12 octobre 2023

Estimation des coûts d'un régime d'assurance-médicaments universel à payeur unique



BUREAU DU DIRECTEUR PARLEMENTAIRE DU BUDGET
OFFICE OF THE PARLIAMENTARY BUDGET OFFICER

Le directeur parlementaire du budget (DPB) appuie le Parlement en fournissant des analyses économiques et financières dans le but d'améliorer la qualité des débats parlementaires et de promouvoir une plus grande transparence et responsabilité en matière budgétaire.

Le présent rapport estime les coûts publics totaux et différentiels d'un régime d'assurance-médicaments universel à payeur unique – l'« assurance-médicaments » – pour la période allant de 2023-2024 à 2027-2028. Le coût estimé reflète une application à l'échelle nationale de la liste des médicaments assurés de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) avec un accès universel et un régime de contributions.

Remerciements :

Certaines parties du présent rapport se fondent sur des données et de l'information fournies par l'Institut canadien d'information sur la santé. Cependant, les analyses, les conclusions, les opinions et les affirmations exprimées dans le présent rapport n'engagent que le DPB et ne reflètent pas nécessairement la vision de l'Institut canadien d'information sur la santé.

Analyste principale :

Lisa Barkova, analyste

Collaborateur :

Carleigh Busby, conseillère-analyste

Préparé sous la supervision de :

Xiaoyi Yan, directrice, Analyse budgétaire

Nancy Beauchamp, Marie-Eve Hamel Laberge, Martine Perreault et Rémy Vanherweghem ont contribué à la préparation du rapport aux fins de publication.

Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez contacter le Bureau du directeur parlementaire du budget.

Yves Giroux
Directeur parlementaire du budget

Table des matières

Faits saillants 1
Résumé 2
Introduction 5
Dépenses en médicaments au Canada 5
Régimes d'assurance-médicaments au Canada 9
Le prix des médicaments au Canada 10
Un régime universel d'assurance-médicaments à payeur unique 13
La portée 13
Les données 14
Changements liés aux dépenses en médicaments 14
Effets comportementaux 14
Substitution par un médicament générique 14
Médicaments biologiques et biosimilaires 15
Coûts des médicaments 16
Autres 17
Résultats 18
Annexe A : Méthodologie pour l'établissement de projections 23
Annexe B : Tendances dans la substitution par des génériques 25
Annexe C : Autres listes de médicaments assurés 27
Régime d'assurance-médicaments en cas de catastrophe 27
Régime d'assurance-médicaments pour les médicaments essentiels 32
Notes 37

Faits saillants

Dans le cadre de la mise en œuvre d’un régime d’assurance-médicaments universel à payeur unique calqué sur la liste de médicaments assurés de la Régie de l’assurance maladie du Québec (RAMQ) – l’« Assurance-médicaments » – nous estimons que le coût additionel pour le secteur public (c’est-à-dire, les gouvernements fédéral et provinciaux ensemble), serait de 11,2 milliards de dollars en 2024-2025 et augmentera pour s’établir à 13,4 milliards de dollars en 2027-2028.

En ce qui concerne l'économie dans son ensemble, nous estimons que les économies réalisées sur les dépenses de médicaments s'élèvent à 1,4 milliards de dollars en 2024-2025 et augmenteront pour s’établir à 2,2 milliards de dollars en 2027-2028.

Résumé

Afin de répondre à l'intérêt des parlementaires à l'égard de la mise en œuvre d'un régime d'assurance-médicaments universel à payeur unique, le DPB a préparé une mise à jour de l'estimation des coûts d'un régime d'assurance-médicaments universel à payeur unique – l'« assurance-médicaments ». L'estimation des coûts mise à jour se fonde sur le même cadre que celui proposé par le Comité permanent de la santé de la Chambre des communes (HESA) en 2016[1] et utilisé par le DPB en 2017[2].

Ce rapport présente les coûts supplémentaires projetés pour le secteur public (c'est-à-dire les gouvernements fédéral et provinciaux ensemble) afin de satisfaire à la norme d'assurance-médicaments pendant une période de cinq ans à compter du 1er janvier 2024. Comme il n'existe aucune certitude quant aux parts fédérale et provinciale du coût d'un tel programme, il n'est pas possible d'isoler les coûts fédéraux. Le présent rapport contient aussi des estimations des coûts pour des modèles en vertu desquels d'autres listes de médicaments couverts par l'assurance-médicaments (la liste de médicaments assurés) sont examinées.

Selon l'estimation du DPB, les dépenses totales en médicaments en vertu de l'assurance-médicaments s'élèveront à 33,2 milliards de dollars en 2024-2025 (le premier exercice complet de mise en œuvre supposé), augmentant à 38,9 milliards de dollars en 2027-2028. Après avoir tenu compte des dépenses de statu quo des régimes provinciaux d'assurance-médicaments et des dépenses fédérales directes, ainsi que des recettes provenant de la participation au régime d'assurance-médicaments, le coût supplémentaire pour le secteur public (c'est-à-dire les gouvernements fédéral et provinciaux ensemble) est estimé à 11,2 milliards de dollars en 2024-2025 et augmentant à 13,4 milliards de dollars en 2027-2028 (tableau S-1).

Bien qu'il y ait des coûts supplémentaires pour le secteur public résultant du transfert des dépenses actuellement couvertes par l'assurance privée et

les dépenses directes, on estime que les dépenses de l'ensemble de l'économie pour les médicaments inscrits sur la liste de médicaments assurés sont inférieures. Les économies macroéconomiques devraient augmenter au fil du temps, passant de 1,4 milliard de dollars en 2024-2025 à 2,2 milliards de dollars en 2027-2028, étant donné que le taux de croissance des dépenses liées à l'assurance-médicaments est plus bas que le niveau de référence (5,3 % contre 5,8 %). Cela s'explique par le fait que, historiquement, les dépenses en médicaments des régimes privés augmentent plus rapidement que celles des régimes publics[3].

Tableau 1 du sommaire

Coût projeté de l'assurance-médicaments (milliards de dollars)

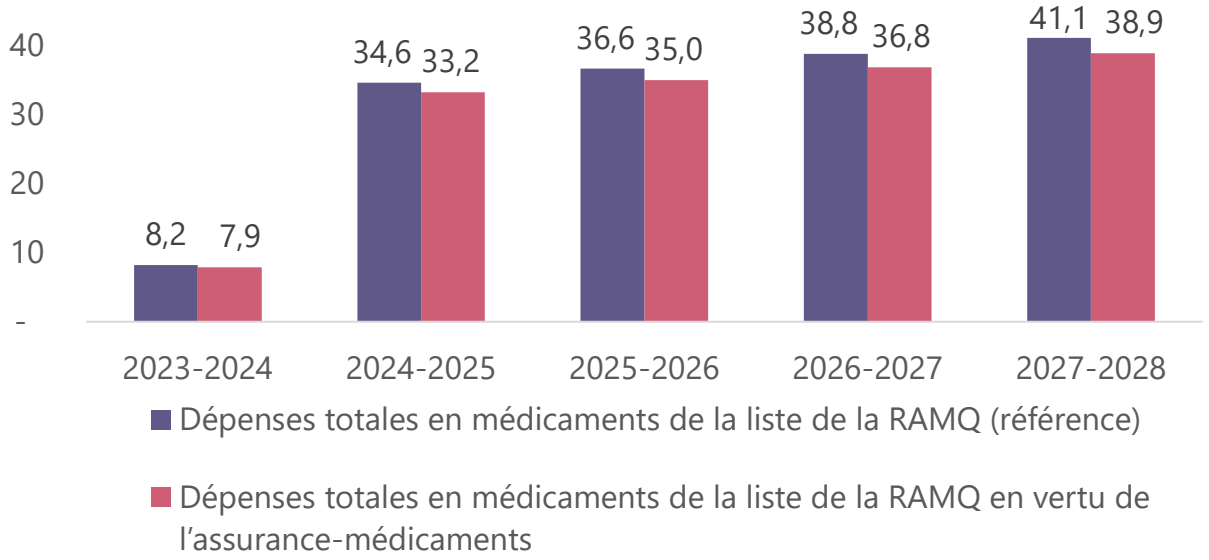
Exercice financier	2023-2024	2024-2025	2025-2026	2026-2027	2027-2028
Dépenses totales en médicaments de l'assurance-médicaments	7,9	33,2	35,0	36,8	38,9
Dépenses liées aux régimes publics actuels d'assurance-médicaments	-4,4	-18,4	-19,4	-20,4	-21,6
Dépenses directes liées aux médicaments du gouvernement fédéral	-0,8	-3,3	-3,4	-3,5	-3,6
Recettes attribuables aux contributions de l'assurance-médicaments	-0,1	-0,3	-0,3	-0,3	-0,3
Coût additionnel pour le secteur public	**2,6**	**11,2**	**11,9**	**12,6**	**13,4**

Source :
Bureau du directeur parlementaire du budget.

Notes :
Les coûts supplémentaires pour le secteur public pourraient être supportés par le gouvernement fédéral ou répartis entre les gouvernements fédéral et provinciaux, en fonction du modèle de partage des coûts qui sera finalement adopté. Comme les chiffres sont arrondis, les totaux ne sont pas toujours exacts.

Figure 1 du sommaire

Dépenses totales en médicaments admissibles à un remboursement par l'assurance-médicaments projetées (milliards de dollars)



Description textuelle :

Exercice financier	2023-2024	2024-2025	2025-2026	2026-2027	2027-2028
Dépenses totales en médicaments de la liste de la RAMQ (référence)	8,2	34,6	36,6	38,8	41,1
Dépenses totales en médicaments de la liste de la RAMQ en vertu de l'assurance-médicaments	7,9	33,2	35,0	36,8	38,9

Source :
Bureau du directeur parlementaire du budget.

Les estimations des coûts qui utilisaient d'autres listes de médicaments assurés ont donné lieu à des conclusions similaires; cependant, l'ampleur des économies et des coûts est à peu près proportionnelle à la part de marché de ces médicaments.

Introduction

Le 13 juin, le Nouveau Parti démocratique (NPD) a déposé un projet de loi sur l'assurance-médicaments qui a été défait[4]. Plus récemment, les médias ont indiqué que le ministre de la Santé prévoyait déposer un projet de loi sur l'assurance-médicaments au retour de la Chambre des communes à l'automne 2023[5].

Afin de répondre à l'intérêt des parlementaires de créer un régime d'assurance-médicaments universel à payeur unique, le Bureau du directeur parlementaire du budget (DPB) a mené une analyse pour estimer les dépenses en médicaments d'ordonnance dans un scénario de régime d'assurance-médicaments universel à payeur unique par rapport à un scénario de référence représentant le statu quo.

L'analyse utilise les critères relatifs à un régime d'assurance-médicaments universel à payeur unique fournis par le Comité permanent de la santé de la Chambre des communes (HESA) en 2016 ainsi que des hypothèses mises à jour afin de tenir compte des plus récentes données et recherches.

L'analyse comprend les dépenses en médicaments totales estimées, les coûts différentiels des dépenses totales selon le statu quo ainsi que le coût supplémentaire pour les payeurs publics afin de couvrir les dépenses engagées par l'assurance privée et par les particuliers.

Dépenses en médicaments au Canada

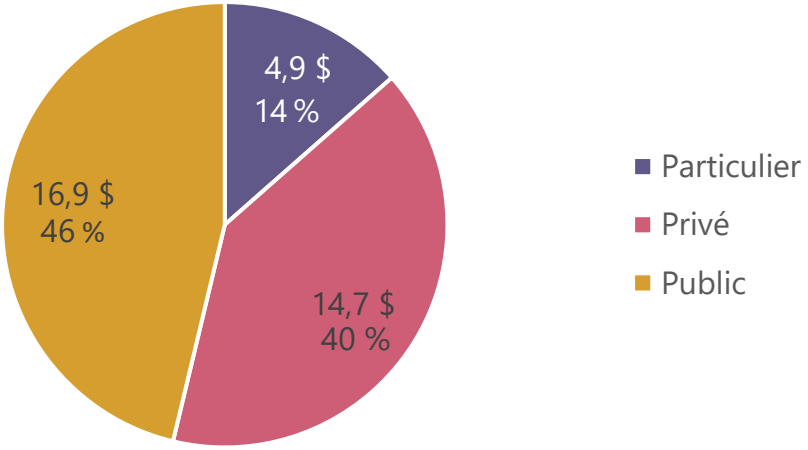
Les dépenses totales en médicaments d'ordonnance au Canada, à l'exclusion des médicaments achetés par les hôpitaux, s'établissaient à environ 36,6 milliards de dollars en 2021-2022, soit une augmentation de 28 % par rapport à 2015-2016[6].

Environ 46 % (16,9 milliards de dollars) des dépenses totales en médicaments d'ordonnance étaient couvertes par des sources publiques,

40 % (14,7 milliards de dollars), par l'assurance privée et les 14 % restants (4,9 milliards de dollars), par les particuliers [7].

Figure 1

Dépenses en médicaments autres que celles des hôpitaux au Canada, par payeur principal, 2021-2022 (milliards de dollars)



Description textuelle :

Payeur principal	En milliards de dollars	Pourcentage
Particulier	4,9	14
Privé	14,7	40
Public	16,9	46

Source :
Bureau du directeur parlementaire du budget au moyen de données d'IQVIA.

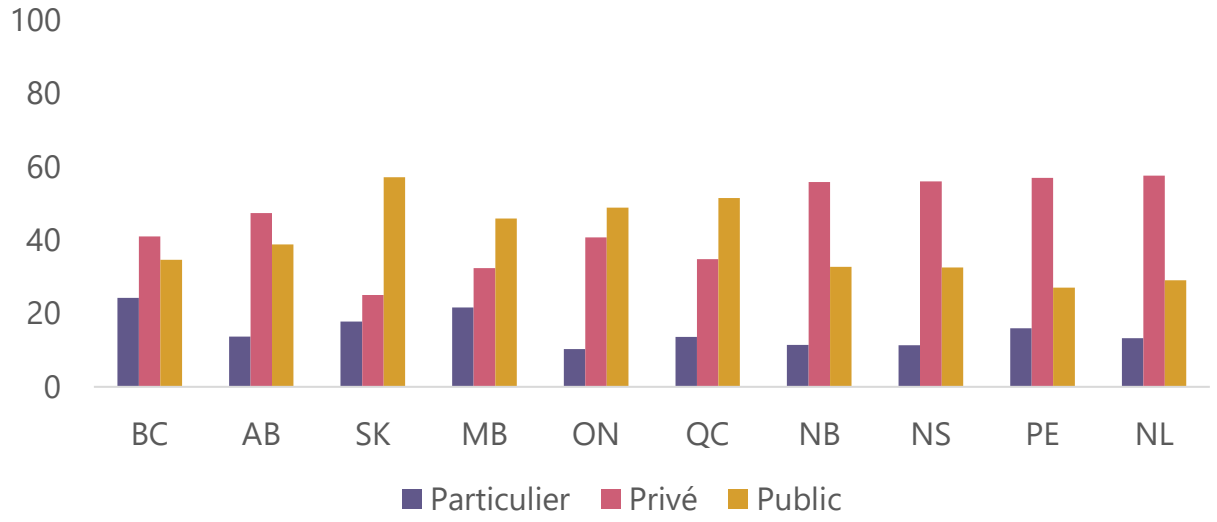
Note :
Comme les chiffres sont arrondis, les totaux ne sont pas toujours exacts.

La proportion de dépenses liées aux médicaments couvertes par le payeur principal varie à l'échelle du Canada[8]. Selon des données de 2021-2022, les dépenses liées aux médicaments dans les provinces de l'Atlantique, en Colombie-Britannique et en Alberta étaient majoritairement couvertes par un payeur privé (entre 41 % et 58 %). En Saskatchewan, au Manitoba et

dans le Centre du Canada, l'assurance publique était le payeur unique le plus important de médicaments d'ordonnance (entre 46 % et 57 %).

Figure 2

Dépenses en médicaments autres que celles des hôpitaux, par province et par payeur principal, 2021-2022 (pourcentage)



Description textuelle :

Province	Particulier	Privé	Public
BC	24 %	41 %	35 %
AB	14 %	47 %	39 %
SK	18 %	25 %	57 %
MB	22 %	32 %	46 %
ON	10 %	41 %	49 %
QC	14 %	35 %	52 %
NB	11 %	56 %	33 %
NS	11 %	56 %	33 %
PE	16 %	57 %	27 %
NL	13 %	58 %	29 %
Total	**14 %**	**40 %**	**46 %**

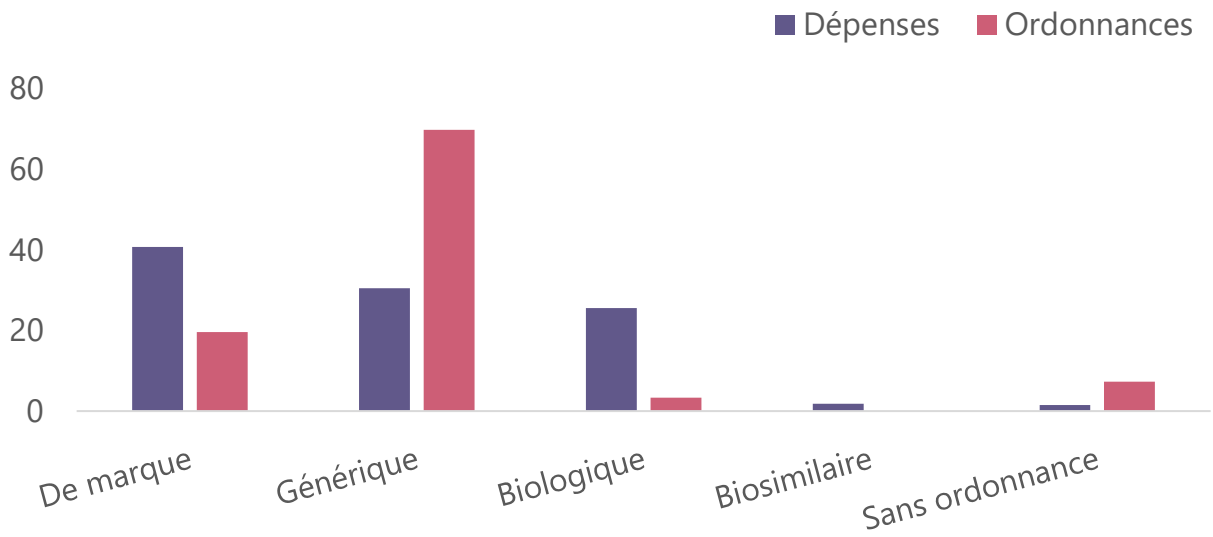
Source :
Bureau du directeur parlementaire du budget au moyen de données d'IQVIA.

Dans notre cadre, nous classons les médicaments dans les cinq catégories suivantes : les médicaments de marque, génériques, biologiques, biosimilaires et sans ordonnance[9].

Les données pour 2021-2022 indiquent que les médicaments génériques représentaient 70 % du nombre total d'ordonnances et 30 % des dépenses totales en médicaments au Canada. Les médicaments de marque représentaient quant à eux 20 % du nombre total d'ordonnances et plus de 41 % des dépenses totales. En raison de leur prix élevé, les médicaments biologiques et biosimilaires représentaient une faible part du nombre total d'ordonnances, mais une part considérable des dépenses totales.

Figure 3

Part des ordonnances de médicaments et des dépenses au Canada en 2021-2022, par catégorie de médicament (pourcentage)



Description textuelle :

Catégorie de médicament	Dépenses	Ordonnances
De marque	41 %	20 %
Générique	30 %	70 %
Biologique	26 %	3 %
Biosimilaire	2 %	0 %
Sans ordonnance	2 %	7 %

Source :
Bureau du directeur parlementaire du budget au moyen de données d'IQVIA.

Note :
Les médicaments sans ordonnance représentent les médicaments sans ordonnance prescrits.

Régimes d'assurance-médicaments au Canada

La couverture des médicaments d'ordonnance au Canada est une mosaïque formée d'un grand nombre de régimes d'assurance-médicaments publics et de plusieurs autres régimes d'assurance-médicaments privés, chacun ayant ses propres critères d'admissibilité, listes de médicaments assurés, exigences relatives au partage des coûts et politiques de substitution par un médicament générique ou biosimilaire[10].

Les régimes d'assurance-médicaments privés sont habituellement offerts dans le cadre d'un emploi (et après la retraite), mais il est aussi possible d'acheter des régimes individuels[11]. Les nombreux régimes publics sont principalement fournis par les provinces et les territoires[12,13].

Les listes de médicaments assurés des provinces se ressemblent beaucoup et chacune d'elles chevauche celle de la RAMQ dans une proportion de plus de 82 % (tableau 1).

Tableau 1

Couverture par les régimes publics des médicaments assurés par la RAMQ en 2021-2022

Province	Nombre de médicaments	Dépense
BC	83 %	89 %
AB	90 %	87 %
SK	82 %	83 %
MB	84 %	82 %
ON	84 %	90 %
QC	100 %	93 %
NB	89 %	87 %
NS	86 %	87 %
PE	89 %	83 %
NL	87 %	86 %

Source :
Bureau du directeur parlementaire du budget au moyen de données d'IQVIA.

Note :
Les dépenses sont calculées en tant que part des dépenses totales du payeur public déterminées dans IQVIA et peuvent comprendre les dépenses en médicaments qui ne se trouvent pas sur les listes provinciales de médicaments assurés.

Le prix des médicaments au Canada

Selon Santé Canada, les prix des médicaments d'ordonnance au Canada sont environ 25 % supérieurs à la moyenne des pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)[14].

Les renseignements recueillis et faisant l'objet d'un rapport annuel du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB) donnent à penser que, par rapport aux prix internationaux, le Canada a tendance à payer une prime pour les médicaments brevetés et génériques, qui correspondait à environ 51 % et 22 %, respectivement, de toutes les ventes en 2021[15].

Lignes directrices du CEPMB

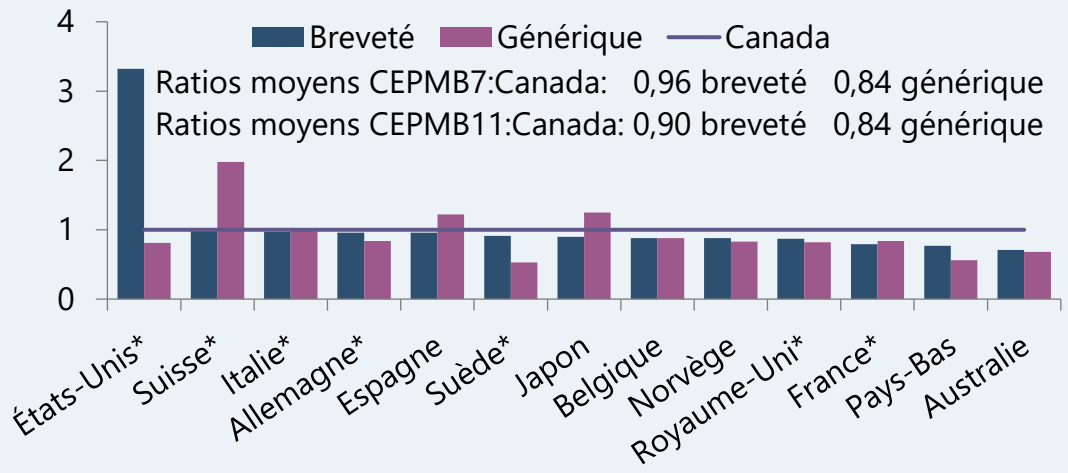
Le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB) publie des Lignes directrices que les titulaires de brevets doivent suivre lorsqu'ils lui présentent de l'information. Cette information permet au CEPMB d'évaluer les prix des médicaments brevetés au Canada en comparant les prix canadiens aux prix internationaux. Les plus récentes Lignes directrices intérimaires sont entrées en vigueur le 1er juillet 2022. Elles mettaient à jour la liste des pays de comparaison, la faisant passer de 7 (CEPMB7) à 11 (CEPMB11).

En général, les pays où les médicaments étaient les plus dispendieux ont été retirés de la liste, tandis que des pays où les prix sont plus bas y ont été ajoutés. Ce changement devrait réduire les prix des médicaments brevetés au Canada.

L'analyse du CEPMB donne à penser que le ciblage des prix observés dans 11 pays de comparaison (CEPMB11) plutôt que dans 7 pays de comparaison (CEPMB7) pourrait générer des économies supplémentaires pour les médicaments brevetés.

Figure 4

Ratios moyens des prix étrangers aux prix canadiens, médicaments brevetés et génériques, 2021



Description textuelle :

Pays	Breveté	Générique**	Canada
États-Unis*	3,32	0,81	1,00
Suisse*	1,01	1,98	1,00
Italie*	0,97	0,98	1,00
Allemagne*	0,96	0,84	1,00
Espagne	0,96	1,22	1,00
Suède*	0,91	0,53	1,00
Japon	0,9	1,25	1,00
Belgique	0,88	0,88	1,00
Norvège	0,88	0,83	1,00
Royaume-Uni*	0,87	0,82	1,00
France*	0,79	0,84	1,00
Pays-Bas	0,77	0,56	1,00
Australie	0,71	0,68	1,00

Source :
Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés

Notes :
* Pays de comparaison CEPMB7. Tous les pays présentés, à l'exception des États-Unis et de la Suisse, représentent un pays de comparaison CEPMB11.
** Les données pour les médicaments génériques se limitent au T4 de 2021.

Un régime universel d'assurance-médicaments à payeur unique

La portée

Le présent rapport utilise le cadre pour l'assurance-médicaments que le Comité permanent de la santé de la Chambre des communes a fourni au DPB en septembre 2016. En particulier, le régime d'assurance-médicaments :

- Constituerait un régime universel;
- Remplacerait les régimes d'assurance-médicaments publics et privés en place;
- Utiliserait la liste de médicaments assurés de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) en tant que liste nationale de médicaments assurés;
- Exigerait une contribution de 5 $ pour toutes les ordonnances de médicaments de marque, sauf pour les personnes suivantes :
    - Personnes de 15 ans et moins;
    - Étudiants de 16 à 18 ans;
    - Personnes de 65 ans et plus;
    - Femmes enceintes;
    - Personnes ayant un handicap physique;
    - Bénéficiaires de l'assurance-emploi et les personnes à leur charge;
    - Bénéficiaires de l'aide sociale et les personnes à leur charge.

Les données

Conformément à son rapport antérieur, le DPB a utilisé des données provenant principalement d'IQVIA, complétées par des données et des renseignements de : la RAMQ pour sa liste de médicaments assurés; le CEPMB afin de cerner les produits brevetés et les facteurs de croissance pour les projections; l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), principalement pour les principaux renseignements descriptifs sur les données d'IQVIA ainsi que les listes de médicaments assurés des autres provinces; et plusieurs autres sources citées pour obtenir des renseignements supplémentaires[16].

Changements liés aux dépenses en médicaments

L'assurance-médicaments peut modifier les dépenses nationales en médicaments de plusieurs façons[17]. Celles qui sont présentées ci-dessous sont prises en compte dans l'analyse[18].

Effets comportementaux

L'assurance-médicaments devrait donner lieu à une augmentation du nombre d'ordonnances exécutées, attribuable aux réductions des prix aux points de vente rendues possibles par une contribution faible, voire nulle. Les prix directement imposés aux patients devraient baisser de 47 % à 100 %, ce qui donne lieu à des augmentations générales de l'utilisation de médicaments d'ordonnance de 13,5 %[19].

Substitution par un médicament générique

Lorsqu'un médicament de marque n'est plus protégé par un brevet, un ou plusieurs médicaments génériques qui servent de solution de rechange ou

de substitution peuvent être accessibles. En fait, les régimes d'assurance-médicaments publics et bon nombre des régimes privés remboursent le médicament générique au prix le plus bas[20]. C'est ce que l'on appelle la « substitution par des génériques ».

La substitution par des génériques est plus prévalente dans les régimes d'assurance-médicaments publics. Nous supposons que le taux de substitution par des génériques en vertu de l'assurance-médicaments converge vers le taux médian actuel des régimes d'assurance-médicaments publics sur quatre ans, ce qui laisse un maximum de 7 % de médicaments de marque pour lesquels un médicament générique existe[21]. Pour le scénario de référence, nous supposons que les tendances actuelles vers une augmentation de la substitution par des génériques se poursuivront pour tous les types de régimes jusqu'à ce qu'ils atteignent le taux actuel médian du régime d'assurance-médicaments public provincial[22].

Nous déterminons les médicaments de marque et leurs substitutions acceptables au moyen de la liste des médicaments assurés du Québec et de la définition : les médicaments doivent avoir le même nom générique, ainsi qu'une puissance et une posologie identiques. Nous supposons qu'en vertu de l'assurance-médicaments, le médicament générique le moins cher indiqué sur la liste de médicaments assurés est offert. Dans le scénario de référence, le prix est limité au médicament générique le moins cher couvert par le régime d'assurance-médicaments provincial pour les payeurs publics et au générique le moins cher offert dans la province dans les cas où les dépenses sont engagées par les particuliers et les régimes privés[23].

Médicaments biologiques et biosimilaires

Les substitutions de médicaments biologiques par des médicaments biosimilaires sont plus complexes que les substitutions de médicaments de marque par des génériques. Plusieurs payeurs canadiens ont mené des initiatives afin d'encourager le passage des produits biologiques aux

produits biosimilaires, ce qui a donné lieu à une augmentation de l'utilisation des produits biosimilaires. Nous supposons qu'au fil du temps, les médicaments biologiques continueront de perdre leur part de marché et que 10 ans après leur mise en marché, les médicaments biosimilaires occuperont 40 % des unités dans leur produit de référence et leur groupe de substitution acceptable respectifs pour le scénario de l'assurance-médicaments et le scénario de référence.

Que sont les médicaments biosimilaires?

Les médicaments biosimilaires sont des médicaments biologiques qui sont très semblables au médicament biologique de référence dont la vente a déjà été autorisée. Contrairement aux médicaments génériques, qui contiennent les mêmes ingrédients médicaux que leurs produits de référence, les médicaments biosimilaires peuvent être très semblables, mais pas identiques à leurs médicaments biologiques de référence.

En date de mars 2023, 51 produits biosimilaires et 16 produits de référence novateurs avaient été approuvés au Canada.

Sources :
Gouvernement du Canada[24], Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés[25].

Coûts des médicaments

Nous supposons que la mise en œuvre de l'assurance-médicaments se fera sentir sur les prix des médicaments de deux façons.

Premièrement, nous nous attendons à ce qu'une liste de médicaments assurés commune donne un plus grand pouvoir de négociation. Il serait donc possible de négocier le prix de tous les médicaments à la baisse, jusqu'au prix observable le plus bas actuellement au Canada.

Deuxièmement, nous supposons qu'un payeur public unique serait en mesure de négocier un rabais supplémentaire, conformément aux rabais confidentiels que les gouvernements provinciaux peuvent actuellement négocier avec les établissements pharmaceutiques[26]. Ce rabais est présumé être de 20 % pour les médicaments de marque et de 25 % pour les médicaments nouveaux sur le marché canadien[27]. Dans le scénario de référence, les mêmes rabais sont supposés, mais seulement pour les opérations couvertes par un ou des payeurs publics[28]. Les rabais sont appliqués sur les prix du fabricant. Les marges bénéficiaires et les frais sont présumés demeurer identiques[29, 30].

Autres

L'assurance-médicaments proposée par le Comité HESA prévoit des recettes attribuables aux contributions qui compensent partiellement les coûts de l'assurance-médicaments[31]. L'assurance-médicaments devrait réduire certaines dépenses fédérales directes en médicaments, y compris les dépenses liées au Régime de soins de santé de la fonction publique (RSSFP) fédéral, la couverture de certaines populations, le crédit d'impôt et le supplément pour frais médicaux et les avantages non imposables des régimes de soins de santé privés[32].

Résultats

Le DPB estime que le coût différentiel brut de ces dépenses pour les régimes publics d'assurance-médicaments sera de 14,8 milliards de dollars en 2024-2025 et qu'il passera à 17,3 milliards de dollars en 2027-2028[33]. En outre, après avoir tenu compte des économies sur les dépenses fédérales directes et des recettes attribuables aux contributions en vertu de l'assurance-médicaments, le coût différentiel pour le secteur public (c'est-à-dire, les gouvernements fédéral et provinciaux ensemble) est estimé à 11,2 milliards de dollars en 2024-2025, passant à 13,4 milliards de dollars en 2027-2028 (tableau 2). Les coûts supplémentaires pour le secteur public pourraient être supportés par le gouvernement fédéral ou répartis entre les gouvernements fédéral et provinciaux, en fonction du modèle de partage des coûts qui sera finalement adopté.

Tableau 2

Coût projeté de l'assurance-médicaments (milliards de dollars)

Exercice financier	2023-2024	2024-2025	2025-2026	2026-2027	2027-2028
Dépenses totales en médicaments de l'assurance-médicaments	7,9	33,2	35,0	36,8	38,9
Dépenses liées aux régimes publics actuels d'assurance-médicaments	-4,4	-18,4	-19,4	-20,4	-21,6
Dépenses directes en médicaments du gouvernement fédéral	-0,8	-3,3	-3,4	-3,5	-3,6
Recettes attribuables aux contributions de l'assurance-médicaments	-0,1	-0,3	-0,3	-0,3	-0,3
Coût différentiel pour le secteur public	**2,6**	**11,2**	**11,9**	**12,6**	**13,4**

Source :
Bureau du directeur parlementaire du budget.

Note :
Comme les chiffres sont arrondis, les totaux ne sont pas toujours exacts.

Le coût supplémentaire pour les payeurs publics varie d'une province à l'autre, allant de 1,4 fois le montant des dépenses de référence projetées en Saskatchewan à près du triple de ces dépenses publiques de référence projetées à l'Île-du-Prince-Édouard (tableau 3). Ces variations reflètent la différence entre les régimes à payeur unique de référence et l'assurance-médicaments, y compris la liste de médicaments assurés, l'utilisation, la combinaison de médicaments, les prix et la substitution.

Tableau 3

Répartition provinciale des coûts d'ordonnance projetés en 2024-2025 (millions de dollars)

Province	Régimes publics	Assurance-médicaments	Coût net	Médicaments supplémentaires
BC	1,200	2,860	1,661	108
AB	1,502	3,052	1,550	132
SK	636	915	279	101
MB	517	913	396	88
ON	7,673	12,555	4,882	673
QC	5,922	10,514	4,591	0
NB	352	883	531	43
NS	375	921	545	40
PE	46	132	86	7
NL	173	478	304	21
Total	**18,397**	**33,222**	**14,825**	**1,213**

Source :
Bureau du directeur parlementaire du budget.

Notes :
Les coûts liés aux médicaments d'ordonnance ne comprennent pas les rabais confidentiels. Les médicaments supplémentaires sont ceux qui se trouvent actuellement sur la liste de médicaments assurés d'une province, mais qui ne sont pas couverts en vertu de l'assurance-médicaments avec la liste de la RAMQ. Comme les chiffres sont arrondis, les totaux ne sont pas toujours exacts.

Tableau 4

Répartition provinciale des coûts d'ordonnance projetés en 2027-2028 (millions de dollars)

Province	Régimes publics	Assurance-médicaments	Coût net	Médicaments supplémentaires
BC	1,358	3,244	1,886	119
AB	1,758	3,579	1,821	150
SK	759	1,078	319	123
MB	608	1,068	460	103
ON	9,121	14,873	5,753	798
QC	6,868	12,206	5,338	0
NB	430	1,084	653	52
NS	434	1,069	635	45
PE	57	162	105	9
NL	184	509	325	22
Total	**21,577**	**38,873**	**17,295**	**1,423**

Source :
Bureau du directeur parlementaire du budget.

Notes :
Les coûts liés aux médicaments d'ordonnance ne comprennent pas les rabais confidentiels. Les médicaments supplémentaires sont ceux qui se trouvent actuellement sur la liste de médicaments assurés d'une province, mais qui ne sont pas couverts en vertu de l'assurance-médicaments avec la liste de la RAMQ. Comme les chiffres sont arrondis, les totaux ne sont pas toujours exacts.

En ce qui concerne les économies de coûts macroéconomiques, le fait d'avoir un payeur unique réduirait les dépenses en médicaments au Canada pour les raisons suivantes :

- Un plus grand pouvoir de négociation afin de réduire les prix des médicaments de la liste à leur plus bas au Canada;
- L'application universelle des rabais confidentiels au-delà de la part de marché couverte par les payeurs publics à celle de l'assurance privée et des dépenses engagées par les particuliers;

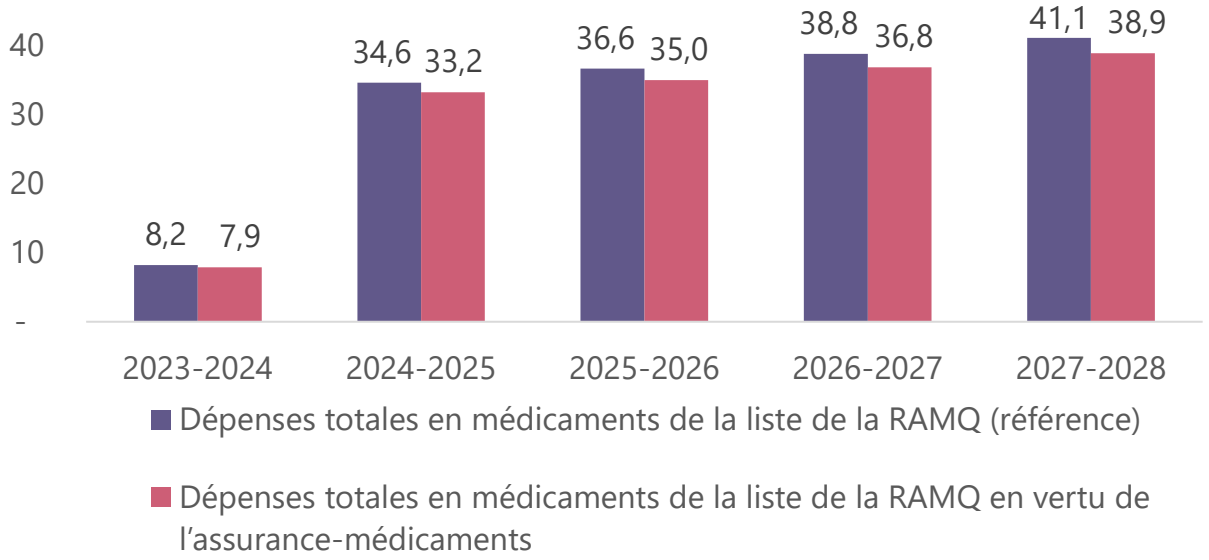
- L'imposition de politiques universelles de substitution par des médicaments génériques et biosimilaires.

Malgré une augmentation présumée des ordonnances à la suite de la réduction des coûts assumés par les patients, il demeurerait possible de réaliser des économies de coûts macroéconomiques en vertu de l'assurance-médicaments par rapport au scénario de référence.

Nous estimons que les dépenses totales en médicaments en 2024-2025 seraient de 1,4 milliard de dollars inférieures aux dépenses estimées dans le scénario de référence (33,2 milliards de dollars contre 34,6 milliards de dollars). Ces économies devraient augmenter à 2,2 milliards de dollars en 2027-2028, ce qui reflète un taux de croissance projeté inférieur pour les dépenses en médicaments en vertu de l'assurance-médicaments par rapport au scénario de référence. Historiquement, les dépenses en médicaments des régimes privés augmentent toujours à un taux plus rapide que celles des régimes publics[34].

Figure 5

Dépenses totales en médicaments admissibles à un remboursement par l'assurance-médicaments projetées (milliards de dollars)



Description textuelle :

Exercice financier	2023-2024	2024-2025	2025-2026	2026-2027	2027-2028
Dépenses totales en médicaments de la liste de la RAMQ (référence)	8,2	34,6	36,6	38,8	41,1
Dépenses totales en médicaments de la liste de la RAMQ en vertu de l'assurance-médicaments	7,9	33,2	35,0	36,8	38,9

Source :
Bureau du directeur parlementaire du budget.

Il convient de mentionner que la variation nette d'une année à l'autre dépend beaucoup de la combinaison thérapeutique des médicaments et de l'effet de l'établissement des prix. Par conséquent, à l'avenir, le coût des régimes d'assurance-médicaments dépendra fortement de l'établissement du prix des médicaments et de la répartition des marchés.

Annexe A : Méthodologie pour l'établissement de projections

Afin d'estimer le coût d'un régime universel d'assurance-médicaments à payeur unique au cours de la période s'échelonnant de 2023-2024 à 2027-2028, les facteurs de coûts suivants ont été pris en considération[35] :

- Le volume de médicaments consommés;
- Le prix des médicaments d'ordonnance;
- La croissance de la population;
- Les changements entre médicaments dispendieux et peu dispendieux (combinaison de médicaments);
- La baisse de l'utilisation d'antiviraux à action directe (AAD) et de médicaments liés à la COVID-19;
- Les frais d'exécution d'ordonnance et les marges bénéficiaires.

Les facteurs de croissance des régimes publics provinciaux déterminés par le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB) sont utilisés pour calculer les facteurs de coûts du volume, du prix, de la population, de la combinaison de médicaments, de l'utilisation d'AAD et des frais d'exécution d'ordonnances. Afin de tenir compte de la variation d'une année sur l'autre de ces facteurs, chacun est calculé en tant que moyenne provinciale au cours des cinq dernières années[36]. Pour les facteurs de coûts du volume et de la population, l'exercice financier 2020-2021 est exclu du calcul en raison de changements importants dans le nombre de bénéficiaires et le nombre de réclamations par patients attribuables à la COVID-19.

Afin d'estimer les dépenses en médicaments de référence, les mêmes facteurs de croissance sont appliqués aux ordonnances où le payeur principal est un régime public. Les facteurs de croissance des régimes privés

déterminés par le CEPMB sont utilisés pour estimer les dépenses de référence dans les cas où le payeur principal est un régime privé ou que le patient paie lui-même l'ordonnance[37].

Les marges bénéficiaires devraient augmenter de 3 % chaque année dans chaque province, et ce, peu importe le payeur principal. Aucun taux de croissance n'est supposé pour les dépenses en médicaments contre la COVID-19.

Tableau A-1

Facteurs de croissance des coûts

Facteur de croissance	Volume	Prix	Population	Combinaison de médicaments	AAD	COVID-19	Frais d'exécution	Marges bénéficiaires
BC	1 %	-1 %	3 %	3 %	-2 %	0 %	3 %	3 %
AB	1 %	-2 %	2 %	4 %	-1 %	0 %	5 %	3 %
SK	1 %	-1 %	3 %	5 %	0 %	0 %	1 %	3 %
MB	2 %	-1 %	0 %	6 %	-1 %	0 %	1 %	3 %
ON	0 %	-1 %	2 %	6 %	0 %	0 %	0 %	3 %
QC	1 %	-1 %	2 %	5 %	-1 %	0 %	1 %	3 %
NB	2 %	-1 %	2 %	6 %	0 %	0 %	3 %	3 %
NS	1 %	-2 %	2 %	5 %	0 %	0 %	3 %	3 %
PE	1 %	-2 %	3 %	5 %	0 %	0 %	6 %	3 %
NL	1 %	-1 %	0 %	3 %	0 %	0 %	1 %	3 %
Non public	1 %	-2 %	3 %	5 %	0 %	0 %	6 %	3 %

Source :
Bureau du directeur parlementaire du budget au moyen de données du CEPMB.

Note :
Le CEPMB ne rend pas compte des facteurs de croissance des régimes publics pour le Québec; par conséquent, les facteurs de croissance nationaux ont été utilisés.

Annexe B : Tendances dans la substitution par des génériques

Tableau B-1

Pourcentage de médicaments de marque distribués lorsque le médicament générique est disponible, payeur privé et particulier

Exercice financier	2016-2017	2017-2018	2018-2019	2019-2020	2020-2021	2021-2022
BC	18 %	18 %	17 %	15 %	14 %	12 %
AB	21 %	23 %	20 %	19 %	16 %	14 %
SK	12 %	15 %	11 %	11 %	9 %	8 %
MB**	8 %	10 %	9 %	8 %	6 %	6 %
ON	21 %	23 %	18 %	18 %	16 %	14 %
QC**	11 %	11 %	10 %	10 %	8 %	7 %
NB*	8 %	12 %	9 %	11 %	9 %	8 %
NS	12 %	14 %	11 %	11 %	9 %	8 %
PE**	11 %	11 %	10 %	10 %	8 %	7 %
NL	13 %	14 %	12 %	12 %	11 %	9 %

Source :

Bureau du directeur parlementaire du budget au moyen de données d'IQVIA et de l'ICIS.

Notes :

* Pour ces provinces, le taux de croissance moyen est positif; par conséquent, le taux pour 2021-2022 est supposé dans les calculs de référence pendant la période de projection. Dans les calculs liés au scénario de l'assurance-médicaments, ils sont présumés converger vers le taux médian des régimes publics pour 2021-2022 (7 %) pendant quatre ans.

** Ces provinces se situent au taux médian des régimes publics actuel (7 %) ou en dessous de ce dernier; par conséquent, le taux pour 2021-2022 est supposé dans les calculs du scénario de l'assurance-emploi et du scénario de référence pendant la période de projection.

Tableau B-2

Pourcentage de médicaments de marque distribués lorsque le médicament générique est disponible, payeur public

Exercice financier	2016-2017	2017-2018	2018-2019	2019-2020	2020-2021	2021-2022
BC*	9 %	9 %	8 %	9 %	11 %	10 %
AB**	9 %	13 %	9 %	9 %	8 %	7 %
SK**	10 %	12 %	10 %	9 %	9 %	7 %
MB**	6 %	6 %	6 %	7 %	6 %	5 %
ON**	8 %	8 %	8 %	7 %	6 %	5 %
QC*	10 %	9 %	22 %	15 %	11 %	8 %
NB*	5 %	9 %	11 %	18 %	17 %	14 %
NS**	7 %	7 %	7 %	7 %	6 %	5 %
PE*	10 %	9 %	22 %	15 %	11 %	8 %
NL	12 %	14 %	13 %	12 %	12 %	9 %

Source :
Bureau du directeur parlementaire du budget au moyen de données d'IQVIA.

Notes :
* Pour ces provinces, le taux de croissance moyen est positif; par conséquent, le taux pour 2021-2022 est supposé dans les calculs de référence pendant la période de projection. Dans les calculs liés au scénario de l'assurance-médicaments, ils sont présumés converger vers le taux médian des régimes publics pour 2021-2022 (7 %) pendant quatre ans.

** Ces provinces se situent au taux médian des régimes publics actuel (7 %) ou en dessous de ce dernier; par conséquent, le taux pour 2021-2022 est supposé dans les calculs du scénario de l'assurance-emploi et du scénario de référence pendant la période de projection.

Annexe C : Autres listes de médicaments assurés

Nous avons examiné deux listes de médicaments assurés de rechange qu'un régime universel d'assurance-médicaments à payeur unique pourrait couvrir : une liste de médicaments assurés en cas de catastrophe et une liste de médicaments essentiels assurés.

Régime d'assurance-médicaments en cas de catastrophe

Les médicaments en cas de catastrophe sont ceux qui peuvent entraîner des difficultés financières excessives. La liste de médicaments en cas de catastrophe a été créée au moyen de renseignements de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). La liste contient des médicaments qui ont été acceptés par les programmes de gestion des catastrophes de la Colombie-Britannique, de l'Ontario, de Terre-Neuve-et-Labrador et de l'Île-du-Prince-Édouard entre le 1er avril 2016 et le 31 mars 2020[38].

Afin d'estimer le coût, le DPB a retenu plusieurs hypothèses du modèle de l'assurance-médicaments avec la liste de médicaments assurés de la RAMQ pour les rabais sur les prix et la substitution de médicaments biologiques par des médicaments biosimilaires. Cependant, étant donné la nature des médicaments en cas de catastrophe, aucun effet comportemental et aucune substitution d'un médicament de marque par un médicament générique ne sont supposés.

Une fois que les recettes liées à la contribution et les économies réalisées sur les dépenses fédérales directes sont comptabilisées, le coût différentiel d'un régime universel d'assurance-médicaments à payeur unique avec une liste de médicaments assurés en cas de catastrophe pour le secteur public

(c'est-à-dire, les gouvernements fédéral et provinciaux ensemble) est de 1,8 milliard de dollars et de 2,0 milliards de dollars en 2024-2025 et en 2027-2028 respectivement[39].

Les dépenses totales pour les médicaments en cas de catastrophe en vertu de l'autre liste de médicaments assurés sont estimées à 2,6 milliards de dollars et à 3,6 milliards de dollars de moins que les dépenses estimées dans le scénario de référence en 2024-2025 et en 2027-2028 respectivement.

Tableau C-1

Coût projeté de l'assurance-médicaments (milliards de dollars)

Exercice financier	2023-2024	2024-2025	2025-2026	2026-2027	2027-2028
Dépenses totales en médicaments de l'assurance-médicaments	5,4	23,0	24,3	25,7	27,1
Dépenses liées aux régimes publics d'assurance-médicaments	-4,4	-18,4	-19,4	-20,4	-21,6
Dépenses directes en médicaments du gouvernement fédéral	0,0	-0,2	-0,2	-0,2	-0,2
Recettes attribuables aux contributions de l'assurance-médicaments	-0,6	-2,6	-2,8	-3,1	-3,4
Coût additionnel pour le secteur public	**0,4**	**1,8**	**1,9**	**2,0**	**2,0**

Source :
Bureau du directeur parlementaire du budget.

Note :
Comme les chiffres sont arrondis, les totaux ne sont pas toujours exacts.

Tableau C-2

Répartition provinciale des coûts d'ordonnance projetés en 2024-2025 (millions de dollars)

Province	Régimes publics	Médicaments sous un régime « catastrophe »	Coût net	Médicaments supplémentaires
BC	1,200	1,893	694	373
AB	1,502	2,275	773	467
SK	636	661	25	157
MB	517	672	155	126
ON	7,673	9,255	1,581	2,187
QC	5,922	6,413	491	2,410
NB	352	671	319	113
NS	375	692	316	122
PE	46	103	57	13
NL	173	358	184	58
Total	**18,397**	**22,992**	**4,595**	**6,026**

Source :
Bureau du directeur parlementaire du budget.

Notes :
Les coûts liés aux médicaments d'ordonnance ne comprennent pas les rabais confidentiels. Les médicaments supplémentaires sont ceux qui sont indiqués actuellement sur la liste de médicaments assurés d'une province, mais qui ne seront pas couverts en vertu de ce régime d'assurance-médicaments en cas de catastrophe. Comme les chiffres sont arrondis, les totaux ne sont pas toujours exacts.

Tableau C-3

Répartition provinciale des coûts d'ordonnance projetés en 2027-2028 (millions de dollars)

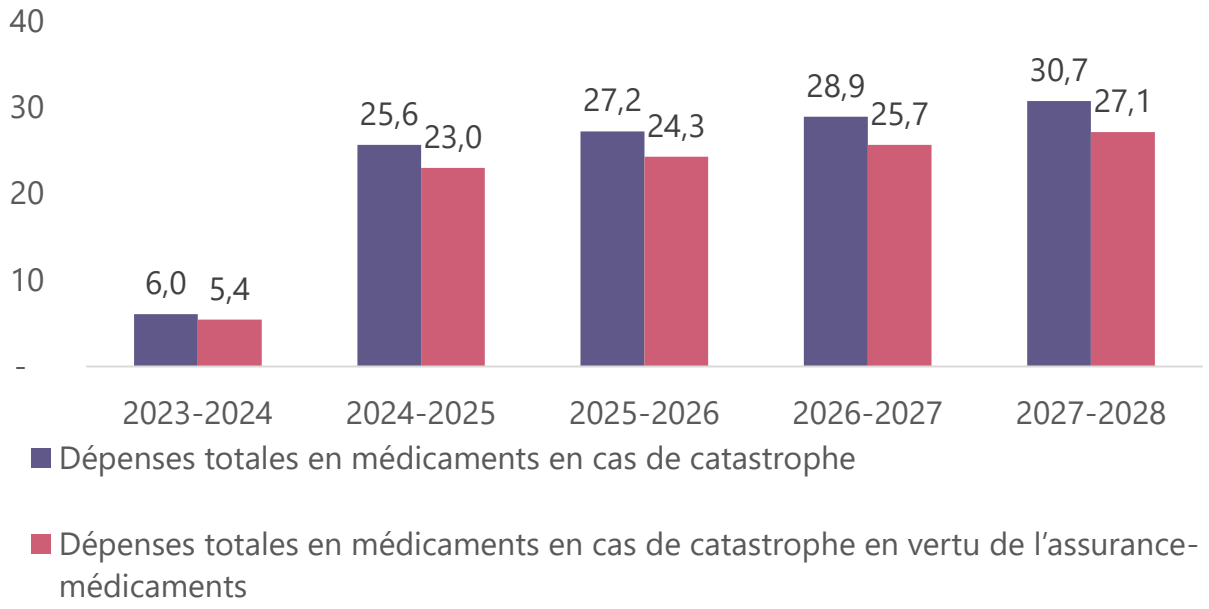
Province	Régimes publics	Médicaments sous un régime « catastrophe »	Coût net	Médicaments supplémentaires
BC	1,358	2,158	800	424
AB	1,758	2,678	920	545
SK	759	785	26	188
MB	608	790	182	148
ON	9,121	11,046	1,925	2,592
QC	6,868	7,543	675	2,750
NB	430	827	397	138
NS	434	804	370	141
PE	57	127	70	16
NL	184	379	195	62
Total	**21,577**	**27,137**	**5,560**	**7,006**

Source :
Bureau du directeur parlementaire du budget.

Notes :
Les coûts liés aux médicaments d'ordonnance ne comprennent pas les rabais confidentiels. Les médicaments supplémentaires sont ceux qui sont indiqués actuellement sur la liste de médicaments assurés d'une province, mais qui ne seront pas couverts en vertu de ce régime d'assurance-médicaments en cas de catastrophe. Comme les chiffres sont arrondis, les totaux ne sont pas toujours exacts.

Figure C-1

Dépenses totales en médicaments en cas de catastrophe admissibles à un remboursement par l'assurance-médicaments projetées (milliards de dollars)



Description textuelle :

Exercice financier	2023-2024	2024-2025	2025-2026	2026-2027	2027-2028
Dépenses totales en médicaments en cas de catastrophe	6,0	25,6	27,2	28,9	30,7
Dépenses totales en médicaments en cas de catastrophe en vertu de l'assurance-médicaments	5,4	23,0	24,3	25,7	27,1

Source :
Bureau du directeur parlementaire du budget.

Régime d'assurance-médicaments pour les médicaments essentiels

Les médicaments essentiels sont ceux qui répondent aux besoins prioritaires en soins de santé d'une population. La liste de médicaments essentiels utilisée dans ce rapport correspond à la liste modèle de médicaments essentiels de l'Organisation mondiale de la Santé « adaptée à la population canadienne » créée par des chercheurs de l'hôpital St. Michael's à Toronto[40].

Le DPB estime que les dépenses en médicament liées à cette autre liste seront de 0,4 milliard de dollars et de 0,3 milliard de dollars supérieures aux dépenses estimées dans le scénario de référence en 2024-2025 et en 2027-2028 respectivement.

La liste de médicaments essentiels est principalement composée de médicaments génériques, dont les prix sont déjà suffisamment bas, ce qui ne permet pas de réaliser des économies supplémentaires avec un régime à payeur unique. Par conséquent, l'augmentation des dépenses est attribuable à une consommation accrue de médicaments qui n'est pas compensée par les économies réalisées grâce au plus grand pouvoir de négociation et à l'application de la substitution par des génériques.

Tableau C-4

Coût projeté de l'assurance-médicaments (milliards de dollars)

Exercice financier	2023-2024	2024-2025	2025-2026	2026-2027	2027-2028
Dépenses totales en médicaments de l'assurance-médicaments	2,2	9,4	9,8	10,2	10,7
Dépenses liées aux régimes publics d'assurance-médicaments	-4,4	-18,4	-19,4	-20,4	-21,6
Dépenses directes en médicaments du gouvernement fédéral	-0,2	-0,9	-1,0	-1,1	-1,1
Recettes attribuables aux contributions de l'assurance-médicaments	-0,0	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1
Coût différentiel pour le secteur public	-2,4	-10,0	-10,7	-11,4	-12,1

Source :
Bureau du directeur parlementaire du budget.

Note :
Comme les chiffres sont arrondis, les totaux ne sont pas toujours exacts.

Tableau C-5

Répartition provinciale des coûts d'ordonnance projetés en 2024-2025 (millions de dollars)

Province	Régimes publics	Médicaments essentiels	Coût net	Médicaments supplémentaires
BC	1,200	1,061	-138	782
AB	1,502	955	-547	1,080
SK	636	310	-326	483
MB	517	315	-202	387
ON	7,673	3,113	-4,560	6,169
QC	5,922	2,854	-3,068	4,529
NB	352	263	-89	262
NS	375	296	-80	264
PE	46	46	1	34
NL	173	167	-6	118
Total	**18,397**	**9,383**	**-9,014**	**14,107**

Source :
Bureau du directeur parlementaire du budget.

Notes :
Les coûts liés aux médicaments d'ordonnance ne comprennent pas les rabais confidentiels. Les médicaments supplémentaires sont ceux qui sont indiqués actuellement sur la liste de médicaments assurés d'une province, mais qui ne seront pas couverts en vertu de ce régime d'assurance-médicaments pour les médicaments essentiels. Comme les chiffres sont arrondis, les totaux ne sont pas toujours exacts.

Tableau C-6

Répartition provinciale des coûts d'ordonnance projetés en 2027-2028 (millions de dollars)

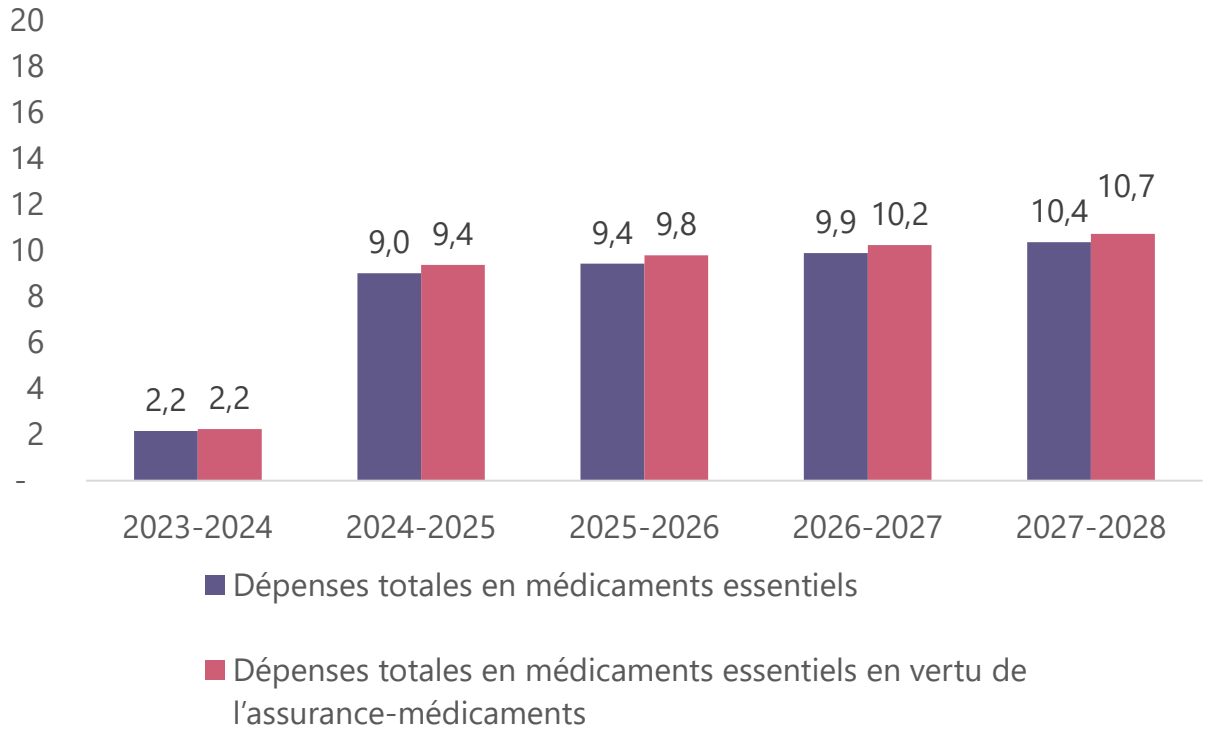
Province	Régimes publics	Médicaments essentiels	Coût net	Médicaments supplémentaires
BC	1,358	1,192	-166	896
AB	1,758	1,099	-659	1,278
SK	759	359	-400	586
MB	608	361	-247	462
ON	9,121	3,597	-5,524	7,398
QC	6,868	3,231	-3,637	5,305
NB	430	315	-115	323
NS	434	337	-97	308
PE	57	56	-1	43
NL	184	177	-8	126
Total	**21,577**	**10,723**	**-10,854**	**16,726**

Source :
Bureau du directeur parlementaire du budget.

Notes :
Les coûts liés aux médicaments d'ordonnance ne comprennent pas les rabais confidentiels. Les médicaments supplémentaires sont ceux qui sont indiqués actuellement sur la liste de médicaments assurés d'une province, mais qui ne seront pas couverts en vertu de ce régime d'assurance-médicaments pour les médicaments essentiels. Comme les chiffres sont arrondis, les totaux ne sont pas toujours exacts.

Figure C-2

Dépenses totales en médicaments essentiels admissibles à un remboursement par l'assurance-médicaments projetées (milliards de dollars)



Description textuelle :

Exercice financier	2023-2024	2024-2025	2025-2026	2026-2027	2027-2028
Dépenses totales en médicaments essentiels	2,2	9,0	9,4	9,9	10,4
Dépenses totales en médicaments essentiels en vertu de l'assurance-médicaments	2,2	9,4	9,8	10,2	10,7

Source :
Bureau du directeur parlementaire du budget.

Notes

[1] Canada. Parlement. Chambre des communes. Comité permanent de la santé. Procès-verbal des délibérations. (Réunion nº 21, 29 septembre 2016), 42e législature, 1re session. (En ligne). Consulté le 5 septembre 2023.

[2] Bureau du directeur parlementaire du budget, Coûts pour le gouvernement fédéral d'un programme national d'assurance-médicaments. 2017.

[3] Calculs du DPB basés sur les estimations des facteurs de croissance par le CEPMB, Patented Medicine Prices Review Board. Rapport annuel 2021, 2023.

[4] Projet de loi C-340. *Loi édictant la Loi canadienne sur l'assurance médicaments*. Première session, quarante-deuxième législature. 13 juin 2023.

[5] CBC News. « New health minister says pharmacare legislation is coming this fall ». Site d'actualités de la CBC. Dernière mise à jour le 16 août 2023, page consultée le 6 septembre 2023.

[6] Ce montant exclut aussi une petite partie d'observations pour lesquelles il a été impossible d'identifier le payeur principal (1 % des dépenses totales au Canada en 2021-2022).

Cela correspond grosso modo au coût total des médicaments d'ordonnance publié par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). En effet, le montant estimé pour l'exercice 2021-2022 par le DPB est de 37,3 milliards de dollars. Source : Institut canadien d'information sur la santé. Tendances des dépenses nationales de santé. Consulté le 24 août 2023.

[7] Le « payeur principal » désigne le payeur – l'assurance publique, l'assurance privée ou le particulier – ayant assumé la plus grande partie du coût de l'ordonnance. La totalité de la valeur transactionnelle est attribuée au payeur principal, même si une partie des dépenses payées par le particulier pourraient lui être remboursées par un assureur au titre de la coordination des avantages sociaux. Selon les estimations d'IQVIA, la moitié des dépenses engagées par les particuliers sont par la suite présentées à un régime d'assurance-médicaments privé. L'analyse exclut une petite partie d'observations pour lesquelles il a été impossible d'identifier un payeur principal. Ces observations représentent moins de 1 % des dépenses totales au Canada en 2021-2022 et elles sont exclues de l'ensemble de l'analyse.

[8] Étant donné que notre base de données présente les ordonnances remplies, la province indiquée signifie que l'ordonnance a été exécutée dans cette province. Cela ne signifie pas nécessairement que l'ordonnance était couverte par le régime d'assurance-médicaments de cette province. Les ordonnances peuvent être exécutées à l'extérieur de la province ou être couvertes par le régime fédéral.

[9] Les médicaments de marque, biologiques et biosimilaires comprennent les médicaments brevetés et ceux qui ne sont plus protégés par un brevet.

[10] On trouve un aperçu plus détaillé des régimes d'assurance-médicaments au Canada ainsi que des références à diverses sources dans notre rapport de 2017 et dans le rapport de 2019 du gouvernement du Canada.

[11] Selon les estimations de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes (ACCAP), en 2021, environ 25 millions de Canadiens (73 %) avaient directement ou par l'intermédiaire d'un proche une assurance-médicaments privée. Cela comprend la couverture par l'intermédiaire d'un régime (groupe) offert par l'employeur ou de polices individuelles. La source de données pour l'assurance-médicaments est fournie par l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes. Il s'agit d'un sous-ensemble des données publiées dans ses Faits

sur les assurances de personnes au Canada, Édition 2022. La source de données pour la population afin de calculer le pourcentage est Statistique Canada. (2021). Page Web du sommaire du Recensement. Consulté le 28 août 2023.

[12] Les détails sur les divers régimes publics sont résumés dans un rapport accessible dans le site Web de l'Institut canadien d'information sur la santé. Source : Institut canadien d'information sur la santé. Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits — Document d'information sur les régimes, mars 2023. Ottawa (Ontario) : ICIS; 2023.

[13] Le gouvernement fédéral a la responsabilité de financer ou de fournir des produits pharmaceutiques à certaines populations, y compris les membres des Premières Nations et les Inuits, les anciens combattants, les militaires, les membres de la Gendarmerie royale du Canada, les réfugiés et les détenus dans les pénitenciers fédéraux. En 2021-2022, le coût estimé est de 1 096 millions de dollars, selon les calculs réalisés par le DPB afin de transformer les données brutes de l'année civile en données d'exercice. Source pour les données brutes : Tableau C des tableaux de données des Tendances des dépenses nationales de santé, 2022 de l'Institut canadien d'information sur la santé.

[14] Gouvernement du Canada, « Établissement du prix et coûts des médicaments d'ordonnance », site Web du gouvernement du Canada, dernière modification le 13 mars 2023. 30 août 2023.

[15] Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés. Rapport annuel 2021, 2023.

[16] On trouvera dans le rapport antérieur les descriptions et les limites relatives aux données. Bureau du directeur parlementaire du budget, Coûts pour le gouvernement fédéral d'un programme national d'assurance-médicaments. 2017.

[17] L'ensemble des économies et des coûts supplémentaires sont présumés survenir instantanément au moment de la mise en œuvre de l'assurance-médicaments.

[18] On trouve une description plus détaillée dans notre rapport antérieur. Bureau du directeur parlementaire du budget, Coûts pour le gouvernement fédéral d'un programme national d'assurance-médicaments. 2017.

[19] Une fois la substitution par des génériques en vigueur, nous nous attendons à ce que les dépenses engagées par les particuliers baissent encore en raison de l'élimination de la contribution de 5 $. Le DPB a recalculé l'augmentation en pourcentage de l'utilisation au moyen des niveaux d'utilisation déjà rajustés dans un scénario de substitution par un médicament générique et a conclu que l'augmentation de l'utilisation demeure stable, à 13,5 %. La stabilité de l'effet, malgré l'imposition de la substitution par des génériques, est attribuable à la part relativement faible des médicaments de marque pour lesquels un médicament générique est disponible au sein de la population non exemptée, ainsi qu'au changement marginal minime d'une contribution de 5 $ à une contribution de 0 $.

Pour en savoir plus sur l'estimation de la réaction comportementale à la baisse des dépenses engagées par les particuliers, voir la section 3.1 du rapport Coûts pour le gouvernement fédéral d'un programme national d'assurance-médicaments.

[20] Certains régimes publics remboursent aux patients la valeur de la version générique de leur médicament de marque soit sur demande, soit lorsque leur médecin ajoute la mention « Aucune substitution ». Les médecins ajoutent souvent cette mention dans le cas de patients réagissant mal au médicament générique, mais pas au médicament de marque. Ces régimes remboursent souvent le prix du générique pour accéder aux préférences des patients et non pour des raisons médicales. D'autres régimes ne remboursent que le médicament générique, même si les médecins ajoutent la mention « Aucune substitution ». Ils prévoient toutefois une disposition

de compassion en vertu de laquelle le plein prix du médicament de marque est remboursé aux patients chez lesquels la version générique produit de graves effets secondaires.

[21] Les médicaments dits « exceptionnels » ont été exclus de ce calcul.

[22] Dans les cas où les taux de substitution par des génériques baissent au fil du temps, le taux actuel a été supposé pour la période de projection.

[23] La substitution par des génériques se limite aux médicaments couverts par la liste de médicaments assurés du Québec. Le DPB ne disposait pas d'une liste de substitutions par des génériques acceptables pour chaque régime. Il a plutôt déterminé les substitutions de médicaments de marque par des génériques au moyen de la liste du Québec (indiqué dans sa liste des médicaments assurés). Ensuite, tant que le médicament générique était couvert par le régime public d'assurance-médicaments de chaque province, il était supposé pouvoir substituer le médicament de marque dans cette province. Il est donc possible que la politique de substitution par des génériques d'une province ne soit pas représentée.

[24] Médicaments biologiques biosimilaires au Canada : Fiche d'information. Consultée le 15 août 2023.

[25] L'Observateur des médicaments émergents 2022. Consulté le 15 août 2023.

[26] Pour en savoir plus sur les rabais confidentiels, veuillez vous reporter à l'encadré 1-6 du rapport Coûts pour le gouvernement fédéral d'un programme national d'assurance-médicaments.

[27] Ces rabais se fondent sur des consultations menées auprès des parties prenantes. Ils se comparent relativement bien aux constats d'un rapport du vérificateur général de l'Ontario, qui estimait que les rabais confidentiels obtenus par le ministère de la Santé de la province en 2016-2017

s'établissaient à 1,1 milliard de dollars. Le DPB estime que cela représente environ 21 % des dépenses publiques en médicaments d'ordonnance de l'Ontario cette année-là. Source : Bureau du vérificateur général de l'Ontario. Rapport annuel 2017 volume 1. Le DPB a défini les « nouveaux » médicaments au moyen de la liste de produits nouvellement brevetés au Canada publiés dans le Rapport annuel 2021 du CEPMB. À la lumière des consultations, nous supposons qu'il n'y aura pas d'autre marge de manœuvre pour réaliser des économies sur les médicaments génériques.

[28] On trouve certaines preuves de négociation de rabais confidentiels par les régimes privés, mais la pratique n'est pas répandue et n'est pas uniforme d'un fournisseur à l'autre.

[29] Hormis une augmentation des dépenses totales liées aux marges bénéficiaires et aux frais attribuables à la hausse du nombre d'ordonnances exécutées.

[30] Afin d'estimer les marges bénéficiaires et les frais d'exécution d'ordonnance (connus ensemble sous le nom de « frais »), le DPB a utilisé la différence entre le total des coûts engagés pour chaque médicament par province et le coût médical total pour chaque médicament par province. On a présumé que les frais ne varient pas selon le payeur principal, l'âge ou le genre du patient. Afin d'attribuer ces frais à chaque payeur, âge et groupe de genre, la différence entre le coût total et le coût médical au niveau du médicament par province a été multipliée par la proportion des ordonnances que chaque groupe fait exécuter au niveau du médicament par province.

[31] La méthodologie utilisée pour calculer les recettes attribuables aux contributions en vertu de l'assurance-médicaments est décrite dans notre rapport de 2017 : Bureau du directeur parlementaire du budget, Coûts pour le gouvernement fédéral d'un programme national d'assurance-médicaments. 2017.

[32] Les dépenses en médicaments du RSSFP pour l'année civile 2022 ont été fournies par le Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada dans le cadre de la demande d'information IR0703. Les autres dépenses fédérales directes en médicaments pour 2021-2022 ont été calculées au moyen de données de l'ICIS. Source : Institut canadien d'information sur la santé. Tendances des dépenses nationales de santé. Consulté le 24 août 2023. Les dépenses fiscales pour la dépense fiscale liée aux avantages des régimes privés de soins de santé, ainsi que le crédit d'impôt et le supplément pour frais médicaux sont publiés par l'Agence du revenu du Canada. Source : Rapport sur les dépenses fiscales fédérales : Concepts, estimations et évaluations 2023. Consulté le 24 août 2023.

[33] Il est important de mentionner que les dépenses du régime public estimées au moyen de données d'IQVIA ne représentent pas le coût net pour les régimes d'assurance-médicaments publics des provinces, qui tiennent compte des recettes attribuables aux contributions et aux franchises. Le DPB a comparé les données sur les payeurs publics d'IQVIA aux données administratives des régimes d'assurance-médicaments publics publiées par l'Institut canadien d'information sur la santé et la différence par province était inférieure à 4 % en moyenne.

[34] Les calculs du DPB se fondent sur les estimations du facteur de croissance du CEPMB, Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés. Rapport annuel 2021, 2023.

[35] Les facteurs de croissance sont appliqués une fois les économies des substitutions par des génériques comptabilisées pour chaque année.

[36] Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés. CompasRx : Rapport annuel sur les dépenses des régimes publics d'assurance-médicaments, 8e édition. Consulté le 16 août 2023.

[37] Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés. Rapport annuel 2021, 2023.

[38] En particulier, les programmes d'assurance-médicaments suivants sont inclus dans cette analyse : Fair Pharma Care (C.-B.), Programme de médicaments de l'Ontario – Programme de médicaments Trillium (Ont.), Programme de couverture des coûts exorbitants en médicaments (Î.-P.-É.) et régime d'assurance (T.-N.-L.). Étant donné que l'analyse utilisait les demandes de remboursement présentées entre le 1er avril 2016 et le 31 mars 2020, la définition des médicaments nouveaux sur le marché canadien a été modifiée afin d'inclure ceux pour lesquels l'avis de conformité a été reçu entre 2016 et 2019.

[39] Afin de calculer les économies des dépenses fédérales directes pour les autres listes de médicaments assurés, le ratio des dépenses totales en médicaments pour l'autre liste de médicaments assurés par rapport aux dépenses totales en médicaments pour la liste de la RAMQ a été appliqué aux économies des dépenses fédérales directes en vertu de l'assurance-médicaments avec la liste de médicaments assurés de la RAMQ.

[40] CLEAN Meds. Consulté le 6 septembre 2023.

RP-2324-016-S_f
T_RP_3.0.0
© Bureau du directeur parlementaire du budget, Ottawa, Canada, 2023