

Rapport du Comité aviseur sur les bénéfices de santé  
Régime d'assurance-médicaments sur ordonnance pour  
les Néo-Brunswickois non assurés

Préparé pour le Conseil d'administration de la SIES

**CONFIDENTIEL**

Rapport final  
Décembre 2012



## Table des matières

Avant-propos .....	6
Remerciements.....	7
Résumé .....	8
1 Introduction .....	14
1.1 Mandat du Comité aviseur sur les bénéfiques de santé.....	14
1.2 Processus et approche du Comité aviseur .....	15
2 Processus d'élaboration .....	16
2.1 Contexte.....	16
2.2 Situation actuelle au Nouveau-Brunswick.....	18
2.3 Aperçu des régimes d'assurance-médicaments provinciaux .....	24
2.4 Facteurs essentiels de réussite .....	28
3 Résumé des consultations .....	30
3.1 Méthode de consultation .....	30
3.2 Opinion des intervenants sur les questions importantes.....	32
3.3 Concepts proposés pour le régime d'assurance-médicaments sur ordonnance .....	37
4 Nouveau régime d'assurance-médicaments sur ordonnance .....	38
4.1 Cadre du régime d'assurance-médicaments sur ordonnance.....	38
4.2 Options proposées au gouvernement.....	50
5 Conclusion .....	52
5.1 Avantages d'un nouveau régime d'assurance-médicaments sur ordonnance.....	52
5.2 Autres observations.....	53

### Annexes:

Annexe A - Aperçu des régimes d'assurance-médicaments au Canada .....	A-1
Annexe B - Données démographiques sur la population non assurée .....	B-1
Annexe C - Renseignements relatifs aux régimes d'assurance-médicaments provinciaux.....	C-1
Annexe D - Mesures du panier de consommation.....	D-1
Annexe E - Niveaux de subvention pour des familles de différentes tailles .....	E-1
Annexe F - Exemples de paiements à la pharmacie .....	F-1
Annexe G - Observations supplémentaires .....	G-1
Annexe H - Glossaire .....	H-1
Références .....	R-1

## Liste des figures

Figure 1 - Cadre du régime d'assurance-médicaments .....	11
Figure 2 - Couverture de médicaments au Nouveau-Brunswick.....	18
Figure 3 - Dépenses et bénéficiaires du PMONB .....	19
Figure 4 - Ce qu'une famille paierait à la pharmacie.....	25
Figure 5 - Répartition actuelle des coûts .....	38
Figure 6 - Coûts moyens payés à la pharmacie par famille non assurée.....	39
Figure 7 - Coûts moyens payés à la pharmacie par famille sans assurance et avec le nouveau régime d'assurance.....	40
Figure A.1 - Total des dépenses de sante selon l'ICIS .....	A-5
Figure A.2 - Total des dépenses en médicaments par habitant selon l'ICIS .....	A-6
Figure B.1 - Couverture par palier de revenu .....	B-1
Figure B.2 - Distribution selon la taille des familles de la population non assurée et par palier de revenu .....	B-2
Figure B.3 - Couverture des médicaments par tranche d'âge .....	B-3
Figure B.4 - Couverture des médicaments selon source de revenu .....	B-4
Figure B.5 - Couverture des médicaments par type d'emploi .....	B-5
Figure B.6 - Couverture des médicaments selon l'état de santé perçu .....	B-6
Figure E.1 - Subvention en fonction du revenu pour une personne seule.....	E-1
Figure E.2 - Subvention en fonction du revenu pour une famille de quatre.....	E-2
Figure F.1 - Exemple de famille no 1.....	F-1
Figure F.2 - Exemple de famille no 2.....	F-2
Figure F.3 - Exemple de famille no 3.....	F-3
Figure F.4 - Exemple de famille no 4.....	F-4
Figure F.5 - Exemple de famille no 5.....	F-5

## Liste des tableaux

Tableau 1 - Éléments du régime d'assurance .....	12
Tableau 2 - Éléments préliminaires du régime .....	33
Tableau C.1 - Franchise et quote-part du régime Access Plan de T.-N.-L.....	C-2
Tableau C.2 - Exemples de pourcentages de quote-part pour le régime Access Plan de T.-N.-L.....	C-3
Tableau C.3 - Admissibilité au régime Assurance Plan de T.-N.-L. et quote-part .....	C-4
Tableau C.4 - Résumé des observations du Comité sur les régimes de T.-N.-L. ....	C-4
Tableau C.5 - Résumé des observations du Comité sur les régimes de l'Île-du-Prince-Édouard .....	C-7
Tableau C.6 - Franchise et quote-part du Régime d'assurance-médicaments familial de la Nouvelle-Écosse.....	C-8
Tableau C.7 - Franchises du Régime d'assurance-médicaments familial de la N.-É.....	C-9
Tableau C.8 - Quotes-parts du Régime d'assurance-médicaments de la N.-É.....	C-9
Tableau C.9 - Primes du Régime d'assurance-médicaments pour les aînés de la N.-É. ....	C-10
Tableau C.10 - Résumé des observations du Comité sur les régimes de la Nouvelle-Écosse .....	C-10
Tableau C.11 - Primes du régime d'assurance du Québec.....	C-13
Tableau C.12 - Franchise, quote-part et contribution maximale du régime d'assurance du Québec ....	C-14
Tableau C.13 - Résumé des observations du Comité sur le régime d'assurance du Québec.....	C-15
Tableau C.14 - Résumé des observations du Comité sur le régime d'assurance de l'Ontario .....	C-17
Tableau C.15 - Franchise du Régime d'assurance-médicaments du Manitoba.....	C-19
Tableau C.16 - Résumé des observations du Comité sur le régime d'assurance du Manitoba.....	C-19
Tableau C.17 - Résumé des observations du Comité sur le régime d'assurance de la Saskatchewan	C-22
Tableau C.18 - Primes du régime individuel de l'Alberta .....	C-24
Tableau C.19 - Subvention pour la prime du régime individuel de l'Alberta .....	C-24
Tableau C.20 - Résumé des observations du Comité sur le régime d'assurance de l'Alberta .....	C-24
Tableau C.21 - Franchise, quote-part et contribution maximale par famille pour le régime Fair PharmaCare de la Colombie-Britannique .....	C-27
Tableau C.22 - Franchise, quote-part et contribution maximale par famille pour le régime Fair PharmaCare.....	C-29
Tableau C.23 - Résumé des observations du Comité sur le régime d'assurance de la Colombie-Britannique .....	C-29
Tableau D.1 - Seuils de la MPC pour les populations du Nouveau-Brunswick de 2009.....	D-2
Tableau D.2 - MPC par ménage et par taille de collectivité au Nouveau-Brunswick pour 2009 .....	D-2
Tableau D.3 - Seuils de la MPC mixte pour le Nouveau-Brunswick.....	D-3

## Avant-propos

Dans le cadre du Plan d'inclusion économique et sociale pour le Nouveau-Brunswick : « Ensemble pour vaincre la pauvreté », les entreprises, les organismes sans but lucratif et le gouvernement se sont engagés, en collaboration avec les résidents, à mettre en œuvre une série d'actions prioritaires visant à réduire la pauvreté. L'une de ces actions consiste à concevoir un plan de médicaments sur ordonnance pour les Néo-Brunswickois non assurés. Au nom du Comité aviseur sur les bénéfices de santé de la Société d'inclusion économique et sociale, c'est avec grand plaisir que je vous présente le rapport du Comité sur l'élaboration d'un régime d'assurance-médicaments sur ordonnance pour les Néo-Brunswickois non assurés.

Au fil des ans, le caractère nécessaire des régimes d'assurance-médicaments onéreux a fait couler beaucoup d'encre dans les médias. Un examen des nombreux articles parus sur la question donne à penser que ce qu'il faudrait, selon bien des gens, serait un régime couvrant les médicaments extrêmement coûteux. Beaucoup de familles éprouvent cependant des difficultés financières en raison du coût de leurs médicaments qui, sans être excessivement élevé, excède néanmoins leurs moyens.

Le Comité est chargé de concevoir un mécanisme permettant d'offrir un régime de médicaments sur ordonnance à **tous** les résidents non assurés du Nouveau-Brunswick. Ses membres estiment que le problème des médicaments extrêmement coûteux ne touche qu'un petit pourcentage des familles, et ont donc concentré leurs efforts sur l'élaboration d'options de régime adaptées aux besoins de l'ensemble des 70 000 familles non assurées du Nouveau-Brunswick, y compris celles devant se procurer des médicaments coûteux.

Dans le présent rapport, nous proposons quatre options de régime destinées à venir en aide aux familles en fonction de leur situation financière, que les médicaments dont elles ont besoin soient ou non hors de prix. Il serait cependant financièrement irresponsable – et inconcevable du point de vue de l'abordabilité du régime – de tenter de couvrir tous les médicaments sur ordonnance offerts sur le marché. Les options de régime préparées par le Comité couvriront donc les médicaments retenus dans le cadre d'un examen par des experts fondé sur des données probantes, une pratique commune pour tous les régimes d'assurance-médicaments sur ordonnance gouvernementaux et privés au Canada.

Le Comité aviseur est convaincu que les quatre options mises de l'avant dans le présent rapport offrent une solution pratique mise au point chez nous qui sera d'une aide précieuse pour les Néo-Brunswickois non assurés, sans toutefois excéder notre capacité collective de payer.



D<sup>r</sup> Dennis Furlong.  
B.P.E., M.Sc., B.Med.S., M.D., D.C.L, LL.D.  
Président, Comité aviseur sur les bénéfices de santé

## Remerciements

J'aimerais, au nom du Comité aviseur sur les bénéfices de santé, souligner l'expertise clinique considérable fournie par l'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick, la Société médicale du Nouveau-Brunswick et l'Association des Pharmaciens du Nouveau-Brunswick, et les remercier de leur contribution. Je voudrais aussi exprimer ma reconnaissance à tous les groupes et organismes, y compris le public, qui ont pris part à notre processus de consultation et présenté des mémoires. Ceux-ci sont mentionnés à la section 3 du rapport.

Je tiens par ailleurs à saluer la contribution et le travail exemplaire des membres du Comité dans l'élaboration de ce régime.

Font partie du Comité aviseur sur les bénéfices de santé :

- Dennis Furlong, Dalhousie, président
- Juanita Black, Saint John
- Mike Blanchard, Bath
- Jean-Roch Cayouette, Saint-Quentin
- Barry Cohen-Thorley, Grand Bay – Westfield
- Ron Gathercole, Moncton
- Anne Hébert, Bouctouche
- Mary Anne Leblanc, Saint John
- Jacques-François Levesque, Grand-Sault
- Derek Oland, Saint John

Je me dois aussi de remercier pour leur aide et leur soutien le personnel du ministère de la Santé, du ministère du Développement social et de la Société de l'inclusion économique et sociale (SIES). Ces trois organismes gouvernementaux ont travaillé en collaboration avec des consultants pour appuyer le Comité dans le cadre de son mandat. Le personnel de soutien réunit notamment :

- Althea Arsenault, SIES
- Greg Caines, Morneau Shepell
- Leanne Jardine, ministère de la Santé
- Stéphane Leclair, SIES
- Heidi Liston, ministère de la Santé
- Bill MacKenzie, Développement social
- Lori Park, Développement social
- Howard Slaney, Morneau Shepell
- Colette Wasson, ministère de la Santé

## Résumé

Le 16 avril 2010, la Société d'inclusion économique et sociale (SIES) du Nouveau-Brunswick a été créée en vertu de la *Loi sur l'inclusion économique et sociale* pour diriger et coordonner la mise en œuvre du plan provincial pour la réduction de la pauvreté, « Ensemble pour vaincre la pauvreté ». Le Comité aviseur sur les bénéfiques de santé a été formé le 18 janvier 2011 pour aider la SIES à réaliser les objectifs suivants :

1. Mettre au point un régime de soins dentaires et de la vue pour les enfants néo-brunswickois de famille à faible revenu – ce qui a été fait par l'élaboration et la mise en œuvre du programme De beaux sourires et une bonne vision.
2. Concevoir un mécanisme permettant d'offrir un régime de médicaments sur ordonnance à tous les résidents non assurés du Nouveau-Brunswick, soit l'objet du présent rapport.

Pour en arriver à une solution qui répondrait adéquatement aux besoins des Néo-Brunswickois non assurés, le Comité a mis au point le Régime d'assurance-médicaments sur ordonnance pour les Néo-Brunswickois non assurés (« le régime d'assurance ») en procédant comme suit :

- Il a d'abord examiné les régimes d'assurance-médicaments offerts à l'échelle du pays et découvert que beaucoup des difficultés éprouvées étaient communes à l'ensemble des provinces et des territoires. Les médicaments sur ordonnance constituent souvent le traitement le plus efficace et le plus économique pour de nombreuses maladies, et tendent de plus en plus à remplacer d'autres interventions. Plus on y a recours, cependant, plus le fardeau financier associé à l'augmentation des dépenses à ce chapitre s'accroît pour les particuliers canadiens, les employeurs, les assureurs et le gouvernement.<sup>1,2</sup> Les dépenses en médicaments mobilisent de plus en plus, en quantité comme en proportion, les fonds alloués aux soins de santé, et les coûts grimpent trois fois plus rapidement que le taux d'inflation.<sup>3</sup> De plus amples détails à ce sujet sont fournis à la section 2.
- Le Comité a ensuite étudié les caractéristiques de la population non assurée du Nouveau-Brunswick, recourant, pour ce faire, aux données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Cette enquête par échantillon de Statistique Canada a révélé qu'environ 20 p. 100 des Néo-Brunswickois (ou quelque 70 000 familles) ne disposaient pas d'une assurance-médicaments sur ordonnance. Elle a aussi confirmé que les familles non assurées présentaient un profil assez similaire à celui des familles assurées, à l'exception d'un revenu généralement inférieur et, dans la plupart des cas, d'un niveau d'éducation moins élevé. Une analyse plus approfondie a indiqué que les familles sans assurance-médicaments sur ordonnance dépensaient chaque année entre 120 et 150 millions de dollars pour ce type de médicaments. Elle a également montré qu'un grand nombre de ces familles éprouvaient d'importantes difficultés financières associées au coût de ces mêmes médicaments. Ces renseignements sont abordés de manière détaillée à la section 2.
- Le Comité s'est aussi arrêté aux régimes d'assurance-médicaments publics pertinents à l'échelle du Canada, et a conclu qu'aucun d'entre eux n'offrait de solution complète

adaptée au contexte unique de l'initiative « Ensemble pour vaincre la pauvreté ». Il a cependant noté que certains éléments des régimes en vigueur dans d'autres provinces pourraient servir de base pour ses options de régime. Cette partie du processus d'élaboration est aussi présentée à la section 2.

- Le Comité a décidé d'une orientation préliminaire pour ses options de régime d'assurance, mais plusieurs questions importantes subsistaient quant à la meilleure manière de répondre aux besoins des Néo-Brunswickois non assurés. Ces questions ont été abordées avec les intervenants concernés lors d'une série de réunions de consultation tenues en mars et en avril 2012. Le Comité a par ailleurs reçu et étudié, au cours du processus de consultation, 35 mémoires écrits. Les commentaires formulés par le public et les intervenants allaient vivement dans le sens des réflexions préliminaires du Comité, et ont aidé à façonner les options de régime d'assurance décrites plus loin dans le présent rapport. S'appuyant sur la rétroaction obtenue dans le cadre du processus de consultation, le Comité est parvenu à cerner des concepts importants qui orienteraient le choix des options de régime. Un résumé du processus de consultation est offert à la section 3.
- Avant de mettre la touche finale à ses options de régime d'assurance, le Comité a réalisé une analyse poussée des conséquences financières potentielles associées aux différentes options, afin de s'assurer que chacune constituerait une solution financièrement responsable et viable. Le cadre et les options de régime d'assurance ainsi que l'analyse les étayant figurent à la section 4.
- La conclusion se trouve à la section 5. Elle comprend les avantages d'un nouveau régime d'assurance pour les Néo-Brunswickois, ainsi que plusieurs observations formulées par le Comité et jugées suffisamment importantes pour être portées à l'attention du gouvernement. Les commentaires reçus dans le cadre du processus de consultation ont notamment fait ressortir la nécessité de venir en aide aux Néo-Brunswickois déjà couverts par une assurance-médicaments sur ordonnance, mais éprouvant toujours des difficultés financières en raison du coût élevé de certains médicaments. Le Comité estime que les options mises de l'avant dans le cadre du présent rapport pourraient être adaptées afin de remédier à ce problème.

S'appuyant sur une évaluation des renseignements disponibles et des commentaires recueillis dans le cadre du processus de consultation, le Comité croit qu'un vaste partage des coûts pourrait être rendu possible par l'adhésion obligatoire des 70 000 familles non assurées à un **régime d'assurance-médicaments sur ordonnance avec versement de primes**, ce qui permettrait de redistribuer le coût de ces médicaments afin que les familles l'assument conjointement, et ferait en sorte qu'aucune d'entre elles ne risque plus, une fois inscrite, d'être confrontée à des difficultés financières. Ce régime pourrait par ailleurs être essentiellement financé par les 70 000 familles elles-mêmes par le versement de primes.

Le Comité estime plus précisément que :

1. le régime d'assurance devrait comporter une **prime** calculée de manière à récupérer le coût total prévu du régime, prime que toutes les personnes ou familles inscrites auraient

à payer, bénéficiant à cet effet d'une **subvention** dont le montant serait déterminé en fonction de leurs moyens;

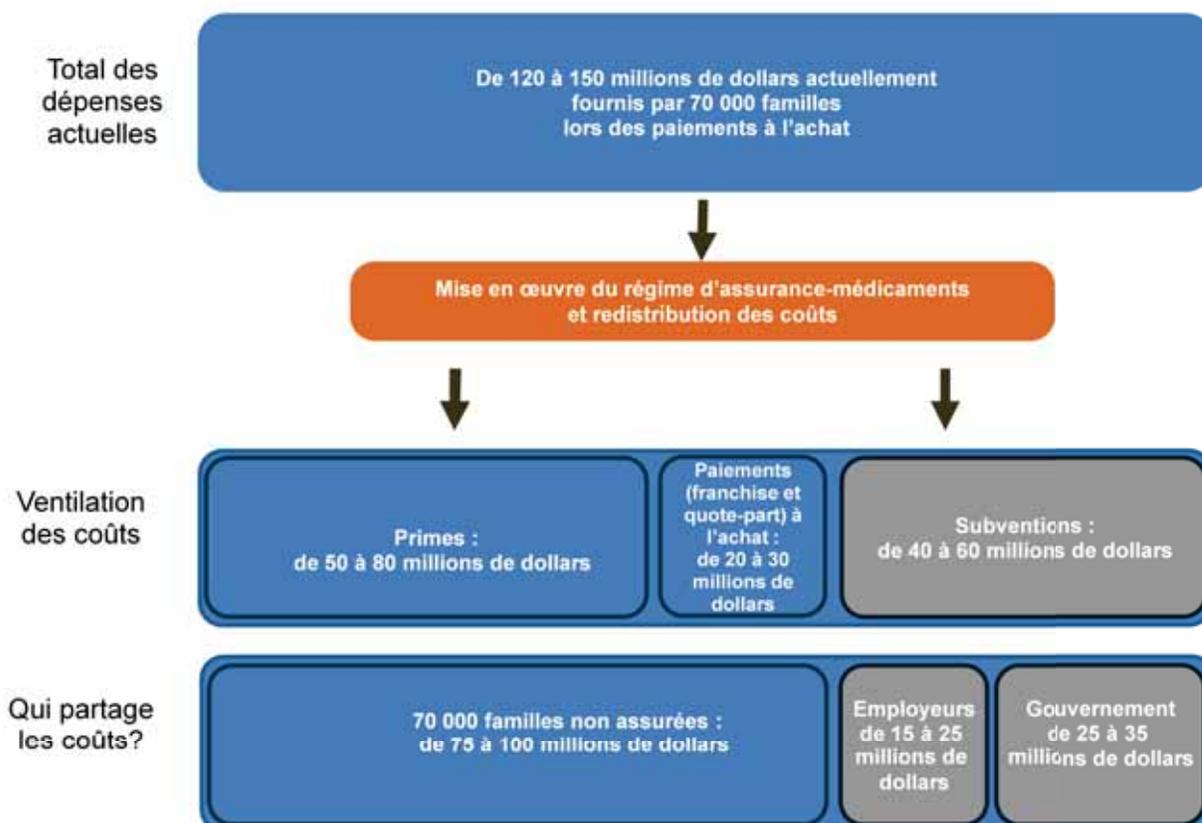
2. le régime d'assurance devrait être **obligatoire** pour tous les Néo-Brunswickois qui ne disposent pas déjà d'une assurance-médicaments, et l'accès à ce régime ne devrait pas être compliqué par des obstacles tels que les examens médicaux, l'exclusion en raison d'affections déjà présentes ou les périodes d'attente;
3. en plus d'acquitter une prime, **les membres du régime devraient aussi assumer leur part des coûts** en faisant un paiement à la pharmacie (franchise ou quote-part, par exemple) pour chaque prescription. **Deux options** possibles pour le calcul du paiement à la pharmacie sont présentées à la section 4 du rapport;
4. le montant de l'aide financière accordée au membre dans le cadre du régime d'assurance ne devrait **pas être plafonné**;
5. les familles dont le revenu est inférieur aux seuils décrits à la section 4 devraient recevoir une **subvention couvrant entièrement** le montant de leur prime. La subvention **diminuerait graduellement** pour les niveaux de revenus plus élevés, comme on le décrit dans les deux options de subventions présentées à la section 4. Le **pourcentage fixé pour la subvention devrait aussi s'appliquer aux montants limites** utilisés pour calculer le paiement à la pharmacie, comme l'explique la section 4;
6. le processus actuel fondé sur des données probantes visant à déterminer quels médicaments sont inscrits comme couverts sur le formulaire des régimes d'assurance-médicaments gouvernementaux (comme le Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick) devrait être utilisé pour le nouveau régime;
7. les conditions du régime d'assurance devraient être révisées périodiquement afin de faire en sorte que le régime continue de remplir son but, permettant aux Néo-Brunswickois de bénéficier d'une assurance-médicaments sur ordonnance à prix abordable. Tout montant forfaitaire devrait notamment faire l'objet d'un examen annuel et être ajusté en fonction de l'augmentation des coûts et de l'utilisation des médicaments.

L'analyse du Comité indique que le régime d'assurance permettrait une répartition beaucoup plus uniforme des coûts parmi les 70 000 familles non assurées et qu'environ les deux tiers de ces coûts seraient assumés par les familles elles-mêmes. Le reste serait couvert par les subventions déjà mentionnées, qui seraient financées par le gouvernement et les employeurs n'offrant pas d'assurance-médicaments sur ordonnance à leurs employés, du moins à l'ensemble d'entre eux. Le Comité estime que l'investissement des Gouvernements et des employeurs apporterait des avantages importants, permettant à tous les Néo-Brunswickois d'avoir accès aux médicaments sur ordonnance dont ils ont besoin.

L'analyse du Comité est illustrée dans le diagramme suivant :

Figure 1 - Cadre du régime d'assurance-médicaments

## Cadre du régime d'assurance-médicaments



Il faut souligner que les chiffres du diagramme qui précède ne sont donnés qu'à titre informatif et que les tranches ne peuvent être additionnées les unes aux autres puisqu'elles comprennent plusieurs options du régime d'assurance. Ces chiffres doivent faire l'objet d'une analyse rigoureuse dans la décision quant aux options de régime qui sont exposées dans le présent rapport.

La détermination de la prime, le calcul des montants à payer à la pharmacie et les autres composantes du régime d'assurance-médicaments sont décrits en détail à la section 4, tout comme les raisons justifiant leur choix. Le tableau qui suit présente un résumé de ces éléments :

Tableau 1 - Éléments du régime d'assurance

Éléments du régime d'assurance	
<b>Prime</b>	Calculée pour récupérer le coût total du régime d'assurance.
<b>Couverture</b>	Obligatoire pour les Néo-Brunswickois non assurés. Aucun examen médical nécessaire. Aucune période d'attente.
<b>Paielements à la pharmacie</b>	Deux options :  <u>Option 1</u> : Une franchise annuelle de 250 \$ pour les personnes seules ou de 500 \$ pour les familles, combinée à une quote-part de 20 % jusqu'à concurrence de 20 \$.  <u>Option 2</u> : Aucune franchise, mais une quote-part de 30 % jusqu'à concurrence de 30 \$.
<b>Aide maximale</b>	Aucune limite annuelle ou à vie du montant d'aide financière ou des prestations que le régime d'assurance offrira à ses membres (personnes ou familles).
<b>Subvention</b>	Le même pourcentage s'appliquera à la prime, à la franchise et aux quotes-parts maximales de 20 et 30 \$ mentionnées ci-dessus, sauf que la quote-part maximale subventionnée ne peut se chiffrer à moins de 5 \$.  Les familles admissibles au programme De beaux sourires et une bonne vision (p. ex. celles dont le revenu est inférieur à 15 571 \$ dans le cas d'une personne seule et de moins de 31 142 \$ dans le cas d'une famille de quatre) recevraient une subvention de 100 p. 100.  Deux options d'élimination progressive de la subvention : <u>Subvention A</u> : Aucune subvention pour les personnes seules touchant un salaire de plus de 24 250 \$ et pour les familles de quatre touchant un salaire de plus de 43 230 \$.  <u>Subvention B</u> : Aucune subvention pour les personnes seules touchant un salaire de plus de 26 360 \$ et pour les familles de quatre touchant un salaire de plus de 47 450 \$.
<b>Médicaments couverts</b>	Suivre la même procédure fondée sur des données probantes que celle utilisée dans le cadre des régimes d'assurance-médicaments gouvernementaux.
<b>Examens du régime</b>	Les modalités du régime d'assurance doivent être examinées régulièrement, et les montants forfaitaires doivent être ajustés en fonction de l'augmentation de l'utilisation et du coût des médicaments.

Les deux options servant à définir les paiements à verser à la pharmacie peuvent être combinées aux deux options permettant l'élimination graduelle de la subvention pour arriver à quatre options que le gouvernement devrait envisager, soit :

- Option 1-A (avec franchise et subvention moins élevée)
- Option 1-B (avec franchise et subvention plus élevée)
- Option 2-A (aucune franchise et subvention moins élevée)
- Option 2-B (aucune franchise et subvention plus élevée)

Le Comité estime que, grâce à la participation et la collaboration des résidents, des employeurs et du gouvernement dans le but de veiller au succès d'une solution propre au Nouveau-Brunswick, les options du régime d'assurance-médicaments apporteront une aide importante aux Néo-Brunswickois non assurés et contribueront au plan de réduction de la pauvreté de la province « Ensemble pour vaincre la pauvreté ».

## 1 Introduction

### 1.1 Mandat du Comité aviseur sur les bénéfiques de santé

La *Loi sur l'inclusion économique et sociale* a été adoptée par l'Assemblée législative le 16 avril 2010. La *Loi* a établi la Société d'inclusion économique et sociale du Nouveau-Brunswick (SIES) pour mener et coordonner la mise en œuvre du plan de réduction de la pauvreté de la Province « Ensemble pour vaincre la pauvreté : Le plan d'inclusion économique et sociale du Nouveau-Brunswick » et assurer la prestation d'initiatives communautaires de lutte contre la pauvreté.

Voici la vision du plan « Ensemble pour vaincre la pauvreté » :

*« Grâce à la coopération entre gouvernements, entreprises, secteur sans but lucratif, personnes vivant dans la pauvreté et citoyens à titre individuel, tous les hommes, femmes et enfants du Nouveau-Brunswick disposeront des ressources nécessaires pour répondre à leurs besoins fondamentaux tout en vivant dans la dignité, la sécurité et en bonne santé. De plus, tous les Néo-Brunswickois devraient être inclus en tant que citoyens à part entière grâce à des possibilités d'emploi, de développement personnel et d'engagement communautaire. »*

La Société d'inclusion économique et sociale a mis sur pied trois comités dont l'objectif était de travailler à certaines des mesures plus complexes dans la lutte contre la pauvreté au Nouveau-Brunswick : les comités aviseurs sur les bénéfiques de santé, sur la réforme de l'aide sociale et sur l'entreprise sociale et les fonds d'investissement communautaires.

Voici le mandat du Comité aviseur sur les bénéfiques de santé:

1. Mettre au point un régime de soins dentaires et de la vue pour les enfants néo-brunswickois de famille à faible revenu.
2. Concevoir un mécanisme permettant d'offrir un régime de médicaments sur ordonnance à tous les résidents non assurés du Nouveau-Brunswick

Le gouvernement s'est engagé à mettre en place un régime provincial de médicaments sur ordonnance propre à la province afin d'aider les Néo-Brunswickois à se procurer les médicaments dont ils ont besoin en subventionnant le coût de ces derniers de manière équitable, selon la capacité individuelle de payer. Le régime doit répondre aux besoins d'un grand nombre de familles non assurées, et représenter, en matière de financement, une approche abordable à court terme et durable.

## 1.2 Processus et approche du Comité aviseur

Le Comité avisur sur les bénéfiques de santé a tenu sa première réunion en janvier 2011 et a décidé que, vu la complexité de l'élaboration d'un régime de médicaments sur ordonnance, il se concentrerait au départ sur l'élaboration de régimes de soins dentaires et de la vue destinés aux enfants de famille à faible revenu. Les rapports portant sur l'élaboration de ces régimes ont été présentés en juin 2011, et le programme De beaux sourires et une bonne vision a été instauré le 1<sup>er</sup> septembre 2012.

De juillet 2011 à novembre 2012, le Comité s'est concentré sur le deuxième élément de son mandat : mettre sur pied un mécanisme qui offrirait un régime de médicaments sur ordonnance à tous les Néo-Brunswickois non assurés. Il a passé l'été et l'automne de 2011 à examiner et à analyser les régimes d'assurance-médicaments publics en place au Nouveau-Brunswick et dans les autres provinces du pays tout en s'affairant à la conception d'un régime d'assurance-médicaments préliminaire. Au cours de l'hiver et du printemps 2012, le Comité a centré ses énergies sur la planification des consultations avec les principaux groupes d'intervenants, sur la mise au point de renseignements généraux et sur le lancement du site Web intitulé « Un régime d'assurance-médicaments pour les Néo-Brunswickois non assurés », grâce auquel le public et les intervenants ont eu l'occasion d'exprimer leur point de vue en ligne. Pendant le printemps et l'été 2012, le Comité a examiné les commentaires reçus afin d'étayer l'élaboration des quatre options de régime sur une analyse sous-jacente. À l'automne 2012, il s'est tourné vers la préparation d'un rapport faisant état des résultats de son travail sur le nouveau régime d'assurance-médicaments sur ordonnance pour les Néo-Brunswickois non assurés (« le régime d'assurance »).

Le rapport du comité tient compte des commentaires formulés au cours des consultations, en particulier du besoin d'établir un équilibre entre le rôle des résidents, des employeurs et du gouvernement afin d'arriver à mettre en place un régime d'assurance responsable sur le plan social et financier.

Se reporter à l'annexe H pour consulter un glossaire des termes utilisés dans le présent rapport.

## 2 Processus d'élaboration

### 2.1 Contexte

#### L'assurance-médicaments au Canada

L'assurance couvrant les médicaments prescrits ailleurs que dans les hôpitaux n'est pas assujettie aux dispositions de la *Loi canadienne sur la santé*. Il revient plutôt aux provinces et aux territoires d'établir des régimes d'assurance publics et d'en assurer la gestion. Il n'existe ni régime ni loi qui régisse la conception ou la prestation de ces régimes à l'échelle nationale. Il s'ensuit donc que la structure et le degré de couverture des régimes d'assurance-médicaments publics varient grandement au pays, et ce, à la seule discrétion des provinces et des territoires.

Au cours des années 1970, les gouvernements provinciaux ont commencé à reconnaître que la hausse des coûts des médicaments sur ordonnance pouvait représenter un fardeau financier de plus en plus lourd pour les personnes à revenu faible ou fixe. Par conséquent, chaque province s'est mise à offrir un régime d'assurance-médicaments à certains secteurs de la population qui étaient les moins en mesure d'assumer le coût des médicaments, principalement les aînés et les bénéficiaires de l'aide sociale. Ces régimes ont évolué au fil des ans et, aujourd'hui, il n'y a plus qu'à l'Île-du-Prince-Édouard et au Nouveau-Brunswick qu'une partie assez importante de la population n'est pas assurée ou n'a pas accès à un régime d'assurance-médicaments gouvernemental.

De plus, les employeurs, les syndicats et les associations professionnelles de partout au pays offrent des régimes d'assurance-médicaments qui varient sensiblement en ce qui a trait à l'admissibilité, aux structures de versement des prestations et aux médicaments pouvant être couverts. Ces régimes privés constituent une forte portion des assurances-médicaments au Canada. Toutefois, selon la structure des régimes, certaines familles se trouvent dans une situation où elles doivent verser à la pharmacie des montants qu'elles ne peuvent se permettre.

Les régimes publics et privés composent avec les mêmes problèmes et les mêmes enjeux; ceux-ci sont présentés plus en détail à l'annexe A, mais les plus importants sont énoncés ci-dessous :

- Selon l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), les dépenses liées aux médicaments mobilisent de plus en plus, en quantité et en proportion, les fonds alloués aux soins de santé, et les coûts grimpent trois fois plus rapidement que le taux d'inflation. En moyenne, les dépenses associées aux médicaments comptent pour 9,5 p. 100 des dépenses totales liées à la santé en 1985, comparativement à 16,5 p. 100 en 2010.<sup>3</sup> On remarque ce même phénomène pour les régimes d'assurance-médicaments publics provinciaux, où les coûts ont, en moyenne, plus que doublé au cours de la dernière décennie.

- L'augmentation du coût et de la consommation de médicaments sur ordonnance continue à exercer une pression financière sur les régimes d'assurance-médicaments publics et privés et elle entraîne davantage de dépenses de la part de Canadiens, soit par l'intermédiaire de leurs impôts, de leurs primes ou directement de leur poche.<sup>1</sup>
- Chaque année, Santé Canada approuve nombre de nouveaux médicaments. Les nouveaux médicaments sont parfois plus chers que les médicaments existants servant à traiter un même problème de santé, sans nécessairement être plus efficaces.<sup>4</sup>
- Davantage de personnes sont atteintes d'une maladie chronique, comme le diabète, l'hypertension artérielle et les troubles respiratoires, et nécessitent un traitement à long terme au moyen d'un médicament sur ordonnance pour prendre en charge leur santé.<sup>5,6,7,8</sup>
- Beaucoup de problèmes de santé qui étaient auparavant traités à l'hôpital le sont maintenant à domicile en raison des avancées technologiques et des progrès de la pharmacothérapie.<sup>9</sup>
- Selon une étude, 21 p. 100 des Canadiens dont les revenus sont les plus bas signalent ne pas avoir fait exécuter une ordonnance en raison du coût des médicaments, par rapport à seulement 2 p. 100 de ceux dont les revenus sont les plus élevés.<sup>10</sup>

Les régimes d'assurance-médicaments publics et privés ont recours à diverses politiques et initiatives visant à gérer les coûts et à encourager l'utilisation appropriée des médicaments sur ordonnance et des prestations :

- contribution des membres au coût du régime au moyen de primes, de franchises ou de quotes-parts;
- couverture se limitant aux médicaments ayant fait l'objet d'un processus de révision fondée sur des données probantes;
- approbation de la couverture de médicaments à coût élevé seulement lorsqu'on a fait la preuve que les autres médicaments moins coûteux sont inefficaces.
- réglementation des prix des médicaments (p. ex. établissement du coût en fonction du produit de référence, prix des médicaments génériques moindres)

Grâce à ces stratégies, on a réussi à ralentir l'augmentation des dépenses associées aux régimes d'assurance-médicaments, mais pas suffisamment pour financer un nouveau régime d'assurance-médicaments pour les résidents non assurés. Très peu de régimes ont réussi à renverser cette tendance à la hausse pendant plus d'une courte période.

## 2.2 Situation actuelle au Nouveau-Brunswick

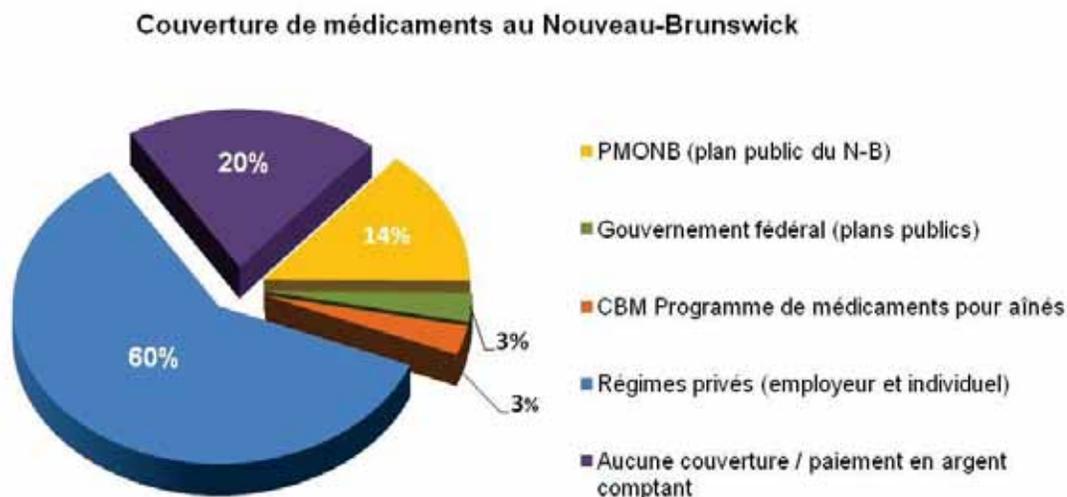
### Couverture de médicaments au Nouveau-Brunswick

Selon Statistique Canada, le Nouveau-Brunswick compte près de 750 000 habitants. Environ 80 p. 100 de l'ensemble de la population souscrit à une assurance-médicaments publique ou privée, répartie comme suit :

- Environ 60 p. 100 sont couverts par l'intermédiaire d'une assurance responsabilité civile privée (p. ex. Croix Bleue Medavie, Sun Life, Manuvie, Great-West, Desjardins, etc.).
- Environ 14 p. 100 sont couverts par le Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick qu'offre le gouvernement.
- Quelque 3 p. 100 sont couverts en vertu du Programme de médicaments sur ordonnance pour les aînés de Croix Bleue Medavie, accessible aux aînés du Nouveau-Brunswick qui ne peuvent être couverts par le Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (parce qu'ils ne reçoivent pas le supplément de revenu garanti [SRG] ou que leur revenu annuel dépasse le seuil d'admissibilité).
- Près de 3 p. 100 sont couverts par les programmes financés par le gouvernement fédéral, qui offrent des prestations pour les médicaments aux Autochtones, aux anciens combattants, aux militaires, aux membres de Gendarmerie royale du Canada, aux prisonniers des établissements correctionnels fédéraux et aux réfugiés.

La population restante, soit environ 20 p. 100 des Néo-Brunswickois, n'a pas d'assurance-médicaments. Il s'agit d'environ 70 000 familles (consulter l'annexe B pour obtenir plus de détails sur la population non assurée).

Figure 2 – Couverture de médicaments au Nouveau-Brunswick



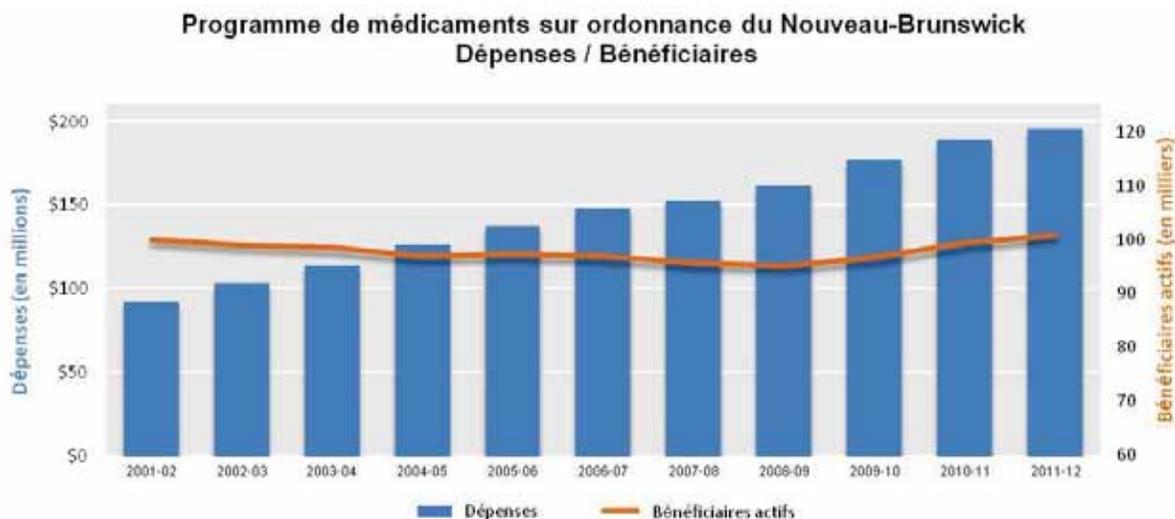
## Programme de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB)

Le PMONB, programme financé par l'État, offre une assurance-médicaments subventionnée pour quelque 100 000 résidents (14 p. 100). Sont inclus :

- les personnes âgées à faible revenu qui reçoivent le Supplément de revenu garanti ou qui sont admissibles à la couverture d'après leur revenu annuel;
- les résidents de foyers de soins;
- les clients du ministère du Développement social;
- les personnes présentant certains problèmes de nature médicale.

En 2011-2012, les dépenses totales du PMONB étaient de 195,6 millions de dollars. Bien que le nombre de bénéficiaires ait été plutôt stable au cours des dix dernières années, les coûts ont plus que doublé. La hausse des dépenses s'explique surtout par l'augmentation de la consommation des médicaments et du recours aux nouveaux médicaments. Le nombre d'ordonnances exécutées par bénéficiaire a augmenté chaque année, tout comme la fréquence de prescription de nouveaux médicaments, qui ont tendance à être plus coûteux que les médicaments existants.

Figure 3 - Dépenses et bénéficiaires du PMONB



## Formulaire du PMONB et processus d'examen des médicaments

Le PMONB englobe un vaste éventail de médicaments, qui figurent sur le formulaire du PMONB. Toutefois, comme pour les autres régimes d'assurance-médicaments publics et nombre de régimes privés, ce ne sont pas tous les médicaments sur le marché qui sont couverts.

Tous les médicaments que l'on envisage d'inscrire au formulaire du PMONB et des régimes d'assurance-médicaments publics font l'objet d'un processus d'examen normalisé, qui permet de confirmer que les médicaments couverts sont sécuritaires, efficaces et économiques.

### Processus d'examen des médicaments

#### 1. Santé Canada – Autorisation de commercialiser

Avant de pouvoir vendre un nouveau médicament au Canada, le fabricant doit présenter les données scientifiques nécessaires à l'examen et à l'approbation de Santé Canada. L'organisme évalue l'innocuité, l'efficacité (par rapport à un placebo) et la qualité du médicament. On ne prend pas en compte son coût ni son rapport aux autres traitements accessibles.

Une fois que Santé Canada a approuvé la vente du produit au Canada, on émet un avis de conformité (AC) et un numéro d'identification du médicament (DIN) pour le produit.

#### 2. Programme commun d'évaluation des médicaments – Présentation du formulaire, examen et recommandation

Le fait que Santé Canada approuve un produit en vue de la commercialisation ne signifie pas qu'il est automatiquement couvert par les régimes d'assurance-médicaments. Une fois l'AC émis par Santé Canada, le fabricant doit présenter une demande auprès du Programme commun d'évaluation des médicaments (PCEM) national s'il veut que le médicament fasse l'objet d'une évaluation pour qu'il soit inclus dans les régimes d'assurance-médicaments fédéral, provinciaux et territoriaux. Le PCEM est géré par l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMETS), qui est financée par les mêmes ordres gouvernementaux.

Le PCEM mène des évaluations objectives et rigoureuses quant aux aspects cliniques et au rapport coût-efficacité des médicaments; il formule aussi des recommandations pour ce qui est de l'inscription des médicaments à tous les régimes d'assurance-médicaments gouvernementaux au Canada (sauf au Québec). Contrairement à Santé Canada, le PCEM passe en revue l'aspect clinique et le rapport coût-efficacité du médicament comparativement aux autres traitements; il cherche à établir si le médicament améliore les résultats liés à la santé et s'il contribue à la bonne valeur du système de soins de santé.

Chaque médicament est examiné par le Comité canadien d'expertise sur les médicaments (CCEM), un organisme consultatif indépendant composé de spécialistes en matière de pharmacothérapie et d'évaluation des médicaments. Le CCEM présente

des recommandations aux régimes d'assurance-médicaments publics fédéral, provinciaux et territoriaux participants pour déterminer si un médicament devrait être inscrit comme médicament couvert par les prestations sur leurs formulaires. Le comité utilise une approche fondée sur des données probantes, et ses conseils s'appuient sur les connaissances médicales et scientifiques ainsi que les pratiques cliniques actuelles.

Même si la plupart des nouveaux médicaments sont soumis à l'examen du PCEM, certains ne relèvent pas du mandat de cet organisme et sont évalués par l'intermédiaire d'autres processus communs d'évaluation des médicaments.

- Programme commun d'évaluation des médicaments de l'Atlantique (PCEMA)

Le Comité consultatif d'experts de l'Atlantique (CCEA) mène l'évaluation des médicaments ne relevant pas du mandat du PCEM national et formule des recommandations quant aux médicaments à inscrire au formulaire des assurances-médicaments gouvernementales du Canada atlantique. Par exemple, ce Comité passe en revue les nouveaux dosages et les formes pharmaceutiques des anciens médicaments, c'est-à-dire les médicaments qui sont déjà inscrits au formulaire, afin de déterminer s'il faut mettre à jour le statut de la prestation ou s'il faut revoir les catégories de médicaments.

- Examen pancanadien des médicaments oncologiques (pCODR)

Le pCODR, un comité d'examen formé d'experts, procède à une analyse fondée sur des données probantes de tous les médicaments contre le cancer (utilisés dans les hôpitaux et dans la collectivité) et formule des recommandations quant aux médicaments à inscrire au formulaire pour les régimes d'assurance-médicaments. Il s'agit d'un effort de collaboration entre les régimes d'assurance-médicaments provinciaux et territoriaux, les organismes provinciaux de lutte contre le cancer, l'ACMTS et le Partenariat canadien contre le cancer (PCCC).

### 3. Régimes d'assurance-médicaments – Décision d'inscription au formulaire

Une fois qu'une recommandation quant à l'inscription d'un médicament est émise, les régimes d'assurance-médicaments revoient la recommandation et évaluent les répercussions de l'ajout du médicament à leurs formulaires. Divers facteurs pèsent dans la décision d'inscription, entre autres le mandat du régime d'assurance-médicaments, les priorités de la province ou du territoire, les répercussions sur le budget et les ressources financières.

## Données démographiques sur la population non assurée

Le Comité a procédé à une analyse des données démographiques relatives à la population néo-brunswickoise sans assurance-médicaments sur ordonnance. Cette analyse se fondait sur les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), une enquête transversale de Statistique Canada visant à recueillir des renseignements sur l'état de santé, l'utilisation des services de santé et les déterminants de la santé de la population canadienne. Les données de l'ESCC avaient été recueillies en 2011 auprès d'un échantillon d'environ 2 500 Néo-Brunswickois.

Selon l'ESCC, comme il a été mentionné précédemment, environ 20 p. 100 des Néo-Brunswickois (ou quelque 70 000 familles) ne possèdent pas d'assurance-médicaments.

Une analyse comparative des populations avec et sans assurance-médicaments a été réalisée à partir des données de l'ESCC. En général, les caractéristiques suivantes différencient la population non assurée de la population assurée :

- Le niveau de revenu est généralement plus bas au sein de la population non assurée.
- Au sein des deux populations, la taille des familles augmente généralement en fonction du revenu.
- Les groupes d'âge sont semblables dans les deux populations.
- Le niveau de scolarité est généralement plus bas au sein de la population non assurée.
- Dans les deux populations, la plupart sont employés ou travailleurs autonomes.
- L'état de santé perçu est comparable dans les deux populations.

En résumé, les caractéristiques de la population non assurée ne diffèrent pas énormément, au Nouveau-Brunswick, de celles de la population assurée. Chez l'une comme chez l'autre, la taille des familles tend à augmenter avec le revenu. La répartition selon l'âge est généralement similaire, et l'état de santé perçu également. Une majorité de personnes des deux groupes rapportent par ailleurs occuper un emploi ou exercer un travail autonome, et il n'y a que les niveaux de revenu et de scolarité qui sont généralement plus bas au sein de la population non assurée. Il s'agit de renseignements précieux, puisqu'ils appuient l'assurabilité du groupe selon les principes de répartition du risque et les coûts estimatifs prévus en ce qui concerne l'utilisation des médicaments. Des renseignements supplémentaires sur les données démographiques des populations assurée et non assurée sont fournis à l'annexe B.

## Principaux problèmes occasionnés par l'absence d'assurance-médicaments au Nouveau-Brunswick

Le Comité estime que les familles non assurées du Nouveau-Brunswick dépensent chaque année de 120 à 150 M\$ en médicaments sur ordonnance, soit une moyenne de 1 700 \$ à 2 100 \$ chacune. Bien que certaines soient en mesure de déboursier de tels montants, d'autres en sont incapables. On constate par ailleurs un écart important entre les montants payés par différentes familles, qui vont de quelques dollars à plusieurs dizaines de milliers par année. Ces coûts représentent, pour les familles devant les assumer, un important fardeau financier par rapport à leur niveau de revenu. Certaines sont même confrontées à un choix difficile : se nourrir ou acheter les médicaments nécessaires.

Le fait qu'un pourcentage important de la population du Nouveau-Brunswick n'ait pas accès à l'assurance-médicaments engendre plusieurs problèmes.

- Il est possible que les personnes non assurées n'aient pas les moyens de se procurer les médicaments sur ordonnance nécessaires pour assurer la santé de leur famille et se protéger en cas de maladie grave.
- Le coût des médicaments est un fardeau financier important pour les personnes qui sont déjà malades et qui n'ont pas accès à une assurance-médicaments sans souscription médicale.
- Les personnes qui prévoient déménager au Nouveau-Brunswick pourraient choisir une autre province offrant une meilleure couverture pour les-médicaments.
- Les petites entreprises qui n'ont pas les moyens d'offrir une assurance-médicaments à leurs employés pourraient être défavorisées au moment d'attirer des travailleurs.
- Des entreprises qui envisagent de s'établir au Nouveau-Brunswick pourraient choisir une autre province, où les résidents ont accès à un régime d'assurance-médicaments public.

Le montant à verser à la pharmacie peut s'avérer important, même pour les personnes inscrites à un régime d'assurance-médicaments privé. Il n'est pas rare, par exemple, qu'un membre d'un régime privé paye 20 p. 100 du coût d'un médicament sur ordonnance au moment de l'achat. Dans le cadre d'un régime ne comportant pas de contribution maximale, il pourrait donc avoir à verser à la pharmacie, pour un médicament coûtant 30 000 \$ par année, jusqu'à 6 000 \$.

L'inaction a des impacts directs sur la santé des Néo-Brunswickois non assurés et les finances du système des soins de santé. Un pourcentage élevé de la population atteint d'une ou plusieurs maladies chroniques, ce qui entraîne des coûts élevés pour le système de soins de santé; d'où l'importance de veiller à ce que les Néo-Brunswickois aient accès aux médicaments dont ils ont besoin pour gérer efficacement leur santé.

## 2.3 Aperçu des régimes d'assurance-médicaments provinciaux

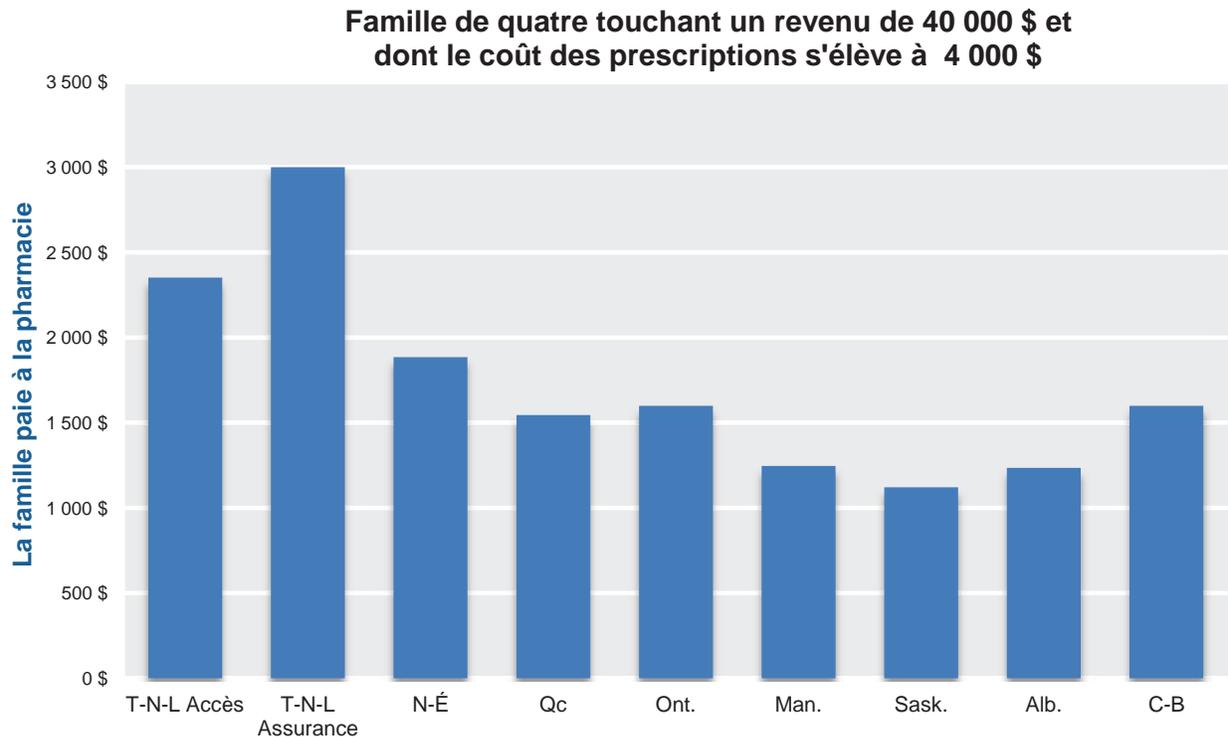
La présente section comprend une discussion sur les caractéristiques des régimes d'assurance-médicaments publics canadiens les plus pertinentes pour l'élaboration d'options de régime pour le Nouveau-Brunswick. De plus amples renseignements au sujet des régimes d'assurance-médicaments publics provinciaux d'intérêt sont fournis à l'annexe C.

Dans l'ensemble, les régimes d'assurance-médicaments provinciaux se répartissent en deux catégories :

- Régimes avec versement de primes, semblables aux **régimes d'assurance** offerts dans le secteur privé. Toutefois, contrairement aux régimes privés, la prime est ajustée en partie selon la capacité de payer. L'Alberta et le Québec offrent tous deux ce type de régime.
- Régimes sans versement de primes, qui semblent avant tout être conçus comme des **programmes sociaux** et qui offrent des prestations en fonction du revenu et, en général, de la taille de la famille. Ce type de régime est offert dans toutes les autres provinces, à l'exception du Nouveau-Brunswick et de l'Île-du-Prince-Édouard, où une grande partie de la population n'a pas accès à une assurance-médicaments sur ordonnance.

Les régimes sans versement de primes nécessitent des paiements à la pharmacie qui peuvent s'avérer assez importants. Une étude des régimes d'assurance-médicaments des provinces mentionne le fait qu'aucun régime sans versement de primes n'offre une couverture complète des médicaments sur ordonnance. Les auteurs en sont venus à la conclusion que la plupart des ménages canadiens seraient aux prises avec un lourd fardeau financier s'ils connaissaient un problème médical important. En Nouvelle-Écosse, par exemple, une famille de quatre au revenu de 40 000 \$ assumerait d'elle-même les premiers 1 356 \$ du coût de ses médicaments sur ordonnance sans recevoir d'aide du régime provincial. Elle paierait par la suite 20 p. 100 des coûts à la pharmacie, mais n'aurait pas à déboursier, au cours d'une année donnée, plus de 3 565 \$ au total. Les calculs utilisés pour déterminer les montants à verser à la pharmacie diffèrent d'une province à l'autre. La seule manière de comparer les régimes consiste donc à déterminer quel montant une famille touchant un certain revenu devrait verser dans chaque province pour un coût donné en médicaments sur ordonnance. Le tableau suivant indique combien paierait à la pharmacie, dans chacune des provinces, la famille décrite précédemment, dont le coût annuel des médicaments sur ordonnance s'élève à 4 000 \$. Consulter l'annexe F pour une série d'exemples de paiements à la pharmacie dans les différentes provinces selon diverses situations familiales.

Figure 4 - Ce qu'une famille paierait à la pharmacie



Le tableau qui précède montre que la famille utilisée à titre d'exemple paierait légèrement moins cher à la pharmacie au Québec, en Ontario ou en Colombie-Britannique qu'en Nouvelle-Écosse, et beaucoup moins cher au Manitoba, en Saskatchewan et en Alberta. Il indique aussi qu'elle devrait déboursier, à Terre-Neuve-et-Labrador, un montant bien supérieur à celui qu'elle verserait en Nouvelle-Écosse. Ce qu'il convient cependant de noter, c'est que, bien que ces régimes soient d'une aide certaine, la famille doit payer à la pharmacie une part très importante de ses 4 000 \$ en médicaments. Cette situation s'explique du fait que les régimes en question sont essentiellement conçus pour aider un petit pourcentage des familles à assumer le coût des médicaments les plus coûteux. N'imposant pas de primes à leurs membres, ils peuvent s'avérer très coûteux à financer pour le gouvernement et, s'ils étaient mis en œuvre au Nouveau-Brunswick, pourraient n'être utiles qu'à environ 10 p. 100 des 70 000 familles non assurées. Tout effort visant à soutenir une proportion nettement plus importante des familles non assurées dans le cadre du même type de régime se traduirait, pour le gouvernement, par des coûts beaucoup plus élevés.

S'appuyant sur les renseignements détaillés au sujet des régimes d'assurance-médicaments provinciaux pertinents présentés à l'annexe C, le Comité a formulé les observations suivantes :

- Dans la majorité des régimes, la famille doit verser un pourcentage assez élevé des coûts à la pharmacie avant de recevoir toute forme d'aide de la part du régime. Le Comité y voit un obstacle potentiel à l'accès pour de nombreuses familles et une incompatibilité avec l'initiative de réduction de la pauvreté.
- En Nouvelle-Écosse, les familles inscrites au régime provincial doivent payer 20 p. 100 du coût de leurs médicaments sur ordonnance même après avoir assumé la totalité des coûts jusqu'au niveau requis pour être admissibles à une aide. En Colombie-Britannique, on parle de 30 p. 100 des coûts. Ces chiffres (20 et 30 p. 100) sont utiles à l'établissement d'une fourchette pour la formule de calcul des paiements à la pharmacie.
- Aucun des régimes sans versement de primes ne comporte de limite quant au montant total maximum d'aide financière dont une famille pourrait bénéficier.

Ces observations ont guidé le Comité dans le choix des options de régime qui seront exposées plus loin dans le présent rapport.

En ce qui concerne les régimes avec versement de primes en Alberta et au Québec, le Comité a constaté que l'inscription au régime **albertain** est **facultative**, alors que les **Québécois** sont **tenus d'adhérer** à leur régime provincial.

Les régimes d'assurance facultatifs sont extrêmement rares dans le secteur privé, sauf en présence de conditions particulières permettant d'en garantir la stabilité sur le plan financier. Cet état de choses s'explique du fait que les acheteurs d'assurance-médicaments, dont la motivation première n'est pas le besoin de se protéger de risques futurs en matière de santé, fonderont souvent leur décision d'achat sur les avantages potentiels du régime par rapport à la prime payée. Lorsqu'il est question d'assurance-vie ou d'assurance-habitation, par exemple, l'acheteur est essentiellement motivé par le besoin de couvrir le risque. Dans ces exemples, la perte potentielle est si importante qu'un large éventail d'acheteurs seront portés à adhérer au régime. En règle générale, cependant, l'assureur procédera à une forme quelconque de sélection des risques afin de s'assurer que la nature volontaire de l'achat ne fasse pas en sorte que la majorité des acheteurs présentent un risque élevé. À titre d'exemple, un examen médical ou l'inspection technique d'un bien immobilier pourraient être exigés.

Dans le cas d'un régime d'assurance-médicaments sur ordonnance, le besoin de s'assurer contre les risques futurs en matière de santé n'est généralement pas la motivation première à l'origine de l'achat. De nombreux acheteurs potentiels choisissent plutôt de repousser l'adhésion parce qu'ils ne sont pas conscients du risque qu'ils courent et s'attendent à pouvoir acquérir la protection lorsqu'ils en auront le plus besoin et que les avantages excéderont probablement la prime. S'ils sont autorisés à le faire, comme c'est le cas pour le régime albertain, les frais risquent d'augmenter au fil du temps, tandis que les familles aux prises avec des coûts élevés s'inscriront au régime et que celles dont les dépenses sont moins importantes finiront par l'abandonner en raison de la hausse des primes découlant de cette tendance. Le principal mécanisme utilisé pour composer avec cette réalité financière consiste à réduire la prime imposée aux acheteurs afin d'inciter un plus grand nombre de familles à faire l'achat de la couverture, les prestations étant plus attrayantes lorsque le prix est moins élevé. Il peut cependant s'agir, pour le gouvernement, d'une manière coûteuse d'offrir une protection à ceux

qui en ont besoin, cette réduction n'ayant l'effet escompté que si elle représente un montant substantiel pour tous les acheteurs potentiels, et devant être financée à même les fonds publics pour l'ensemble d'entre eux, que leur situation financière le justifie ou non.

S'appuyant sur l'analyse du régime albertain, le Comité a déterminé que, s'il envisageait une solution fondée sur un régime avec versement de primes, il pencherait davantage vers un régime obligatoire, afin de pouvoir bâtir sur de solides assises financières.

Au Québec, tous les résidents sont tenus par la loi d'être couverts par une assurance-médicaments sur ordonnance, et tous les régimes collectifs privés doivent respecter certaines conditions minimales en ce qui concerne la protection offerte et la participation financière requise de la part des personnes assurées. Il est par ailleurs interdit aux régimes collectifs privés de séparer l'assurance-médicaments des autres prestations d'assurance-maladie complémentaires.

Le Comité a aussi constaté que le Québec et l'Alberta offrent une subvention pour la prime dont le montant est déterminé en fonction du revenu familial. Dans le cas de l'Alberta, la subvention est de 30 p. 100 pour les familles remplissant les conditions requises. Au Québec, cependant, elle varie considérablement selon le niveau de revenu et la taille de la famille. Le Comité a indiqué que, s'il envisageait une solution fondée sur un régime avec versement de primes, il serait enclin à étudier la possibilité d'une subvention inspirée du modèle québécois, qui tient davantage compte de la capacité de payer. Cette décision est aussi étayée par notre analyse de la population non assurée à l'annexe B et la nécessité d'établir le montant de la subvention en fonction du niveau de revenu et de la taille de la famille.

Enfin, le Comité a noté que l'on exige, dans le cadre du régime québécois, un paiement à la pharmacie (ou une quote-part) correspondant à 32 p. 100 du coût des médicaments sur ordonnance, et ce, après que la famille a déboursé une franchise de 195 \$ par adulte (390 \$ pour un couple). En Alberta, le montant de la quote-part s'élève à 30 p. 100 des coûts (jusqu'à concurrence de 25 \$) après que la famille a déjà payé d'elle-même le premier 50 \$ des coûts (ou la franchise).

### **Leçons importantes**

Après avoir procédé à l'examen et à l'analyse des régimes d'assurance-médicaments publics pertinents à l'échelle du pays, les membres du Comité ont déterminé d'un commun accord qu'un régime conçu comme un programme social, sans prime, pourrait ne pas constituer la meilleure solution pour le Nouveau-Brunswick, et ce, pour les raisons suivantes :

- Le mandat du comité a été établi dans le cadre de l'initiative de lutte contre la pauvreté. Les régimes publics pertinents de tout le pays, particulièrement ceux de la région atlantique, exigent d'importants paiements à la pharmacie et créent, dans certains cas, d'importants obstacles financiers empêchant les résidents d'avoir accès aux traitements par médicaments sur ordonnance.

- Ce type de régime d'assurance-médicaments ne permettrait pas aux clients du ministère du Développement social d'effectuer une transition en douceur vers le marché du travail, à moins qu'on n'offre beaucoup plus d'aide que ne l'offrent généralement les régimes d'assurance-médicaments publics du pays. Toutefois, le coût du programme serait beaucoup plus élevé pour le gouvernement et probablement que nous offririons de l'aide financière à des familles qui n'en ont pas vraiment besoin.

Le Comité a convenu qu'un régime facultatif s'avérerait probablement coûteux et non viable. Le Comité a cependant signalé qu'il pourrait se fonder sur certains éléments des régimes d'assurance-médicaments des autres provinces afin d'élaborer des options de régimes d'assurance pour le Nouveau-Brunswick. De plus, le Comité croit que la solution doit assurer que tout résident du Nouveau-Brunswick a accès aux médicaments sur ordonnance qu'il nécessite et à un prix abordable qu'il peut se permettre, ainsi qu'à un coût raisonnable pour la province.

## 2.4 Facteurs essentiels de réussite

Se fondant sur l'examen présenté à la section précédente et sur d'autres discussions survenues lors de ses réunions, le Comité a cerné cinq facteurs essentiels de réussite qui établiraient un contexte pour les échanges avec les intervenants dans le cadre du processus de consultation décrit à la section suivante. Ces cinq facteurs sont résumés ci-dessous :

### 1. Mettre l'accent sur la lutte contre la pauvreté

La nécessité d'un mécanisme permettant d'offrir une assurance-médicaments aux Néo-Brunswickois non assurés a été soulevée, à l'origine, dans le Plan d'inclusion économique et sociale pour le Nouveau-Brunswick : « Ensemble pour vaincre la pauvreté ». Le mécanisme en question doit donc :

- Aider à éviter que les Néo-Brunswickois n'éprouvent des difficultés financières et qu'ils ne sombrent dans la pauvreté en raison de problèmes de santé nécessitant un traitement médicamenteux.
- Aider les Néo-Brunswickois à se sortir de la pauvreté en leur permettant de profiter d'une assurance-médicaments, ce que certains employeurs n'offrent pas.

Cet objectif différant de celui poursuivi par les autres provinces dans l'élaboration de leurs régimes d'assurance-médicaments publics, la solution proposée diffère également des solutions adoptées par la plupart d'entre elles.

### 2. Adhérer aux principes de l'assurance

Les membres du Comité ont conclu, avant le début des consultations, un accord préliminaire en vertu duquel le nouveau régime d'assurance-médicaments devrait être un programme d'assurance avec versement de primes plutôt qu'un programme social essentiellement financé par le gouvernement. Ce régime devrait reposer sur de sains principes d'assurance, qui garantiraient son efficacité par rapport au coût et sa viabilité sur le plan financier. Ces principes d'assurance peuvent être mis en œuvre par la création

d'obstacles à l'accès pour les personnes en mauvaise santé ou par la participation massive obligatoire de la population ciblée, qui devra verser des primes pour financer le coût du régime.

Dans un régime d'assurance se rapprochant du modèle privé, le taux de participation est élevé, ce qui permet de répartir les coûts du régime entre ses membres par le paiement de primes. Le montant de la prime est généralement fixé de manière à couvrir le coût total prévu du régime, faisant en sorte que celui-ci soit financé par la participation massive des personnes et des familles qui en bénéficieront. La prime est un montant prévisible déboursé par chaque personne ou famille, ce qui permet au régime de couvrir une part importante du coût de leurs médicaments sur ordonnance et de les protéger dans l'éventualité où elles devraient se procurer, dans le futur, des médicaments sur ordonnance au coût bien plus élevé que ce qu'elles peuvent prévoir. La personne ou la famille doit néanmoins payer un petit pourcentage du coût des médicaments sur ordonnance à la pharmacie au moment de l'achat. Risques et coûts sont ainsi efficacement répartis parmi les membres du régime (personnes et familles).

### **3. Offrir un accès juste et équitable**

Le régime doit garantir un accès juste et équitable à l'assurance-médicaments pour tous les Néo-Brunswickois. Il doit aider les résidents à se procurer les médicaments sur ordonnance dont ils ont besoin tout en leur apportant la tranquillité d'esprit et la sécurité financière, afin que les familles du Nouveau-Brunswick demeurent en bonne santé et soient protégées des risques futurs en matière de santé.

### **4. Redistribuer les coûts de façon juste**

Le régime doit éviter de nouvelles dépenses d'envergure. Il doit avant tout constituer une manière plus équitable de financer les 120 à 150 millions de dollars versés chaque année à la pharmacie par environ 70 000 familles néo-brunswickoises non assurées.

### **5. Tenir compte de la capacité de payer**

Une redistribution des coûts signifie que tous les membres du régime continueront, en raison de la manière dont celui-ci est conçu, d'assumer conjointement le coût des médicaments sur ordonnance. Il se peut donc que certains Néo-Brunswickois n'aient pas les moyens d'avoir recours à ce régime. Voilà pourquoi il faut tenir compte de la capacité de payer de familles de différentes tailles aux revenus variables.

## 3 Résumé des consultations

### 3.1 Méthode de consultation

Le Comité et le personnel ont organisé des consultations auprès de groupes d'intervenants clés, élaboré des documents généraux et lancé un site Web intitulé « Régime d'assurance-médicaments pour les Néo-Brunswickois non assurés », accessible à l'adresse [http://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/corporate/promo/elaborer\\_un\\_regime\\_dassurance\\_medicaments\\_non\\_assures.html](http://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/corporate/promo/elaborer_un_regime_dassurance_medicaments_non_assures.html), où le public et les intervenants avaient l'occasion de faire part de leur opinion en ligne.

De plus, quatre séances de consultation en personne ont été tenues en mars et en avril 2012 avec les groupes suivants :

#### Professionnels de la santé

Organisations qui ont participé à la séance organisée à l'intention des professionnels de la santé le 23 mars :

- Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick
- Association des Pharmaciens du Nouveau-Brunswick (APNB)
- Société médicale du Nouveau-Brunswick

#### Groupes de défense des droits des patients

Organisations qui ont participé à la séance sur les droits des patients tenue le 24 mars :

- L'Association pulmonaire du Nouveau-Brunswick
- Best Medicines Coalition
- Division du Nouveau-Brunswick de la Société canadienne du cancer
- Groupe d'intervenants du Nouveau-Brunswick en matière de médicaments onéreux
- Société canadienne de la sclérose en plaques
- Société Parkinson de la région des Maritimes

#### Intervenants du milieu des affaires (employeurs)

Organisations qui ont participé à la séance à l'intention des intervenants du milieu des affaires tenue dans la matinée du 27 avril :

- Alliance agricole du N.-B.
- Association des ressources humaines du N.-B.
- Association of University of New Brunswick Teachers
- Atlantic Provinces Trucking Association
- Chambre de commerce de Fredericton
- Conseil économique du N.-B.
- Fédération canadienne de l'entreprise indépendante
- Fédération des travailleurs et des travailleuses du N.-B.
- Union des municipalités du Nouveau-Brunswick

### Assureurs privés

Organisations qui ont participé à la séance à l'intention des assureurs privés tenue l'après-midi du 27 avril :

- Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes
- Assomption Vie
- Croix Bleue Medavie
- Financière Manuvie
- Johnson Inc.
- Sun Life

De plus, 35 mémoires ont été présentés en ligne, 12 par le public et 23 par les organisations suivantes :

- Association acadienne et francophone des aînées et aînés du Nouveau-Brunswick
- Association canadienne du cancer du rein
- Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes
- Association canadienne du diabète
- Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick
- Association des Pharmaciens du Nouveau-Brunswick
- L'Association pulmonaire du Nouveau-Brunswick
- Chambre de commerce de Fredericton
- Coalition pour de meilleurs médicaments
- Les compagnies de recherche pharmaceutique du Canada
- Division du Nouveau-Brunswick de la Société canadienne du cancer
- Fédération canadienne de l'entreprise indépendante
- Fondation canadienne des maladies inflammatoires de l'intestin
- Fondation des maladies du cœur du Nouveau-Brunswick
- Le Front commun pour la justice sociale
- Groupe d'intervenants du Nouveau-Brunswick en matière de médicaments onéreux et Alliance des organismes de bienfaisance en santé du Nouveau-Brunswick
- La Société de l'arthrite
- Société canadienne de la sclérose en plaques
- Société médicale du Nouveau-Brunswick
- Société Parkinson de la région des Maritimes
- Syndicat des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick
- Syndicat du Nouveau-Brunswick
- Vibrant Communities Saint John

### 3.2 Opinion des intervenants sur les questions importantes

Le comité a présenté, au public et aux groupes d'intervenants, les sept questions importantes suivantes qui doivent être prises en compte lorsqu'on élabore un nouveau régime d'assurance-médicaments sur ordonnance :

1. Est-ce que tous les résidents du Nouveau-Brunswick devraient être obligés de s'inscrire à un régime d'assurance-médicaments?
2. Comment payons-nous pour ce dont nous avons besoin?
3. Quelles franchises et quote-parts et quels maximums devraient s'appliquer dans le cadre du régime? Ces éléments devraient-ils varier en fonction du revenu? Dans quelle mesure?
4. Le régime devrait-il comporter une prime? Cette dernière devrait-elle varier en fonction du revenu? Dans quelle mesure?
5. Quelles dispositions le régime devrait-il prévoir à l'égard des personnes présentant des problèmes de santé préexistants?
6. Devrait-il y avoir une période d'attente, après l'inscription, avant que l'assurance prenne effet? De quelle durée devait-elle être?
7. Comment les employeurs devraient-ils participer? Devrait-on les obliger à conserver leur régime actuel? À quelle conséquence s'exposeraient les contrevenants?

Les résidents du Nouveau-Brunswick et tous les intervenants ont été invités à faire part de leurs idées sur la meilleure façon de fournir un régime d'assurance-médicaments pour les Néo-Brunswickois non assurés, plus précisément sur les sept questions ci-dessus, et à fournir tout autre renseignement concernant des sujets abordés dans les documents généraux affichés sur le site Web.

La plupart des répondants étaient en faveur des éléments préliminaires du régime ci-dessous :

Tableau 2 - Éléments préliminaires du régime

Éléments préliminaires du régime	
Couverture	Obligatoire pour les Néo-Brunswickois non assurés. Aucune preuve médicale. Aucune période d'attente.
Primes	Les personnes couvertes par le régime doivent payer une prime.
Partage des coûts	Les membres du régime d'assurance-médicaments doivent contribuer au paiement des coûts en versant une franchise ou une quote-part, mais il ne doit y avoir aucune limite annuelle ou à vie de l'aide financière qui leur est offerte sous forme de prestations.
Subventions	La prime, la franchise et la quote-part doivent varier en fonction du niveau de revenu et de la taille de la famille.
Régimes d'assurance-médicaments des employeurs	Les employeurs devront continuer à offrir leur régime d'assurance-médicaments actuel.

La principale préoccupation qui a été soulevée dans les réponses écrites était la source de financement du régime. À titre d'exemple, voici quelques commentaires reçus à cet égard :

- « Cela signifie que le gouvernement aurait à financer le programme, en plus d'établir des primes, franchises et maximums raisonnables, à l'aide des sources de revenu existantes, en réaffectant des dépenses des domaines de moindre priorité. Le secteur des petites entreprises souhaite avoir une main-d'œuvre productive et en santé, mais il n'est pas en mesure d'acquitter une autre taxe. » (traduit de l'anglais)  
– *Fédération canadienne de l'entreprise indépendante*
- « La Chambre de commerce de Fredericton appuie le concept d'un régime d'assurance-médicaments pour les Néo-Brunswickois non assurés, mais ne souhaite pas que les propriétaires de petites entreprises assument la responsabilité du coût de ce régime; elle est aussi d'avis que la solution pour le paiement du régime peut provenir de différentes options, telles que les quotes-parts, les franchises et les primes. » (traduit de l'anglais)  
– *Chambre de commerce de Fredericton*

Toutefois, la plupart des répondants reconnaissent la nécessité d'une prime et proposent qu'elle soit abordable. Voici quelques exemples :

- Les personnes couvertes par le régime devraient évidemment payer une prime. La Société médicale du Nouveau-Brunswick est d'avis que tous les membres du régime doivent payer une prime fondée sur le revenu pour y adhérer. Nous sommes aussi d'avis qu'une contribution financière des particuliers est essentielle afin d'assurer le succès du régime et de favoriser l'engagement des particuliers à l'égard d'une gestion efficace des coûts. En outre, nous estimons que la capacité financière de chacun doit être prise en considération lorsque vient le temps de calculer la prime que doivent verser les membres du régime. » (traduit de l'anglais)  
– *Société médicale du Nouveau-Brunswick*
- « Recommandation 3 : Que la prime du régime soit fondée sur la capacité de payer et rajustée en fonction des revenus. » (traduit de l'anglais)  
– *Syndicat des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick*
- « Les résidents doivent payer une prime pour être couverts par le régime, et ce dernier doit être obligatoire pour les résidents qui ne bénéficient pas d'un régime d'assurance privé. Les primes seraient établies d'après le revenu familial annuel net du résident. » (traduit de l'anglais)  
– *Société canadienne de la sclérose en plaques*
- « Le plan devrait avoir comme objectif de lever les obstacles financiers auxquels font face les Néo-Brunswickois qui ont besoin de médicaments. Les primes peuvent faire partie de la solution, mais elles doivent être abordables. » (traduit de l'anglais)  
– *Groupe d'intervenants du Nouveau-Brunswick en matière de médicaments onéreux et Alliance des organismes de bienfaisance en santé du Nouveau-Brunswick*

Ces positions ont été confirmées au cours des réunions de consultation. Les participants ont alors indiqué qu'ils croyaient que la réaction du public à l'annonce d'un régime obligatoire avec versement de primes serait positive à condition que la prime soit raisonnable et abordable.

En outre, de nombreux répondants abondaient fortement dans le sens des autres éléments du régime d'assurance. Voici quelques exemples :

- « L'industrie appuie l'imposition d'une couverture obligatoire. Si les particuliers pouvaient décider de ne pas se procurer l'assurance, ceux dont le coût des médicaments sur ordonnance est déjà élevé choisiraient tous de se la procurer, tandis que ceux dont le coût des médicaments n'est pas élevé se procureraient sans doute la couverture seulement au moment où ils en auraient besoin. Ces choix donneraient lieu à un bassin disproportionné comportant des « mauvais » risques, ce qui serait, d'un point de vue financier, non viable. » (traduit de l'anglais)  
– *Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes*
- « La Société médicale du Nouveau-Brunswick est d'avis que le régime doit être géré de la manière qu'une compagnie d'assurances du secteur privé gérerait un régime similaire.

Tous les Néo-Brunswickois non assurés doivent adhérer à ce régime afin que l'ensemble des membres puisse tirer parti d'une pleine participation au régime. Nous sommes aussi d'avis qu'il faille tenir compte de la capacité de payer du particulier. Le régime ne doit pas créer une difficulté économique pour les personnes qui y adhèrent. (traduit de l'anglais)

– *Société médicale du Nouveau-Brunswick*

- « Pour qu'un régime d'assurance soit réellement viable, il est impératif que tous les intervenants y prennent part. »  
« Si un consommateur participe financièrement au processus, il sera plus enclin à opter pour des traitements plus économiques. » (traduit de l'anglais)  
– *Association des Pharmaciens du Nouveau-Brunswick*
- « Oui, il faudrait imposer une assurance-médicaments à tous les Néo-Brunswickois. Les régimes d'assurance sont plus viables et économiques en fonction du nombre de membres. Si on offrait la possibilité d'y adhérer ou non, seuls les malades y adhéreraient. » (traduit de l'anglais)  
– *Fondation des maladies du cœur du Nouveau-Brunswick*
- « La division du Nouveau-Brunswick de la Société canadienne du cancer réitère sa position : tous les Néo-Brunswickois devraient avoir accès à une assurance-médicaments sur ordonnance financée par la Province, sans égard aux problèmes de santé préexistants qu'ils présentent. L'exclusion de ces personnes serait inacceptable, surtout compte tenu du fait qu'elles sont souvent exclues des régimes d'assurance-maladie privés. » (traduit de l'anglais)  
– *Division du Nouveau-Brunswick de la Société canadienne du cancer*
- « Le Syndicat des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick estime qu'il ne devrait pas y avoir de période d'attente après l'inscription au régime provincial. » (traduit de l'anglais)  
– *Syndicat des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick*
- « Pour assurer la viabilité économique d'un régime public, ce dernier devra être financé en partie par la participation financière des citoyennes et des citoyens au programme; la participation financière des employeurs avec un impôt-santé et la réduction des coûts des médicaments à travers un programme de promotion de la santé qui favoriserait la prévention des maladies à haute prévalence dans la province. »  
– *Front commun pour la justice sociale*
- « Recommandation 8 : Que tous les employeurs contribuent à un genre de structure de partage des coûts du régime d'assurance-médicaments sur ordonnance provincial. » (traduit de l'anglais)  
– *Syndicat des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick*
- « Le Comité aviseur sur les bénéfices de santé doit tenir compte du fait que les franchises et les quotes-parts peuvent constituer un obstacle budgétaire empêchant les particuliers et les familles d'adhérer au régime. Des subventions s'avèreraient alors

nécessaires. » (traduit de l'anglais)

– *Division du Nouveau-Brunswick de la Société canadienne du cancer*

- « Il faudrait exiger de la part des employeurs qui ne proposent pas de régime d'assurance-médicaments sur ordonnance actuellement à leurs employés de contribuer au régime provincial. Les employeurs profitent du fait que leurs employés sont en santé, c'est pourquoi ils se doivent de contribuer au régime de manière juste et équitable. Nous estimons que ces exigences doivent s'appliquer aux employés à temps plein, à temps partiel et occasionnels. » (traduit de l'anglais)  
– *Société médicale du Nouveau-Brunswick*

En résumé, bien des gens étaient favorables à la mise en place d'un régime obligatoire avec versement de primes raisonnables, à la contribution financière des membres en fonction de leur capacité de payer et au partage des coûts du régime entre les particuliers, les employeurs et le gouvernement.

### 3.3 Concepts proposés pour le régime d'assurance-médicaments sur ordonnance

Après avoir analysé les régimes d'assurance-médicaments publics du pays et en tenant compte des commentaires formulés au cours des consultations, le Comité a élaboré les concepts généraux suivants, qui serviront à orienter la création d'un régime d'assurance-médicaments sur ordonnance à l'intention des résidents non assurés entièrement réalisée au Nouveau-Brunswick :

- Un régime d'assurance avec versement de prime, semblable au modèle d'assurance privée, que le gouvernement aura les moyens de payer grâce au partage des coûts et qui servira à protéger la santé des familles du Nouveau-Brunswick.
- Un régime obligatoire pour tous les résidents n'ayant pas d'assurance-médicaments. Ainsi, la participation sera généralisée, le coût du régime d'assurance sera bien réparti et tous les résidents de la province seront protégés.
- Le coût doit être réparti entre les particuliers/familles, les employeurs et le gouvernement. Toutes les entreprises et tous les employeurs doivent participer financièrement à l'assurance-médicaments qui sera offerte à leurs employés afin de répartir les coûts et de contribuer au plan de réduction de la pauvreté.
- Il faut mettre en place des mesures incitatives pour l'utilisation responsable en fonction de la participation financières de chaque particulier/famille, semblable au modèle d'assurance privée, avec versement d'une franchise ou d'une quote-part abordable à la pharmacie.
- La participation financière de chaque particulier/famille sera établie en fonction de sa capacité de payer. Des subventions seront offertes pour aider les particuliers/familles à faible revenu.
- Les médicaments sur ordonnance couverts par le régime d'assurance seront choisis en fonction d'examen et de recommandations fondées sur des données probantes formulées par des comités consultatifs d'experts, comme c'est le cas dans les régimes gouvernementaux actuels du Nouveau-Brunswick.
- Les conditions de couverture (prime, franchise et quote-part) doivent être révisées régulièrement afin que l'ensemble des coûts du régime d'assurance continuent à être couverts et que le régime demeure viable à long terme.

Le Comité est d'avis qu'un soutien solide à l'égard de ces concepts se dégageait dans le cadre des consultations.

## 4 Nouveau régime d'assurance-médicaments sur ordonnance

### 4.1 Cadre du régime d'assurance-médicaments sur ordonnance

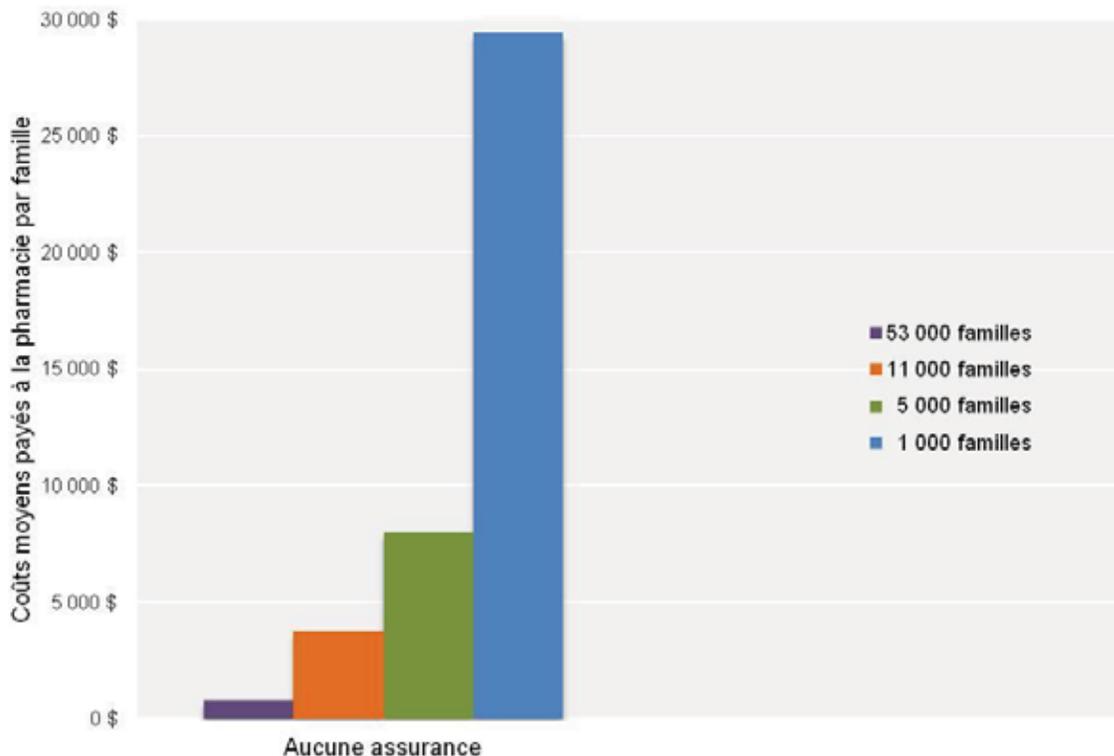
Le Comité estime qu'environ 20 p. 100 des Néo-Brunswickois, ou près de 70 000 familles, n'ont pas de régime d'assurance-médicaments. Selon son évaluation, ces familles paieraient entre 120 et 150 millions de dollars par année en coûts de médicaments sur ordonnance à l'heure actuelle. Le graphique suivant illustre cette situation :

Figure 5 - Répartition actuelle des coûts



Pour l'instant, le montant versé par famille varie grandement – de rien du tout à des milliers de dollars par année – et il peut changer sensiblement d'une année à l'autre. Afin de représenter le degré de variation des coûts, le diagramme suivant contient certaines observations entourant les coûts moyens des 70 000 familles non assurées :

Figure 6 - Coûts moyens payés à la pharmacie par famille non assurée

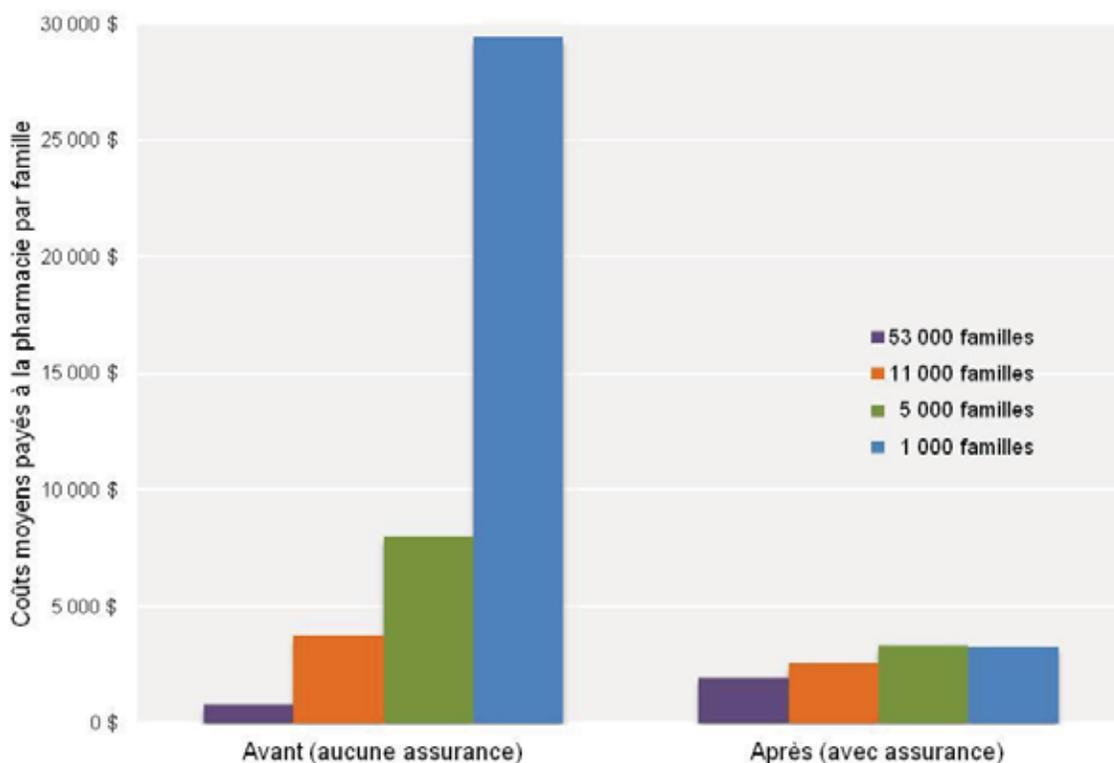


Le graphique ci-dessus révèle que le coût des médicaments sur ordonnance constitue un lourd fardeau financier pour certaines familles non assurées. Certaines sont même confrontées à un choix difficile : se nourrir ou acheter les médicaments nécessaires.

Comme on en fait mention dans la section 2, l'un des facteurs de succès essentiels définis par le Comité est une redistribution équitable des coûts afin de permettre aux personnes qui éprouvent des difficultés financières d'être soutenues par ceux qui sont en mesure de payer. Le Comité a déterminé dans ses premières délibérations qu'un programme social ne se solderait pas nécessairement par une redistribution équitable des coûts puisque ces programmes sont habituellement financés par les recettes fiscales générales et qu'ils sont offerts aux bénéficiaires à un coût moindre, voire quasi inexistant, une fois la franchise acquittée. Les membres du Comité envisageaient deux grands problèmes pour une telle approche. En premier lieu, il ne serait pas juste de demander aux gens (en l'occurrence, les contribuables) qui souscrivent déjà à un régime d'assurance-médicaments sur ordonnance de payer le coût de leur propre assurance et celui des 70 000 familles qui n'en ont pas. En second lieu, si les familles concernées n'avaient peu ou pas de coûts à payer, elles n'auraient aucun incitatif à utiliser le plan de façon responsable, ce qui pourrait mener à des augmentations des coûts qui deviendraient insupportables à la longue.

Le Comité en est venu à la conclusion qu'un **régime d'assurance** constituerait le moyen de plus efficace d'arriver à une répartition équitable des coûts. Dans un régime d'assurance bien conçu, on **impose une prime équivalente aux coûts totaux prévus du régime**; ce faisant, on veille à ce que le régime soit financé par les familles qui en bénéficieraient. La prime est un montant prévisible que verse chaque personne ou chaque famille et, en retour, le régime d'assurance paie une partie importante du coût de ses médicaments sur ordonnance et la protège contre le risque de payer des frais beaucoup plus élevés qu'elles pourraient anticiper dans le futur. Le membre du régime, qu'il s'agisse d'une personne ou d'une famille, doit tout de même déboursier une petite portion des coûts à la pharmacie au moment de l'achat. Cette participation générale des 70 000 familles permettrait de répartir les risques et les coûts parmi les familles souscrivant au régime. Le graphique qui suit montre ce à quoi ressemblerait la distribution des coûts pour les 70 000 familles non assurées si elles souscrivaient toutes à un régime d'assurance type pour leurs médicaments sur ordonnance :

Figure 7 - Coûts moyens payés à la pharmacie par famille sans assurance et avec le nouveau régime d'assurance



Un bref examen du graphique indique que les coûts pour les familles non assurées ont été largement réduits. Un lourd fardeau financier continuerait toutefois de peser sur nombre de ces familles, et ce, malgré cette réduction. C'est pour cette raison que le Comité estime qu'il faudrait offrir une **subvention** à certaines familles, de sorte qu'elles puissent payer la prime et la portion des coûts qu'elles doivent verser à la pharmacie au moment de l'achat. Il est aussi d'avis que la subvention devrait être **fondée sur la capacité de payer**.

Exception faite de la subvention susmentionnée, le régime d'assurance-médicaments serait autofinancé; il serait donc payé à même les primes des membres du régime. Toujours selon le Comité, il ne serait pas de mise de demander à ces mêmes membres de financer la subvention offerte aux membres qui ne sont pas en mesure de payer. Si c'était le cas, on demanderait à 20 p. 100 de la population de financer la subvention; le fardeau financier correspondant serait alors cinq fois plus élevé qu'il ne le serait si le financement était réparti parmi toute la population du Nouveau-Brunswick. En outre, la population non assurée a tendance à toucher des revenus plus faibles que celle qui souscrit à un régime d'assurance-médicaments sur ordonnance au travail. La population non assurée aurait donc plus de difficulté à financer la subvention. Enfin, il serait mal perçu de ne pas demander au Néo-Brunswickois assuré de financer une partie de la subvention parce qu'ils ont les moyens d'avoir leur propre assurance-médicaments. En s'appuyant sur ce raisonnement, le Comité estime que le **financement de la subvention devrait être réparti de la façon la plus vaste possible** de sorte qu'il ne s'agisse d'un fardeau important pour aucun citoyen, aucune famille et aucun employeur.

On pourrait demander aux employeurs néo-brunswickois n'offrant pas de couverture pour les médicaments à au moins certains de leurs employés de financer une partie de la subvention. Bien que la majorité des employeurs offrent des régimes d'assurance-médicaments à leurs employés et à leur famille, certains n'offrent pas de régime du tout ou s'abstiennent d'en offrir à certaines catégories d'employés, notamment les employés occasionnels, temporaires, à temps partiel ou saisonniers. Si le gouvernement fournit un régime d'assurance-médicaments et qu'il finance aussi la subvention, plusieurs employeurs pourraient voir un avantage financier de mettre un terme à leurs régimes, laissant ainsi leurs employés passer au régime d'assurance subventionné par le gouvernement. Cet avantage dépendrait autant du montant de la subvention offerte que du coût des régimes que fournissent les employeurs. Par ailleurs, les employeurs dont les employés touchent un salaire moins élevé et qui obtiendraient donc généralement les plus grosses subventions ou dont les régimes sont les plus coûteux seraient aussi ceux qui y verraient le plus gros incitatif à mettre fin à leurs régimes existants. La disparition des régimes dans l'une ou l'autre de ces situations ajouterait des coûts importants au régime public d'assurance-médicaments. Pour éliminer cet incitatif, on pourrait exiger que les employeurs qui n'offrent aucun régime d'assurance à au moins certains de leurs employés contribuent au régime public. Cette obligation amènerait d'une part les employeurs à maintenir les régimes d'assurance-médicaments collectifs privés et permettrait d'autre part d'obtenir une partie du financement de la subvention.

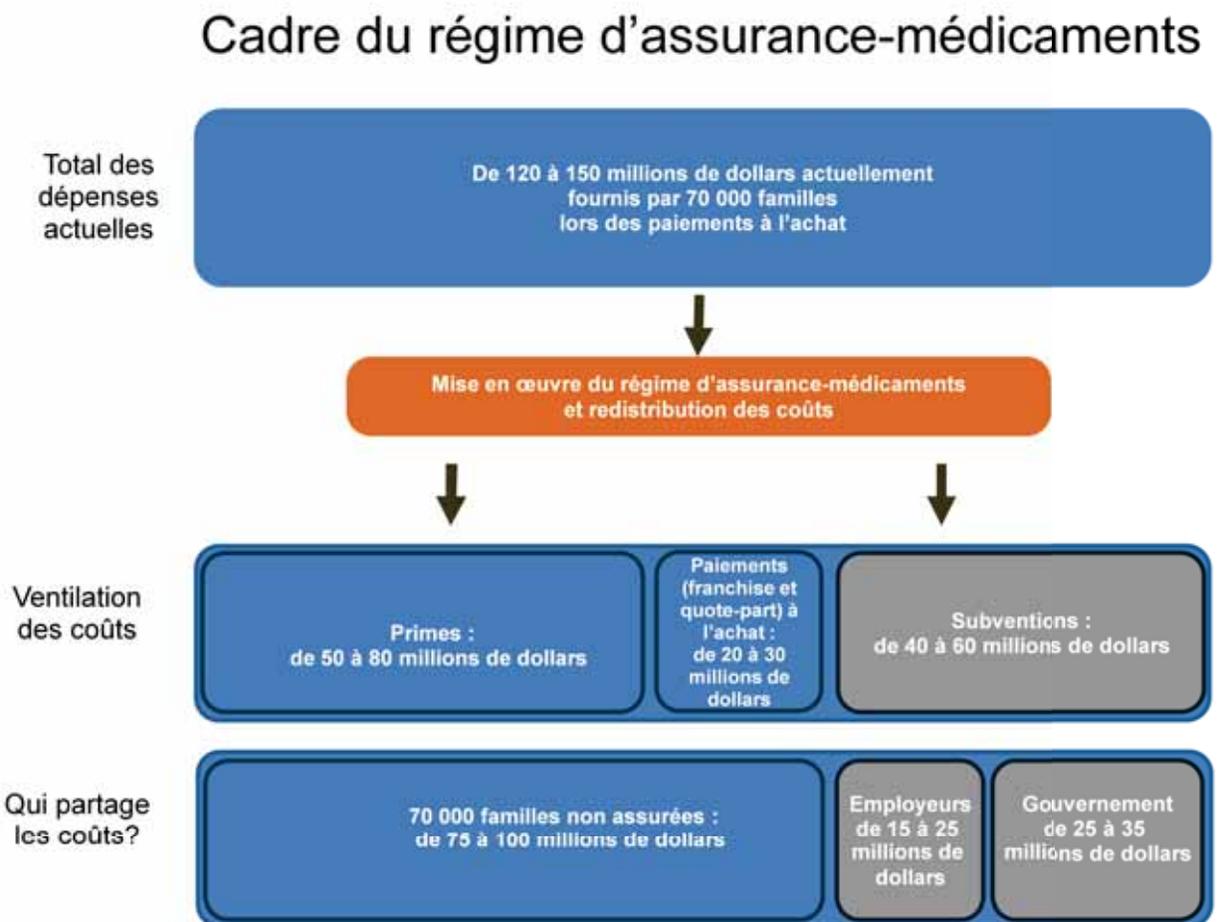
Le Comité estime que les employeurs sont des partenaires importants dans la réduction de la pauvreté et que leur contribution au régime d'assurance pourrait offrir des avantages importants du fait que les employés ont accès aux médicaments sur ordonnance dont ils ont besoin. La réduction du roulement de personnel et de l'attrition ainsi que du nombre de journées de travail perdues, le maintien de la santé et de la productivité des employés et la garantie d'un accès à une assurance-médicaments pour les retraités précoces sont tous des avantages supplémentaires pour les employeurs.

L'État devrait alors financer le reste de la subvention. Le Comité juge que la facture s'élèverait à entre 25 et 35 millions de dollars. Toutefois, ces chiffres devront faire l'objet d'une analyse rigoureuse dans la décision quant aux options du régime d'assurance-médicaments qui sont

exposées dans le présent rapport.

Le cadre général suivant illustre comment les dépenses actuelles en matière de médicaments sur ordonnance des familles non assurées, qui totalisent annuellement de 120 à 150 millions de dollars, seront redistribuées avec la mise en place du nouveau régime d'assurance. Celui-ci permettra une répartition beaucoup plus uniforme des coûts parmi les 70 000 familles y adhérant :

Figure 1 - Cadre du régime d'assurance-médicaments



Il faut souligner que les chiffres du diagramme qui précède ne sont donnés qu'à titre informatif et que les tranches ne peuvent être additionnées les unes aux autres puisqu'elles comprennent plusieurs options de régime d'assurance. Ces chiffres doivent faire l'objet d'une analyse rigoureuse dans la décision quant aux options de régime qui sont exposées dans le présent rapport.

Le diagramme offre cependant un aperçu raisonnable des effets que pourrait avoir le nouveau régime d'assurance sur le plan financier. Il montre par exemple que les familles non assurées elles-mêmes fournissent environ les deux tiers du financement par le versement de primes et par des paiements à la pharmacie au moment de l'achat. Certaines familles, qui n'ont simplement pas les moyens d'acquitter la pleine prime et le montant total demandé lors de l'achat, devront toutefois bénéficier de subventions à cet effet. Tout cela implique un transfert de la responsabilité de financement d'un segment de la population éprouvant des difficultés financières en raison du coût élevé des médicaments par rapport à son revenu à un autre, que le Comité estime en mesure d'apporter son aide et, dans de nombreux cas, disposé à le faire.

Avant de passer à un examen plus détaillé du fonctionnement envisagé pour le régime d'assurance, il vaut la peine de se demander si ce transfert de la responsabilité de financement sera acceptable pour ceux qui devront venir en aide aux familles non assurées n'ayant pas les moyens de payer. Arrêtons-nous d'abord à ce qu'il adviendrait si l'on exigeait une prime. Certains pourraient affirmer qu'il n'est pas nécessairement juste d'obliger des familles aux dépenses peu élevées en matière de médicaments sur ordonnance à payer pour d'autres, aux dépenses plus importantes. Or, le Canada est une société où les mieux nantis sont fiers de pouvoir aider les plus démunis, particulièrement lorsque leur santé et – potentiellement – leur survie sont en jeu. Il est par ailleurs impossible de prédire ce que l'avenir nous réserve. Une personne ou une famille qui semble payer « plus que sa juste part » dans le cadre du régime cette année pourrait bien avoir à son tour besoin d'une aide importante dans les années à venir. Sur une longue période, la plupart des familles bénéficieront de prestations équivalentes aux primes qu'elles auront versées. Elles pourront en outre avoir l'esprit tranquille, puisque les primes sont prévisibles, contrairement au coût des médicaments, qui peut être extrêmement variable et devenir, occasionnellement, impossible à gérer.

Le gouvernement aura probablement à assumer de 20 à 25 p. 100 du coût du programme, pour un montant estimé entre 25 et 35 millions de dollars. Le Comité croit que cette dépense sera bien accueillie, en raison des avantages importants associés à un régime qui couvrirait tous les Néo-Brunswickois non assurés, rendant les médicaments nécessaires accessibles à tous. On s'attend notamment à voir diminuer le nombre de visites chez le médecin, l'affluence dans les salles d'urgence et le nombre d'hospitalisations, puisque tous les Néo-Brunswickois seront en mesure d'obtenir les médicaments qui leur sont prescrits et de les prendre comme on le leur a conseillé. Il serait par ailleurs raisonnable de conclure que le financement, par le gouvernement, de subventions destinées à rendre le régime d'assurance abordable pour tous et à contribuer au plan provincial de réduction de la pauvreté « Ensemble pour vaincre la pauvreté » sera vastement appuyé.

Dans le reste de la présente section, nous examinerons de manière plus approfondie le financement du régime d'assurance, ainsi que d'autres aspects de son fonctionnement.

La discussion qui précède ne devrait laisser aucun doute quant à la position du Comité, qui juge que :

- 1. Le régime d'assurance devrait comporter une prime calculée de manière à récupérer le coût total prévu du régime, prime que toutes les personnes ou**

**familles inscrites auraient à payer, bénéficiant à cet effet d'une subvention dont le montant serait déterminé en fonction de leurs moyens.**

Le Comité a aussi noté que la majorité des intervenants se disaient favorables à l'idée d'un régime avec versement de primes, bien que certains aient indiqué qu'une prime ne devrait être imposée que si cela s'avérait nécessaire pour assurer un large soutien au régime d'assurance.

Le Comité s'est également penché sur les mesures susceptibles de garantir l'abordabilité et la viabilité à long terme du régime. Dans les régimes d'assurance du secteur privé, ces aspects sont généralement assurés par le recours à l'une des deux méthodes suivantes : la première consiste à créer des obstacles à l'accès en vue de réduire le coût du régime, qu'il s'agisse d'exams médicaux, de l'exclusion de problèmes de santé préexistants, de périodes d'attente ou d'autres techniques; la seconde, à rendre l'adhésion au régime obligatoire pour la vaste majorité des personnes admissibles, afin que les coûts soient répartis aussi largement que possible. Au cours des consultations, la perspective d'un régime sans obstacle à l'accès a remporté un appui quasi unanime. Les intervenants se sont par ailleurs montrés particulièrement favorables à l'idée d'un régime obligatoire. Ils ont été nombreux à souligner le fait que les gens sous-estimaient l'importance de disposer d'un régime d'assurance-médicaments et qu'ils seraient beaucoup trop nombreux à ne pas y adhérer dès le début si le régime était optionnel, pour ensuite faire pression afin d'être autorisés à s'y inscrire lorsqu'ils ne seraient plus en mesure d'assumer le coût de leurs médicaments. Autoriser une telle conduite serait injuste pour les personnes qui choisissent d'adhérer au régime et risquerait de compromettre sa viabilité à long terme. Fort de ces constatations, le Comité estime que :

**2. Le régime d'assurance devrait être obligatoire pour tous les Néo-Brunswickois qui ne disposent pas déjà d'une assurance-médicaments, et aucun obstacle ne devrait en restreindre l'accès.**

Selon le cadre de régime d'assurance qui précède, de 20 à 30 millions de dollars du coût des médicaments sur ordonnance seraient financés par les paiements à la pharmacie, ce qui serait rendu possible en exigeant des membres du régime le paiement d'une franchise, d'une quote-part ou des deux. Une franchise est un montant que doit verser un membre pour le coût de médicaments sur ordonnance avant d'avoir droit à toute forme d'aide dans le cadre du régime. Une quote-part est un pourcentage du coût de médicaments sur ordonnance que le membre doit payer chaque fois qu'il se procure ce genre de médicament. Imaginons, aux fins d'illustration, un régime qui comporterait une franchise de 500 \$ et une quote-part de 20 p. 100. Le membre du régime ne recevrait aucune aide jusqu'à ce qu'il ait versé à la pharmacie, au cours d'une même année, un montant total de 500 \$ pour ses médicaments sur ordonnance. Une fois ce montant déboursé, il paierait 20 p. 100 du coût de chaque médicament, et le 80 p. 100 restant serait couvert par le régime.

Pour déterminer le montant adéquat de la franchise ou de la quote-part à inclure dans les options de régime d'assurance qui seraient soumises au gouvernement, le Comité a examiné les régimes offerts à l'échelle du Canada et constaté ce qui suit :

- Il n'est pas rare qu'un régime du secteur privé comprenne une quote-part de 20 p. 100.
- Il est toutefois peu commun que ce même type de régime comporte une franchise.

- Les franchises s'observent très fréquemment dans les régimes gouvernementaux et peuvent atteindre des niveaux très élevés. En Nouvelle-Écosse, par exemple, une famille de quatre au revenu de 40 000 \$ devrait verser environ 1 400 \$ par an de sa poche pour ses médicaments sur ordonnance avant de recevoir toute forme d'aide de la part du régime.
- La quote-part applicable dans le cadre des régimes gouvernementaux est généralement de 20 ou 30 p. 100, le Québec constituant l'exception à la règle avec 32 p. 100. Certains régimes gouvernementaux aux franchises élevées n'imposent par ailleurs que des quotes-parts minimales, voire nulles.

Le Comité n'était pas en faveur d'une franchise élevée, qui aurait représenté un obstacle financier à l'accès trop important pour un grand nombre de familles, particulièrement en vertu de l'objet de son mandat dans la lutte contre la pauvreté. Ayant étudié le montant des franchises en vigueur à l'échelle du Canada pour différents niveaux de revenus, il a déterminé que l'une des options de régime d'assurance proposées devrait comprendre une franchise dont le montant se situerait à l'extrémité inférieure de la fourchette nationale. Il a également conclu qu'un régime avec franchise devrait comporter une quote-part qui s'inscrirait, elle aussi, parmi les valeurs inférieures observées dans le cadre des régimes gouvernementaux (c.-à-d. autour de 20 p. 100). Le Comité a par ailleurs estimé qu'une option de régime sans franchise devrait être examinée, la quote-part devant alors se situer près du seuil supérieur observé pour les régimes gouvernementaux, c.-à-d. 30 p. 100. Se fondant sur ce raisonnement, le Comité recommande que le montant des paiements à la pharmacie soit déterminé au moyen de l'une des deux options de régime d'assurance suivantes :

### **3. Options pour les paiements à la pharmacie :**

**Option 1 : une franchise annuelle de 250 \$ par an pour les personnes seules et de 500 \$ pour les familles, combinée à une quote-part de 20 p. 100.**

**Option 2 : aucune franchise, mais une quote-part de 30 p. 100.**

Le Comité a aussi constaté que, dans les régimes privés comme dans les régimes gouvernementaux, le montant que le membre du régime doit payer à la pharmacie est limité. Ces limites, très variables, se situent généralement entre 15 et 25 \$ dans le cas des régimes gouvernementaux. Certaines d'entre elles n'ayant pas été modifiées depuis des années, le Comité estime qu'il pourrait être pertinent d'envisager une fourchette de 20 à 30 \$. Il considère donc que les paiements faits à la pharmacie par la personne ou la famille devraient être plafonnés :

### **4. Les paiements à la pharmacie devraient être limités à une quote-part maximale de 20 \$ dans le cas de l'option 1 et de 30 \$ dans celui de l'option 2.**

Le Comité s'est aussi demandé s'il faudrait plafonner le montant total d'aide financière ou de prestations offert dans le cadre du régime d'assurance. Les intervenants qui se sont prononcés sur la question s'opposaient fortement à ce qu'on limite l'aide accordée, essentiellement parce que le régime cesserait alors d'aider ses membres (particuliers et familles) au moment où ils en ont le plus besoin. Le Comité s'est rallié à cette position et trouve que :

- 5. Il ne devrait y avoir aucune limite annuelle ou à vie quant au montant d'aide financière ou des prestations que le régime d'assurance offrira à ses membres (familles).**

Selon le cadre de régime d'assurance qui précède, les Néo-Brunswickois non assurés pourraient financer environ les deux tiers des coûts de leurs médicaments sur ordonnance, par le versement de primes et par des paiements à la pharmacie. La situation financière de certaines familles ne leur permettrait cependant pas d'acquitter la pleine prime ni la totalité du montant exigé à la pharmacie. Ces familles devraient donc bénéficier d'une subvention applicable à certains de ces coûts ou à l'ensemble d'entre eux, subvention dont le montant serait établi selon leur capacité de payer. Dans le cadre de ses travaux pour le programme De beaux sourires et une bonne vision, le Comité a utilisé une « mesure fondée sur un panier de consommation » pour définir la pauvreté afin de déterminer quelles familles auraient accès à des soins dentaires et de la vue entièrement subventionnés par le gouvernement. De plus amples renseignements relativement à l'élaboration de cette mesure sont présentés à l'annexe D. Par souci de cohérence avec les conclusions tirées de cette analyse, le Comité croit que :

- 6. Les familles dont le revenu est inférieur aux seuils de mesure du panier de consommation devraient recevoir une subvention couvrant entièrement le montant de leur prime. Ce serait par exemple le cas d'une personne seule au revenu inférieur à 15 571 \$, ou d'une famille de quatre touchant un revenu inférieur à 31 142 \$.**

Comme il a été mentionné précédemment, le montant de la subvention devrait être déterminé en fonction de la capacité de payer de la personne ou de la famille, et donc diminuer à mesure que le revenu du bénéficiaire augmente. Le Comité a étudié différents programmes provinciaux dans le cadre desquels les primes, les subventions ou les deux sont ajustées selon la capacité de payer de la personne ou de la famille, ainsi que les travaux réalisés par le Groupe de travail ministériel fédéral/provincial/territorial sur la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques. Il a constaté qu'un large éventail de formules était actuellement utilisé et que celle qu'employait la Colombie-Britannique dans le cadre de ses régimes de services médicaux générerait des subventions dont le montant se situerait à l'extrémité inférieure de la fourchette nationale, tandis que la formule utilisée par le Québec pour les primes de son régime d'assurance-médicaments aurait l'effet inverse. S'appuyant sur cette analyse, le Comité propose que les subventions accordées pour la prime diminuent graduellement selon l'une des deux options suivantes :

- 7. Options pour la diminution graduelle de la subvention pour les primes :**

**Subvention A : pour les personnes seules touchant un salaire de plus de 24 250 \$ et pour les familles de quatre touchant un salaire de plus de 42 230 \$.**

**Subvention B : pour les personnes seules touchant un salaire de plus de 26 360 \$ et pour les familles de quatre touchant un salaire de plus de 47 450 \$.**

Des options pour les familles de diverses tailles aux niveaux de revenus différents sont présentées à l'annexe E.

Ayant défini les éléments clés du financement du régime d'assurance, le Comité s'est ensuite penché plus en profondeur sur le problème de l'abordabilité pour différentes familles aux revenus variables et aux niveaux de coûts différents en matière de médicaments sur ordonnance. Il a conclu que la franchise de 250 \$ ou 500 \$ constituant l'option 1 (voir le point 3) représenterait un important obstacle pour certaines familles et pourrait même, en fait, leur bloquer complètement l'accès au régime. Il a aussi déterminé que le paiement maximal à la pharmacie de 20 \$ ou 30 \$ (mentionné au point 4) pourrait empêcher certaines familles de se procurer un médicament sur ordonnance au coût élevé, et a estimé que, par conséquent, ces montants devraient aussi faire l'objet d'une subvention. Bien que diverses formules soient envisageables pour fixer le montant de ces subventions, il a établi que d'utiliser différentes formules pour calculer les subventions destinées à différentes fins compliquerait trop le régime d'assurance, et qu'il vaudrait donc mieux procéder de la manière suivante :

- 8. La franchise mentionnée en tant qu'option 1 (au point 3) et le paiement maximal à la pharmacie pour un médicament sur ordonnance devraient faire l'objet d'une subvention dont le montant serait déterminé à partir de la même formule que celle utilisée pour établir la subvention pour la prime (décrite aux points 6 et 7). Le montant à verser au moment de l'achat pour un médicament unique ne devrait toutefois par être inférieur à 5 \$ en tenant compte de la subvention.**

En ce qui concerne la limite de 5 \$ susmentionnée, le Comité a constaté que, dans le cadre du PMONB, les clients du Développement social versent déjà à la pharmacie un montant de 4 \$ par médicament sur ordonnance pour adulte. Il estime donc que le montant payable à la pharmacie dans le cadre du régime d'assurance ne devrait pas être inférieur à celui exigé des clients du Développement social et qu'un minimum de 5 \$ serait pour l'instant adéquat.

Le Comité s'est aussi demandé quels médicaments devraient figurer sur la liste des médicaments couverts par le régime d'assurance. (Cette liste est généralement qualifiée de « formulaire ».) Il a constaté qu'il existe déjà, pour les régimes d'assurance-médicaments gouvernementaux, un processus fondé sur des données probantes visant à déterminer quels médicaments seront inscrits au formulaire. Ce processus repose en grande partie sur les recommandations formulées par les comités consultatifs d'experts. Le Comité ne voit pas pourquoi un nouveau régime d'assurance ne pourrait pas fonctionner selon un processus semblable. Il est donc d'avis que :

- 9. Le processus actuel visant à déterminer quels médicaments sont inscrits sur le formulaire des régimes d'assurance-médicaments gouvernementaux devrait être utilisé pour le nouveau régime.**

Comme il a été souligné au point 1, le Comité est d'avis que le régime d'assurance devrait comporter une prime calculée de manière à récupérer le coût total prévu du régime. Afin de faire en sorte que cette prime continue de couvrir les coûts prévus tandis que les circonstances changent, il faudra la recalculer chaque année et procéder à l'examen de certains éléments du régime afin d'assurer leur cohérence avec les circonstances du moment. Certains montants

forfaitaires comme la franchise mentionnée en tant qu'option 1 (au point 3), le montant maximal payable à la pharmacie (mentionné au point 4), les limites de revenus pour subvention (points 6 et 7) et la limite minimum de 5 \$ (point 8) devraient notamment être réévalués annuellement et ajustés en fonction de l'augmentation des coûts et de l'utilisation des médicaments. En résumé, le Comité estime que :

- 10. Les conditions du régime d'assurance devraient être révisées périodiquement afin de faire en sorte que le régime continue de remplir son but, soit de permettre aux Néo-Brunswickois de bénéficier d'une assurance-médicaments sur ordonnance à prix abordable. Tout montant forfaitaire devrait notamment faire l'objet d'un examen annuel et être ajusté en fonction de l'augmentation des coûts et de l'utilisation des médicaments.**

Les points qui précèdent sont résumés dans le tableau de la page suivante.

Tableau 1 - Éléments du régime d'assurance

Éléments du régime d'assurance	
Prime	Calculée pour récupérer le coût total du régime d'assurance.
Couverture	Obligatoire pour les Néo-Brunswickois non assurés. Aucun examen médical nécessaire. Aucune période d'attente.
Paievements à la pharmacie	Deux options :  <u>Option 1</u> : Une franchise annuelle de 250 \$ pour les personnes seules ou de 500 \$ pour les familles, combinée à une quote-part de 20 % jusqu'à concurrence de 20 \$.  <u>Option 2</u> : Aucune franchise, mais une quote-part de 30 % jusqu'à concurrence de 30 \$.
Aide maximale	Aucune limite annuelle ou à vie du montant d'aide financière ou des prestations que le régime d'assurance offrira à ses membres (personnes ou familles).
Subvention	Le même pourcentage s'appliquera à la prime, à la franchise et aux quotes-parts maximales de 20 et 30 \$ mentionnées ci-dessus, sauf que la quote-part maximale subventionnée ne peut se chiffrer à moins de 5 \$.  Les familles admissibles au programme De beaux sourires et une bonne vision (p. ex. celles dont le revenu est inférieur à 15 571 \$ dans le cas d'une personne seule et de moins de 31 142 \$ dans le cas d'une famille de quatre) recevraient une subvention de 100 p. 100.  Deux options d'élimination progressive de la subvention : <u>Subvention A</u> : Aucune subvention pour les personnes seules touchant un salaire de plus de 24 250 \$ et pour les familles de quatre touchant un salaire de plus de 43 230 \$.  <u>Subvention B</u> : Aucune subvention pour les personnes seules touchant un salaire de plus de 26 360 \$ et pour les familles de quatre touchant un salaire de plus de 47 450 \$.
Médicaments couverts	Suivre la même procédure fondée sur des données probantes que celle utilisée dans le cadre des régimes d'assurance-médicaments gouvernementaux.
Examens du régime	Les modalités du régime d'assurance doivent être examinées régulièrement, et les montants forfaitaires doivent être ajustés en fonction de l'augmentation de l'utilisation et du coût des médicaments.

## 4.2 Options proposées au gouvernement

La section 4.1 décrit deux options proposées pour établir le paiement à verser à la pharmacie (voir les options 1 et 2 au point 3) ainsi que deux options d'élimination graduelle de la subvention (voir le point 7). On peut combiner ces options de façon à proposer quatre options au gouvernement, comme suit :

- **Option 1-A** : Une franchise annuelle de 250 \$ pour les personnes seules ou de 500 \$ pour les familles, combinée à une quote-part de 20 p. 100, jusqu'à concurrence de 20 \$, ainsi qu'à une subvention progressive pour les personnes seules touchant un revenu de moins de 24 250 \$ et pour les familles de quatre touchant un revenu de moins de 43 230 \$.
- **Option 1-B** : Une franchise annuelle de 250 \$ pour les personnes seules ou de 500 \$ pour les familles, combinée à une quote-part de 20 p. 100, jusqu'à concurrence de 20 \$, ainsi qu'à une subvention progressive pour les personnes seules touchant un revenu de moins de 26 360 \$ et pour les familles de quatre touchant un revenu de moins de 47 450 \$.
- **Option 2-A** : Aucune franchise, mais une quote-part de 30 p. 100, jusqu'à concurrence de 30 \$, ainsi qu'une subvention progressive pour les personnes seules touchant un revenu de moins de 24 250 \$ et les familles de quatre touchant un revenu de moins de 43 230 \$.
- **Option 2-B** : Aucune franchise, mais une quote-part de 30 p. 100, jusqu'à concurrence de 30 \$, ainsi qu'une subvention progressive pour les personnes seules touchant un revenu de moins de 26 360 \$ et pour les familles de quatre touchant un revenu de moins de 47 450 \$.

L'annexe F illustre les différents paiements pouvant être versés à la pharmacie dans le cas de diverses situations familiales pour les quatre options présentées ci-dessus. Les graphiques présentés illustrent sans équivoque que ces options offrent une aide précieuse aux familles concernées et qu'elles se comparent favorablement aux régimes des autres provinces.

Lorsque l'on examine la valeur relative des quatre options du régime d'assurance, il convient de noter qu'une franchise établie au montant proposé n'apporte au final aucune aide aux membres du régime dont le coût des médicaments sur ordonnance est plus bas que la franchise au cours d'une année donnée. Par contre, la prime serait moins élevée. Il convient également de noter qu'une franchise est un aspect compliqué d'un régime pouvant être déroutant pour les membres du régime. Par exemple, un membre peut faire exécuter une ordonnance en janvier et n'obtenir aucune aide financière du régime. Ensuite, il pourrait faire exécuter la même ordonnance en avril et avoir droit à une prestation du régime couvrant 80 p. 100 du coût de ses médicaments. Pour compliquer davantage la situation, de nombreux régimes provinciaux avec franchise ont réparti ce paiement mensuellement afin de lever l'obstacle financier que peut constituer cette franchise. Cette façon de faire peut dérouter davantage les membres, car l'aide à laquelle ils ont droit pour une même ordonnance peut varier d'une semaine à l'autre. Les effets sur la prime ne

sont pas assez considérables, sauf si le montant de la franchise est très élevé, pour contrebalancer les nombreux problèmes mentionnés dans le présent paragraphe.

En ce qui concerne le montant de la subvention à fournir, l'enjeu consiste principalement à faire concorder les besoins des Néo-Brunswickois non assurés avec le désir des autres Néo-Brunswickois et des employeurs de la province de financer ces besoins. Le Comité estime qu'il en coûtera, pour la subvention B, 10 p. 100 de plus que pour la subvention A. Un autre point à considérer consiste à déterminer si cette subvention permettrait effectivement une transition sans heurt pour les clients du Développement social qui entrent sur le marché du travail. Un client de ce genre qui gagne un faible salaire recevrait une subvention de 100 p. 100 pour la prime. Or, une fois que son salaire atteindrait le montant auquel la subvention commence à diminuer progressivement, une tranche d'environ 10 p. 100 de toute augmentation salariale viendrait compenser la diminution de la subvention dans le cas de la subvention B. Dans le cas de la subvention A, la valeur correspondante serait de 15 p. 100. Enfin, il importe de remarquer que les Néo-Brunswickois qui bénéficient actuellement d'une assurance collective au travail ne seront pas admissibles à une subvention, mais que l'employeur paie généralement 50 p. 100 du montant de la prime des employés.

## 5 Conclusion

Le Comité est d'avis que chacune des options du régime qui est exposée dans le présent rapport offre une solution pratique mise au point chez nous qui sera d'une aide précieuse pour les Néo-Brunswickois non assurés, sans toutefois excéder notre capacité collective de payer. Les avantages précis que prévoit le Comité relativement à la mise en œuvre de chaque option du régime d'assurance sont résumés dans la présente section, qui se termine par diverses observations importantes à l'intention du gouvernement.

### 5.1 Avantages d'un nouveau régime d'assurance-médicaments sur ordonnance

Le fait d'offrir un régime d'assurance à tous les résidents non assurés de la province comporte de nombreux avantages, à la fois pour les personnes seules et les familles, ainsi que pour les employeurs, la société et le système de santé :

#### Avantages pour les personnes seules et les familles :

- Tous les Néo-Brunswickois profiteront d'une quiétude d'esprit puisqu'ils sauront qu'ils ont accès à des médicaments sur ordonnance maintenant et dans le futur.
- Le régime d'assurance contribuera à éviter que les Néo-Brunswickois n'éprouvent des difficultés financières et qu'ils ne tombent dans la pauvreté en raison de problèmes de santé nécessitant un traitement médicamenteux.
- Il aidera les Néo-Brunswickois à se sortir de la pauvreté en leur permettant de profiter d'une assurance-médicaments, ce que certains employeurs n'offrent pas.
- Il lèvera les obstacles à l'accès aux médicaments sur ordonnance, ce qui devrait améliorer la santé des résidents et avoir une incidence positive sur leur qualité de vie.

#### Avantages pour les employeurs :

- Améliorer leur capacité à recruter de nouveaux employés.
- Réduire le roulement de personnel et l'attrition.
- Réduire le nombre de journées de travail perdues.
- Maintenir la santé et la productivité des employés.
- Garantir aux retraités précoces l'accès à une assurance-médicaments.

#### Avantages pour la société et le système de santé :

- Offrir de meilleures possibilités et lever les obstacles financiers à l'accès à une assurance-médicaments pour les personnes qui passent de l'aide sociale au marché du travail.

- Assurer une continuité des soins lors du passage de l'hôpital à un établissement communautaire ou de soins externes.
- Réduire le nombre de visites à l'urgence et la fréquence ainsi que la durée des séjours à l'hôpital.
- Améliorer les résultats pour les patients ainsi que leur qualité de vie.

## 5.2 Autres observations

Dans le cadre des discussions du Comité et des consultations avec les intervenants, des enjeux ont été soulevés que le Comité a jugés suffisamment importants pour les porter à l'attention du gouvernement. Ces enjeux sont énumérés ci-dessous et abordés de façon plus approfondie à l'annexe G :

### Questions liées à la mise en œuvre :

- Législation
- Consultation supplémentaire
- Évaluation des coûts pour les budgets
- Choix du moment de la mise en œuvre
- Encaissement des primes et des contributions des employeurs
- Embauche d'un administrateur du régime et de personnel de soutien au sein du Ministère
- Règles et dispositions détaillées pour le régime
- Élaboration d'un plan de communication
- Inscription des membres au régime
- Effet sur le PMONB

### Questions liées à la couverture du régime d'assurance et aux coûts :

- Gestion continue des coûts
- Convivialité, rentabilité et efficacité
- Coût élevé des médicaments par rapport au revenu
- Néo-Brunswickois mal assurés

## Annexe A – Aperçu des régimes d’assurance-médicaments au Canada

Le Canada ne dispose d’aucun régime d’assurance national pour couvrir le coût des médicaments sur ordonnance. Par contre, il existe quelques régimes d’assurance-médicaments publics et de nombreux régimes privés. On compte 19 régimes d’assurance-médicaments financés par l’État (dix provinciaux, trois territoriaux et six fédéraux).<sup>1</sup> De plus, il y a au pays des dizaines de milliers de régimes privés offerts par les employeurs, les syndicats et les associations professionnelles qui permettent de protéger les employés et leur famille. Ces régimes varient grandement pour ce qui est de l’admissibilité, des structures de versement et des médicaments couverts.

L’assurance couvrant les médicaments prescrits ailleurs que dans les hôpitaux n’est pas assujettie aux dispositions de la *Loi canadienne sur la santé*. La prestation et l’administration des régimes d’assurance-médicaments relèvent plutôt des provinces et des territoires. Il n’existe ni régime ni loi qui régisse la conception ou la prestation de ces régimes à l’échelle nationale. Il s’ensuit donc que la structure et le niveau de couverture varient énormément d’une province et d’un territoire à l’autre, et ce, à la discrétion de chacun d’entre eux.

Au cours des années 1970, les gouvernements provinciaux ont commencé à reconnaître que la hausse des coûts des médicaments sur ordonnance pouvait représenter un fardeau financier de plus en plus lourd pour les personnes à revenu faible ou fixe. Par conséquent, chaque province s’est mise à offrir un régime d’assurance-médicaments à certains secteurs de la population qui étaient les moins en mesure d’assumer le coût des médicaments, principalement les aînés et les bénéficiaires de l’aide sociale.

Les régimes d’assurance-médicaments ont évolué au fil des ans. À l’heure actuelle, quatre provinces (la Colombie-Britannique, la Saskatchewan, le Manitoba et le Québec) offrent un programme universel sous une forme quelconque. Les six autres provinces ont ciblé des régimes d’assurance pour certains groupes de bénéficiaires et quatre d’entre elles (l’Alberta, l’Ontario, la Nouvelle-Écosse, et Terre-Neuve-et-Labrador) ont aussi un régime couvrant les résidents non assurés ou visant à aider les personnes qui versent une forte proportion de leurs revenus pour l’achat de médicaments. On dénombre, dans deux provinces (le Nouveau-Brunswick et l’Île-du-Prince-Édouard), un important pourcentage de la population qui n’a pas accès à une assurance-médicaments.<sup>11</sup>

Les régimes privés forment une partie importante de l’assurance-médicaments au Canada. Ces régimes accessibles dans un milieu de travail varient aussi grandement quant à la structure et au degré de couverture. Plus de la moitié des Canadiens assurés au privé ont des régimes qui les protègent contre les coûts de médicaments élevés. Cependant, le solde à verser à la pharmacie peut être énorme. Il n’est pas rare, par exemple, qu’un membre d’un régime privé paye 20 p. 100 du coût d’un médicament sur ordonnance au moment de l’achat. Dans le cadre d’un régime ne comportant pas de contribution maximale, il pourrait donc avoir à verser à la pharmacie, pour un médicament coûtant 30 000 \$ par année, jusqu’à 6 000 \$.

L'enjeu entourant l'accès raisonnable à l'assurance-médicaments sur ordonnance n'est pas unique au Nouveau-Brunswick; il touche tous les Canadiens. Au cours des dix dernières années, l'accès à l'assurance-médicaments a fait l'objet de nombreux rapports et initiatives d'envergure nationale, y compris le rapport Kirby (2002)<sup>12</sup>, le rapport Romanow (2002)<sup>13</sup>, l'Accord des premiers ministres de 2003<sup>14</sup> et la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques (2004)<sup>15</sup>.

En 2007, parallèlement à l'achèvement de la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques, la Nouvelle-Écosse (N.-É.) et Terre-Neuve-et-Labrador (T.-N.-L.) ont élargi la portée leurs régimes gouvernementaux afin d'offrir une assurance-médicaments aux résidents qui n'étaient pas assurés auparavant (se reporter également à l'annexe C pour de plus amples détails) :

- La Nouvelle-Écosse a mis sur pied le régime Family Pharmacare en vue d'aider les résidents qui n'avaient pas d'assurance-médicaments ou qui devaient payer d'importants coûts en médicaments qui n'étaient pas couverts par leur régime privé. La somme de la franchise annuelle et de la quote-part peut atteindre entre 5 et 35 p. 100 du revenu.
- Terre-Neuve-et-Labrador a instauré les deux régimes suivants :
  - le régime « Access Plan » destiné aux familles à faible revenu (42 870 \$ ou moins). Pour ce régime, la quote-part peut varier entre 20 et 70 p. 100 du coût total des médicaments sur ordonnance;
  - le régime « Assurance Plan » pour les résidents qui versent une forte proportion de leur revenu pour l'achat de médicaments. Si le revenu familial annuel est de plus de 150 000 \$, la famille n'a pas accès à la couverture.

Il n'y a qu'au Nouveau-Brunswick et à l'Île-du-Prince-Édouard où de vastes secteurs de la population ne sont pas assurés et où il n'existe aucun régime d'assurance-médicaments financé par l'État pour les résidents qui ne peuvent être assurés sans une souscription médicale.

### **Principaux problèmes entourant l'assurance-médicaments au Canada**

L'assurance-médicaments au Canada est aux prises avec les principaux problèmes suivants :

- Iniquité : Même si, au cours des dernières années, de nouvelles provinces ont accordé un accès élargi aux médicaments sur ordonnance et que ceux-ci sont donc un peu plus abordables pour leurs résidents, il n'en reste pas moins que le système est inéquitable à l'échelle du pays. De plus, la couverture offerte par les régimes existants varie grandement d'une province à l'autre<sup>16</sup>.
- Médicaments sur ordonnance prescrits ailleurs que dans les hôpitaux : L'instauration de l'assurance-maladie a donné lieu à de nombreux changements dans la pratique médicale, et les médicaments sur ordonnance prescrits en dehors du contexte hospitalier sont devenus une partie intégrante du système de soins de santé. Des problèmes de santé qui étaient auparavant traités à l'hôpital le sont maintenant à

domicile en raison des avancées technologiques et des progrès de la pharmacothérapie.<sup>9</sup>

- Proportion accrue de Canadiens susceptibles de composer avec des dépenses en médicaments élevées : La consommation accrue de médicaments sur ordonnance pour traiter les maladies s'est soldée par l'augmentation du montant que dépensent les Canadiens pour ces médicaments. La hausse rapide des coûts combinée au vieillissement de la population devraient se traduire par une croissance de la proportion des résidents canadiens confrontée à des coûts de médicaments plus coûteux.<sup>9</sup>
- Augmentation du coût des médicaments sur ordonnance entraînant des résultats négatifs sur la santé : Certaines études ont montré que le fait de payer ses médicaments sur ordonnance de sa poche a résultats négatifs sur la santé; les patients plus âgés étaient moins susceptibles de faire exécuter leurs ordonnances s'ils devaient les payer, et leurs taux d'admission à l'hôpital, leur besoin de soins d'urgence et le nombre de visites chez le médecin augmentent en conséquence.<sup>17</sup>

Les résultats suivants, à l'appui des principaux problèmes énoncés ci-dessus, ont été signalés dans le cadre d'un sondage mené en 2010 par le Conseil canadien sur la santé et intitulé « Comment les Canadiens classent-ils leur système de soins de santé »<sup>10</sup> :

- Environ 10 p. 100 des Canadiens n'ont pas fait préparer une ordonnance pour un médicament ou ont sauté des doses de médicaments en raison du coût. Ce pourcentage se situait à 8 p. 100 en 2007.
- Les Canadiens qui ont une assurance privée ont moins tendance à ne pas faire exécuter une ordonnance à cause du coût (7 p. 100 contre 15 p. 100 chez ceux n'ayant pas d'assurance privée).
- Ainsi, 21 p. 100 des Canadiens dont les revenus sont les plus bas signalent ne pas avoir fait exécuter une ordonnance en raison du coût des médicaments, par rapport à seulement 2 p. 100 de ceux dont les revenus sont les plus élevés.

La non-observance thérapeutique peut prendre diverses formes : ne pas faire exécuter une ordonnance, ne pas la renouveler ou tenter de prolonger une ordonnance existante; ce phénomène a par ailleurs été associé à l'augmentation des coûts du système de santé.<sup>18,19</sup> En février 2012, selon un article publié dans le *Journal de l'Association médicale canadienne*,<sup>20</sup> un Canadien sur dix qui devait payer un médicament sur ordonnance de sa poche a dérogé aux consignes de prise de son médicament; la situation a surtout été constatée chez les personnes à faible revenu et celles n'ayant pas d'assurance-médicaments sur ordonnance.

Une étude précédente s'intéressait à la non-observance thérapeutique liée au coût des médicaments chez les populations assurées et non assurées aux États-Unis et au Canada. L'incidence de la non-observance thérapeutique liée au coût des médicaments était de 23 p. cent aux États-Unis, de 8 p. cent au Canada, mais de seulement 4,4 p. cent au Québec. Les auteurs ont conclu que le caractère obligatoire de l'assurance-médicaments au Québec réduisait le mieux les obstacles au moment de faire préparer une ordonnance.<sup>19</sup> Même si l'on pourrait s'attendre à ce que le prix des médicaments soit légèrement plus élevé au Québec par

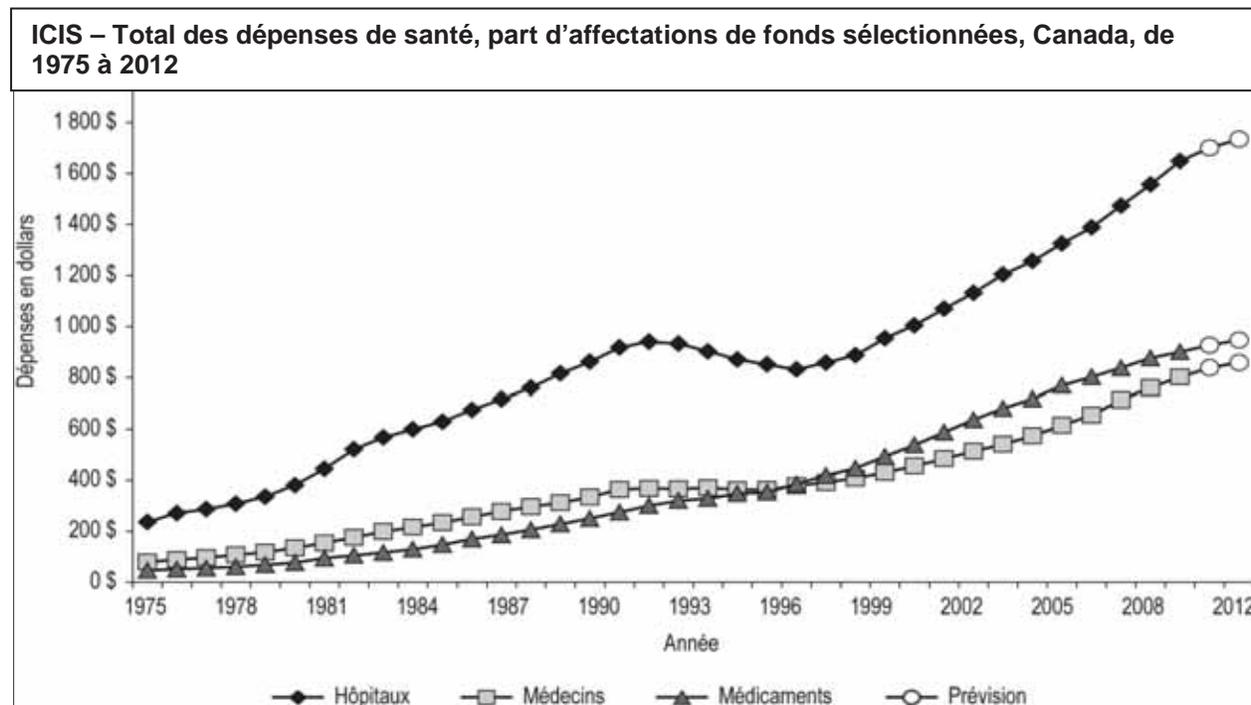
rapport à la moyenne nationale, il est intéressant de noter que les dépenses par habitant pour les hôpitaux, les médecins et les autres professionnels de la santé y sont moins élevées.<sup>21</sup>

### **Augmentation du coût des médicaments**

Les médicaments sur ordonnance sont souvent le traitement le plus efficace et le plus rentable pour de nombreuses maladies et ils sont de plus en plus utilisés pour remplacer d'autres interventions. Or, avec la multiplication des ordonnances, le fardeau financier de la hausse du coût des médicaments s'est alourdi pour les Canadiens, les employeurs, les assureurs et les gouvernements.<sup>1,2</sup>

Selon l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS),<sup>3</sup> les dépenses liées aux médicaments mobilisent de plus en plus, en quantité et en proportion, les fonds alloués aux soins de santé, et les coûts grimpent trois fois plus rapidement que le taux d'inflation. Au cours des vingt dernières années, les produits pharmaceutiques ont été les composantes ayant la croissance la plus rapide parmi les dépenses du système de santé canadien. Au Canada, le montant que versent les gouvernements, les assureurs privés et les citoyens pour les médicaments sur ordonnance ont grimpé à un taux annuel moyen de 10,6 p. 100 entre 1985 et 2005, comparativement aux dépenses totales du système de santé, qui ont augmenté à un taux annuel moyen de 6,5 p. 100. La portion attribuable aux dépenses en médicaments augmente depuis le milieu des années 1980 et elle se classe maintenant au deuxième rang des dépenses les plus importantes depuis 1997, après celles liées aux hôpitaux. En moyenne, les dépenses relatives aux médicaments représentaient 9,5 p. 100 des dépenses totales du système de santé en 1985 et 16,5 p. 100 en 2010 (voir la figure ci-après). On remarque ce même phénomène pour les régimes d'assurance-médicaments provinciaux, où les coûts ont, en moyenne, plus que doublé au cours de la dernière décennie.

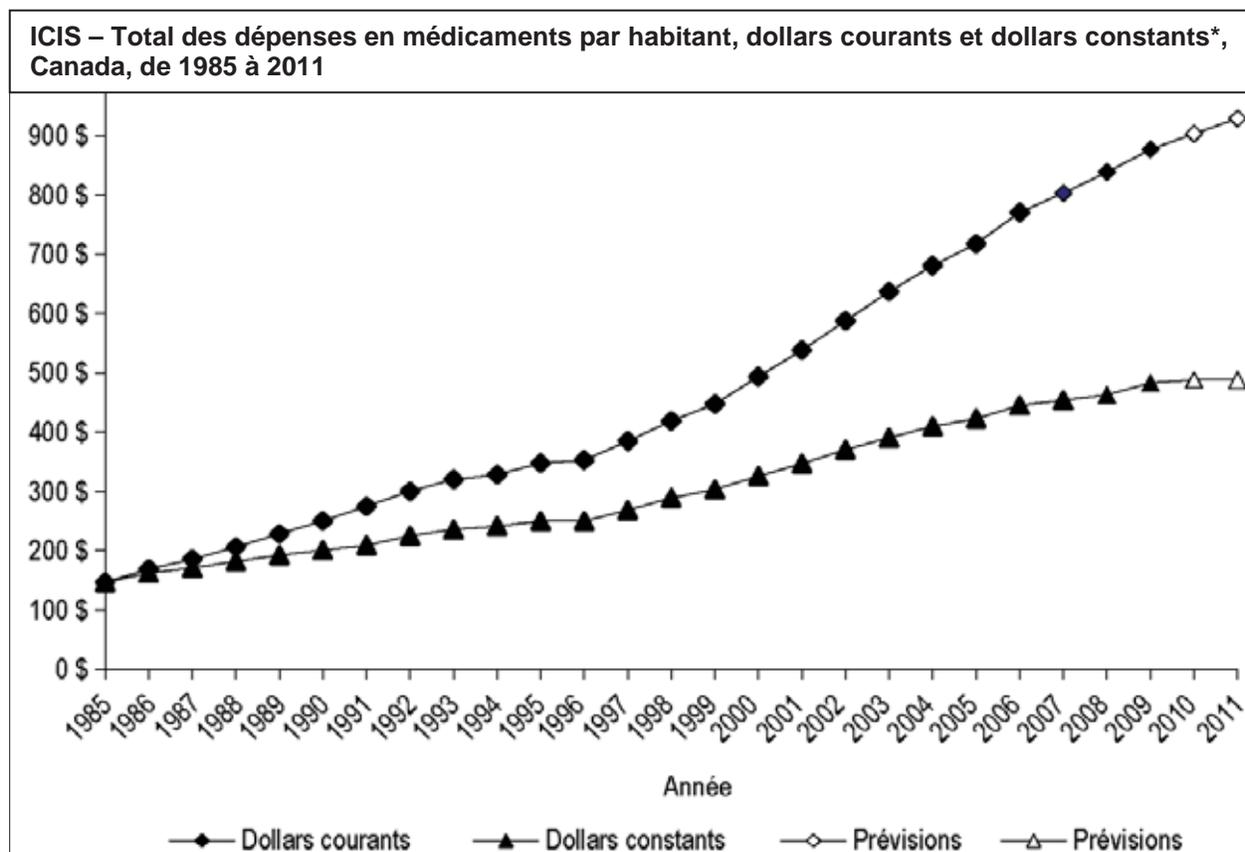
Figure A.1 - Total des dépenses de sante selon l'ICIS



Selon l'ICIS,<sup>21</sup> les tendances qui se dessinent au chapitre des dépenses en médicaments par habitant sont similaires à celles des dépenses en médicaments totales, qui sont passées de 147 \$ par habitant en 1985 à 901 \$ en 2010 (consulter le graphique ci-après).

En 2010, les Canadiens ont dépensé 901 \$ par personne pour des médicaments. Dans les différentes provinces, on prévoit que les dépenses en médicaments par habitant auraient varié de 702 et de 849 \$ en Colombie-Britannique et au Manitoba, respectivement, à 1 116 \$ et à 1 139 \$ au Nouveau-Brunswick et en Nouvelle-Écosse, respectivement. Pour ce qui est des territoires, on prévoit que ces mêmes dépenses par habitant auraient varié de 672 \$ au Nunavut à 809 \$ au Yukon.

Figure A.2 - Total des dépenses en médicaments par habitant selon l'ICIS



En outre, les Canadiens et leurs gouvernements paient davantage que de nombreux autres pays occidentaux pour les médicaments sur ordonnance, tant pour les médicaments de marque que pour les médicaments génériques.<sup>2</sup>

L'augmentation du coût et la consommation de médicaments sur ordonnance continue à exercer une pression financière sur les régimes d'assurance-médicaments publics et privés et elle entraîne davantage de dépenses de la part de Canadiens, soit par l'intermédiaire de leurs impôts, de leurs primes ou directement de leur poche.<sup>2</sup>

De toute évidence, cette situation n'est pas viable à long terme. Les provinces et les territoires doivent de plus en plus couvrir la hausse de ces coûts en réattribuant les ressources allouées à d'autres dépenses en soins de santé. On perçoit également que le coût des médicaments sur ordonnance vient accaparer les ressources affectées aux autres priorités du secteur public.

## Enjeux entourant le régime d'assurance-médicaments

Comme il a été mentionné ci-dessus, le coût des médicaments sur ordonnance a augmenté à un rythme beaucoup plus rapide que les autres composantes du système de soins de santé; il s'agit d'un enjeu important quant à la viabilité à long terme des régimes d'assurance-médicaments financés par l'État.

La rapidité à laquelle les coûts des médicaments sur ordonnance augmentent soulève une préoccupation sérieuse pour toutes les provinces canadiennes, y compris le Nouveau-Brunswick. Voici certains enjeux auxquels sont confrontés les régimes d'assurance et qui contribuent par ailleurs à la hausse des coûts des médicaments :

- Augmentation de la consommation des médicaments sur ordonnance : Les patients sont traités par une multitude de médicaments<sup>17, 22</sup> et on s'affaire actuellement à mettre au point de nouvelles pharmacothérapies pour traiter des troubles de nature médicale que l'on traitait auparavant par d'autres moyens.<sup>4,17</sup>
- Mise en marché de nouveaux médicaments : Chaque année, Santé Canada approuve plusieurs nouveaux médicaments. Les nouveaux médicaments sont parfois plus chers que les médicaments existants servant à traiter un même problème de santé, sans nécessairement être plus efficaces.<sup>4</sup>
- Augmentation de la prévalence des maladies chroniques : Davantage de personnes vivent avec des maladies chroniques comme le diabète, l'hypertension artérielle et les troubles respiratoires; elles ont donc besoin d'un traitement à long terme en recourant à des médicaments sur ordonnance pour prendre en charge leur santé.<sup>5,6,7,8</sup>
- Attentes de la population, des patients et des professionnels de la santé :
  - Une fois qu'un médicament est approuvé par Santé Canada, on s'attend à ce qu'il soit couvert par les régimes d'assurance provinciaux. De plus, on comprend mal que les régimes d'assurance-médicaments aient à évaluer le coût au même titre que l'efficacité et l'innocuité.<sup>23</sup>
  - Les compagnies pharmaceutiques font la promotion des bienfaits des médicaments sur ordonnance pour nombre de problèmes de santé directement auprès du consommateur, soit par l'intermédiaire des revues, de la télévision et d'Internet.<sup>24</sup>
- Changement dans les données démographiques : La population se fait vieillissante, ce qui pourrait se traduire par un nombre plus élevé de résidents nécessitant l'aide du gouvernement pour payer leurs médicaments sur ordonnance.<sup>25, 26</sup>
- Changements quant au traitement : De plus en plus de services de soins de santé sont dispensés à de patients externes. Cette tendance signifie que de moins en moins de médicaments sont financés par l'hôpital et qu'un plus grand nombre sont couverts par les régimes d'assurance-médicaments provinciaux.<sup>1</sup>

## Politiques et initiatives de gestion

Diverses politiques et initiatives sont utilisées par les régimes d'assurance-médicaments tant publics que privés en vue d'assurer la gestion des coûts et d'encourager une utilisation judicieuse des médicaments sur ordonnance et des prestations des régimes.

Les stratégies relatives à la gestion des coûts des médicaments (dont on fait mention ci-dessous) peuvent ralentir la croissance des dépenses des régimes, mais pas suffisamment pour financer un nouveau régime d'assurance-médicaments pour les résidents non assurés. Les exemples suivants illustrent certaines initiatives de gestion des coûts adoptées par de nombreuses provinces canadiennes, dont le Nouveau-Brunswick :

- contribution des membres au coût du régime au moyen de primes, de franchises ou de quotes-parts;
- couverture se limitant aux médicaments ayant fait l'objet d'un processus de révision fondée sur des données probantes;
- approbation de la couverture de médicaments à coût élevé seulement lorsqu'on a fait la preuve que les autres médicaments moins coûteux sont inefficaces.
- réglementation des prix des médicaments (p. ex. établissement du coût en fonction du produit de référence, prix des médicaments génériques moindres)

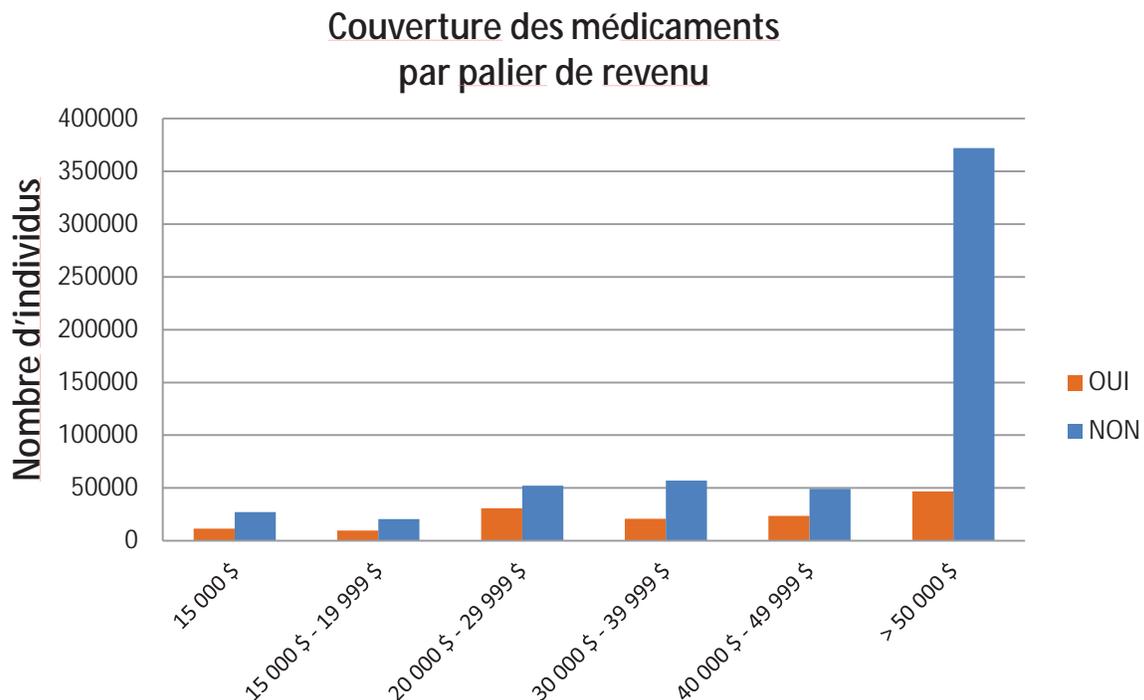
Tous les régimes d'assurance-médicaments limitent les médicaments qui sont couverts. La liste définie des médicaments couverts est souvent appelée « formulaire ». La plupart des médicaments figurant au formulaire du PMONB sont des produits réguliers dont le coût est remboursé sur présentation d'une ordonnance. Cependant, certains médicaments sont restreints et il faut une autorisation préalable afin d'obtenir un remboursement. Ils font partie des prestations sous autorisation spéciale et sont assortis de critères précis auxquels il faut satisfaire. Parmi les raisons qui feraient que le recours à un médicament soit restreint, on retrouve la possibilité de recourir à d'autres traitements efficaces et moins coûteux dans le cadre des prestations ordinaires; une probabilité importante qu'on en fasse une utilisation inadéquate ou une utilisation non indiquée sur l'étiquette (c.-à-d. à une fin autre que celle pour laquelle le médicament a été approuvé au départ); l'ampleur des répercussions financières que devrait subir le régime si le médicament n'était assorti d'aucune restriction; ou des facteurs d'innocuité.

## Annexe B – Données démographiques sur la population non assurée

Les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) recueillies par Statistique Canada auprès d'environ 2 500 Néo-Brunswickois pour 2011 ont été analysées en vue d'obtenir un portrait de la population non assurée. Les réponses liées au revenu, à l'âge, à la taille de la famille, à l'éducation et à la situation d'emploi des personnes indiquant posséder une assurance-médicaments sur ordonnance ont notamment été comparées à celle des personnes dont ce n'était pas le cas.

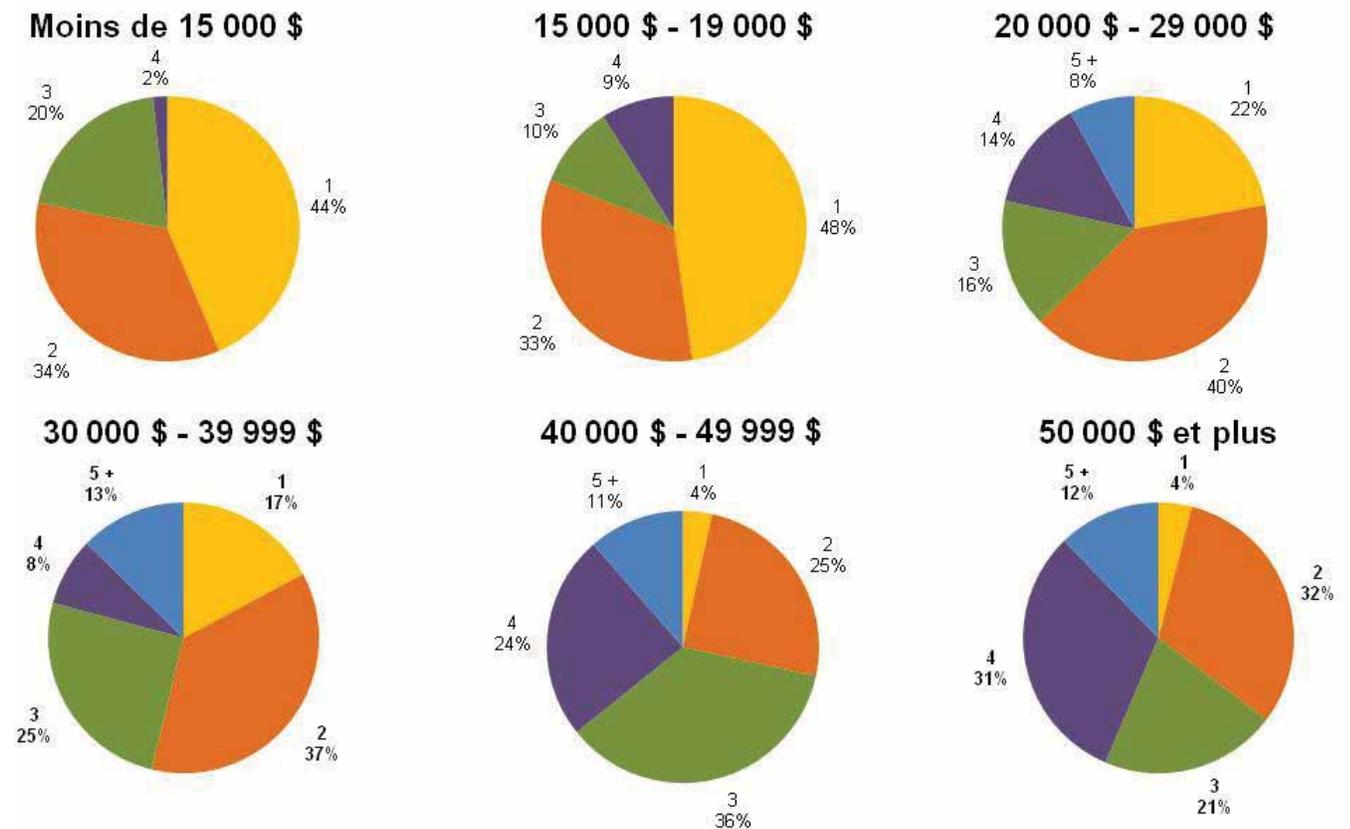
En s'appuyant sur l'échantillon de l'ESCC, on a estimé qu'environ 20 p. 100 des Néo-Brunswickois avaient déclaré ne pas disposer d'une assurance-médicaments sur ordonnance, ce qui correspondait à environ 70 000 familles. Un examen de la couverture en fonction du revenu a révélé que le nombre de personnes assurées augmente avec le revenu familial. La majorité des personnes touchant un revenu supérieur à 50 000 \$ souscrivent à une assurance, comme en fait foi la figure B.1. Un examen distinct a par ailleurs permis de constater que les personnes au revenu supérieur à ce seuil étaient beaucoup plus nombreuses parmi la population assurée (64 p. 100) que parmi la population non assurée (33 p. 100), ce qui laisse penser que jusqu'à 2 familles sans assurance-médicaments sur ordonnance sur 3 pourraient potentiellement être admissibles à un montant quelconque en subvention, selon l'option de régime d'assurance adoptée.

Figure B.1 - Couverture par palier de revenu



En ce qui concerne la taille des familles, on a constaté qu'elle tendait à augmenter au même rythme que le revenu, et ce, pour les deux populations. Au sein de la population non assurée, on a observé une proportion plus importante de familles peu nombreuses (une ou deux personnes) dans les paliers de revenu inférieurs à 30 000 \$ que dans ceux de 30 000 \$ et plus (voir la figure B.2), ce qui constitue un autre argument en faveur d'une subvention dont le montant varierait à la fois en fonction du revenu et de la taille de la famille.

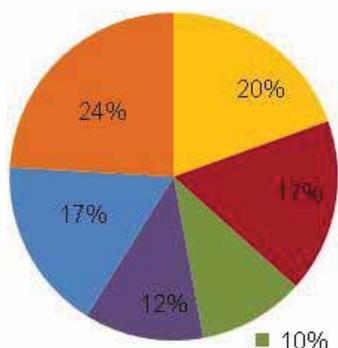
Figure B.2 - Distribution selon la taille des familles de la population non assurée et par palier de revenu



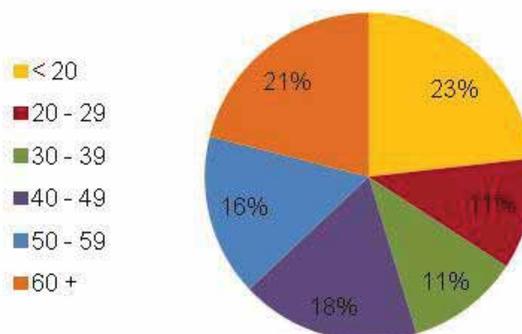
Les populations assurées et non assurées se sont avérées assez similaires en ce qui concerne l'âge (voir la figure B.3). Il s'agit là d'une constatation importante, l'âge constituant un facteur de poids dans la prévision des coûts et la détermination des primes de régimes d'assurance-médicaments. La proportion de personnes âgées de 60 ans et plus était légèrement plus élevée au sein de la population non assurée que de la population assurée (24 p. 100, par rapport à 21 p. 100), et c'était aussi le cas chez les jeunes de 20 à 29 ans (17 p. 100 contre 11 p. 100). Une proportion légèrement inférieure a cependant été observée chez les personnes de moins de 20 ans (20 p. 100 contre 23 p. 100) et de 40 à 49 ans (12 p. 100 contre 18 p. 100). En règle générale, un jeune adulte sur trois dans la vingtaine et un aîné sur cinq n'avait pas d'assurance-médicaments, tandis que les adultes dans la trentaine et la quarantaine étaient plus susceptibles d'en posséder une.

Figure B.3 - Couverture des médicaments par tranche d'âge

### Résidents non assurés par tranche d'âge



### Résidents assurés par tranche d'âge



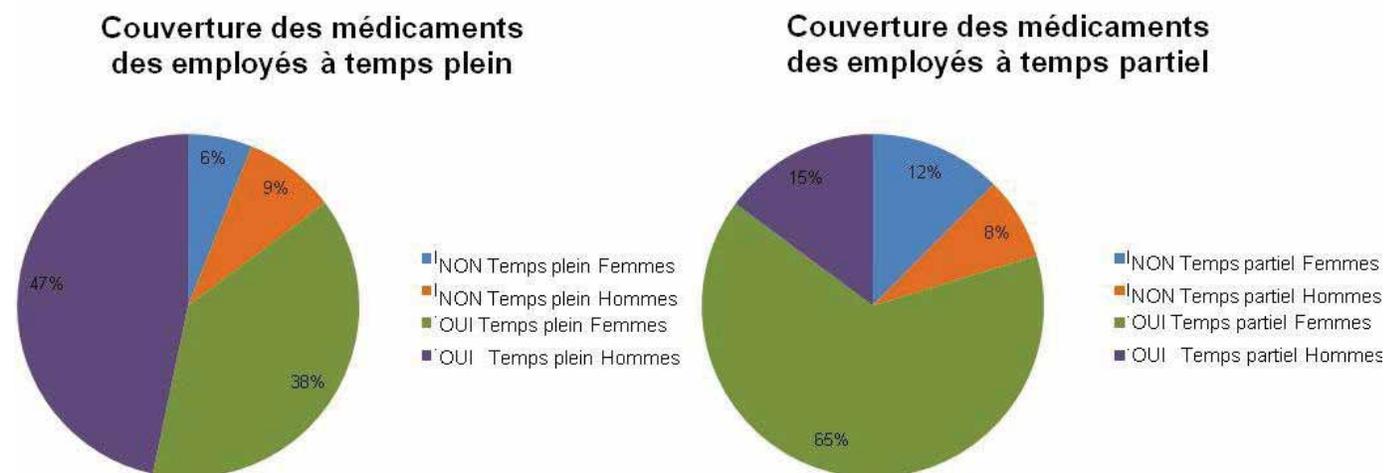
L'analyse des catégories d'éducation a révélé que le nombre de personnes assurées augmentait avec le niveau de scolarité atteint. Environ 74 p. 100 des personnes indiquant avoir terminé leurs études secondaires et 84 p. 100 de celles ayant terminé un programme d'études postsecondaires ont rapporté disposer d'une assurance-médicaments, ce qui pourrait refléter le type d'emploi occupé et l'accès à un régime privé/parrainé par l'employeur. Lorsque l'on envisageait l'assurance-médicaments selon la situation d'emploi, cependant, les personnes sans assurance étaient nombreuses à se dire employés (55 p. 100) ou travailleurs autonomes (10 p. 100). Par comparaison, 74 p. 100 de la population non assurée déclarait occuper un emploi et 4 p. 100, travailler à son compte. Un pourcentage légèrement plus élevé de cette population vivait essentiellement d'une forme quelconque de revenu de retraite (21 p. 100 contre 17 p. 100). Voir la figure B.4.

Figure B 4 - Couverture des médicaments selon source de revenu



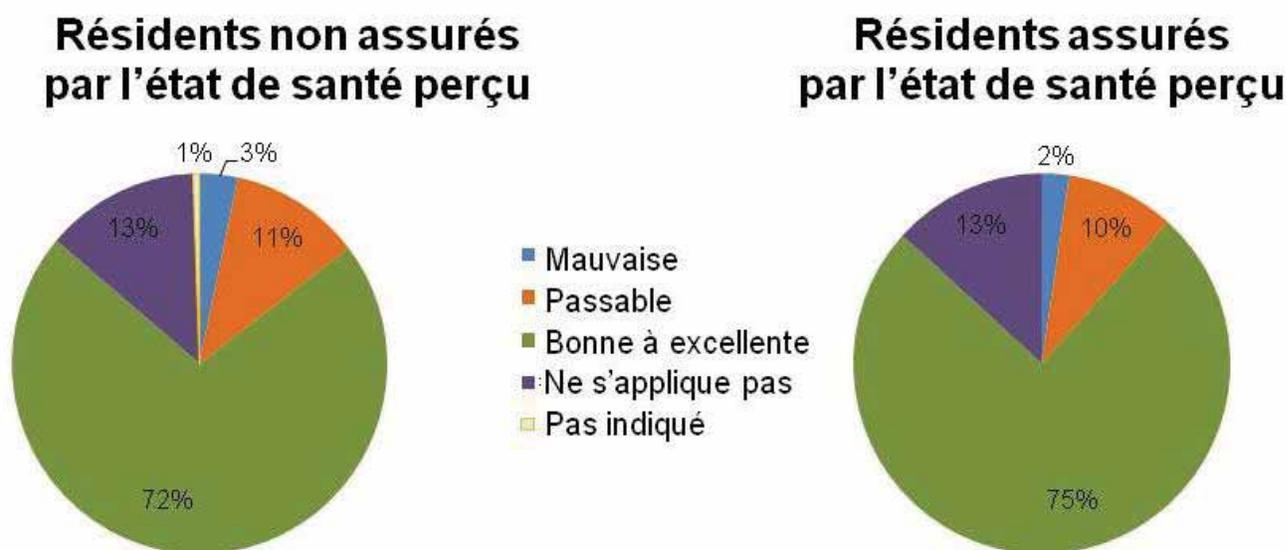
Une analyse du type d'emploi occupé a montré que les personnes travaillant à temps plein étaient plus nombreuses à posséder une assurance-médicaments (85 p. 100) que celles travaillant à temps partiel (80 p. 100). Le pourcentage élevé de travailleurs à temps partiel qui rapportaient disposer d'une assurance-médicaments a donné lieu à une enquête plus approfondie visant à expliquer cette observation (voir la figure B.5); il s'est avéré que 65 p. 100 des travailleurs à temps partiel était des femmes disposant d'une assurance-médicaments. On a présumé que ce groupe était couvert par un employeur ou par l'intermédiaire d'un conjoint. Les femmes étaient par ailleurs plus nombreuses que les hommes (12 p. 100 par rapport à 8 p. 100) à travailler à temps partiel sans assurance-médicaments.

Figure B.5 - Couverture des médicaments par type d'emploi



Le dernier point de comparaison était l'état de santé perçu. C'est avec grand intérêt que l'on a constaté que le nombre de personnes se considérant en bonne, voire en excellente santé était comparable au sein des populations non assurée (72 p. 100) et assurée (75 p. 100). On a aussi observé, dans les deux groupes, une proportion similaire de personnes décrivant leur santé comme passable ou mauvaise (voir la figure B.6). Il s'agit d'une découverte importante, puisqu'elle donne à penser que les deux populations ne sont pas tellement différentes en ce qui concerne l'état de santé perçu et que leur utilisation des médicaments pourrait donc être comparable.

Figure B.6 - Couverture des médicaments selon l'état de santé perçu



En résumé, les caractéristiques de la population non assurée ne diffèrent pas énormément, au Nouveau-Brunswick, de celles de la population assurée. Chez l'une comme chez l'autre, la taille des familles tend à augmenter avec le revenu. La répartition selon l'âge est généralement similaire, et l'état de santé perçu également. Une majorité de personnes des deux groupes rapportent par ailleurs occuper un emploi ou exercer un travail autonome, et il n'y a que les niveaux de revenu et de scolarité qui sont généralement plus bas au sein de la population non assurée. Il s'agit de renseignements précieux, puisqu'ils appuient l'assurabilité du groupe selon les principes de répartition du risque et les coûts estimatifs prévus en ce qui concerne l'utilisation des médicaments.

## **Annexe C – Renseignements relatifs aux régimes d’assurance-médicaments provinciaux**

### **Survol**

Au Canada, la prestation et l’administration des régimes d’assurance-médicaments publics relèvent des provinces. La structure des régimes et le degré de couverture varient énormément d’une province à l’autre, et ce, à la discrétion de chacune.

La présente annexe offre un aperçu des différents régimes d’assurance-médicaments provinciaux et fournit de plus amples renseignements sur les régimes d’assurance-médicaments pertinents au pays (d’est en ouest) examinés et analysés par le Comité.

Un résumé des observations du Comité figure par ailleurs à la fin de chaque section provinciale.

## Terre-Neuve-et-Labrador

Le programme des médicaments sur ordonnance de Terre-Neuve-et-Labrador offre une aide financière pour l'achat de médicaments sur ordonnance admissibles aux résidents de la province. Il comporte cinq grands régimes :

### *Personnes âgées*

- 65Plus Plan (pour les personnes de 65 ans et plus au revenu relativement faible)

### *Assistés sociaux*

- Foundation Plan
- Access Plan (voir ci-après)

### *Personnes atteintes de certaines maladies*

- Select Needs Plan (pour la fibrose kystique et l'insuffisance de l'hormone de croissance)

### *Médicaments dont le coût est élevé par rapport au revenu/régime fondé sur le revenu*

- Assurance Plan (voir ci-après)

Les régimes Access Plan et Assurance Plan font partie des régimes d'assurance-médicaments pertinents examinés par le Comité et décrits ci-après :

Le régime **Access Plan** permet aux familles et aux personnes à faible revenu d'obtenir des médicaments sur ordonnance admissibles. Le montant de la couverture est déterminé en fonction du revenu net et de la situation familiale.

Tableau C.1 - Franchise et quote-part du régime Access Plan de T.-N.-L.

Régime d'assurance-médicaments	Admissibilité/franchise	Quote-part
Access Plan : résidents à faible revenu	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Familles ayant des enfants (y compris les familles monoparentales) et un revenu annuel net de 42 870 \$ ou moins</li> <li>• Couples sans enfants ayant un revenu annuel net de 30 009 \$ ou moins</li> <li>• Particuliers ayant un revenu annuel net de 27 151 \$ ou moins</li> </ul>	De 20 à 70 p. 100 du coût total de l'ordonnance, selon le revenu et la situation familiale.

Exemples de pourcentages de quote-part pour le régime Access Plan:

Tableau C.2 - Exemples de pourcentages de quote-part pour le régime Access Plan de T.-N.-L.

Personnes seules		Couples sans enfant		Familles avec enfants	
Revenu familial	Montant de la quote-part	Revenu familial	Montant de la quote-part	Revenu familial	Montant de la quote-part
Moins de 18 557	20,0 %	Moins de 21 435	20,0 %	Moins de 30 009	20,0 %
19 000	22,5 %	22 000	23,3 %	31 000	23,9 %
20 000	28,3 %	23 000	29,1 %	32 000	27,7 %
21 000	34,1 %	24 000	35,0 %	33 000	31,6 %
22 000	40,0 %	25 000	40,8 %	34 000	35,5 %
23 000	45,8 %	26 000	46,6 %	35 000	39,4 %
24 000	51,6 %	27 000	52,4 %	36 000	43,3 %
25 000	57,5 %	28 000	58,3 %	37 000	47,2 %
26 000	63,3 %	29 000	64,1 %	38 000	51,1 %
27 000	69,1 %	30 000	69,9 %	39 000	55,0 %
27 151	70,0 %	30 009	70,0 %	40 000	58,8 %
27 152	100 %	30 010	100 %	41 000	62,7 %
ou plus	Inadmissible	ou plus	Inadmissible	42 000	66,6 %
				42 870	70,0 %
				42 871	100 %
				ou plus	Inadmissible

Le régime **Assurance Plan** offre aux particuliers et aux familles une protection contre les médicaments au coût élevé par rapport à leur revenu, qu'il s'agisse d'un seul médicament très coûteux ou d'une combinaison de médicaments différents.

Tableau C.3 - Admissibilité au régime Assurance Plan de T.-N.-L. et quote-part

Régime d'assurance-médicaments	Admissibilité	Quote-part
Assurance Plan : résidents devant se procurer des médicaments au coût élevé par rapport à leur revenu	<p>Selon le revenu, les dépenses annuelles à la charge du bénéficiaire pour les médicaments admissibles seront plafonnées à 5, 7,5 ou 10 p. 100 du revenu familial net.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les familles ayant un revenu net de 39 999 \$ ou moins n'auront pas à consacrer plus de 5 p. 100 de leur revenu net aux médicaments admissibles.</li> <li>• Celles dont le revenu net est de 40 000 \$ à 74 999 \$ n'auront pas à y consacrer plus de 7,5 p. 100 de leur revenu net.</li> <li>• Celles dont le revenu net est de 75 000 \$ à 149 999 \$ n'auront pas à y consacrer plus de 10 p. 100 de leur revenu net.</li> </ul>	En fonction du revenu et du coût des médicaments.

Le régime Assurance Plan ne couvre pas les familles au revenu supérieur à 150 000 \$.

Le tableau qui suit résume les observations du Comité :

Tableau C.4 - Résumé des observations du Comité sur les régimes de T.-N.-L.

Résumé des observations du Comité sur les régimes Access Plan et Assurance Plan de T.-N.-L.
<p><b>Principaux éléments jugés utiles pour les résidents non assurés ou viables pour le Nouveau-Brunswick :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les membres du régime doivent verser une contribution financière sous forme de quote-part.</li> <li>• Aucune limite annuelle ou à vie quant au montant de l'aide financière offerte aux membres du régime.</li> <li>• Aucune période d'attente n'est imposée, et aucune preuve médicale n'est exigée pour que la couverture soit accordée.</li> <li>• La contribution des membres varie en fonction de leur revenu et de la taille de leur famille.</li> </ul>
<p><b>Principaux éléments jugés moins réalistes pour les résidents non assurés ou non viables pour le Nouveau-Brunswick :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La quote-part du coût total des médicaments sur ordonnance pour certaines familles est élevée (jusqu'à 70 p. 100 dans le cas du régime Access Plan, et jusqu'à 99 p. 100 dans</li> </ul>

Résumé des observations du Comité sur les régimes Access Plan et Assurance Plan de T.-N.-L.

celui du régime Assurance Plan) et crée un obstacle à l'accès pour des médicaments nécessaires.

- Les familles touchant un revenu égal ou supérieur à 150 000 \$ ne peuvent bénéficier du régime, même si elles doivent se procurer des médicaments au coût élevé.
- Comme l'adhésion est volontaire, le gouvernement s'expose à des coûts élevés pour offrir une protection à un petit nombre de familles.

Pour de plus amples renseignements, consulter le site Web suivant :

[http://www.health.gov.nl.ca/health/prescription/nlpdp\\_plan\\_overview.html](http://www.health.gov.nl.ca/health/prescription/nlpdp_plan_overview.html) (en anglais seulement).

## Île-du-Prince-Édouard

L'Île-du-Prince-Édouard offre à ses résidents plusieurs régimes d'assurance-médicaments, notamment divers régimes pour différents groupes de bénéficiaires. La Province ne dispose d'aucun régime pertinent que le Comité pourrait évaluer.

### *Personnes âgées*

- Régime d'aide au coût des médicaments (destiné aux personnes de 65 ans et plus)

### *Assistés sociaux*

- Régime pour enfants pris en charge
- Régime d'aide financière

### *Personnes atteintes de certaines maladies*

- Programme de médicaments contre le sida/VIH
- Programme de médicaments contre la fibrose kystique
- Programme de soins pour diabétiques
- Programme d'érythropoïétine
- Programme d'hormone de croissance
- Programme de médicaments contre l'hépatite
- Médicaments coûteux (pour le traitement de la spondylarthrite ankylosante, du cancer, de la maladie de Crohn, du diabète, de la sclérose en plaques, de l'hypertension pulmonaire, de la polyarthrite psoriasique, de la polyarthrite rhumatoïde, de la forme exsudative de la dégénérescence maculaire liée à l'âge)
- Programme de médicaments coûteux pour le traitement de la maladie de Crohn
- Programme d'oxygène à domicile
- Programme d'immunisation
- Programme d'intron A (interféron)
- Programme de médicaments contre la méningite
- Programme de médicaments contre la phénylcétonurie (PCU)
- Programme de renonciation au tabac
- Programme de médicaments contre la rage
- Programme de médicaments contre la fièvre rhumatoïde
- Programme de médicaments contre les maladies transmissibles sexuellement
- Programme pour greffés
- Programme de médicaments contre la tuberculose

*Autres*

- Régime réservé aux foyers de soins
- Régime destiné aux pharmacies d'établissement
- Programme des centres de santé mentale communautaires
- Programme de nutrition
- Régime de prestations santé familiales (apporte une aide aux familles à faible revenu avec des enfants pour le coût des médicaments sur ordonnance)

Les observations du Comité sont résumées dans le tableau ci-dessous :

Tableau C.5 - Résumé des observations du Comité sur les régimes de l'Île-du-Prince-Édouard

Résumé des observations du Comité sur les régimes d'assurance-médicaments de l'Î.-P.-É.

**Principaux éléments jugés utiles pour les résidents non assurés ou viables pour le Nouveau-Brunswick :**

- S.O.

**Principaux éléments jugés moins réalistes pour les résidents non assurés ou non viables pour le Nouveau-Brunswick :**

- Les régimes sont fragmentés pour divers problèmes de santé.
- Le régime de prestations santé familiales ne couvre que les enfants et les étudiants à charge (de moins de 25 ans) et laisse les parents ayant un faible revenu sans assurance.

Pour de plus amples renseignements, consultez le site Web suivant :  
<http://www.healthpei.ca/index.php3?number=1026180&lang=E> (en anglais seulement).

## Nouvelle-Écosse

La Nouvelle-Écosse fournit de l'aide aux résidents admissibles grâce à divers régimes visant à aider à payer les médicaments sur ordonnance, qui sont offerts sous les formes suivantes :

### *Personnes âgées*

- Régime d'assurance-médicaments pour les aînés (pour les résidents de 65 ans et plus), voir le tableau ci-dessous

### *Assistés sociaux*

- Ministère des Services communautaires – Prestations du régime d'assurance-médicaments
- Régime d'assurance-médicaments familial

### *Personnes atteintes de certaines maladies*

- Régime d'assurance-médicaments pour diabétiques
- Aide pour les médicaments contre le cancer

### *Médicaments dont le coût est élevé par rapport au revenu/régime fondé sur le revenu*

- Régime d'assurance-médicaments familial, voir le tableau ci-dessous

Le Comité a passé en revue les régimes d'assurance-médicaments pertinents, dont le Régime d'assurance-médicaments familial et le Régime d'assurance-médicaments pour les aînés de la Nouvelle-Écosse et on en présente une description ci-dessous :

Le **Régime d'assurance médicaments familial de la Nouvelle-Écosse** est un régime provincial conçu pour aider les familles néo-écossaises à payer le coût de leurs médicaments sur ordonnance. Il offre une protection contre le coût des médicaments aux familles qui n'ont pas d'assurance-médicaments ou contre le coût élevé des médicaments par rapport au revenu.

Les bénéficiaires comprennent les résidents permanents qui sont titulaires d'une carte santé valide de la Nouvelle-Écosse et qui ne sont pas couverts par un autre régime d'assurance-médicaments public de la Nouvelle-Écosse.

Tableau C.6 - Franchise et quote-part du Régime d'assurance-médicaments familial de la Nouvelle-Écosse

Régime d'assurance-médicaments familial	Franchise	Quote-part
Régime d'assurance-médicaments familial de la N.-É.	La franchise familiale annuelle, fondée sur le revenu et la taille de la famille, doit être payée au complet avant de recevoir des remboursements.	La quote-part est fixée à 20 p. 100 par ordonnance, jusqu'à un maximum annuel basé sur le revenu et la taille de la famille.

Le coût total de la franchise annuelle et de la quote-part peut atteindre de 5 p. 100 à 35 p. 100 du revenu pour les résidents de la Nouvelle-Écosse, selon leur revenu.

Exemples de franchises du Régime d'assurance-médicaments familial de la N.-É.

Tableau C.7 - Franchises du Régime d'assurance-médicaments familial de la N.-É.

Revenu familial annuel corrigé	Franchise annuelle sous forme d'un pourcentage du revenu familial annuel corrigé	Franchise annuelle
Moins de 10 000 \$	1,0 %	De 0 à moins de 100 \$
De 45 000 à 50 000 \$	5,0 %	De 2 250 à 2 500 \$
De 65 000 à 67 000 \$	10,0 %	De 6 500 à 6 700 \$
De 81 000 à 83 000 \$	15,0 %	De 12 150 à 12 450 \$
98 000 \$ et plus	20,0 %	19 600 \$ et plus

Exemples de quotes-parts du Régime d'assurance-médicaments familial de la N.-É.

Tableau C.8 - Quotes-parts du Régime d'assurance-médicaments de la N.-É.

Revenu familial annuel corrigé	Quote-part annuelle sous forme d'un pourcentage du revenu familial annuel corrigé	Quote-part annuelle maximale
Moins de 10 000 \$	4,0 %	De 0 à 400 \$
De 40 000 à moins de 50 000 \$	9,5 %	De 3 800 à 4 750 \$.
De 60 000 à moins de 70 000 \$	12,0 %	De 7 200 à 8 400 \$.
De 80 000 à moins de 90 000 \$	14,0 %	De 11 200 à 12 600 \$
90 000 \$ et plus	15,0 %	13 500 \$ et plus

Le **Régime d'assurance-médicaments pour les aînés de la Nouvelle-Écosse** est un régime provincial destiné à aider les personnes âgées admissibles à payer le coût de leurs médicaments sur ordonnance. Il offre une protection contre le coût des médicaments aux familles qui ne sont pas assurées ou qui payent des coûts élevés pour leurs médicaments par rapport à leur revenu.

Les bénéficiaires comprennent les résidents permanents âgés d'au moins 65 ans qui détiennent une carte santé valide de la Nouvelle-Écosse et qui ne sont pas couverts par un autre régime d'assurance-médicaments public ou privé.

Les personnes âgées contribuent au Régime de deux façons : en payant une prime et en versant une quote-part, toutes deux étant assorties d'un maximum annuel. Les primes du Régime d'assurance-médicaments pour les aînés de la Nouvelle-Écosse sont en vigueur depuis février 2011 et le maximum annuel à payer pour une personne âgée est de 424 \$.

Tableau C.9 - Primes du Régime d'assurance-médicaments pour les aînés de la N.-É.

Catégorie de bénéficiaire		Prime annuelle
Personnes âgées célibataires	Revenu annuel inférieur à 18 000 \$	Aucune prime (subventionné à 100 p. 100)
	Revenu annuel entre 18 000 et 24 000 \$	Prime réduite
Personnes âgées mariées	Revenu annuel conjoint inférieur à 21 000 \$	Aucune prime (subventionné à 100 p. 100)
	Revenu annuel conjoint entre 21 000 et 28 000 \$	Prime réduite

La quote-part du régime est fixée à 30 p. 100 du montant total de chaque ordonnance. Il est à noter que tous les aînés doivent payer une quote-part, même si leur prime est réduite. La quote-part est en vigueur depuis février 2011 et le maximum annuel est de 382 \$.

Les observations du Comité sont résumées dans le tableau ci-dessous :

Tableau C.10 - Résumé des observations du Comité sur les régimes de la Nouvelle-Écosse

#### Résumé des observations du Comité sur le Régime d'assurance-médicaments familial de la N.-É.

##### Principaux éléments jugés utiles pour les résidents non assurés ou viables pour le Nouveau-Brunswick :

- Les membres du régime doivent verser une contribution financière sous forme de franchise ou de quote-part.
- Aucune limite annuelle ou à vie quant au montant de l'aide financière offerte aux membres du régime.
- Aucune période d'attente n'est imposée et aucune preuve médicale n'est exigée pour que la couverture soit accordée.
- La contribution des membres varie en fonction de leur revenu et de la taille de leur famille.

##### Principaux éléments jugés moins réalistes pour les résidents non assurés ou non viables pour le Nouveau-Brunswick :

- Le fait de devoir payer complètement la franchise annuelle avant de pouvoir obtenir des remboursements entrave l'accès aux médicaments nécessaires.
- Certaines familles ont à acquitter des coûts élevés (jusqu'à 35 p. 100 du revenu), ce qui entrave l'accès aux médicaments nécessaires.

Résumé des observations du Comité sur le Régime d'assurance-médicaments familial de la N.-É.

- Comme l'adhésion est volontaire, les coûts nécessaires pour couvrir un petit nombre de familles sont élevés pour le gouvernement.

Pour de plus amples renseignements, consultez le site Web suivant :  
<http://novascotia.ca/health/pharmacare> (en anglais seulement).

## Nouveau-Brunswick

Le Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick fournit des médicaments sur ordonnance aux résidents admissibles. Le plan regroupe divers régimes d'assurance-médicaments individuels, chacun conçu pour répondre aux besoins d'un groupe de bénéficiaires particulier.

### *Personnes âgées*

- Groupe de bénéficiaires aînés (Plan A) (pour les personnes de 65 ans et plus)

### *Assistés sociaux*

- Résidents en établissements résidentiels agréés pour adultes (Plan E)
- Clients du ministère du Développement social (Plan F)
- Enfants pris en charge par le ministre du Développement social (Plan G)

### *Personnes atteintes de certaines maladies*

- Fibrose kystique (Plan B)
- Sclérose en plaques (Plan H)
- Greffes d'organes (Plan R)
- Hormone de croissance humaine (Plan T)
- VIH/sida (Plan U)

### *Autres*

- Clients de foyers de soins (Plan V)

Pour de plus amples renseignements, consultez le site Web suivant :  
<http://www.gnb.ca/0051/0212/index-f.asp>.

## Québec

Le Québec n'a qu'un seul régime d'assurance-médicaments public, soit le Régime public d'assurance médicaments, qui est administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Dans cette province, tous les habitants doivent être couverts par une assurance-médicaments sur ordonnance. Seules les personnes non admissibles à un régime d'assurance privé peuvent adhérer au régime public. Mis en place en 1997, ce régime avait pour but de fournir une couverture à tous les Québécois qui ne sont pas admissibles à un régime privé. Les différents groupes de bénéficiaires sont donc couverts par ce régime unique comme suit :

### *Personnes âgées*

- Régime public d'assurance médicaments (pour les 65 ans et plus)

### *Assistés sociaux*

- Régime public d'assurance médicaments (assistés sociaux et prestataires d'une aide financière de dernier recours [détenteurs d'un carnet de réclamation])

### *Médicaments dont le coût est élevé par rapport au revenu/régime fondé sur le revenu*

- Régime public d'assurance médicaments

Le Régime public d'assurance médicaments du Québec est le régime digne d'intérêt sur lequel s'est penché le Comité, et on en présente une description ci-dessous :

Le **Régime public d'assurance médicaments** est un régime d'assurance gouvernemental qui offre une couverture de base pour les médicaments. Il permet un accès raisonnable et équitable aux médicaments sur ordonnance à tous les résidents n'ayant pas d'assurance privée, sans égard à leur situation financière.

Les primes (au 1<sup>er</sup> juillet 2012) varient de 0 à 579 \$ par année par adulte, d'après le revenu familial net, pour toutes les personnes de moins de 65 ans qui n'ont pas accès à un régime privé d'assurance-médicaments et pour les personnes de 65 ans et plus qui reçoivent un Supplément de revenu garanti (SRG) de 0 à 93 p. 100. Revenu Québec recueille le montant des primes au moment où les résidents produisent leur déclaration de revenus annuelle.

Tableau C.11 - Primes du régime d'assurance du Québec

Catégorie de bénéficiaire	Prime annuelle (au moment de produire la déclaration de revenus)
Adultes de 18 à 64 ans non admissibles à un régime privé	De 0 à 579 \$
Personnes de 65 ans et plus – sans SRG	De 0 à 579 \$
Personnes de 65 ans et plus – SRG au taux de 1 à 93 p. 100	De 0 à 579 \$

En plus des primes, les personnes assurées par le Régime public d'assurance médicaments versent une contribution financière sous forme de franchises et de quotes-parts en fonction de leur capacité à payer (au 1<sup>er</sup> juillet 2012) :

Tableau C.12 - Franchise, quote-part et contribution maximale du régime d'assurance du Québec

Catégorie de bénéficiaire	Franchise mensuelle	Quote-part par ordonnance	Contribution mensuelle maximale	Contribution annuelle maximale
Adultes de 18 à 64 ans non admissibles à une assurance privée	16,25 \$	32 p. 100 des coûts	82,66 \$	992 \$
Personnes âgées sans SRG	16,25 \$	32 p. 100 des coûts	82,66 \$	992 \$
Personnes âgées recevant un SRG au taux de 1 à 93 p. 100	16,25 \$	32 p. 100 des coûts	50,97 \$	612 \$
Personnes âgées recevant un SRG au taux de 94 à 100 p. 100	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$
Bénéficiaires de la sécurité du revenu	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$
Détenteurs d'un carnet de réclamation	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$

Lorsqu'une personne atteint sa contribution mensuelle maximale, elle peut obtenir gratuitement ses médicaments couverts jusqu'à la fin du mois.

Les personnes suivantes sont couvertes, mais n'ont pas à payer la prime annuelle ni aucune contribution au moment où elles se procurent des médicaments sur ordonnance :

- les personnes âgées recevant un SRG au taux de 94 à 100 p. 100;
- les bénéficiaires de l'aide sociale (bénéficiaires de la sécurité du revenu);
- les prestataires d'une aide financière de dernier recours (détenteurs d'un carnet de réclamation).

Les primes, les franchises et les quotes-parts ne s'appliquent pas aux enfants de moins de 18 ans, ni aux étudiants à temps plein de moins de 25 ans qui habitent chez leurs parents.

Au Québec, la loi oblige tous les résidents à adhérer à un régime d'assurance-médicaments sur ordonnance, qu'il s'agisse d'un régime collectif privé ou du régime public administré par la RAMQ. Elle oblige aussi tous les régimes collectifs privés qui offrent une assurance-médicaments sur ordonnance à respecter les conditions minimales quant à la couverture offerte et à la contribution financière exigée des personnes assurées. De plus, les régimes collectifs

privés ne peuvent séparer l'assurance-médicaments des autres prestations d'assurance-maladie complémentaires.

Les observations du Comité sont résumées dans le tableau ci-dessous :

Tableau C.13 - Résumé des observations du Comité sur le régime d'assurance du Québec

### Résumé des observations du Comité sur le Régime public d'assurance médicaments du Québec

#### **Principaux éléments jugés utiles pour les résidents non assurés ou viables pour le Nouveau-Brunswick :**

- Couverture obligatoire imposée par la loi, les coûts sont donc répartis et tous les résidents sont protégés.
- Prime annuelle recueillie par l'entremise du système d'imposition.
- Les membres du régime doivent verser une contribution financière sous forme de franchise mensuelle et de quote-part.
- Aucune limite annuelle ou à vie quant au montant de l'aide financière offerte aux membres du régime.
- Aucune période d'attente n'est imposée et aucune preuve médicale n'est exigée pour que la couverture soit accordée.
- La contribution des membres varie en fonction de leur revenu et de la taille de leur famille.

#### **Principaux éléments jugés moins réalistes pour les résidents non assurés ou non viables pour le Nouveau-Brunswick :**

- Les primes, franchises et quotes-parts ne s'appliquent pas aux enfants de moins de 18 ans, ni aux étudiants à temps plein (de moins de 25 ans) qui habitent chez leurs parents, peu importe le revenu familial.
- Certains groupes sont dispensés des primes, des franchises et des quotes-parts, ce qui ne produit aucun incitatif à l'utilisation responsable du régime.
- Une contribution annuelle maximale déboursée a été fixée, ce qui ne constitue pas un grand incitatif à l'utilisation responsable du régime une fois cette limite atteinte.

Pour de plus amples renseignements, consultez le site Web suivant :

<http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurance-medicaments/Pages/description.aspx>.

## Ontario

La Division des programmes publics de médicaments du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario est chargée de la prestation des programmes de médicaments publics de la province, qui comprennent les suivants :

### *Personnes âgées*

- Programme de médicaments de l'Ontario (PMO) (pour les 65 ans et plus)

### *Assistés sociaux*

- Programme de médicaments de l'Ontario (PMO) (pour les assistés sociaux par l'entremise du programme Ontario au travail ou du Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées)

### *Personnes atteintes de certaines maladies*

- Programme de médicaments spéciaux (PMS)
- Programme de financement des nouveaux médicaments (PFNM) contre le cancer
- Programme d'aide pour les maladies métaboliques héréditaires (MMH)
- Programme de prophylaxie pour les infections à virus respiratoire syncytial chez les nouveau-nés et les nourrissons à haut risque (Programme PS-IVRS)
- Programme de traitement à la Visudyne

### *Autres*

- Programme de médicaments de l'Ontario (PMO) (résidents d'un foyer de soins de longue durée, d'un foyer de soins spéciaux ou inscrits aux services de soins à domicile)

### *Médicaments dont le coût est élevé par rapport au revenu/régime fondé sur le revenu*

- Programme de médicaments Trillium (PMT)

Le Programme de médicaments Trillium est le régime digne d'intérêt sur lequel s'est penché le Comité, et on en présente une description ci-dessous :

Le **Programme de médicaments Trillium (PMT)** est un programme annuel du gouvernement provincial destiné aux résidents de l'Ontario qui sont titulaires d'une carte Santé de l'Ontario valide et qui consacrent une grande partie de leur revenu à l'achat de médicaments sur ordonnance. Le PMT verse des prestations pour certains médicaments sur ordonnance lorsque les coûts pour un ménage donné dépassent environ 4 p. 100 de son revenu net total. Les résidents peuvent y adhérer s'ils n'ont pas d'assurance-médicaments privée ou alors s'ils en ont une, mais qu'elle ne couvre qu'en partie les coûts des médicaments.

Franchise : La franchise correspond à environ 4 p. 100 du revenu total du ménage et est calculée chaque année en fonction du nombre de personnes qui font partie du ménage et de leur revenu net combiné. Elle est répartie tout au long de l'année du programme, qui commence le 1<sup>er</sup> août d'une année et se termine le 31 juillet de l'année suivante, et un montant devient

exigible au début de chaque trimestre. Lorsque les médicaments sur ordonnance achetés dans un trimestre donné atteignent un montant égal à la franchise pour ce trimestre, le PMT couvre les achats suivants de ce trimestre.

Quote-part : Une fois la franchise acquittée pour le trimestre, le bénéficiaire devra payer jusqu'à 2 \$ par ordonnance pour un médicament admissible.

Les observations du Comité sont résumées dans le tableau ci-dessous :

Tableau C.14 - Résumé des observations du Comité sur le régime d'assurance de l'Ontario

#### Résumé des observations du Comité sur le Programme de médicaments Trillium de l'Ontario

##### **Principaux éléments jugés utiles pour les résidents non assurés ou viables pour le Nouveau-Brunswick :**

- Les membres du régime doivent verser une contribution financière sous forme de franchise et de quote-part.
- Il n'y a aucune limite annuelle ou à vie quant au montant de l'aide financière offerte aux membres du régime.
- Aucune période d'attente n'est imposée et aucune preuve médicale n'est exigée pour que la couverture soit accordée.

##### **Principaux éléments jugés moins réalistes pour les résidents non assurés ou non viables pour le Nouveau-Brunswick :**

- La couverture s'applique lorsque le coût des médicaments pour un ménage dépasse environ 4 p. 100 de son revenu net total.
- Le programme applique une quote-part de 2 \$ par ordonnance une fois la franchise payée, ce qui ne constitue pas un grand incitatif à l'utilisation responsable du régime.
- Comme l'adhésion est volontaire, les coûts sont élevés pour le gouvernement.

Pour de plus amples renseignements, consultez le site Web suivant :  
<http://www.health.gov.on.ca/fr/public/programs/drugs/programs/programs.aspx>.

## Manitoba

Santé Manitoba verse des indemnités pour les médicaments aux Manitobains admissibles. Ce programme provincial d'indemnisation pour les médicaments s'appelle le Régime d'assurance-médicaments. Il est accessible à tous les résidents admissibles, peu importe leur état de santé ou leur âge, pour qui les coûts des médicaments sont élevés par rapport à leur revenu.

Différents types de régimes d'assurance-médicaments sont offerts, dont les suivants :

### *Personnes âgées*

- Régime d'assurance-médicaments

### *Assistés sociaux*

- Aide à l'emploi et au revenu

### *Personnes atteintes de certaines maladies*

- Action cancer Manitoba
- VIH/sida (médicaments couverts par le Régime d'assurance-médicaments)

### *Autres*

- Programme d'évaluation de frais de médicaments dans les foyers de soins personnels
- Programme d'accès gratuit aux médicaments pour soins palliatifs

### *Médicaments dont le coût est élevé par rapport au revenu/régime fondé sur le revenu*

- Régime d'assurance-médicaments

Le Régime d'assurance-médicaments du Manitoba est le régime digne d'intérêt sur lequel s'est penché le Comité, et on en présente une description ci-dessous :

Le **Régime d'assurance-médicaments** du Manitoba est un programme d'indemnités pour les médicaments offert aux Manitobains admissibles, peu importe leur état de santé ou leur âge, pour qui le coût élevé des médicaments sur ordonnance grève fortement leur revenu. La couverture offerte par le Régime est fonction du revenu total de la famille et du montant qu'elle paie pour les médicaments sur ordonnance admissibles. Le revenu total de la famille est corrigé d'après la présence d'un conjoint (ou d'une conjointe) et le nombre de personnes à charge, le cas échéant.

Pour pouvoir toucher des indemnités, les résidents doivent être admissibles au Régime d'assurance-maladie de Santé Manitoba, leurs médicaments sur ordonnance ne doivent pas être payés par un autre régime d'assurance provincial, fédéral ou privé, et les coûts de leurs médicaments sur ordonnance admissibles doivent dépasser la franchise du Régime d'assurance-médicaments.

Cette franchise annuelle est établie pour chaque unité familiale d'après son revenu total annuel (auquel on retranche 3 000 \$ pour un conjoint ou une conjointe et pour chaque enfant de moins de 18 ans, le cas échéant).

Tableau C.15 - Franchise du Régime d'assurance-médicaments du Manitoba

Revenu familial total corrigé	Taux de franchise du Régime d'assurance-médicaments (2012-2013)
Inférieur ou égal à 15 000 \$	2,81 %
De 15 001 à 21 000 \$ inclusivement	3,99 %
De 21 001 à 29 000 \$ inclusivement	de 4,03 à 4,38 %
De 29 001 à 40 000 \$ inclusivement	4,41 %
De 40 001 à 47 500 \$ inclusivement	de 4,79 à 5,01 %
De 47 501 à 75 000 \$ inclusivement	5,08 %
De 75 001 à 100 000 \$ inclusivement	6,36 %
Supérieur à 100 001 \$	6,36 %

En 2007, le Manitoba a mis en place le Programme de versements échelonnés de la franchise du Régime d'assurance-médicaments. Les résidents admissibles peuvent se prévaloir de cette option, qui leur permet de payer leur franchise du Régime d'assurance-médicaments par des versements mensuels. Le Programme devrait aider à réduire les difficultés financières des familles pour qui les coûts des médicaments admissibles sont une part importante de leur revenu mensuel.

Le Régime d'assurance-médicaments couvre entièrement le prix des médicaments sur ordonnance admissibles une fois la franchise préétablie payée.

Les observations du Comité sont résumées dans le tableau ci-dessous :

Tableau C.16 - Résumé des observations du Comité sur le régime d'assurance du Manitoba

#### Résumé des observations du Comité sur le Régime d'assurance-médicaments du Manitoba

##### Principaux éléments jugés utiles pour les résidents non assurés ou viables pour le Nouveau-Brunswick :

- Aucune limite annuelle ou à vie quant au montant de l'aide financière offerte aux membres du régime.
- Aucune période d'attente n'est imposée et aucune preuve médicale n'est exigée pour que la couverture soit accordée.
- La contribution des membres sous forme de franchise varie en fonction du revenu et de la taille de la famille.

##### Principaux éléments jugés moins réalistes pour les résidents non assurés ou non viables pour le Nouveau-Brunswick :

- La contribution financière des membres du régime ne se fait **que** sous forme de franchise mensuelle (de 2,81 à 6,26 p. 100 du revenu familial total corrigé).

#### Résumé des observations du Comité sur le Régime d'assurance-médicaments du Manitoba

- Une fois la franchise payée, la totalité des coûts des médicaments sont couverts, ce qui ne produit aucun incitatif à l'utilisation responsable du régime.
- Comme le régime est universel mais non obligatoire, les coûts sont élevés pour le gouvernement.

Pour de plus amples renseignements, consultez le site web suivant :  
<http://www.gov.mb.ca/health/pharmacare/index.fr.html>.

## Saskatchewan

Les résidents de la Saskatchewan titulaires d'une carte santé valide du ministère de la Santé de la province (Saskatchewan Health) peuvent être admissibles au régime d'assurance-médicaments de la Saskatchewan. Différents types de régimes d'assurance-médicaments sont offerts, dont les suivants :

### *Personnes âgées*

- Régime d'assurance médicaments pour les aînés (pour les résidents de 65 ans et plus)

### *Assistés sociaux*

- Régime d'assistance de la Saskatchewan (SAP)

### *Personnes atteintes de certaines maladies*

- Aide à la vie autonome de la Saskatchewan (SAIL)
- Agence du cancer de la Saskatchewan
- VIH/sida

### *Autres*

- Prestations de santé familiale
- Régime d'assurance médicaments pour enfants
- Programme de prestations de santé pour les travailleurs de la Saskatchewan
- Aide d'urgence pour les médicaments sur ordonnance
- Soins palliatifs

### *Programme fondé sur le revenu*

- Programme de soutien spécial

Le Programme de soutien spécial de la Saskatchewan est le régime digne d'intérêt sur lequel s'est penché le Comité, et on en présente une description ci-dessous :

Le **Programme de soutien spécial** est destiné à aider les personnes pour qui le coût des médicaments est élevé par rapport à leur revenu. Ce programme fondé sur le revenu aide aussi à répartir le coût des médicaments sur ordonnance de manière égale sur une année complète.

La franchise annuelle est établie en fonction du revenu familial annuel corrigé, auquel on retranche 3 500 \$ par personne à charge de moins de 18 ans. Les familles à faible revenu ont accès à une aide supplémentaire.

La quote-part est établie d'après la portion du coût des médicaments de la famille qui dépasse le seuil de 3,4 p. 100 du revenu familial combiné corrigé.

Les dépenses à la charge du bénéficiaire sont plafonnées à 3,4 p. 100 du revenu familial corrigé.

Les observations du Comité sont résumées dans le tableau ci-dessous :

Tableau C.17 - Résumé des observations du Comité sur le régime d'assurance de la Saskatchewan

### Résumé des observations du Comité sur le Programme de soutien spécial de la Saskatchewan

#### **Principaux éléments jugés utiles pour les résidents non assurés ou viables pour le Nouveau-Brunswick :**

- Les membres du régime doivent verser une contribution financière sous forme de franchise et de quote-part.
- Aucune limite annuelle ou à vie quant au montant de l'aide financière offerte aux membres du régime.
- Aucune période d'attente n'est imposée et aucune preuve médicale n'est exigée pour que la couverture soit accordée.
- La contribution des membres sous forme de franchise varie en fonction du revenu et de la taille de la famille.

#### **Principaux éléments jugés moins réalistes pour les résidents non assurés ou non viables pour le Nouveau-Brunswick :**

- La quote-part est établie d'après le montant du coût des médicaments de la famille qui dépasse le seuil de 3,4 p. 100 du revenu familial corrigé.
- Une fois la limite de 3,4 p. 100 du revenu familial corrigé atteinte, la totalité des coûts des médicaments est couverte, ce qui ne produit aucun incitatif à l'utilisation responsable du régime
- Comme le régime est universel mais non obligatoire, les coûts sont élevés pour le gouvernement.

Pour de plus amples renseignements, consultez le site Web suivant :  
<http://www.health.gov.sk.ca/drug-plan-benefits> (en anglais seulement).

## Alberta

Tous les Albertains ont accès à des prestations pour médicaments sur ordonnance grâce au programme d'assurance-médicaments du gouvernement de l'Alberta. La Province donne accès à une couverture pour les médicaments par l'entremise des divers régimes d'assurance-médicaments destinés à des groupes de patients particuliers, comme suit :

### *Personnes âgées*

- Régime pour les aînés (pour les résidents de 65 ans et plus et les personnes à leur charge)

### *Assistés sociaux*

- Soutien du revenu
- Prestations de santé pour les adultes de l'Alberta
- Revenu garanti pour les personnes lourdement handicapées
- Prestations de santé pour les enfants de l'Alberta

### *Personnes atteintes de certaines maladies*

- Programme de prestations d'assurance-médicaments contre le cancer pour les patients externes des Services de santé de l'Alberta
- Services à l'échelle de la province pour les patients ayant subi une greffe, les patients séropositifs et sidatiques et les patients qui ont besoin de médicaments coûteux (p. ex. pour la fibrose kystique, une insuffisance en hormones de croissance, l'hypertension artérielle pulmonaire primitive et la forme exsudative de la dégénérescence maculaire liée à l'âge).
- Assurance-médicaments contre la sclérose en plaques
- Programme d'assurance-médicaments contre les maladies rares

### *Autres*

- Régime individuel d'assurance-médicaments sur ordonnance
- Assurance-médicaments pour les soins palliatifs

Le Régime individuel de l'Alberta est le régime digne d'intérêt sur lequel s'est penché le Comité, et on en présente une description ci-dessous :

Le **Régime individuel d'assurance-médicaments sur ordonnance** est un régime de soins médicaux volontaire offert par le gouvernement aux résidents de l'Alberta de moins de 65 ans et permettant à tous les Albertains d'avoir accès à un programme de prestations de santé complémentaire économique qui couvre toute une gamme des services liés à la santé non couverts par le Régime d'assurance-maladie de l'Alberta.

Les bénéficiaires sont les résidents de l'Alberta de moins de 65 ans inscrits au Régime d'assurance-maladie de l'Alberta qui ne se sont pas volontairement retirés de ce régime et qui n'ont pas de paiements arriérés (il ne leur reste pas de primes impayées).

Primes : Les taux des primes établis par le gouvernement de l'Alberta pour le régime individuel sont faibles par rapport aux taux du marché que demandent les régimes privés aux Albertains. Certaines personnes sont admissibles à une subvention du taux de contribution, d'après les renseignements figurant sur leur déclaration de revenus.

Tableau C.18 - Primes du régime individuel de l'Alberta

Primes mensuelles	Primes complètes (juillet 2010)	Primes subventionnées (juillet 2010)
Personne seule	63,50 \$/mois	44,45 \$/mois
Famille	118 \$/mois	82,60 \$/mois

L'admissibilité à la subvention pour les primes est établie en fonction du revenu imposable, comme suit :

Tableau C.19 - Subvention pour la prime du régime individuel de l'Alberta

Catégorie	Revenu
Personne seule	Moins de 20 970 \$
Famille – sans enfants	Moins de 33 240 \$
Famille – avec enfants	Moins de 39 250 \$

Franchise : Une franchise de 50 \$ s'applique par année de prestations.

Quote-part : Le bénéficiaire paie 30 p. 100 du coût des ordonnances pour les médicaments inscrits sur la liste des médicaments couverts par le ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta, jusqu'à concurrence de 25 \$ par médicament prescrit.

Prestations maximales : Le programme offre une couverture maximale de 25 000 \$ par bénéficiaire par année de prestations, mais cette limite peut être augmentée dans des cas exceptionnels.

Les observations du Comité sont résumées dans le tableau ci-dessous :

Tableau C.20 - Résumé des observations du Comité sur le régime d'assurance de l'Alberta

#### Résumé des observations du Comité sur le régime individuel de l'Alberta

##### Principaux éléments jugés utiles pour les résidents non assurés ou viables pour le Nouveau-Brunswick :

- Prime annuelle
- La subvention pour les primes varie selon le revenu et selon que les familles ont des enfants ou non.

#### Résumé des observations du Comité sur le régime individuel de l'Alberta

- Les membres du régime doivent verser une contribution financière sous forme de franchise (50 \$) et de quote-part (30 p. 100 par ordonnance, jusqu'à concurrence de 25 \$).
- Aucune période d'attente n'est imposée et aucune preuve médicale n'est exigée pour que la couverture soit accordée.

#### **Principaux éléments jugés moins réalistes pour les résidents non assurés ou non viables pour le Nouveau-Brunswick :**

- Aucune subvention n'est offerte pour la franchise et la quote-part.
- Le maximum annuel pour les prestations est de 25 000 \$ (au-delà de ce montant, la couverture est évaluée au cas par cas).
- Comme l'adhésion est volontaire, les coûts sont élevés pour le gouvernement.

Pour de plus amples renseignements, consultez le site Web suivant :  
<http://www.health.alberta.ca/services/prescription-program.html> (en anglais seulement).

## Colombie-Britannique

Tous les résidents de la Colombie-Britannique ayant adhéré au régime de services médicaux (RSM) et qui satisfont aux exigences en matière de résidence sont admissibles à des prestations d'assurance-médicaments au titre d'un des régimes provinciaux. BC PharmaCare aide tous les Britanno-Colombiens à payer le coût des médicaments sur ordonnance admissibles et des fournitures médicales désignées. Il donne un accès raisonnable à la pharmacothérapie au moyen de divers régimes d'assurance-médicaments pour des groupes de patients ou des services précis, comme suit :

### *Personnes âgées*

- Régime Fair PharmaCare – Aide supplémentaire (pour les résidents nés en 1939 ou avant, donc de 73 ans et plus)

### *Assistés sociaux*

- Régime C – Bénéficiaires de l'aide au revenu de la Colombie-Britannique

### *Personnes atteintes de certaines maladies*

- Régime D – Personnes atteintes de fibrose kystique
- Régime X – Médicaments antirétroviraux, par l'entremise du Centre d'excellence sur le VIH/sida de la Colombie-Britannique

### *Autres*

- Régime B – Résidents permanents de foyers de soins autorisés
- Régime F – Enfants du programme à domicile
- Régime G – Régime d'assurance-médicaments psychiatriques sans frais
- Régime M – Services de gestion des médicaments
- Régime P – Régime d'assurance-médicaments pour soins palliatifs de la Colombie-Britannique
- Régime S – Traitements de substitution de la nicotine dans le cadre du Programme d'abandon du tabac

### *Médicaments dont le coût est élevé par rapport au revenu/régime fondé sur le revenu*

- Régime Fair PharmaCare – Personnes autres que les aînés (pour les résidents nés après 1939, donc de moins de 73 ans)

Le régime Fair PharmaCare de la Colombie-Britannique est le régime digne d'intérêt sur lequel s'est penché le Comité, et on en présente une description ci-dessous :

Le régime **Fair PharmaCare de la Colombie-Britannique** fournit une aide financière pour les médicaments sur ordonnance admissibles et les fournitures médicales désignées aux résidents de la province (personnes seules et familles) qui en ont le plus besoin d'après leur revenu familial net.

Les bénéficiaires sont des personnes (celles de 65 ans et plus y comprises) qui vivent en Colombie-Britannique depuis au moins trois mois, qui ont adhéré au régime de services médicaux (RSM) de la province et qui ont produit une déclaration de revenus pour l'année d'imposition applicable. L'accès à ce régime est fondé sur la capacité à payer des bénéficiaires.

La contribution ou la structure de partage des coûts du régime Fair PharmaCare de la Colombie-Britannique sont différentes pour les personnes âgées (nées en 1939 ou avant) et les autres, comme suit :

Régime Fair PharmaCare pour les personnes autres que les aînés (nées en 1940 ou après) :

Franchise :

- aucune si le revenu familial net est inférieur à 15 000 \$;
- 2 p. 100 du revenu familial net s'il se situe entre 15 000 et 30 000 \$;
- 3 p. 100 du revenu familial net s'il est supérieur à 30 000 \$.

Quote-part : 30 p. 100 du coût des médicaments admissibles une fois la franchise payée.

Maximum par famille :

- 2 p. 100 du revenu familial net s'il est inférieur à 15 000 \$;
- 3 p. 100 du revenu familial net s'il se situe entre 15 000 et 30 000 \$;
- 4 p. 100 du revenu familial net s'il est supérieur à 30 000 \$.

Tableau C.21 - Franchise, quote-part et contribution maximale par famille pour le régime Fair PharmaCare de la Colombie-Britannique

Régime Fair PharmaCare (personnes autres que les aînés)				
Revenu familial net annuel	Franchise familiale	Quote-part	Part couverte par le régime (une fois la franchise payée)	Contribution familiale maximale (après quoi 100 p. 100 des coûts sont couverts)
Moins de 15 000 \$	Aucune – le gouvernement offre d'emblée une aide financière pour les médicaments	30 p. 100 du coût des médicaments sur ordonnance admissibles	70 p. 100 du coût des médicaments sur ordonnance admissibles	2 p. 100 du revenu net

Régime Fair PharmaCare (personnes autres que les aînés)				
Revenu familial net annuel	Franchise familiale	Quote-part	Part couverte par le régime (une fois la franchise payée)	Contribution familiale maximale (après quoi 100 p. 100 des coûts sont couverts)
Entre 15 000 et 30 000 \$	Montant équivalent à 2 p. 100 du revenu net	30 p. 100 du coût des médicaments sur ordonnance admissibles	70 p. 100 du coût des médicaments sur ordonnance admissibles	3 p. 100 du revenu net
Plus de 30 000 \$	Montant équivalent à 3 p. 100 du revenu net	30 p. 100 du coût des médicaments sur ordonnance admissibles	70 p. 100 du coût des médicaments sur ordonnance admissibles	4 p. 100 du revenu net

Régime Fair PharmaCare – Aide supplémentaire pour les aînés nés en 1939 ou avant :

Franchise :

- aucune si le revenu familial net est inférieur à 33 000 \$;
- 1 p. 100 du revenu familial net s'il se situe entre 33 000 et 50 000 \$;
- 2 p. 100 du revenu familial net s'il est supérieur à 50 000 \$.

Quote-part : 25 p. 100 du coût des médicaments admissibles une fois la franchise payée.

Maximum par famille :

- 1,25 p. 100 du revenu familial net s'il est inférieur à 33 000 \$;
- 2 p. 100 du revenu familial net s'il se situe entre 33 000 et 50 000 \$;
- 3 p. 100 du revenu familial net s'il est supérieur à 50 000 \$.

Tableau C.22 - Franchise, quote-part et contribution maximale par famille pour le régime Fair PharmaCare – Aide accrue de la Colombie-Britannique

Régime Fair PharmaCare – Aide accrue (personnes âgées nées en 1939 ou avant)				
Revenu familial net annuel	Franchise familiale	Quote-part	Part couverte par le régime (une fois la franchise payée)	Contribution familiale maximale (après quoi 100 p. 100 des coûts sont couverts)
Moins de 33 000 \$	Aucune – le gouvernement offre d’emblée une aide financière pour les médicaments	25 p. 100 du coût des médicaments sur ordonnance admissibles	75 p. 100 du coût des médicaments sur ordonnance admissibles	1,25 p. 100 du revenu net
Entre 33 000 et 50 000 \$	Montant équivalent à 1 p. 100 du revenu net	25 p. 100 du coût des médicaments sur ordonnance admissibles	75 p. 100 du coût des médicaments sur ordonnance admissibles	2 p. 100 du revenu net
Plus de 50 000 \$	Montant équivalent à 2 p. 100 du revenu net	25 p. 100 du coût des médicaments sur ordonnance admissibles	75 p. 100 du coût des médicaments sur ordonnance admissibles	3 p. 100 du revenu net

Les observations du Comité sont résumées dans le tableau ci-dessous :

Tableau C.23 - Résumé des observations du Comité sur le régime d’assurance de la Colombie-Britannique

Résumé des observations du Comité sur le régime Fair PharmaCare de la Colombie-Britannique (pour les personnes autres que les aînés)

**Principaux éléments jugés utiles pour les résidents non assurés ou viables pour le Nouveau-Brunswick :**

- Les membres du régime doivent verser une contribution financière sous forme de franchise et de quote-part (30 p. 100).
- Aucune limite annuelle ou à vie quant au montant de l’aide financière offerte aux membres du régime.
- Aucune période d’attente n’est imposée et aucune preuve médicale n’est exigée pour que la couverture soit accordée.
- La contribution des membres sous forme de franchise varie en fonction du revenu net de la famille.

Résumé des observations du Comité sur le régime Fair PharmaCare de la Colombie-Britannique (pour les personnes autres que les aînés)

**Principaux éléments jugés moins réalistes pour les résidents non assurés ou non viables pour le Nouveau-Brunswick :**

- Le fait de devoir payer complètement la franchise annuelle avant de pouvoir obtenir des remboursements entrave l'accès aux médicaments nécessaires.
- Une fois que la contribution maximale de 2 à 4 p. 100 du revenu familial net est atteinte, la totalité des coûts des médicaments est couverte, ce qui ne produit aucun incitatif à l'utilisation responsable du régime.
- Comme le régime est universel mais non obligatoire, les coûts sont élevés pour le gouvernement.

Pour de plus amples renseignements, consultez le site Web suivant :  
<http://www.health.gov.bc.ca/pharmacare/> (en anglais seulement).

## **Annexe D – Mesures du panier de consommation**

### **Contexte**

La mesure du panier de consommation (MPC) du faible revenu a été conçue par un groupe de travail formé de représentants fédéraux, provinciaux et territoriaux entre 1997 et 1999. Son objectif initial était de servir de complément aux mesures existantes de Statistique Canada relativement au faible revenu, soit le seuil de faible revenu (SFR) et la mesure de faible revenu (MFR) par la surveillance des répercussions de la Prestation nationale pour enfants et des programmes connexes sur l'incidence, l'ampleur et la persistance du faible revenu chez les enfants. Elle a cependant été élaborée à titre de mesure du faible revenu pour tous les groupes d'âge.

La « valeur ajoutée » de la MPC visait à fournir une mesure plus intuitive et plus transparente du faible revenu fondée sur un panier de biens et de services représentant un niveau de vie de base et modeste. La MPC fournit également une évaluation qui tient plus compte des différences régionales en matière du coût de la vie que le SFR et le MFR, surtout en ce qui a trait au logement et au transport.

La mesure du panier de consommation est fondée sur le coût d'un panier de biens et de services correspondant à un niveau de vie modeste et de base. Le panier comprend la nourriture, l'habillement, le transport, le logement et autres dépenses pour une famille de deux adultes âgés entre 25 et 49 ans et deux enfants âgés de 9 et 13 ans. La MPC est calculée à un niveau géographique plus précis que le SFR et produit par exemple des coûts différents pour les zones rurales dans chaque province. Ces seuils sont comparés au revenu disponible des familles pour établir le statut de faible revenu. Le revenu disponible est défini comme la somme qui reste du revenu total de la famille après déduction de l'impôt à payer; des charges sociales assumées par les particuliers; des autres retenues salariales obligatoires, telles que les cotisations à un régime de pension de l'employeur, à un régime d'assurance-maladie complémentaire ou à un syndicat; des pensions alimentaires et des paiements de soutien aux enfants versés à une autre famille; des dépenses non remboursées consacrées à la garde des enfants et aux soins de santé non assurés, mais recommandés par un professionnel de la santé, comme les soins dentaires et les soins de la vue, les médicaments sur ordonnance et les aides pour personnes handicapées.

### **Comment calcule-t-on les mesures du panier de consommation?**

Les paniers sont établis en estimant les coûts des éléments suivants :

- Un panier alimentaire tel qu'il est précisé dans le Panier de provisions nutritif, 2008.
- Un panier de vêtements et de chaussures nécessaires pour une famille de deux adultes et deux enfants.
- Le coût du logement axé sur le coût médian des logis de deux et trois chambres à coucher et incluant les coûts d'électricité, de chauffage, d'eau et des électroménagers.

- Les frais de transport en commun là où il est disponible ou les coûts associés à l'utilisation d'un véhicule automobile modeste pour les régions non desservies par le transport en commun.
- D'autres biens et services essentiels.

(Source : Ressources humaines et Développement des compétences Canada, 2010)

### Mesures relatives à la population du Nouveau-Brunswick

Les tableaux qui suivent présentent un résumé des seuils de la MPC pour les populations du Nouveau-Brunswick et se servent, à la base, des calculs de 2009 pour une famille de référence composée de deux adultes et deux enfants.

Tableau D.1 - Seuils de la MPC pour les populations du Nouveau-Brunswick de 2009

Région	Seuil de la MPC
Région rurale	30 638 \$
Population de moins de 30 000 habitants	32 005 \$
Population d'entre 30 000 et 99 999 habitants	31 518 \$
Fredericton	31 752 \$
Saint John	30 512 \$
Moncton	30 425 \$

Remarque : Afin de convertir les montants pour des familles d'une autre taille, il faut diviser les valeurs ci-dessus par deux (la racine carrée de la taille de la famille de référence de quatre personnes), puis multiplier par la racine carrée de la taille de la famille désirée. Le tableau ci-dessous illustre le seuil de la MPC pour des familles de différentes tailles :

Tableau D.2 - MPC par ménage et par taille de collectivité au Nouveau-Brunswick pour 2009

MPC par ménage et par taille de collectivité au Nouveau-Brunswick pour 2009						
	Région rurale	Moins de 30 000 habitants	De 30 000 à 99 999 habitants	Fredericton	Saint John	Moncton
Une personne	15 319 \$	16 003 \$	15 759 \$	15 876 \$	15 256 \$	15 213 \$
Deux personnes	21 664 \$	22 631 \$	22 287 \$	22 452 \$	21 575 \$	21 514 \$
Trois personnes	26 533 \$	27 717 \$	27 295 \$	27 498 \$	26 424 \$	26 349 \$
Quatre personnes	30 638 \$	32 005 \$	31 518 \$	31 752 \$	30 512 \$	30 425 \$

### Seuils de la MPC proposés pour l'admissibilité selon les définitions du programme de soins de la vue et de soins dentaires

Il est possible de tenir compte des éléments qui suivent dans le calcul des seuils de revenu pour la MPC afin d'évaluer l'admissibilité au programme de soins de la vue et de soins dentaires, advenant que nous choissions un seuil pour l'ensemble de la province :

- Il ne serait pas nécessaire d'avoir différents seuils pour différentes régions et populations dans la province, ce qui simplifierait grandement le processus.
- Il nous faut tout d'abord choisir une MPC initiale, qui servirait ensuite à calculer les seuils de revenu de la MPC pour des familles de différentes tailles.

Les seuils d'admissibilité suivants sont proposés pour une « MPC mixte » (Remarque : La famille de référence est constituée de deux adultes et de deux enfants.) :

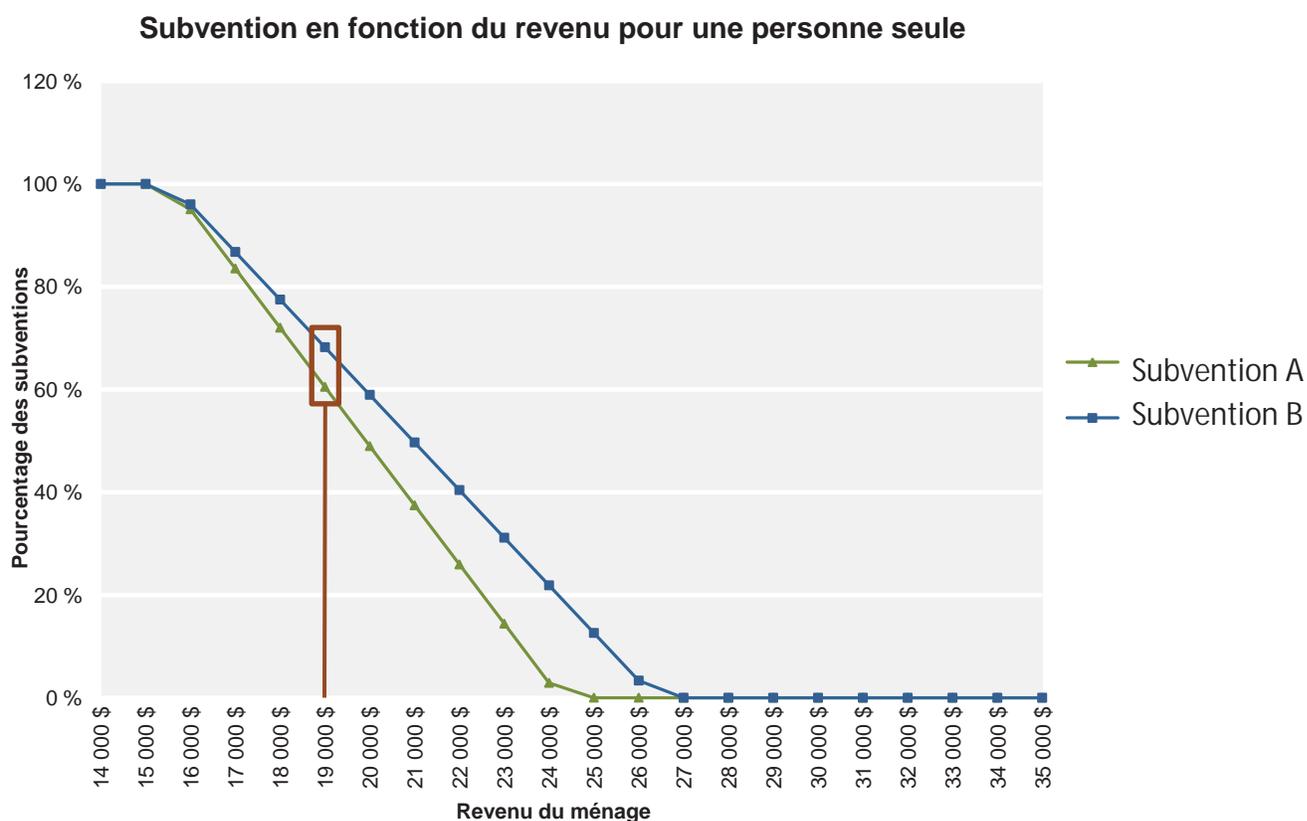
Tableau D.3 - Seuils de la MPC mixte pour le Nouveau-Brunswick

Taille de la famille	MPC mixte
1	15 570 \$
2	22 020 \$
3	26 969 \$
4	31 141 \$
5	34 817 \$
6	38 140 \$

## Annexe E – Niveaux de subvention pour des familles de différentes tailles

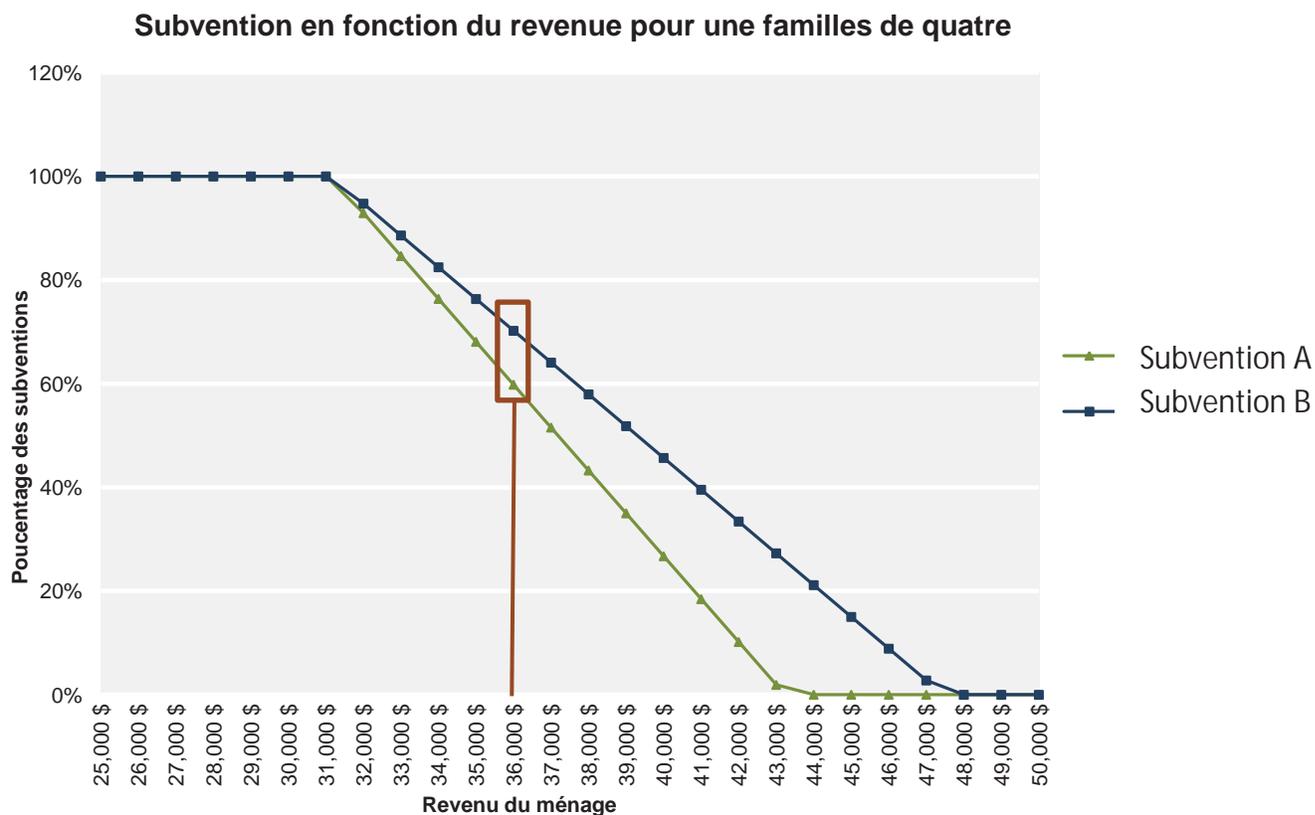
Les diagrammes ci-après illustrent le pourcentage des subventions applicables aux personnes seules et aux familles de quatre pour les deux options d'élimination graduelle des subventions présentées dans le corps du présent rapport.

Figure E.1 - Subvention en fonction du revenu pour une personne seule



À titre d'exemple, le graphique ci-dessus montre qu'une personne seule touchant un revenu annuel de 19 000 \$ recevrait une subvention de 60 p. 100 avec l'option A et de 68 p. 100 avec l'option B.

Figure E 2 - Subvention en fonction du revenu pour une famille de quatre



Le graphique ci-dessus montre, à titre d'exemple, qu'une famille de quatre touchant un revenu annuel de 36 000 \$ par année recevrait une subvention de 60 p. 100 avec l'option A et de 70 p. 100 avec l'option B.

## Annexe F – Exemples de paiements à la pharmacie

Les renseignements relatifs aux régimes d'assurance-médicaments provinciaux varient grandement d'une province à l'autre, ce qui rend difficile de comparer les programmes, à moins de se servir d'exemples précis. Les diagrammes qui suivent représentent les montants payables à la pharmacie pour cinq situations familiales différentes. Dans chaque situation, le montant est comparé dans chacune des provinces et pour les quatre options du régime d'assurance du Nouveau-Brunswick présentées dans ce rapport.

Figure F.1 - Exemple de famille no 1

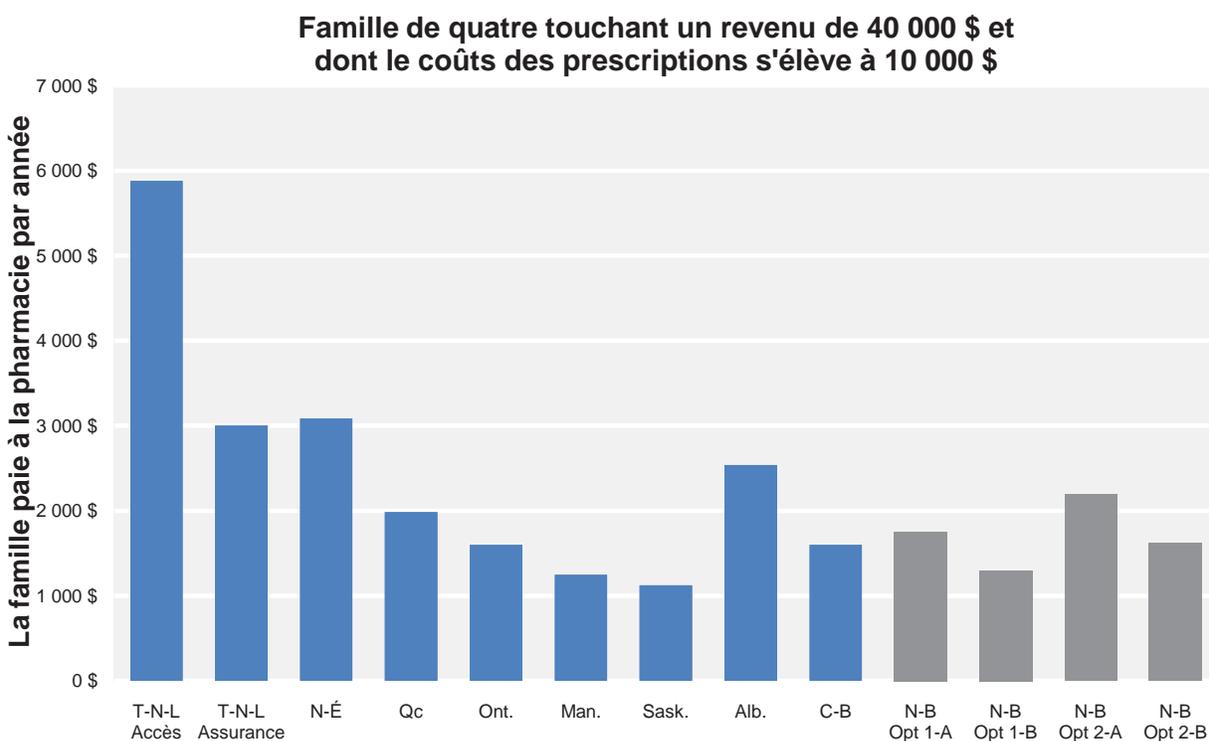


Figure F.2 - Exemple de famille no 2

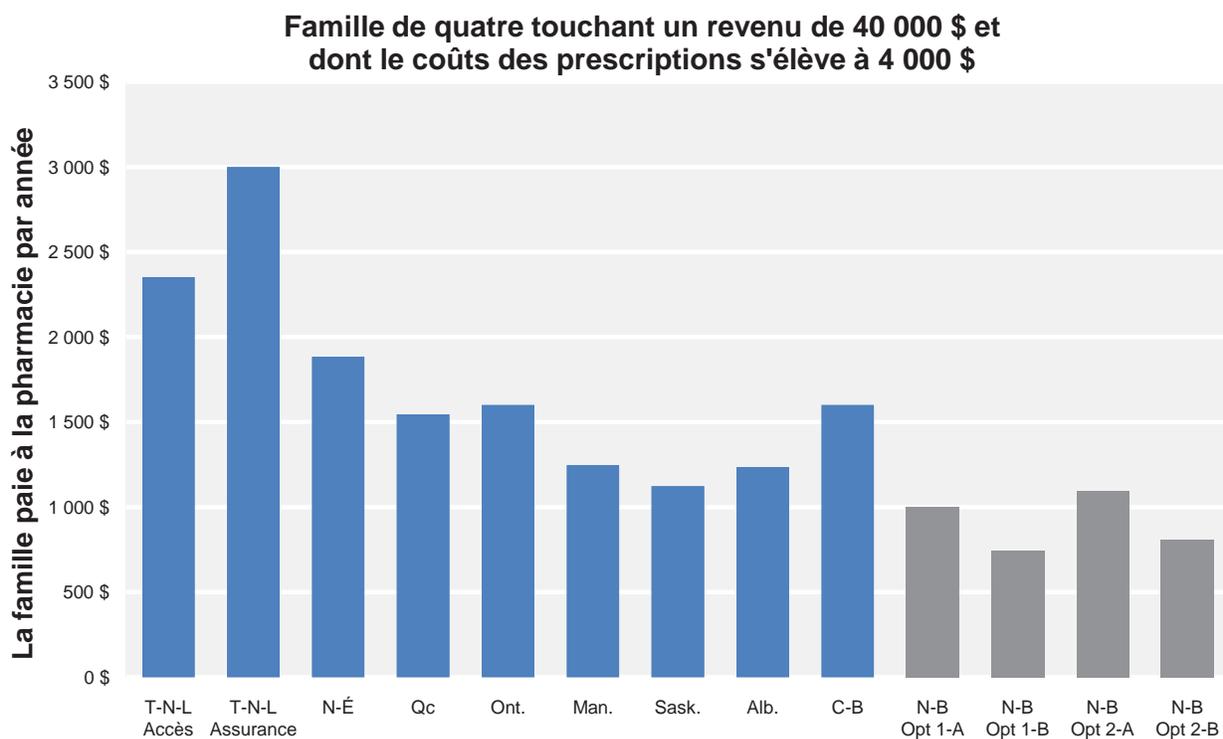


Figure F.3 - Exemple de famille no 3

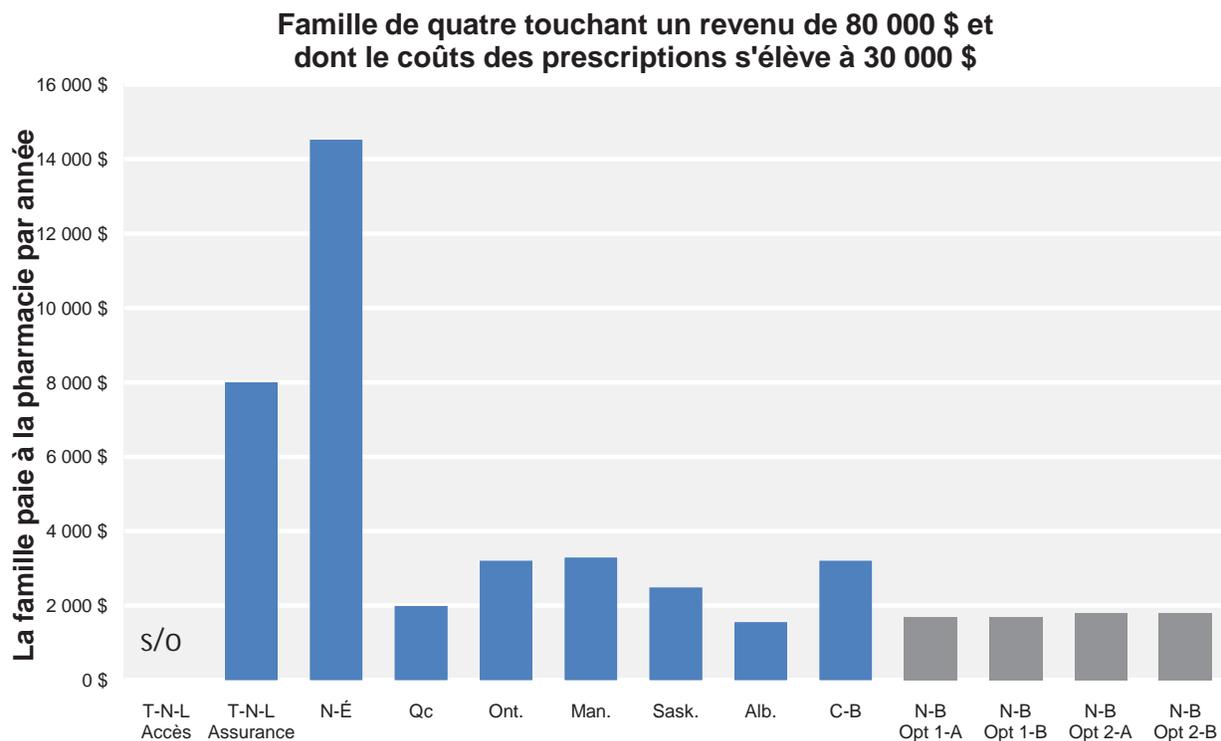


Figure F.4 - Exemple de famille no 4

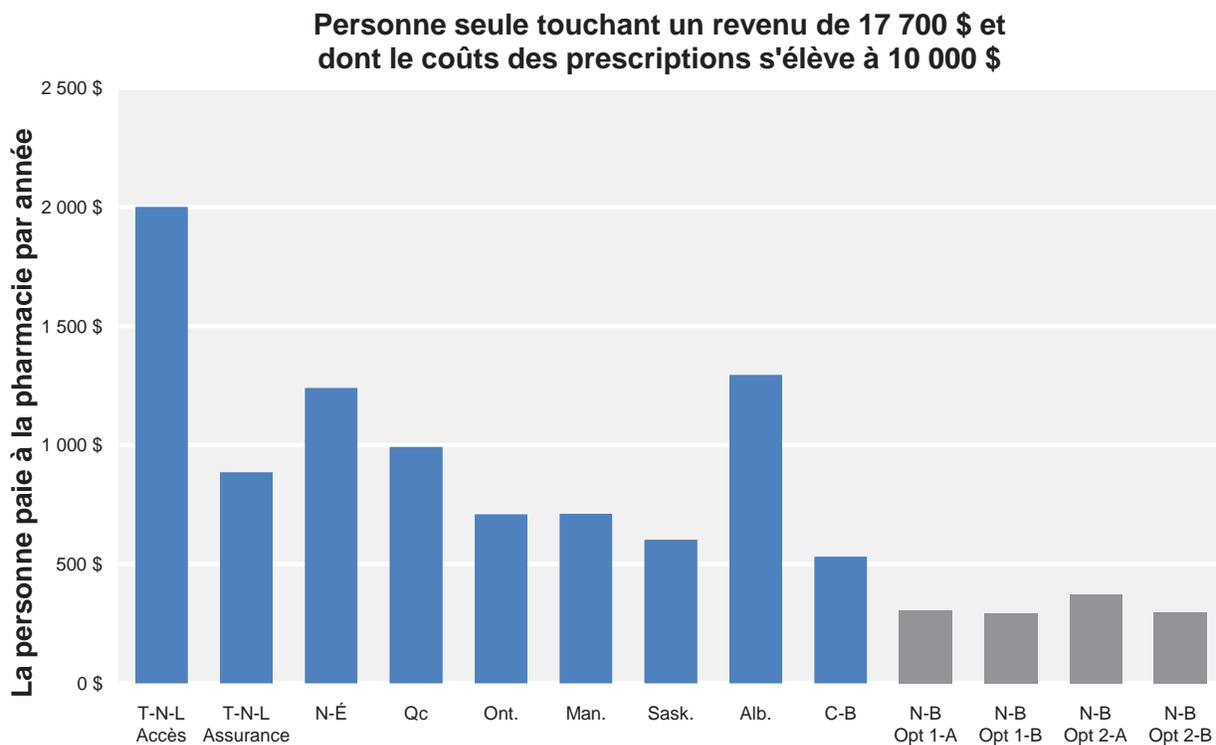
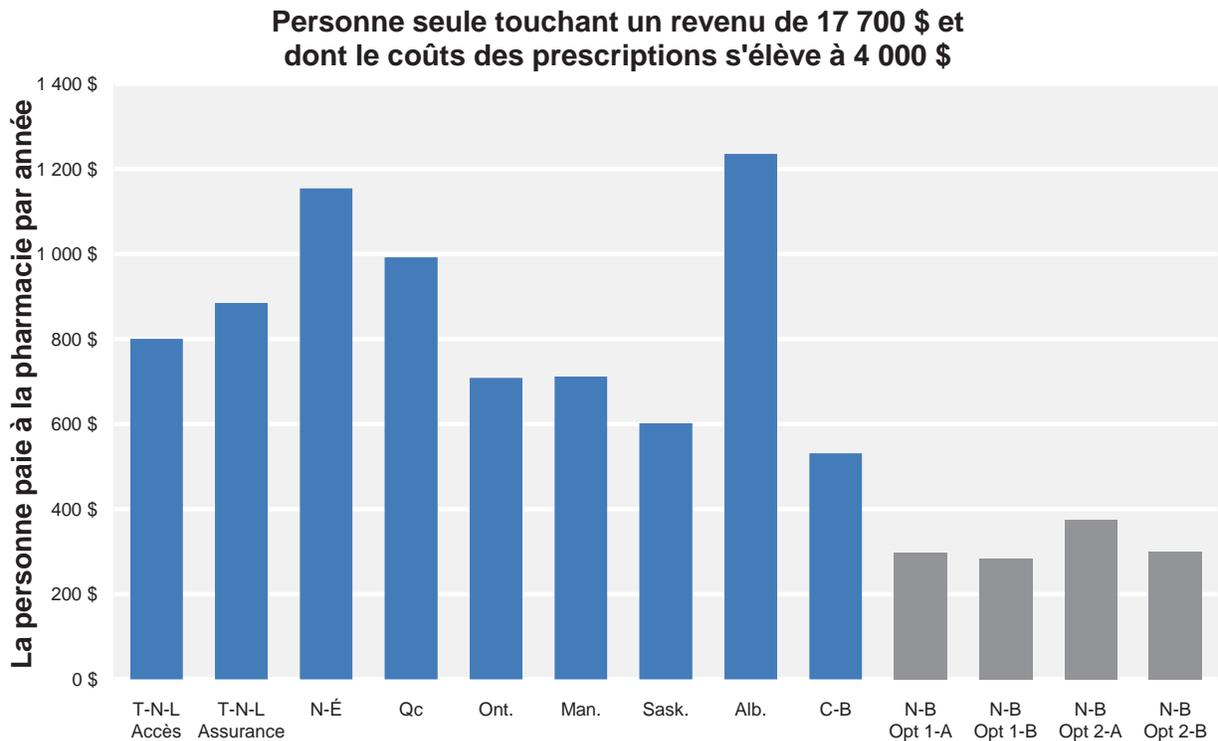


Figure F.5 - Exemple de famille no 5



Les graphiques ci-dessus montrent que toutes les options du régime d'assurance du Nouveau-Brunswick offrent une aide financière précieuse aux familles touchées. Il est difficile de tirer des conclusions fermes lorsqu'on compare les différents régimes provinciaux puisque les résultats diffèrent beaucoup d'un exemple à l'autre. Toutefois, une évaluation d'une portée plus vaste que celle des exemples présentés a révélé les faits suivants :

- Les options du régime d'assurance offrent des niveaux d'aide financière comparables à ceux de la plupart des autres provinces lorsque les coûts des médicaments sur ordonnance sont très élevés.
- L'aide financière apportée par les régimes de Terre-Neuve-et-Labrador est souvent beaucoup moins importante que ce qu'offrent les options du régime d'assurance et les régimes de la plupart des autres provinces. Le régime Access Plan de Terre-Neuve-et-Labrador est assorti d'une quote-part allant de 20 à 100 p. 100, selon le niveau de revenu. Pour une famille touchant un revenu de 40 000 \$, la quote-part frôle les 60 p. 100, ce qui signifie que ces familles doivent payer 60 p. 100 des coûts de leurs médicaments sur ordonnance. Le régime Assurance Plan de cette province fonctionne selon une approche différente; il repose sur des franchises qui varient en fonction du revenu. Ainsi, pour une famille dont le revenu est de 40 000 \$, la franchise est de

3 000 \$, ce qui signifie que les familles qui se situent à ce niveau doivent déboursier 3 000 \$ à la pharmacie avant d'obtenir une aide financière du régime.

- L'aide financière offerte par le régime de la Nouvelle-Écosse est également souvent beaucoup moins importante que celle qu'offrent les options du régime d'assurance et les régimes de la plupart des autres provinces. Ce régime comporte une quote-part de 20 p. 100 et une franchise allant de 1,25 à 25 p. 100 du revenu. Ainsi, pour une famille de quatre touchant un revenu de 60 000 \$, la franchise est d'environ 3 500 \$, ce qui signifie que les familles qui se situent à ce niveau doivent verser près de 3 500 \$ à la pharmacie avant d'obtenir de l'aide financière du régime. En outre, la famille paierait 20 p. 100 des coûts des autres médicaments sur ordonnance, jusqu'à concurrence d'un montant maximal établi selon le revenu. Pour cette famille, le montant est d'environ 8 400 \$.
- L'aide financière fournie par le régime de l'Alberta est parfois beaucoup moins importante que celle qu'offrent les options du régime d'assurance et les régimes de la plupart des autres provinces. Cette situation s'explique par le fait que le régime comporte une quote-part maximale de 25 \$ qui n'est pas subventionnée. Par conséquent, une famille qui doit faire exécuter beaucoup d'ordonnances pour lesquelles elle doit déboursier le montant maximal de 25 \$ pourrait voir les montants payables à la pharmacie s'additionner très rapidement.
- Les options du régime d'assurance offrent habituellement des niveaux d'aide financière un peu plus élevés que dans la plupart des autres provinces lorsque les coûts des médicaments d'ordonnance sont modérément élevés, car elles ont été conçues pour soutenir le plan de réduction de la pauvreté de la Province. Pour les familles à faible revenu, même des coûts modérés peuvent représenter un fardeau financier d'envergure. Ils peuvent aussi entraver la transition d'un client du ministère du Développement social qui cherche à devenir un membre de la population active, dans la mesure où aucun régime d'assurance adéquat n'est accessible.
- Dans l'interprétation des résultats précédents, il est important de souligner que les options du régime d'assurance du Nouveau-Brunswick tout comme les régimes de l'Alberta et du Québec comportent des primes évidentes, contrairement aux autres provinces. Toutefois, les autres provinces disposent de primes et d'impôts liés à la santé. Par exemple, la Colombie-Britannique offre une « prime de régime de services médicaux », tandis que l'Ontario impose « l'impôt-santé des employeurs » et la « contribution-santé ». Dans le cas de l'Ontario, ces deux primes ont généré un revenu d'environ huit milliards de dollars pendant l'exercice 2011-2012. La Loi exige par ailleurs que la Province déclare au public l'utilisation dont elle fait de cette « contribution-santé ». Au cours de ce même exercice, la Province a affecté environ 200 millions de dollars au financement de ses régimes d'assurance-médicaments.

## **Annexe G – Observations supplémentaires**

Dans la présente annexe figurent des enjeux et des idées que le Comité a pris en note pendant ses travaux et qu'il a jugés suffisamment importants pour les porter à l'attention du gouvernement. Ces éléments seront certainement pertinents lorsqu'il faudra surmonter les difficultés associées à la mise en œuvre du régime d'assurance choisi.

### **Questions liées à la mise en œuvre**

#### **1. Lois et règlements**

Il faudra rédiger une loi qui oblige l'adhésion à l'assurance-médicaments afin de pouvoir percevoir les primes auprès des personnes seules et des familles et la contribution de l'employeur, d'empêcher les employeurs de mettre fin à leur régime collectif d'assurance-médicaments privé, d'édicter des normes de couverture minimale pour les régimes d'assurance-médicaments privés et de faire en sorte que le nouveau régime d'assurance serve de dernier recours pour payer les médicaments.

#### **2. Consultation supplémentaire**

Quelques parties prenantes ont exprimé le souhait que d'autres consultations soient tenues avant la mise en œuvre du régime. Le gouvernement devra se demander si cette mesure lui serait utile.

#### **3. Évaluation des coûts pour les budgets**

Le rapport du Comité renferme des estimations des coûts en vue d'aider le gouvernement à peser le pour et le contre des différentes options de régime d'assurance présentées. Le gouvernement aura vraisemblablement besoin d'estimations définitives pour son budget.

#### **4. Choix du moment de la mise en œuvre**

Des dates cibles devront être fixées en ce qui concerne l'adhésion au régime, l'accessibilité aux premières prestations et le début de l'encaissement des primes et des contributions des employeurs. Il se peut que des prestations soient accessibles au milieu de l'année, mais que l'encaissement des primes et des contributions des employeurs commence au début de l'année. Ainsi, les primes et les contributions de la première année totaliseraient environ la moitié de leur montant normal.

#### **5. Processus d'encaissement des primes et des contributions des employeurs**

Si l'on veut tirer parti de l'infrastructure existante, les primes et les contributions des employeurs pourraient être encaissées lors de la production des déclarations de revenus normales. Des processus devront être mis au point à cet effet. Il faudra peut-être envisager de créer un compte en fiducie pour faire en sorte que les primes et les

contributions des employeurs ne soient pas déposées au même endroit que les recettes fiscales générales. Il faudra étudier le pour et le contre de la création d'un compte en fiducie au nom d'une corporation de la Couronne.

#### **6. Embauche d'un administrateur du régime et de personnel de soutien au sein du Ministère**

Il faudra embaucher un fournisseur de services qui sera en mesure d'administrer un régime d'assurance-médicaments pour 70 000 familles. Il faudra vraisemblablement recourir à un processus de demande de propositions (DDP) pour trouver le fournisseur le mieux placé pour assumer cette fonction. En outre, l'arrivée du nouveau régime d'assurance fera doubler le nombre de membres des régimes d'assurance-médicaments gouvernementaux. La charge de travail des employés qui s'occupent de ces régimes augmentera, et il faudra donc embaucher et former du nouveau personnel.

#### **7. Règles et dispositions détaillées pour le régime**

Le cadre de régime d'assurance qui figure au rapport du Comité devra être développé pour en faire un modèle de régime qui répondra à des questions plus poussées que le Comité n'a pas étudiées. Il peut s'agir, entre autres, de la question de savoir qui précisement devra payer une prime, quels employeurs devront verser une contribution, qui entrera dans la catégorie des adultes ou lequel des deux conjoints sera responsable des personnes à charge en cas de séparation.

#### **8. Élaboration d'un plan de communication**

Il faudra élaborer un plan de communication afin de veiller à ce que les membres du régime, les pharmaciens, les médecins et les autres parties prenantes soient au courant du régime d'assurance et le comprennent bien. Le plan pourrait comprendre une stratégie de marque pour le régime, des dépliants, un site Web, des éléments d'information diffusés dans divers médias, etc. On pourrait aussi créer un site Web où les membres du régime pourraient obtenir un calcul des coûts et des prestations possibles s'appliquant à leur situation personnelle.

#### **9. Inscription des membres du régime**

Le régime comptera probablement quelque 150 000 membres (70 000 familles), et c'est pourquoi il faudra mettre au point un processus simplifié d'inscription et prévoir suffisamment de temps pour effectuer l'inscription avant que les prestations ne soient offertes.

#### **10. Effet sur le PMONB**

Les régimes actuels du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick devront être examinés afin de décider s'ils doivent être intégrés au nouveau régime d'assurance, si l'on doit cesser l'inscription de nouveaux membres à ces régimes ou s'ils doivent être maintenus en place pour une durée indéterminée.

## Questions liées à la couverture du régime d'assurance et aux coûts

### 1. Gestion continue des coûts

Il sera essentiel de surveiller continuellement l'utilisation des médicaments et le coût global du nouveau régime d'assurance une fois qu'il sera mis en œuvre, en plus d'assurer une gestion continue des coûts. Le gouvernement voudra peut-être étudier ultérieurement des initiatives supplémentaires de limitation des coûts, notamment les avantages potentiels d'un formulaire multiniveaux.

### 2. Convivialité, rentabilité et efficacité

Le nouveau régime d'assurance devra assurément être convivial, et son administration devra être rentable et efficace. Les processus de gestion déjà en place pour les régimes gouvernementaux existants, dont le processus fondé sur des données probantes pour l'inscription des médicaments au formulaire, pourraient servir au nouveau régime.

### 3. Coût élevé des médicaments par rapport au revenu

Parmi les options du régime d'assurance, on prévoit un montant maximal de la quote-part au moment du paiement et l'absence de plafond quant à l'aide financière offerte par le régime à ses membres. Ainsi, le régime d'assurance agira sur la question du coût élevé des médicaments par rapport au revenu du bénéficiaire (ce que l'on appelle communément la « couverture des médicaments onéreux »)

### 4. Néo-Brunswickois mal assurés

Les options du régime d'assurance n'ont pas été conçues précisément dans le but d'offrir de l'aide financière aux Néo-Brunswickois dont le coût des médicaments est élevé et dont l'assurance-médicaments n'offre pas une couverture adéquate. Toutefois, comme il en a été fait mention précédemment, il faudra probablement adopter des lois pour régler les normes de couverture minimales des régimes d'assurance-médicaments privés. Ces lois devraient améliorer la couverture des médicaments, ce qui fera en sorte que les régimes privés offrent une meilleure aide financière et que les Néo-Brunswickois assurés aient moins besoin de recourir au régime gouvernemental.

Les options du régime d'assurance peuvent aussi être adaptées aux besoins des Néo-Brunswickois dont le coût des médicaments est élevé et qui sont déjà couverts par une assurance-médicaments. À cette fin, on pourrait, par exemple, permettre aux personnes ou aux employeurs de s'inscrire au régime, qui leur fournirait une assurance complémentaire, à condition qu'ils paient une prime convenable. La mise en place de normes de couverture minimale mentionnées précédemment devrait toutefois rendre cette mesure inutile.

## Annexe H – Glossaire

Les termes suivants sont utilisés dans le présent rapport, et une définition en est fournie ci-dessous afin de veiller à une compréhension commune des notions qu'ils représentent :

Bénéficiaire	Personne ou famille inscrites à un régime d'assurance-médicaments.
Couverture des médicaments onéreux	Régime d'assurance-médicaments qui couvre les médicaments dont le coût est élevé par rapport au revenu du bénéficiaire. Les auteurs de plusieurs rapports ont recommandé différents seuils de revenu (soit le niveau à partir duquel les familles subissent des difficultés financières exagérées en raison du coût de leurs médicaments), mais il n'existe aucun consensus à ce sujet. Le coût élevé des médicaments peut être attribuable à un seul médicament très coûteux ou à plusieurs médicaments au coût relativement bas, et il devient onéreux en fonction du revenu de la famille.
Quote-part	Portion du coût de l'ordonnance que le bénéficiaire doit déboursier chaque fois qu'il fait exécuter une prescription à la pharmacie.
Franchise	Montant que le bénéficiaire doit déboursier avant que le régime ne commence le versement des prestations.
Formulaire	Liste établie des médicaments sur ordonnance admissibles couverts par le régime d'assurance-médicaments.
Régime d'assurance	Nouveau régime d'assurance-médicaments sur ordonnance pour les Néo-Brunswickois non assurés.
Montant annuel maximal des prestations	Montant maximal payé par le régime chaque année.
Coût annuel maximal	Montant maximal que le bénéficiaire doit déboursier chaque année. Une fois ce maximum atteint, le régime d'assurance-médicaments assumera la totalité du coût des médicaments admissibles pour le reste de l'année.
Souscription médicale	Utilisation des renseignements médicaux ou sur l'état de santé du demandeur (affections déjà présentes) pour déterminer si l'assurance-médicaments sera accordée ou non par un régime privé et le montant de la prime qui sera demandée. Les personnes chez qui une affection est déjà présente (qui sont déjà malades) pourraient se voir refuser

	l'assurance-médicaments privée ou pourraient devoir payer des primes très élevées. Habituellement, les régimes d'assurance-médicaments gouvernementaux n'exigent pas que les demandeurs se soumettent à une souscription médicale.
Payeur de dernier recours	Régime assumant les frais une fois qu'il a été établi qu'aucune autre assurance-médicaments n'est accessible au bénéficiaire ou une fois que les autres options d'assurance-médicaments ont été épuisées.
Problèmes de santé préexistants	Problèmes de santé dont le bénéficiaire était atteint avant d'adhérer à l'assurance-médicaments. Certains régimes appliquent des prestations réduites ou exigent des primes supérieures en présence de ces problèmes.
Prime	Montant déboursé régulièrement (chaque mois ou chaque année) par le bénéficiaire pour être assuré. Ce montant doit être payé, que le bénéficiaire touche des prestations dans le cadre du régime ou non.
Subvention	Aide financière offerte en vue d'atténuer le coût des primes, des quotes-parts et des franchises d'après la capacité à payer.
Souscription	Voir « Souscription médicale ».
Assurance-médicaments universelle	Couverture de la totalité (100 p. 100) des résidents par le régime d'assurance-médicaments gouvernemental. Ce modèle existe en Colombie-Britannique, en Saskatchewan et au Manitoba.
Période d'attente	Période suivant l'inscription au régime pendant laquelle le bénéficiaire ne peut toucher aucune prestation.

## Références

- <sup>1</sup> Conseil canadien de la santé. (2009). *Commentaire sur la stratégie nationale en matière de produits pharmaceutiques : une ordonnance non remplie*. Toronto : Conseil canadien de la santé. [www.healthcouncilcanada.ca/tree/2.35.1-HCC\\_NPS\\_CommentaryFR\\_WEB.pdf](http://www.healthcouncilcanada.ca/tree/2.35.1-HCC_NPS_CommentaryFR_WEB.pdf).
- <sup>2</sup> Gagnon MA, Hebert G. (2010). *Assurance-médicaments*. Ottawa : Centre canadien de politiques alternatives; Montréal : Institut de recherche et d'informations socio-économique. [www.iris-recherche.gc.ca/publications/argumentaire\\_economique\\_pour\\_un\\_regime\\_universel\\_d8217assurance-medicaments](http://www.iris-recherche.gc.ca/publications/argumentaire_economique_pour_un_regime_universel_d8217assurance-medicaments).
- <sup>3</sup> Institut canadien d'information sur la santé. (2012). *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2012*. Ottawa : ICIS. [https://secure.cihi.ca/free\\_products/NHEXTrendsReport2012FR.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/NHEXTrendsReport2012FR.pdf).
- <sup>4</sup> Institut canadien d'information sur la santé. (2011). *Facteurs d'accroissement des dépenses de santé : les faits*. Ottawa : ICIS. [https://secure.cihi.ca/free\\_products/health\\_care\\_cost\\_drivers\\_the\\_facts\\_fr.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/health_care_cost_drivers_the_facts_fr.pdf).
- <sup>5</sup> Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick. (2010). *Le diabète au Nouveau-Brunswick : 1998-2007*. Fredericton : Bureau du médecin-hygiéniste en chef. [www.gnb.ca/0051/pub/pdf/2010/diabetes\\_report\\_1998-2007-f.pdf](http://www.gnb.ca/0051/pub/pdf/2010/diabetes_report_1998-2007-f.pdf).
- <sup>6</sup> Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick. (2011). *Portrait de la santé de la population 2011 document technique*. Moncton : CSNB. [www.nbhc.ca/docs/Population\\_Health\\_Snapshot\\_2011\\_complete\\_FR.pdf](http://www.nbhc.ca/docs/Population_Health_Snapshot_2011_complete_FR.pdf).
- <sup>7</sup> Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick. (2010). *Cadre de prévention et de gestion des maladies chroniques pour le Nouveau-Brunswick*. Fredericton : Unité des soins de santé primaires. [www.gnb.ca/0051/pub/pdf/2010/6960f-final.pdf](http://www.gnb.ca/0051/pub/pdf/2010/6960f-final.pdf).
- <sup>8</sup> Organisation mondiale de la santé. (2011). *Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles 2010*. Genève : OMS. [http://www.who.int/nmh/publications/ncd\\_report2010/fr/index.html](http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/fr/index.html).
- <sup>9</sup> Phillips K. (2009). *La couverture des médicaments onéreux au Canada*. La Bibliothèque du Parlement. Canada. [www.parl.gc.ca/Content/LOP/ResearchPublications/prb0906-f.htm](http://www.parl.gc.ca/Content/LOP/ResearchPublications/prb0906-f.htm).
- <sup>10</sup> Conseil canadien de la santé. (2012). *Comment les Canadiens classent-ils leur système de soins de santé?* Toronto : Conseil canadien de la santé. [http://www.healthcouncilcanada.ca/tree/2.04-Commonwealth\\_FINAL\\_FRBOOKMARK.pdf](http://www.healthcouncilcanada.ca/tree/2.04-Commonwealth_FINAL_FRBOOKMARK.pdf).
- <sup>11</sup> Daw JR, Morgan SG. (2012). Stitching the gaps in the Canadian public drug coverage patchwork? A review of provincial pharmacare policy changes from 2000 to 2010. *Health Policy*. 104(1) : 19-26.
- <sup>12</sup> Kirby MJL, LeBreton M, et le Comité sénatorial permanent des Affaires sociales, de la science et de la technologie. (2002). *La santé des Canadiens : le rôle du gouvernement fédéral – Rapport final. Volume six : Recommandations en vue d'une réforme*. Canada. [www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/372/SOCI/rep/repoct02vol6-f.htm](http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/372/SOCI/rep/repoct02vol6-f.htm).
- <sup>13</sup> Romanow RJ. (2002). *Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada — Rapport final*. Canada : Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. [publications.gc.ca/collections/Collection/CP32-85-2002F.pdf](http://publications.gc.ca/collections/Collection/CP32-85-2002F.pdf).
- <sup>14</sup> Santé Canada. (2003). *Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé*. Ottawa : Santé Canada. [www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2003accord/index-fra.php](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2003accord/index-fra.php).
- <sup>15</sup> Santé Canada. Rencontre des premiers ministres. (2004). *Un plan décennal pour consolider les soins de santé*. Ottawa : Santé Canada. [www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/index-fra.php](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/index-fra.php).
- <sup>16</sup> Demers V, Melo M, Jackevicius C, et al. (2008). Comparison of provincial prescription drug plans and the impact on patients' annual drug expenditures. *CMAJ*. 178(4) : 405-409.
- <sup>17</sup> Tamblyn RM. (2005). Prescription drug coverage : An essential service or a fringe benefit? *CMAJ*. 173(11) : 1343-1344.

---

<sup>18</sup> Dragomir A, Cote R, Roy L, et al. (2010). Impact of adherence to antihypertensive agents on clinical outcomes and hospitalization costs. *Med Care*. 48(5) : 418-425.

<sup>19</sup> Kennedy J, Morgan S. (2009). Cost-related prescription nonadherence in the United States and Canada : a system-level comparison using 2007 International Health Policy Survey in Seven Countries. *Clin Ther*. 31(1) : 213-219.

<sup>20</sup> Law MR, Cheng L, Dhalla IA, et al. (2012). The effect of cost on adherence to prescription medications in Canada. *CMAJ*. 184(3) : 297-302.

<sup>21</sup> Institut canadien d'information sur la santé. (2012). *Dépenses en médicaments au Canada, de 1985 à 2011*. Ottawa : ICIS. [https://secure.cihi.ca/free\\_products/DEIC\\_1985\\_%202011\\_FR.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/DEIC_1985_%202011_FR.pdf).

<sup>22</sup> Institut canadien d'information sur la santé. (2010). *Utilisation des médicaments chez les personnes âgées dans le cadre des régimes publics d'assurance-médicaments au Canada, 2002 à 2008*. Ottawa : ICIS. [https://secure.cihi.ca/free\\_products/drug\\_use\\_in\\_seniors\\_2002-2008\\_f.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/drug_use_in_seniors_2002-2008_f.pdf).

<sup>23</sup> Tierney M, Manns B, with the Members of the Canadian Expert Drug Advisory Committee. (2008). Optimizing the use of prescription drugs in Canada through the Common Drug Review. *CMAJ*. 178(4) : 432-435.

<sup>24</sup> Conseil canadien de la santé. (2006). *Quelles en sont les conséquences sur la santé publique? Publicité directe aux consommateurs des médicaments d'ordonnance au Canada*. Toronto : Conseil canadien de la santé. [www.healthcouncilcanada.ca/tree/2.38-hcc\\_dtc-advertising\\_200601\\_f\\_v6.pdf](http://www.healthcouncilcanada.ca/tree/2.38-hcc_dtc-advertising_200601_f_v6.pdf).

<sup>25</sup> Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick. (2012). Vidéo : *Rebâtir les soins de santé ensemble*. [www.gnb.ca/0212/values/video-f.asp](http://www.gnb.ca/0212/values/video-f.asp)

<sup>26</sup> Ministère des Finances du Nouveau-Brunswick. (2012). Tableau : Population par groupe d'âge et sexe. [www.gnb.ca/0160/economics/populationbyageandsex1.htm](http://www.gnb.ca/0160/economics/populationbyageandsex1.htm).