis le début du régime d'assurance-maladie dans les années 1960, il a toujours été prévu d'ajouter, tôt ou tard, une couverture pour les médicaments d'ordonnance à l'ensemble des services assurés par l'État. Toutefois, le Canada n'est jamais allé de l'avant en raison de l'évolution de la situation économique et fiscale, des priorités changeantes en matière de politique publique et d'une dynamique fédérale-provinciale qui ont empêché l'atteinte du consensus nécessaire pour faire progresser le dossier.

Toutes les études importantes sur le système de soins de santé canadien au cours des 50 dernières années ont conclu que l'absence de régime d'assurance pour les médicaments d'ordonnance constitue un problème majeur. C'est le cas de la Commission royale d'enquête sur les services de santé (E. Hall, 1964), du Forum national sur la santé (1997), de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (R. Romanow, 2002) et du rapport du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie sur l'état du système de soins de santé au Canada (M. Kirby, 2002).

Plus récemment, le 18 avril 2018, le Comité permanent de la santé (HESA) a déposé un rapport qui recommandait que le Canada établisse un régime public universel d'assurance-médicaments à payeur unique en élargissant la portée de la *Loi canadienne sur la santé* (LCS) pour inclure les médicaments d'ordonnance fournis à l'extérieur des hôpitaux. Le rapport contient 18 recommandations au total visant à établir le cadre qui régira la prestation du régime d'assurance-médicaments pour tous les Canadiens. Le Conseil examinera soigneusement ces recommandations dans le but de tirer profit du travail exhaustif d'HESA.

Problème d'accès : La mosaïque actuelle des régimes d'assurance-médicaments du Canada laisse trop de personnes pour compte

Aujourd'hui, la couverture des médicaments sur ordonnance au Canada est assurée par plus de 100 régimes d'assurance publics et 100 000 régimes d'assurance privés. Seuls les médicaments sur ordonnance administrés dans les hôpitaux sont couverts par le régime d'assurance-médicaments de base. La couverture pour les médicaments prescrits à l'extérieur des hôpitaux, par un médecin de famille ou un spécialiste par exemple, varie d'une personne et d'une province à l'autre :

- Pour bon nombre de travailleurs canadiens et leurs personnes à charge, un régime d'assurance privé financé par l'employeur rembourse la plupart des dépenses liées aux médicaments d'ordonnance.
- Les personnes âgées, les bénéficiaires de l'aide sociale et les patients souffrant de certaines maladies particulières sont généralement couverts au moins partiellement par des régimes publics administrés par les provinces et les territoires.
- Certaines populations, notamment beaucoup de membres des Premières Nations et des Inuits, les militaires, les anciens combattants, les détenus sous responsabilité fédérale et certains réfugiés, sont couvertes par des régimes d'assurance-médicaments financés par le gouvernement fédéral;
- Pour de nombreux Canadiens – en particulier les travailleurs autonomes, à temps partiel ou occupant un emploi peu payant ou précaire – le fait est qu'ils doivent payer de leur poche les médicaments d'ordonnance dont ils ont besoin. Les Canadiens à faible revenu souffrent aussi souvent de piètre état de santé menant à une augmentation des besoins en

médicaments d'ordonnance. De plus, puisqu'elles sont plus susceptibles d'occuper un emploi à temps partiel, les femmes ont généralement moins accès à un régime d'assurance-médicaments que les hommes.

La structure actuelle de la couverture des médicaments au Canada a de profondes conséquences pour les patients. Une étude récente indique que 95 % des Canadiens (plus de 34 millions) sont admissibles à une forme ou à une autre d'assurance pour les médicaments d'ordonnance (Conference Board of Canada, 2017). Toutefois, même les personnes disposant d'un régime d'assurance-médicaments sont parfois confrontées à des franchises, des quotes-parts et des maximums annuels qui compliquent l'acquisition de médicaments. Malgré la multitude de régimes d'assurance-médicaments, beaucoup trop de Canadiens doivent faire des choix difficiles, se passant d'autres nécessités de la vie afin de couvrir le coût des médicaments ou laissant des ordonnances non exécutées parce qu'ils ne peuvent pas se permettre ces médicaments. Une étude récente a conclu que presque un million de Canadiens ont réduit leurs dépenses alimentaires et de chauffage pour être en mesure de payer leurs médicaments (Law, 2018). Près de deux millions de Canadiens ont affirmé ne pas avoir été en mesure de payer au moins un médicament au cours de la dernière année, ce qui a entraîné des visites additionnelles chez le médecin ainsi que des admissions à l'hôpital (Law, 2018). Un autre rapport récent a estimé que des centaines de décès prématurés se produisent chaque année chez les Canadiens en âge de travailler qui n'ont pas les moyens d'acheter leurs médicaments d'ordonnance (Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers, 2018).

L'accès à un régime d'assurance-médicaments public varie considérablement entre les provinces et les territoires. Certaines provinces offrent une couverture selon le groupe d'âge, p. ex. couverture pour les personnes âgées. D'autres offrent une couverture selon la classe de revenu en se concentrant sur les personnes à faible revenu. Plusieurs provinces combinent les deux approches, p. ex. ils couvrent les personnes âgées dont le revenu est inférieur à un certain seuil. Quelques provinces offrent une couverture à tous leurs résidents dont le niveau dépend du revenu de la personne et du coût des médicaments. Le Québec est la seule province qui exige que tous les résidents possèdent une couverture pour les médicaments sur ordonnance, que ce soit par l'entremise d'un régime privé ou du régime d'assurance-médicaments provincial. Par conséquent, deux patients qui ont les mêmes besoins, mais qui vivent dans différentes parties du pays, bénéficieront d'un accès très différent à une couverture pour les médicaments d'ordonnance et devront assumer de leur poche des frais très inégaux.

Problème de coût : Les dépenses du Canada liées aux médicaments sur ordonnance sont insoutenables

En moyenne, les Canadiens dépensent 926 \$ par personne chaque année pour leurs médicaments sur ordonnance, dont les frais sont couverts par des régimes publics et privés ainsi que par les patients eux-mêmes (Institut canadien

d'information sur la santé, 2017). Les dépenses totales en médicaments au Canada ont augmenté considérablement au cours des dernières décennies, passant de 2,6 milliards de dollars en 1985 à 33,8 milliards de dollars en 2017, et les dépenses en médicaments exprimées en pourcentage du PIB ont plus que triplé, passant de 0,5 % à 1,6 % pendant cette période.

Le Canada est à la traîne derrière plusieurs de ses pairs internationaux sur le plan des coûts et des résultats sur la santé obtenus par le système de régimes d'assurance-médicaments publics et privés disparates et le faible contrôle des prix. Les Canadiens paient des prix parmi les plus élevés et dépensent plus pour des médicaments sur ordonnance que les citoyens de presque tous les autres pays au monde. Parmi les pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), seuls les États-Unis et la Suisse dépensent plus chaque année par personne pour des médicaments sur ordonnance et paient des prix plus élevés pour des médicaments brevetés que le Canada. En 2016, les prix médians de l'OCDE pour les médicaments brevetés (communément appelés des médicaments de marque ou des médicaments novateurs) étaient en moyenne 20 % plus bas que ceux au Canada (Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, 2017).

Le gouvernement prend des mesures pour baisser les prix des médicaments afin de les rendre plus abordables. Par l'intermédiaire du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB), le gouvernement fédéral réglemente le prix maximum autorisé pour les médicaments brevetés. Pour la première fois en plus de 20 ans, le gouvernement met à jour le *Règlement sur les médicaments brevetés* qui, avec la *Loi sur les brevets*, donne au CEPMB les outils nécessaires pour protéger les consommateurs des prix excessifs de médicaments brevetés. On estime que ces changements pourraient entraîner des économies d'environ 13,2 milliards de dollars au cours de la prochaine décennie. Le gouvernement fédéral travaille aussi de concert avec les provinces et les territoires en tant que membre actif de l'Alliance pharmaceutique pancanadienne (APP) pour négocier une réduction des prix des médicaments de marque pour les régimes publics et pour réduire le prix des médicaments génériques. En date du 31 mars 2017, il a été estimé que l'APP a réussi à sauver environ 1,28 milliard de dollars en coûts annuels.

Améliorer l'accessibilité aux médicaments d'ordonnance devient de plus en plus urgent étant donné que le coût des médicaments ne cesse d'augmenter et que de nouvelles avancées comme la médecine de précision et les thérapies biologiques promettent de nouvelles cures, mais aussi des prix beaucoup plus élevés. En 2006, on comptait 44 médicaments sur le marché canadien dont le coût moyen annuel par patient était supérieur ou égal à 10 000 \$. En 2016, ce nombre avait triplé pour atteindre 135 (CEPMB, 2016). Bien que ces produits ne constituent qu'une fraction des quelque 12 000 médicaments offerts sur le marché canadien, ils représentent plus du quart des coûts remboursés par les régimes d'assurance-médicaments publics et privés, même s'ils ne permettent de traiter que 2 % des bénéficiaires.

Non seulement les nombreuses couvertures disparates qui se sont imposées au Canada sont-elles devenues inadéquates pour beaucoup trop de Canadiens, elles ne sont pas conçues aussi pour gérer les médicaments de plus en plus dispendieux découlant du processus d'innovation. La flambée des coûts impose un fardeau financier à tous les Canadiens ainsi qu'à leur famille, aux employeurs et aux gouvernements. Ce sont les Canadiens qui paient pour l'augmentation du coût de ces médicaments, soit directement de leur poche ou indirectement lorsque leur employeur leur refile la facture ou dans les taxes et impôts qu'ils paient.

Les régimes d'assurance financés par les employeurs doivent faire des compromis difficiles à mesure que le coût des médicaments pour la population active augmente. Certains employeurs choisissent d'assumer les coûts supplémentaires en payant des primes d'assurance plus élevées. D'autres décident d'augmenter la contribution de leurs employés en augmentant les franchises, les quotes-parts ou les maximums annuels ou à vie, ou encore en limitant les salaires et les prestations de maladie. Par exemple, l'utilisation de maximums annuels ou à vie pour les prestations de maladie dans les régimes d'assurance-médicaments privés a augmenté dans les dernières décennies et bon nombre d'entreprises ont réduit les prestations de santé à la retraite. Ces tendances indiquent que chaque personne devra participer davantage au coût de ses médicaments.

À mesure que le coût des médicaments augmentera, les régimes privés deviendront de moins en moins abordables et avec le vieillissement de la population du Canada et la plus grande fréquence des maladies chroniques, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux connaîtront aussi une augmentation des coûts, en particulier parce que les régimes publics couvrent généralement les personnes âgées. Cette situation exercera une pression sur les régimes publics afin qu'ils réduisent aussi le remboursement des médicaments ou d'autres services sanitaires et sociaux essentiels puisque les sommes dépensées pour couvrir les médicaments ne peuvent être utilisées ailleurs.

Une approche plus uniforme serait non seulement plus équitable pour les Canadiens qui peinent à payer leurs factures, mais elle aiderait aussi tous les citoyens à obtenir un meilleur prix pour des produits essentiels de plus en plus coûteux.

C. Le défi : atteindre un consensus concernant les façons de faire progresser le dossier

Le temps est venu de trouver comment faire avancer ce dossier important. Un vaste regroupement d'intervenants et de spécialistes se sont mobilisés pour recueillir des éléments de preuve et créer une dynamique. Les premiers ministres provinciaux et territoriaux ont amorcé des travaux conjoints. Les parlementaires fédéraux ont minutieusement étudié le problème et ont demandé

que des mesures soient prises. Les gouvernements ont aussi travaillé à la mise en place des principales composantes de base d'un régime national d'assurance-médicaments, par exemple, avec des mesures pour réduire le prix des médicaments.

Un système plus cohérent d'assurance-médicaments comporterait de nombreux avantages. Il favoriserait l'équité en donnant accès aux médicaments dont ils ont besoin à tous les Canadiens et offrirait ainsi aux citoyens une couverture plus uniforme qui va de pair avec le concept de régime d'assurance-maladie. Il diminuerait aussi le coût des médicaments en misant sur le pouvoir d'achat collectif des Canadiens. Il engendrerait également un système plus rationnel et efficace en veillant à ce que la décision à savoir si des médicaments doivent être couverts ou non repose sur des données probantes de l'efficacité clinique et la rentabilité.

Le Canada pourrait tirer des leçons utiles de l'expérience d'autres pays. Certains pays, comme le Royaume-Uni et l'Australie, couvrent les médicaments par le biais d'un programme national financé grâce aux taxes et impôts. D'autres, notamment l'Allemagne et les Pays-Bas, possèdent des régimes d'assurance privés (souvent sans but lucratif) réglementés par le gouvernement national. Pour certains de ces systèmes, les employeurs jouent un rôle important dans la couverture des médicaments, puisqu'ils doivent offrir une assurance à leurs employés et leurs personnes à charge. D'autres pays offrent les médicaments sur ordonnance à peu de frais aux patients, mais exigent que ceux-ci déboursent un petit montant pour chaque ordonnance. Tous ces modèles possèdent des avantages et des inconvénients et l'expérience des autres pays montre qu'aucun système n'est parfait.

Il sera difficile de choisir le modèle idéal pour le Canada et les obstacles à sa mise en œuvre sont nombreux. Les avantages d'un régime d'assurance-médicaments, bien qu'importants, exigent que de nombreuses parties dont les intérêts diffèrent fassent des compromis et s'adaptent. Les prochaines sections du document de réflexion examineront ces problèmes de façon plus approfondie et cibleront les questions qui guideront le Conseil dans son élaboration des options pour mettre en œuvre un régime national d'assurance-médicaments.

D. Les principales questions à examiner au sujet d'un régime national d'assurance-médicaments

Il faut prendre en compte de nombreux enjeux et points de vue pour décider de la meilleure voie à suivre pour les Canadiens. Les questions les plus fondamentales sont peut-être les plus importantes : qui sera couvert et dans quelles circonstances, quels médicaments seront couverts et qui va payer? Pour répondre à ces questions, il faut comprendre pourquoi ces enjeux sont importants, comment fonctionne le système actuel et quelles sont les solutions possibles pour le Canada.

1. Qui sera couvert et dans quelles circonstances?

Pourquoi cela est-il important?

L'équité de la couverture caractérise le régime d'assurance-maladie canadien depuis les 50 dernières années. Les Canadiens savent que peu importe où ils vivent, ils peuvent s'attendre à avoir accès aux soins médicaux et hospitaliers dont ils ont besoin selon des modalités uniformes. En d'autres termes, les Canadiens peuvent être assurés qu'en ce qui a trait aux services médicaux et hospitaliers, tous reçoivent le même traitement. Cela ne signifie pas que tous les services sont offerts dans toutes les collectivités en tout temps; cela n'a jamais été le but du régime d'assurance-maladie. Le système repose plutôt sur l'idée que tous les Canadiens sont couverts par le régime public et que l'accès aux services est fondé principalement sur les besoins, non sur la capacité de payer ou d'autres critères.

Pour aller de l'avant avec un régime d'assurance-médicaments national, il faut avoir une vision claire de ce que devrait être l'équité en matière d'assurance-médicaments dans le futur.

Comment le système fonctionne-t-il actuellement?

En ce moment, la couverture des médicaments pour les Canadiens ne dépend pas seulement des besoins médicaux, mais bien d'un éventail d'autres facteurs, y compris l'âge, la province ou le territoire de résidence, la situation d'emploi et le revenu. À l'heure actuelle, environ 100 régimes d'assurance-médicaments provinciaux et territoriaux différents couvrent approximativement 24 millions de Canadiens. En outre, environ 500 000 entreprises offrent des régimes d'assurance-médicaments privés à plus ou moins 23 millions de Canadiens (Conference Board of Canada, 2017). Il y a souvent un chevauchement entre les régimes publics et privés. Par exemple, certaines provinces offrent une assurance-médicaments fondée sur le revenu à tous leurs résidents. Une personne qui participe à un régime d'assurance-maladie privé à son travail peut choisir de ne pas adopter le régime public provincial tant qu'elle n'a pas atteint sa couverture privée maximale.

Chacun de ces régimes publics et privés obéit à des règles différentes relativement aux personnes admissibles, aux médicaments couverts et à la franchise que le patient doit payer lorsqu'il achète des médicaments. Par exemple, les personnes qui occupent plusieurs emplois à temps partiel n'ont parfois à peu près aucune assurance-médicaments, alors que les personnes occupant un emploi plus stable dans une grande entreprise profitent généralement d'un régime d'assurance-médicaments assez exhaustif. À certains endroits, les personnes âgées paient seulement un petit montant fixe pour chaque ordonnance alors qu'à d'autres, elles doivent parfois payer des centaines de dollars en quotes-parts et en franchises. Il y a des provinces et des territoires où les médicaments sur ordonnance pour les enfants sont offerts gratuitement alors qu'ailleurs, il n'existe pour ainsi dire aucun régime public pour les enfants.

Pour les ménages canadiens dont l'assurance-médicaments est inadéquate, le crédit d'impôt pour frais médicaux du gouvernement fédéral et d'autres programmes provinciaux offrent un peu de répit. Des organismes caritatifs du domaine de la santé, des collectes de fonds communautaires et des dons de médicaments par l'industrie pharmaceutique peuvent aussi aider à réduire le coût des médicaments pour les familles démunies. Cependant, pour beaucoup trop de Canadiens, l'impossibilité de se procurer des médicaments dont ils ont besoin est une dure réalité. Un accès difficile à des médicaments nécessaires, cela entraîne malheureusement une aggravation de l'état de santé.

Quelles sont les solutions possibles pour le Canada?

Différentes approches ont été suggérées au cours des dernières décennies pour améliorer l'équité de la couverture pour les médicaments sur ordonnance au Canada.

Une de ces approches consiste à fournir aux Canadiens un **régime d'assurance universel et complet** pour les médicaments sur ordonnance. Dans cette approche, l'équité découle du fait que tous les citoyens sont traités de la même façon et ont accès aux médicaments en fonction de leurs besoins, non de leur capacité à payer. C'est ce qu'avait proposé à l'origine la Commission Hall en 1964, sous réserve du paiement d'une quote-part d'un dollar par ordonnance, ce qui équivaudrait à environ huit dollars aujourd'hui. Cette proposition a refait surface dans le rapport final du Forum national sur la santé en 1997, qui demandait la mise en œuvre d'un régime d'assurance-médicaments universel qui ressemblerait à la couverture offerte pour les soins hospitaliers et médicaux au Canada, et elle a été proposée encore une fois par le Comité permanent de la santé. Cette approche signifie que les personnes couvertes en ce moment par des régimes d'assurance privés seraient largement couvertes par un régime public, et les gouvernements assumeraient certains coûts qui sont payés aujourd'hui par des régimes d'assurance privés et des dépenses personnelles des Canadiens. Cependant, cette approche pourrait réaliser aussi des économies importantes – estimées à plus de 4 milliards de dollars par le bureau du directeur parlementaire du budget – grâce au pouvoir d'achat collectif et à des frais administratifs réduits d'un programme à payeur unique.

Une autre approche qui a été suggérée serait d'offrir une assurance-médicaments pour protéger les Canadiens des frais de médicaments sur ordonnance exceptionnellement élevés. Dans ce modèle, l'équité résulte du **filet de sécurité** de base mis en place pour que les gens n'aient pas à s'endetter ou à vendre leur maison pour couvrir le coût des médicaments. Un tel régime d'assurance-médicaments assurerait un régime public pour les coûts associés aux médicaments dépassant un certain seuil, p. ex. 3 % du revenu familial. Les individus, ou leur régime d'assurance-médicaments actuel, devraient payer les frais pour les médicaments ne dépassant pas le seuil. Établir le seuil juste est essentiel pour assurer que les Canadiens aient accès aux médicaments nécessaires. La Commission Romanow et le Comité sénatorial Kirby en 2002 ont

proposé des variantes de cette approche. Le Groupe de travail ministériel fédéral/provincial/territorial sur la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques en vertu de l'Accord sur la santé de 2004 a analysé plusieurs scénarios pour améliorer l'assurance-médicaments catastrophique des Canadiens, mais aucun consensus n'a été atteint sur la marche à suivre. Le modèle du filet de sécurité offre une plus grande souplesse aux gouvernements quant à l'augmentation ou à la réduction du seuil de la couverture selon les budgets, mais serait moins efficace pour améliorer l'équité et réduire le coût des médicaments.

Une autre approche consiste à conserver la structure des régimes d'assurance-médicaments publics et privés actuels, mais en ajoutant des règles à respecter et des fonds publics pour **combler les lacunes**. Cette approche pourrait exiger que les entreprises d'une certaine taille fournissent une couverture aux employés. Il se peut aussi que tous les Canadiens soient forcés d'obtenir une assurance publique ou privée. Dans les deux cas, des subventions publiques ou une couverture publique élargie seraient nécessaires pour aider les personnes qui n'ont pas accès à une assurance-médicaments. Dans le cadre de cette approche, l'équité découle du fait que toutes les personnes posséderaient une assurance-médicaments publique ou privée, bien que la nature de la couverture (médicaments couverts ou les frais que chacun doit assumer) varierait d'un régime à l'autre. L'approche consistant à combler les lacunes pourrait perpétuer les inégalités et les inefficacités de l'ensemble de mesures disparates actuel, à moins que des normes soient développées. Il serait possible de mettre en place de nouvelles lois pour définir les exigences de base de la couverture et réduire les écarts entre les régimes.

Questions pour discussion :

1. Qui devrait être couvert par l'assurance-médicaments nationale?

- Tous les Canadiens selon des modalités similaires, peu importe leur capacité de payer (c.-à-d. une couverture universelle)*
 - Les Canadiens dont les dépenses pour des médicaments dépassent un certain pourcentage de leur revenu (c.-à-d. couverture en fonction du revenu)*
 - Une autre approche – veuillez décrire qui, à votre avis, devrait être couvert et pour quelles dépenses en médicaments :*
-

2. Comment le régime d'assurance-médicaments national devrait-il être dispensé?

- Principalement par un régime public, comme la couverture pour les services médicaux et hospitaliers*
 - Par l'intermédiaire d'une combinaison de régimes publics et privés, comme les régimes d'assurance-médicaments actuels et certains autres services de santé (p. ex. assurance dentaire)*
 - Une autre approche – veuillez décrire vos suggestions pour une approche appropriée de mettre en œuvre un régime national d'assurance-médicaments*
-

2. Quels seront les médicaments couverts?

Pourquoi cela est-il important?

L'idée d'un régime national d'assurance-médicaments implique la notion que les Canadiens auraient accès à une liste sensiblement comparable de médicaments sur ordonnance selon des modalités similaires. Pour favoriser une gestion efficace, de nombreux régimes d'assurance-médicaments élaborent une liste des médicaments assurés et des critères associés à leur utilisation (p. ex. le remboursement d'un médicament pourrait se limiter aux personnes atteintes d'une maladie en particulier) ainsi que toutes dispositions connexes en matière de partage des coûts (c.-à-d. le pourcentage du coût du médicament qui sera couvert par le participant au régime et par le promoteur du régime).

Il existe des milliers de médicaments sur le marché en tout temps et des dizaines de nouveaux produits arrivent sur le marché chaque année, souvent très coûteux. Les régimes d'assurance-médicaments doivent faire des choix difficiles quant aux médicaments qui peuvent être remboursés en fonction d'une gamme de facteurs, notamment les besoins de la population participant au régime d'assurance, les données probantes sur l'efficacité d'un médicament utilisé dans de différentes circonstances et sous de diverses conditions et la rentabilité du médicament par rapport aux autres traitements possibles. La liste

des médicaments remboursés et tous les critères connexes liés à leur utilisation peuvent aussi servir à orienter les décisions des médecins prescripteurs et à s'assurer que chaque patient reçoit le traitement médicamenteux le plus approprié.

Finalement, les régimes d'assurance-médicaments doivent tirer le meilleur parti possible de leurs budgets limités pour favoriser les meilleurs résultats envisageables sur le plan de la santé pour les populations qu'ils servent. Ce défi est plus manifeste dans le cas des régimes d'assurance-médicaments publics, qui doivent être transparents et assurer une utilisation optimale des deniers publics. Les régimes d'assurance-médicaments privés bénéficient de plus de flexibilité et tendent à offrir un plus grand choix de médicaments sur ordonnance, même s'ils sont plus coûteux et qu'il y a moins de preuves de leurs avantages cliniques. Toutefois, à mesure que des médicaments de plus en plus chers arrivent sur le marché, il est possible que les régimes d'assurance-médicaments privés aient à gérer plus activement les médicaments qu'ils remboursent pour demeurer rentables.

Comment le système fonctionne-t-il actuellement?

Au Canada, les régimes d'assurance-médicaments publics et privés possèdent chacun leur propre liste de médicaments remboursés. Le Programme commun d'évaluation des médicaments de l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé examine les données probantes sur le bon fonctionnement d'un nouveau médicament (efficacité clinique) par rapport à son coût (rapport coût-efficacité) et émet des recommandations aux gestionnaires des régimes d'assurance-médicaments. Les régimes publics s'appuient grandement sur le Programme commun d'évaluation des médicaments pour décider quels médicaments seront remboursés.

Pour leur part, les employeurs qui offrent la majorité des régimes d'assurance-médicaments privés canadiens ont traditionnellement considéré ces régimes comme des outils pour attirer et maintenir en poste des employés et ont préféré offrir plus de choix de médicaments aux membres de leurs régimes. Par conséquent, la majorité des régimes privés possèdent ce que l'on appelle une « liste de médicaments ouverte » et remboursent la plupart des nouveaux médicaments dès qu'ils arrivent sur le marché, peu importe l'efficacité clinique démontrée ou le rapport coût-efficacité.

Le nombre de médicaments figurant dans les régimes d'assurance-médicaments publics canadiens varie entre 4 000 et 8 000. En 2017, une étude du CEPMB a démontré qu'il y a un degré d'harmonisation élevé entre les listes des régimes publics d'assurance-médicaments concernant les médicaments utilisés pour traiter les troubles médicaux communs rencontrés dans les soins primaires. Il y a cependant davantage de variabilité dans le pays à l'égard des médicaments spécialisés et onéreux, qui sont de plus en plus fréquents.

Quelles sont les solutions possibles pour le Canada?

L'élaboration d'une approche commune pour l'établissement des listes de médicaments dans le cadre de la mise en œuvre d'un régime d'assurance-médicaments national aiderait à s'assurer que tous les Canadiens ont aussi facilement accès aux médicaments partout au pays. C'est possible en adoptant des principes et des critères clairs pour déterminer quels médicaments peuvent être remboursés ou en créant une seule liste nationale des médicaments assurés qui auraient le même effet. Ces critères pourraient s'appliquer autant aux régimes publics que privés. Les gens pourraient aussi avoir l'option d'acheter des médicaments qui ne sont pas remboursés par le régime d'assurance-médicaments national par l'entremise d'une assurance additionnelle ou en payant de leur poche. Il faudrait déterminer la portée des médicaments remboursés par le régime national.

Une autre approche pourrait être de se concentrer sur les **médicaments essentiels**, surtout ceux utilisés pour les soins de santé primaires. Selon la définition de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), les médicaments essentiels – quelque centaines au total – sont ceux qui répondent aux besoins de santé prioritaires d'une population et qui devraient être disponibles en permanence dans le cadre de systèmes de santé opérationnels, en quantité suffisante, et à un prix abordable sur le plan individuel et collectif. Chaque régime public et privé pourrait compléter cette liste de médicaments avec des produits offerts à leurs résidents ou leurs clients. Cette approche permettrait de s'assurer que tous les Canadiens ont accès à un ensemble de médicaments de base, mais ne couvrirait pas toute la gamme de médicaments habituellement utilisés dans notre système de soins de santé. Elle ne réglerait pas non plus le problème des nouveaux médicaments à prix plus élevé.

Une approche différente consisterait à se concentrer sur les **médicaments prescrits le plus souvent** pour un large éventail de troubles médicaux communs (p. ex. diabète, hypertension, etc.). Comme il est mentionné ci-dessus, il y a déjà un bon degré d'harmonisation dans les listes des régimes publics d'assurance-médicaments pour ces médicaments. Encore une fois, les régimes publics ou privés pourraient être autorisés à compléter la liste des médicaments assurés du régime national. Ce modèle garantirait à tous les Canadiens un même accès aux médicaments fréquemment prescrits dans la médecine familiale, mais il ne réglerait pas non plus le problème des médicaments sur ordonnance à prix élevé.

Par contre, une **approche plus exhaustive** pourrait être adoptée en remboursant une plus longue liste de médicaments équivalant aux listes provinciales de médicaments assurés les plus généreuses actuellement (mais pas une liste ouverte qui englobe tous les médicaments approuvés pour la vente). Cette approche pourrait impliquer des coûts plus élevés pour les régimes d'assurance-médicaments, mais elle garantirait une plus grande équité de la couverture et offrirait un meilleur pouvoir d'achat pour un plus large éventail de

médicaments, y compris beaucoup de médicaments plus récents à prix élevés qui arrivent sur le marché comme les médicaments pour les maladies rares.

Dans chacune des approches énumérées, la rétroaction des patients et des médecins prescripteurs, les données probantes sur la sécurité et l'efficacité ainsi que les facteurs budgétaires ont tous un rôle à jouer dans la prise de décisions.

Questions pour discussion :

3. *Quels médicaments devraient être remboursés dans le cadre d'un régime d'assurance-médicaments national?*

- Seulement les médicaments sur ordonnance sécuritaires et efficaces dont le bon rapport qualité-prix a été prouvé par de nombreuses données (le régime serait ainsi moins coûteux, mais offrirait moins d'options à certains patients).*
 - Les médicaments ci-dessus et des médicaments sur ordonnance sécuritaires et efficaces pour lesquels il existe moins de données qui prouvent leur bon rapport qualité-prix (le régime serait donc plus coûteux, mais certains patients disposeraient de plus d'options).*
 - Une autre approche – veuillez décrire quels médicaments devraient être couverts à votre avis*
-

4. *Quel devrait être le degré de variabilité entre les différents régimes d'assurance-médicaments ou entre les provinces et les territoires quant à la liste des médicaments remboursés par le régime national d'assurance-médicaments?*

- Il faudrait établir une liste nationale commune ne permettant aucune variation entre les différents régimes d'assurance-médicaments ou entre les provinces et les territoires.*
 - Il faudrait adopter une approche commune autorisant un certain degré de variabilité en fonction de chaque employeur ou du contexte provincial ou territorial.*
 - Une autre approche – veuillez décrire quel serait le degré de variabilité approprié à votre avis quant à la liste des médicaments assurés entre les différents régimes d'assurance-médicaments ou entre les provinces et les territoires*
-

3. Déterminer qui doit payer

Pourquoi cela est-il important?

Pour mettre en œuvre un régime national d'assurance-médicaments, il faudra prendre des décisions difficiles à savoir comment les coûts du programme seront partagés entre les gouvernements, le secteur privé et les citoyens canadiens.

Comment le système fonctionne-t-il actuellement?

Actuellement, le Canada dépense 34 milliards de dollars annuellement pour les médicaments sur ordonnance (Institut canadien d'information sur la santé, 2017). Selon l'Institut canadien d'information sur la santé, des dépenses de 14,5 milliards de dollars pour les médicaments sur ordonnance sont financées par les régimes d'assurance-médicaments publics. La part des dépenses assumée par les régimes publics varie selon la province, allant de 29 % au Nouveau-Brunswick à 48 % en Saskatchewan. Les dépenses pour les médicaments d'ordonnance financées par les régimes d'assurance privés (principalement parrainés par les employeurs) s'élevaient à 12,1 milliards de dollars (36 %) et les 7,4 milliards de dollars restants (22 %) étaient assumés par les ménages canadiens sous forme de quotes-parts, de franchises, de primes et de paiements directs.

Une des questions qu'il faudra trancher sera de déterminer si les Canadiens devraient payer une partie des coûts des médicaments sous forme de franchises, de quotes-parts ou de primes annuelles et, le cas échéant, combien. Ces éléments varient beaucoup d'un régime public à l'autre actuellement. Certains régimes couvrent tous les frais liés aux médicaments, en particulier pour les résidents à faible revenu. Toutefois, dans bien des cas, un ménage à revenu moyen doit payer plusieurs milliers de dollars avant que le régime public commence à couvrir le coût de ses médicaments. Cette situation amène certaines familles à devoir faire un choix entre des médicaments et d'autres biens essentiels comme les aliments et le chauffage.

Des recherches ont démontré que les frais au point de service (comme les quotes-parts ou les franchises) peuvent dissuader les gens d'obtenir des soins médicaux essentiels. Même les ordonnances pour des produits coûtant 25 \$ ou moins peuvent être un obstacle pour certains (Law, 2018). En même temps, certaines personnes croient qu'il est important que les gens assument directement une partie du coût de leurs médicaments pour les inciter à éviter le gaspillage. Le fait est que dans beaucoup de pays, les patients assument une partie des coûts associés aux médicaments sur ordonnance. En Australie, les patients paient environ 35 \$ CA par ordonnance. En Allemagne et en Nouvelle-Zélande, de modestes quotes-parts sont imposées, soit entre 7 \$ CA et 17 \$ CA et entre 2 \$ CA et 8 \$ CA, respectivement. Au Royaume-Uni et aux Pays-Bas, les patients n'ont à peu près aucun coût à assumer pour les médicaments sur ordonnance (Morgan, Daw et Law, 2013).

Une caractéristique importante du modèle actuel de financement de l'assurance-médicaments au Canada est l'inclusion d'une assurance-médicaments privée dans le cadre d'un programme d'avantages sociaux. Les syndicats négocient ces avantages avec les employeurs autant dans le secteur public que dans le secteur privé. Les coûts associés à ces avantages sociaux sont considérés comme une dépense d'entreprise pour les employeurs et ils ne sont donc pas imposables. C'est aussi un avantage non imposable pour les employés (sauf au Québec). Cela signifie que les Canadiens qui sont couverts par des régimes privés profitent d'une subvention publique implicite. Finances Canada estime que le coût de ce traitement fiscal pour le gouvernement fédéral s'est élevé à 2,6 milliards de dollars en 2016.

Quelles sont les solutions possibles pour le Canada?

Les données suggèrent que le système actuel de régime d'assurance pour les médicaments d'ordonnance du Canada est onéreux et que les Canadiens pourraient obtenir un meilleur rapport qualité-prix. Selon la façon dont le régime d'assurance-médicaments est conçu, la mise en œuvre d'un régime national pourrait représenter un changement majeur quant aux dépenses en matière de médicaments pour les secteurs public et privé. En même temps, un programme national géré plus efficacement et qui consolide le pouvoir d'achat pour négocier des prix moins élevés pour les médicaments pourrait entraîner des économies importantes par rapport à ce que le gouvernement, les employeurs et les Canadiens paient collectivement en ce moment. Peu importe le modèle, des décisions difficiles devraient être prises quant à la répartition des coûts du programme entre les gouvernements, le secteur privé et les individus.

Les citoyens canadiens et plusieurs employeurs payent déjà un prix élevé pour des médicaments d'ordonnance, que ce soit en payant les médicaments à plein prix à la pharmacie, en payant des primes pour un régime privé ou en payant des impôts supportant des régimes publics existants. La nature de la contribution des Canadiens au coût des médicaments peut changer selon le modèle de régime national d'assurance-médicaments.

Le fait d'exiger une quote-part pour chaque ordonnance, qu'il s'agisse de frais fixes peu élevés ou d'un pourcentage du coût de l'ordonnance, est un moyen de compenser le coût d'un programme d'assurance-médicaments national. Plus important encore, cette approche pourrait aussi aider à orienter les gens vers des options sécuritaires et économiques. Beaucoup de pays utilisent l'établissement du coût en fonction du produit de référence, qui prévoit que le budget public couvre l'option offrant le meilleur rapport qualité-prix parmi une classe de médicaments et que le patient peut choisir de payer la différence pour une solution plus dispendieuse. Il faudrait envisager des exemptions et des plafonds pour protéger les populations les plus vulnérables, y compris les personnes atteintes de multiples maladies chroniques.

À l'heure actuelle, beaucoup d'employeurs assument le financement de l'assurance-médicaments pour les Canadiens dans le cadre des avantages sociaux qu'ils offrent à leurs employés et leurs personnes à charge. Les employeurs pourraient continuer ainsi sous un régime public ou privé. Par exemple, un régime public pourrait imposer une prime aux employeurs pour rediriger efficacement vers le régime public les primes actuelles qu'ils payent pour le régime privé. En revanche, la couverture fondée sur l'emploi pourrait être élargie en demandant aux entreprises d'une certaine taille d'offrir une couverture à leurs employés. Dans ce cas, une partie du financement requis pour appuyer le régime d'assurance-médicaments national serait toujours financé par les grandes entreprises.

Pour toutes les méthodes permettant de générer des revenus, il faudrait examiner si les contributions seraient fondées sur la capacité de payer, les conséquences pour l'économie et la compétitivité du Canada ainsi que les coûts administratifs et de conformité pour les contribuables et les gouvernements.

Questions pour discussion :

5. *Les patients devraient-ils assumer une partie des coûts associés aux médicaments sur ordonnance à la pharmacie (p. ex. quotes-parts ou franchises)?*
6. *Les employeurs, qui jouent actuellement un rôle important dans le financement de la couverture des médicaments pour leurs employés, devraient-ils continuer de le faire (que ce soit par le biais de contributions à un régime privé ou d'un régime public)?*

E. Principaux points de vue à prendre en compte dans la discussion sur le régime national d'assurance-médicaments

Il sera difficile d'atteindre un consensus relativement à un modèle de régime national d'assurance-médicaments et la meilleure méthode afin de mettre le nouveau modèle en œuvre. Lorsque le Conseil entamera la discussion avec les Canadiens sur la mise en œuvre du régime national, il devra tenir compte de l'importance du rôle, de la contribution et des intérêts des principaux acteurs en la matière.

Les citoyens canadiens

Les patients doivent être au centre des conversations concernant la réforme des soins de santé. Pour mener à bien son mandat, le Conseil communiquera avec des groupes de patients et des citoyens canadiens qui connaissent bien le système de soins de santé pour mieux comprendre leurs préoccupations et leurs idées relativement à la mise en œuvre d'un régime d'assurance-médicaments national. Les Canadiens qui ne sont pas admissibles actuellement à un régime public ou privé pour couvrir leurs dépenses courantes associées aux médicaments seront probablement favorables à une couverture élargie, alors que ceux qui ont présentement accès à un régime financé par l'employeur pourraient éprouver des inquiétudes concernant les changements possibles.

En outre, le sexe influence nos risques de développer certaines maladies, notre réponse aux médicaments et notre accès aux services de soins de santé. Comme l'expérience des femmes, des hommes et des personnes de diverses identités de genre peut être différente en ce qui a trait aux politiques, aux programmes et aux initiatives, il sera important de prendre en compte le sexe et d'autres facteurs de diversité dans la conception, le coût et l'efficacité du régime national d'assurance-médicaments.

Provinces et territoires

Conformément à leur rôle en matière de soins de santé, les provinces et les territoires possèdent une très vaste expérience et expertise dans la prestation d'assurances-médicaments à leur population par le biais des régimes publics d'assurance existants. Tout au long du processus, le Conseil consultera de façon étroite les responsables provinciaux et territoriaux de la Santé et des Finances, reconnaissant que chaque région abordera la discussion d'un point de vue qui lui est propre.

Comme mentionné précédemment, les provinces et les territoires ont adopté des approches fondamentalement différentes pour structurer leur assurance-médicaments (p. ex. régime fondé sur l'âge, sur la maladie, sur le revenu). Au fur et à mesure que sera conduite l'évaluation des différents modèles et options, il sera important de comprendre les implications de chacun sur la facilité de mise en œuvre dans les provinces et les territoires et la meilleure manière de soutenir la coordination et collaboration pancanadiennes.

Gouvernements autochtones et organismes qui les représentent

Plus de 830 000 membres des clients inuits et des Premières Nations, peu importe où ils vivent au Canada ou leur niveau de revenu, reçoivent une assurance-médicaments par le biais du Programme des services de santé non assurés (SSNA) du gouvernement fédéral. En ce moment, l'état de santé des autochtones du Canada est beaucoup moins bon que celui des Canadiens non autochtones. Toutefois, dans le contexte d'une relation renouvelée avec le gouvernement du Canada – qui est fondée sur la reconnaissance des droits, le respect, la coopération et les partenariats – les peuples autochtones prennent plus en plus en charge la gouvernance, la conception, la prestation et le contrôle de leurs propres services de santé. Le Conseil devra en tenir compte et examiner comment il sera possible de mettre en œuvre un régime d'assurance-médicaments national tout en favorisant l'autodétermination et de meilleurs résultats pour la santé des peuples autochtones.

Fournisseurs de soins de santé

Les établissements de santé et les cliniciens sont des intervenants essentiels dans la prescription et la distribution des médicaments. Les médecins, les infirmiers, les dentistes et les pharmaciens ainsi que les autres cliniciens sont au premier plan du système de soins de santé et leurs connaissances ainsi que leur expérience seront indispensables pour les travaux du Conseil. Beaucoup de fournisseurs de soins de santé seront probablement favorables à des approches permettant d'améliorer l'accès aux médicaments pour leurs patients, mais ils pourraient résister aux changements s'ils ont l'impression qu'ils limitent l'autonomie ou les choix des prescripteurs.

Assureurs privés

Les assureurs privés conçoivent et gèrent plus de 100 000 régimes assurance-médicaments en vertu de contrats conclus avec des employeurs et des groupes comme des syndicats ou des associations professionnelles, en plus d'offrir des régimes individuels. Devant l'augmentation du coût des médicaments, les assureurs encouragent les mesures visant à améliorer l'abordabilité des médicaments. Une question essentielle que le Conseil devra examiner est le rôle que joueront les régimes d'assurance privés dans les différents modèles de régime d'assurance-médicaments national. Toutes les transitions dans le rôle des assureurs privés devront prendre en considération les effets sur les entreprises et les employés dans cette industrie.

Les entreprises

Bon nombre de grandes entreprises offrent une assurance pour les médicaments sur ordonnance à leurs employés à titre d'avantage lié à l'emploi, mais ce n'est pas toujours le cas pour les petites entreprises pour qui ces coûts peuvent être exorbitants. Il sera important pour le Conseil d'écouter le point de vue des entreprises concernant le financement du régime d'assurance-médicaments

national et la manière dont il pourrait aider les entreprises canadiennes à être plus concurrentielles.

Les syndicats

Les groupes syndicaux défendent vivement un régime d'assurance-médicaments universel et demandent une amélioration de l'assurance pour les non assurés. Le mouvement syndical a également un rôle important à jouer dans les régimes d'assurance-médicaments financés par l'employeur. Le Conseil engagera le dialogue avec des experts du monde du travail et des organisations syndicales pour prendre leurs opinions en considération.

Industrie pharmaceutique

Les ventes de produits pharmaceutiques sur le marché canadien représentent 2 % des ventes mondiales, ce qui fait du Canada le 10^e marché pharmaceutique en importance à l'échelle mondiale. La mise en œuvre d'un régime national d'assurance-médicaments pourrait accroître l'importance de ce marché, mais il serait probablement nécessaire d'apporter des changements à la réglementation de la couverture des médicaments sur ordonnance et de leur remboursement. L'avis des fabricants et des distributeurs de produits pharmaceutiques sur ces enjeux contribuera grandement aux discussions du Conseil.

Principaux outils à l'échelle nationale

Le Conseil devra aussi prendre en compte le rôle de plusieurs organismes à l'échelle nationale qui assurent des fonctions de réglementation et soutiennent les activités des régimes d'assurance-médicaments publics.

- Santé Canada évalue la sécurité, la qualité et l'efficacité des médicaments avant qu'ils soient autorisés sur le marché.
- Le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés protège les consommateurs des prix excessifs des médicaments.
- L'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé évalue l'efficacité clinique et le rapport qualité-prix des médicaments et formule des recommandations pour les régimes d'assurance-médicaments publics.
- L'Institut canadien d'information sur la santé recueille de l'information sur les dépenses liées aux médicaments et leur utilisation dans le cadre des régimes d'assurance-médicaments publics.
- Inforoute Santé du Canada aide les provinces à déployer des systèmes de prescription électronique.
- Par l'entremise de l'Alliance pancanadienne pharmaceutique, des régimes d'assurance-médicaments publics se sont regroupés pour consolider leur pouvoir d'achat et négocier des prix plus bas pour les médicaments.

Des efforts sont déjà déployés pour mieux coordonner le travail de ces intervenants nationaux afin d'aider à améliorer l'abordabilité, l'accessibilité et l'utilisation appropriée des médicaments sur ordonnance.

F. Mobilisation des Canadiens

En ce moment où le Canada examine les meilleures façons de mettre en place un régime d'assurance-médicaments, il est important que les Canadiens puissent donner leur avis pour participer à sa conception. Pour partager votre avis concernant l'une ou l'autre des questions posées dans le présent document de réflexion, veuillez vous rendre à l'adresse canada.ca/pharmacare.

En plus de recueillir les commentaires des Canadiens, les membres du Conseil rencontreront les dirigeants provinciaux, territoriaux et autochtones au cours des prochains mois pour obtenir leurs points de vue et, espérons-le, atteindre un consensus sur la voie à suivre.

Tous ces éléments serviront de base au rapport du Conseil à l'intention des ministres fédéraux de la Santé et des Finances d'ici un an.

G. Références

- Bureau du directeur parlementaire du budget, (2017). *Coûts pour le gouvernement fédéral d'un programme national d'assurance-médicaments*
- Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie - Étude sur le système de soins de santé au Canada, (2002). *La santé des Canadiens - Le rôle du gouvernement fédéral - Rapport final, volume VI : Recommandations en vue d'une réforme*
- Comité permanent de la Santé, (2018). *Un régime d'assurance médicament universel pour tous les canadiens : une nécessité*
- Conference Board du Canada, (2017). *Understanding the Gap: A Pan-Canadian Analysis of Prescription Drug Insurance Coverage*
- Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, (2017). *Concordance des listes de médicaments des régimes publics au Canada Partie 1 : Aperçu général*
- Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, (2017). *Rapport annuel 2016*
- Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers, (2018). *Comptons les corps : le coût humain des obstacles financiers aux médicaments prescrits*
- Forum national sur la santé, (1997). *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier*
- Institut canadien d'information sur la santé, (2017). *Coup d'œil sur les dépenses en médicaments : fiche d'information*
- Institut canadien d'information sur la santé, (2017). *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2017*
- Institut canadien d'information sur la santé, (2017). *Dépenses en médicaments prescrits au Canada, 2017 : Regard sur les régimes publics d'assurance médicaments*
- Hall, (1964-1965). *Commission royale d'enquête sur les services de santé, vol. I et II*
- Law, M. R., Cheng, L., Kolhatkar, A., Goldsmith, L. J., Morgan, S. G., Holbrook, A. M., et Dhalla, I. A., (2018). The consequences of patient charges for prescription drugs in Canada: a cross-sectional survey. *CMAJ open*, 6(1), E63
- Morgan, S., Daw, J., et Law, M. R., (2013). *Rethinking pharmacare in Canada*
- Romanow, (2002). *Stratégie en matière de ressources humaines en santé. Guidé par nos valeurs - L'avenir des Soins de Santé au Canada*