

Les effets de l'assurance médicaments sur la demande des soins de santé

Martin Boyer and Pierre-Thomas Léger

Volume 78, Number 3-4, 2010

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1094114ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1094114ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Faculté des sciences de l'administration, Université Laval

ISSN

1705-7299 (print)

2371-4913 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this document

Boyer, M. & Léger, P.-T. (2010). Les effets de l'assurance médicaments sur la demande des soins de santé. *Assurances et gestion des risques / Insurance and Risk Management*, 78(3-4), 317-336. <https://doi.org/10.7202/1094114ar>

Article abstract

This document raises issues pertaining to medication insurance plans that can have negative effects on health-care spending. We've outlined three important dichotomies related to Quebec's current health insurance plan; a dichotomy which we believe to be at the heart of increased spending in hospital, medical and pharmaceutical care. The increase in the cost of medication funded by the public insurance plan is also discussed. We've outlined research leads and recommendations that may eventually allow reductions in cost for individuals and for the public.

Les effets de l'assurance médicaments sur la demande des soins de santé

par Martin Boyer et Pierre-Thomas Léger

RÉSUMÉ

Le présent document soulève plusieurs questions quant aux plans d'assurance médicaments, qui peuvent avoir des effets négatifs sur les dépenses en soins de santé. Nous avons identifié trois importantes contradictions dans le système actuel d'assurance santé québécois, contradictions que nous croyons être à la source de l'augmentation des dépenses des hôpitaux, des soins médicaux et pharmaceutiques. Nous discutons aussi de l'augmentation des coûts des médicaments fournis par le système d'assurance médicaments. Nous avons identifié des pistes de recherche et des recommandations qui pourront éventuellement générer des réductions de coûts pour les individus et pour la société en général.

ABSTRACT

This document raises issues pertaining to medication insurance plans that can have negative effects on health-care spending. We've outlined three important dichotomies related to Quebec's current health insurance plan; a dichotomy which we believe to be at the heart of increased spending in hospital, medical and pharmaceutical care. The increase in the cost of medication funded by the public insurance plan is also discussed. We've outlined research leads and recommendations that may eventually allow reductions in cost for individuals and for the public.

Les auteurs :

Martin Boyer, Département de finance, HEC Montréal (Université de Montréal), 3000, chemin de la Côte-Sainte-Catherine, Montréal (Québec) H3T 2A7; et Cirano, 2020, avenue University, 25^{ème} étage, Montréal (Québec) H3A 2A5. Pierre-Thomas Léger, Institut d'économie appliquée, HEC Montréal (Université de Montréal), et Cirano. Cet article a bénéficié du soutien financier du Cirano, de la Direction de la recherche à HEC Montréal et du Conseil de recherche en sciences humaines du Canada. Nous voudrions remercier Geneviève Dufour pour ses commentaires.

I. INTRODUCTION

S'il existe un sujet d'actualité commun en politique publique dans toutes les sociétés occidentales, c'est bien la demande pour les soins de santé et le financement de ces soins. Le Québec ne fait pas exception; il ne se passe pas un mois sans qu'on parle dans les médias des problèmes de financement des soins de santé au Québec, que ce soit du point de vue de l'attente dans les salles d'urgence, du manque d'infirmières, des hôpitaux en déficit ou de l'absence de médecins spécialistes en région.

Bien que nous nous intéressions au système de santé en général, notre préoccupation majeure sera d'étudier un aspect particulier du système de santé, soit la demande pour les médicaments et l'assurance médicaments. Plus spécifiquement, nous nous pencherons sur le nouveau système public d'assurance médicaments introduit dans la province de Québec en 1997. Ce système d'assurance médicaments obligatoire avait été instauré afin de garantir une couverture d'assurance pour tous les résidents de la province.

Jusqu'à cette date, l'assurance publique des soins de santé assurait pleinement le coût de l'hospitalisation ainsi que les frais des médecins. Le coût des médicaments à l'extérieur des hôpitaux n'était pas couvert par un régime d'assurance public sauf pour les pauvres et les personnes âgées. Des systèmes similaires existaient également au Canada : pleine protection pour les soins hospitaliers et médicaux, et assurance médicaments pour les indigents. Les personnes non couvertes par le régime public (soient les personnes non âgées qui ne sont pas pauvres) pouvaient se procurer une assurance privée qui était typiquement offerte par l'employeur. Bien qu'offerte par certains assureurs privés, cette assurance médicaments n'était pas obligatoire; il arrivait donc que certaines gens doivent assumer la totalité des coûts de leurs médicaments consommés à l'extérieur des hôpitaux.

La proportion de la population qui n'avait aucune assurance médicaments variait d'une province à l'autre; la proportion de québécois non-assurés étant légèrement supérieure à la moyenne nationale. Le gouvernement du Québec voulut pallier à ce problème en introduisant une assurance médicaments obligatoire pour tous, que cette assurance soit offerte par le réseau public ou par les assureurs privés.

Cette obligation pour un citoyen d'avoir une assurance exigeait ainsi la création d'une nouvelle société d'assurance gouvernemen-

tale qui prendrait en charge les personnes incapables d'être assurées autrement par les régimes privés. Le gouvernement obligeait également les individus à s'assurer auprès de leur employeur si celui-ci offrait un tel bénéfice marginal à ses employés. Dans le jargon des assureurs, le gouvernement devient ainsi un assureur résiduel. Le gouvernement allait dorénavant être responsable des coûts des médicaments non seulement des pauvres et des personnes âgées, mais également des personnes dont l'employeur n'offrirait pas de prestations d'assurance médicaments collective.

Le but de cet article est d'examiner différentes questions qui ont trait à la création d'un système d'assurance médicaments obligatoire. Nous voudrions en premier lieu examiner les raisons économiques et sociales qui poussent un gouvernement à exiger que les citoyens soient tous assurés pour le coût de leurs médicaments. Nous pourrions ensuite examiner quel a été l'impact du régime d'assurance médicaments sur les dépenses en médicaments du gouvernement, sans oublier l'impact d'un tel régime sur les autres dépenses en santé (hôpitaux et médecins).

Dans la discussion qui suit, nous présenterons les arguments qui sous-tendent l'offre de produits d'assurances dont l'assurance médicaments est un cas particulier. Nous présenterons les problèmes qui peuvent survenir lorsqu'un programme d'assurance est offert. À partir de ces principes fondamentaux d'assurances et des problèmes qui peuvent survenir, nous pourrions juger de l'efficacité d'un régime universel et obligatoire d'assurance médicaments à résoudre ces problèmes. Nous nous demanderons ensuite comment le système québécois d'assurance médicaments répond à ces critères d'efficacité en se basant sur la situation au Québec avant et après l'adoption de la Loi sur l'assurance médicaments. Nous baserons notre analyse sur les dépenses gouvernementales avant et après l'adoption de la Loi, non seulement en médicaments, mais également en soins de toute sorte. Nous serons alors capables de discuter de l'effet de l'adoption de la Loi sur l'assurance médicaments sur les dépenses en médicaments et en soins de santé en général. Nous concluons par des suggestions d'amélioration du régime d'assurance médicaments en particulier, et de l'assurance santé en général.

2. LES FONDEMENTS DE L'ASSURANCE

Le principe même de l'assurance est d'étaler le plus efficacement possible les risques associés avec des événements malencon-

treux. En regroupant chaque risque individuel au sein d'un seul portefeuille, les individus sont capables de réduire l'impact d'un événement malencontreux et ainsi faire augmenter leur bien-être individuel ainsi que collectif. Prenons l'exemple d'un individu qui est propriétaire de son habitation. Il est préférable pour cet individu d'acheter pour 100 dollars par année une assurance habitation même si aucun sinistre se produit parce qu'il vient de s'acheter une paix d'âme puisque le coût associé à la perte de la maison en cas d'incendie aurait été immense. Dans de tels cas, les contrats d'assurance sont généralement efficaces. En fait, il est aisé de voir que si les individus ne changent pas leur comportement suite à l'achat d'assurance (pas d'aléa moral *ex ante*), et s'il est facile pour un assureur non seulement de catégoriser le risque d'incendie de l'individu (pas d'anti-sélection) mais aussi d'établir précisément le montant des pertes encourues attribuables à l'incendie (pas d'aléa moral *ex post*), alors l'achat d'assurance permet aux individus d'accroître leur bien-être. De plus, il n'y a aucune raison pour laquelle une telle assurance ne pourrait être offerte par le secteur privé.

Nous pouvons appliquer le même raisonnement en ce qui a trait à l'achat d'assurance santé. Malheureusement, le marché des services reliés à la santé possède des caractéristiques qui peuvent nuire à l'efficacité des marchés privés d'assurance. Premièrement, il peut être difficile pour un assureur d'établir les paramètres de risque d'un individu (tels ses antécédents familiaux, sociaux ou génétiques) qui cherche à se procurer de l'assurance santé. En regroupant tous les individus dans un seul portefeuille de risque, les assureurs font payer certains individus trop cher leur police d'assurance et d'autres pas assez. Si c'est le cas, les individus qui se savent moins à risque, préféreront possiblement ne pas acheter d'assurance plutôt que de payer des primes qu'ils jugent exorbitantes. Ce problème est connu sous le nom d'anti-sélection. En laissant les faibles risques se retirer de ce marché d'assurance, les assureurs se retrouvent alors à offrir des contrats d'assurance aux individus qui sont plus à risques non seulement d'avoir des accidents, mais également des accidents plus coûteux. Dans de tels cas, il est possible que le marché de l'assurance disparaisse complètement¹. Étant donné cette possibilité d'effondrement du marché de l'assurance, il peut s'avérer optimal qu'un gouvernement oblige les individus à s'assurer, quitte à redistribuer *ex post* des revenus des individus plus à risque vers les individus moins à risque.

Bien que l'introduction d'un système d'assurance santé public soit un moyen efficace de réduire les problèmes d'anti-sélection, il n'est pas du tout évident que les soins médicaux seraient consommés

de manière efficace. En effet, se sachant assurés, les individus peuvent décider d'adopter des comportements plus à risque. De plus les individus peuvent décider de consommer plus de services que nécessaire puisqu'ils n'en assument pas les coûts. Cette surconsommation des soins de santé vient du fait qu'un individu qui a droit à ces services médicaux gratuits après avoir acheté de l'assurance (au travers de ses impôts possiblement) est indifférent au fait que le service coûte en réalité trois dollars à l'assureur ou cent dollars. Et ceci en dépit du fait qu'il n'aurait été prêt à payer que dix dollars s'il avait dû assumer lui-même les coûts du service. En séparant la décision de consommation de la décision d'achat d'assurance, il est clair que les individus vont consommer plus de soins de santé, et cela même si d'un point de vue social trop de soins sont offerts. Dans le système actuel d'assurance santé, cette surconsommation de soins de santé se reflète sûrement dans la congestion des hôpitaux (surtout dans les urgences et les CLSC), dans les listes d'attente pour des traitements spécialisés, et dans les suggestions de certains analystes d'introduire des tickets modérateurs.

Ces tickets modérateurs pourraient en effet réduire l'effet de surconsommation en forçant les individus à contribuer en partie au coût de leur traitement. Que ce ticket modérateur soit un montant forfaitaire par visite ou un pourcentage des coûts totaux de consommation, son impact sera de réduire la surconsommation des soins de santé et un dégoisement des salles d'urgence. Les études sur le terrain de l'impact des tickets modérateurs sont sans équivoque : les individus auxquels une contribution monétaire est exigée pour recevoir des soins de santé en consomment moins que s'ils sont complètement gratuits, et cela même si ces individus sont remboursés ultérieurement pour ces contributions.² En d'autres termes, les consommateurs qui doivent payer pour leur soins de santé choisiront, à la marge, de consommer d'autres types de biens.

Les problèmes et les avantages liés à l'assurance santé pour les soins hospitaliers et médicaux s'appliquent également lorsqu'on parle de l'assurance médicaments. Les problèmes d'aléa moral et d'anti-sélection y sont aussi importants que dans le cas des soins hospitaliers et médicaux. Ce qui est plus important toutefois est le fait qu'on ne puisse étudier la demande pour les soins de santé sans toucher à la demande pour les médicaments. Ce ne sont pas des économies qui évoluent dans des vases clos. Nous croyons essentiel l'examen joint des deux marchés d'assurance si nous voulons identifier adéquatement les bénéfices et les coûts attribuables à la mise en place d'un régime obligatoire d'assurance médicaments, et à la structure d'un tel régime.

3. UN RÉGIME PUBLIC D'ASSURANCE MÉDICAMENTS

Les arguments avancés en faveur de l'assurance santé obligatoire s'appliquent autant dans le cas de l'assurance médicaments. Étant donné que certains traitements nécessitent la consommation de médicaments sur une très longue période, les risques financiers associés à une telle consommation sont si grands qu'il n'est pas envisageable qu'un individu rationnel veuille ne pas s'assurer contre une telle éventualité. Il est donc purement arbitraire que les services médicaux et hospitaliers soient couverts par le régime public d'assurance alors que les soins médicaux tels les antibiotiques ne le sont pas.

Un autre paradoxe intéressant qui existe dans les régimes d'assurance santé présentement au Canada est que les soins médicaux sont gratuits lorsqu'ils sont administrés par le personnel hospitalier alors qu'ils peuvent être moins dispendieux lorsqu'ils sont achetés à la pharmacie et consommés à la maison. De telles incohérences dans le type de soin couvert par l'assurance peuvent entraîner des inefficacités importantes dans le système médical. Nous présentons trois dichotomies qui sont possiblement à la source des problèmes majeurs d'inefficacité du régime d'assurance médicaments.

3.1 Dichotomie I : Soins hospitaliers et médicaux et Soins médicaux

Pour illustrer les inefficacités patentes de la dichotomie du système actuel, prenons le cas d'un individu qui reçoit gratuitement ses soins médicaux et hospitaliers alors qu'il doit payer de sa poche le plein coût des médicaments. En cas de maladie, cet individu doit alors prendre une décision de consommation qui lui sera dictée en partie par son type de maladie. Si les services médicaux (ou les services hospitaliers incluant les visites à l'urgence) et les médicaments sont des traitements substitués de la maladie qui afflige le patient, alors les incitatifs auxquels fait face le patient l'encourage à consommer les soins gratuits (médecins et hôpitaux) plutôt que d'acheter les médicaments. Ceci est vrai même si du point de vue de la société les coûts reliés au salaire des médecins et au loyer de l'hôpital (sans compter le coût social des engorgements et des listes d'attente) sont plus élevés que ceux reliés à l'achat de médicaments. En d'autres termes, un système d'assurance santé qui exclut les services ambulatoires tels les médicaments sous ordonnance consommés à la maison encourage, à la marge, les patients à éviter les services ambulatoires même si ces services sont relativement plus efficaces et moins coûteux pour la société.

Par contre, si le système d'assurance santé couvre de la même manière tous les services de santé (hôpitaux, médecins, médicaments), alors les patients vont toujours se diriger vers le type de service qui est le moins coûteux, et souvent également celui où le temps d'attente est le moins long. Ainsi, en offrant la même assurance pour les soins hospitaliers, médicaux et médicaux, les problèmes associés à la substitution entre les différents types de consommation de soins de santé sont réduits, sinon éliminés³.

3.2 Dichotomie 2 : Soins médicaux à l'hôpital et Soins médicaux à la maison

Considérons maintenant le cas d'un individu qui a accès gratuitement à des médicaments si ceux-ci sont consommés dans le cadre d'une visite à l'hôpital ou à l'urgence, mais qui doit déboursier de sa poche pour toute consommation de médicaments à l'extérieur de l'hôpital⁴. Encore une fois on encourage les patients à consommer des services hospitaliers et médicaux puisqu'il est moins coûteux pour l'individu de recevoir les médicaments à l'hôpital que de les consommer à la maison. Pour la société (et pour la Régie de l'assurance maladie du Québec en particulier) ce n'est pas le cas. Non seulement la société se trouve à payer pour des médicaments qu'elle n'aurait pas eu à déboursier si les médicaments eussent été consommés à la maison, mais en plus la société doit payer pour les services hospitaliers et médicaux. Il est clair que ceci représente un gaspillage de ressources rares, sans compter que cette dichotomie dans la consommation des mêmes médicaments (gratuits à l'hôpital, coûteux à la maison) réduit considérablement les gains d'efficacité potentiels du « virage ambulatoire » dans les services de santé.

Pour illustrer ce problème, prenons l'exemple des migraines. Il existe des moyens peu coûteux pour traiter cette affliction, soit la consommation régulière de médicaments. Cette consommation régulière peut se faire à la maison, ce qui réduit le nombre de visites à l'hôpital. Il faut néanmoins que les personnes qui souffrent de migraines déboursent de leurs poches le coût de ces médicaments. Une alternative à l'achat des médicaments en pharmacie et à leur consommation régulière est d'aller à l'urgence d'un hôpital lorsqu'une migraine incapacitante se déclenche. Dans ce cas, la personne souffrant de migraine consomme : 1– des soins hospitaliers puisqu'elle s'est présentée à l'urgence; 2– des soins médicaux puisqu'elle a été examinée par un médecin; et 3– des soins médicaux puisque l'injection d'un médicament représente un des traitements le plus efficace contre les migraines. La seconde alternative est de loin la moins coûteuse pour un individu (si on fait abstraction

du temps qu'il lui en coûte de se présenter à l'hôpital), bien qu'elle soit la plus dispendieuse pour la société.

Il est donc clair que le système de santé actuel encourage la consommation de soins coûteux en traitant de manière différente la consommation des mêmes médicaments (ou des médicaments semblables) en fonction de l'endroit où ils sont consommés. Si la consommation de soins médicaux était couverte de la même manière quel que soit l'endroit où ils sont consommés, il est clair qu'un plus grand nombre d'individus opterait pour la consommation des médicaments à la maison. Ceci réduirait les coûts hospitaliers et médicaux pour la société, sans oublier le fait qu'on puisse ainsi réduire l'engorgement dans les salles d'urgence et la perte de temps des patients qui s'y présentent.

En traitant de manière similaire les différentes formes de soins de santé, il serait possible de réduire certaines inefficacités du système actuel. Malheureusement, il est également possible qu'on accentue d'autres problèmes comme la surconsommation des soins. Tel que nous l'avons mentionné précédemment lorsque nous parlions d'aléa moral *ex post*, la pleine assurance des soins de santé (aucune franchise ni co-paiement) encourage les assurés à consommer au-delà de ce qui aurait été socialement et économiquement efficace. Plusieurs études empiriques et expérimentales⁵ ont montré que la consommation de médicaments est réduite lorsqu'on demande aux patients de payer pour une partie de leur consommation de soins de santé. Ces résultats tiennent même si on rembourse par la suite chaque patient pour le montant qu'il a eu à déboursier. Ces résultats démontrent clairement que les individus qui ont accès à des médicaments gratuits vont tendre à en consommer une quantité plus grande que ce qui aurait été optimal.⁶ Il est donc clair qu'un gouvernement qui introduit un nouveau régime d'assurance médicaments devrait s'attendre à une augmentation marquée de la consommation de médicaments pour le segment de la population pour lequel la nouvelle assurance est offerte.

3.3 Dichotomie 3 : Médicaments sur ordonnance et Médicaments sans ordonnance

L'assurance médicaments, telle que conçue par les gouvernements, encourage la consommation de médicaments sur ordonnance (MSO) au détriment des médicaments en vente libre (MVL), disponibles sans ordonnance. On peut imaginer facilement le cas d'un assuré qui serait indifférent entre deux types de médicaments; le premier est disponible sur ordonnance seulement et le deuxième est un

MVL. Si le MSO est assuré par le programme d'assurance médicaments et que le MVL ne l'est pas, il est clair que l'individu préférera se procurer le MSO, puisqu'il est moins coûteux pour l'individu, bien que ce ne soit pas le cas pour la société.

Le cas des individus souffrant de migraines s'applique encore une fois. Il existe des médicaments MVL de type anti-inflammatoires qui soignent relativement bien les symptômes de la migraine. Toutefois ces médicaments ne sont pas couverts par les régimes d'assurance médicaments alors que les médicaments plus dispendieux disponibles seulement sur ordonnance le sont. Cette dichotomie dans le type de médicament assuré sous le régime d'assurance médicaments encourage la consommation de médicaments plus coûteux.

En n'assurant que les MSO le régime d'assurance médicaments incite les patients au gaspillage en ce qui a trait à la consommation même de médicaments et en ce qui a trait à la consommation de soins médicaux. En effet, les MSO ne peuvent être achetés que sur l'avis d'un médecin. Or, comme les visites chez le médecin sont gratuites et que le médicament prescrit est également gratuit, le patient est plus enclin à visiter le cabinet du médecin pour obtenir un MSO à un coût nul, plutôt que de payer de sa poche pour un MVL. Ainsi, il est tout à fait concevable qu'une politique d'assurance médicaments, qui ne couvre que les médicaments sur ordonnance, augmente non seulement les dépenses en soins médicaux, mais également les dépenses en soins médicaux. La mise en œuvre d'un système incitatif, tel les systèmes à budget fixe (*fundholding*) visant à réduire le nombre d'ordonnances inutiles, devrait être étudiée.

Un autre effet pervers qui résulte de la possibilité de substituer les MSO aux MVL est le fait que la consommation de MSO puisse être liée au comportement des médecins qui prescrivent ces médicaments. En effet, les médecins qui connaissent les conditions sous lesquelles leurs patients sont remboursés pour la consommation de médicaments peuvent être tentés de prescrire des médicaments plutôt que de suggérer l'achat de médicaments MVL. Ce comportement des médecins semble à première vue louable puisqu'il réduit les dépenses personnelles des patients; malheureusement ce comportement contribue également à la flambée des coûts médicaux pour la société.

Il n'existe pas de résultats empiriques qui infirment ni ne confirment cette hypothèse de sur-prescription de médicaments, mais l'évidence anecdotique en ce qui a trait à la manière dont facturaient les dentistes semblait indiquer que le coût du service n'était pas le même que le patient était assuré ou non. Il est également possible que

des médecins prônent l'hospitalisation de patients qui n'ont pas d'assurance médicaments pour qu'ils aient accès gratuitement à des médicaments sur ordonnance qu'ils pourraient par ailleurs se procurer à la pharmacie. Bien que l'évidence scientifique soit muette à ce sujet, il n'en demeure pas moins que ce problème potentiel devrait être étudié par les décideurs publics lorsqu'ils étudient l'impact économique d'un régime universel d'assurance médicaments.

Un dernier aspect important, qui semble avoir été négligé par les gouvernements lors de l'introduction d'un régime universel d'assurance médicaments, est l'impact considérable que cette assurance peut avoir sur la demande de service médical. En effet, étant donné que la majorité des programmes d'assurance médicaments ne couvrent que les médicaments sur ordonnance, il est toujours obligatoire d'aller voir un médecin pour obtenir une prescription. Les individus qui veulent ainsi épargner de l'argent en consommant des MSO plutôt que des MVL doivent ainsi rendre visite à un médecin, ce qui augmente encore plus les coûts pour la société d'un régime universel et gratuit d'assurance médicaments. Ainsi, suite à la mise en place d'un régime d'assurance médicaments, il ne serait pas surprenant d'observer une croissance des dépenses médicales, ainsi qu'un engorgement plus important des salles d'urgence et un allongement des listes d'attente. L'augmentation des dépenses en santé pourrait avoir un effet bénéfique sur l'état de santé de la population si elle compense pour le manque d'investissement en prévention des individus.

4. LES COÛTS DE L'ASSURANCE MÉDICAMENTS AU QUÉBEC

Le Québec, ainsi que toutes les provinces canadiennes, offre un service d'assurance santé qui couvre les patients dès le premier dollar de soin consommé. Dit autrement, aucun Canadien n'a besoin de payer quoi que ce soit en service de santé lorsqu'il se présente à l'hôpital ou dans le cabinet d'un médecin. Le régime public d'assurance santé ne couvre pas, toutefois, les médicaments consommés à l'extérieur de l'hôpital ni les autres services non-médicaux tels les visites chez le dentiste.

Au mois d'août 1996, le gouvernement du Québec établit une nouvelle règle de co-paiement pour les personnes de moins de 65 ans. Cette nouvelle règle obligeait les individus à déboursier les premiers 8,33 \$ par mois plus 25 % des coûts reliés à l'achat de médica-

ments jusqu'à un maximum mensuel dépendant du revenu annuel de l'individu. Pour les prestataires d'assurance emploi, ce maximum était de 16,66 \$ par mois, incluant la franchise de 8,33 \$.⁷

Pour les personnes âgées, la règle pré-1996 prévoyait des paiements de 2 \$ par ordonnance avec un maximum de 100 \$ par année. La nouvelle politique prévoit une franchise de 8,33 \$ par mois et un co-paiement de 25 % jusqu'à un maximum mensuel incluant la franchise de 16,33 \$ pour les personnes âgées plus démunies (c'est-à-dire celles recevant le supplément de revenu garanti maximal), et de 62,49 \$ pour les mieux nanties.

En plus des prestataires d'assurance-emploi et des personnes âgées, le régime post-1996 d'assurance médicaments couvre également les personnes n'ayant pas accès à un régime privé d'assurance médicaments. Ces personnes (qu'on appelle les *adhérents*) ont accès à la même couverture que les personnes âgées les mieux nanties, soit une franchise mensuelle de 8,33 \$ et un co-paiement de 25 % du coût des médicaments jusqu'à un maximum mensuel de 62,49 \$. Aucune franchise ou co-paiement n'est payé par ailleurs par les prestataires d'assurance-emploi ayant des contraintes sévères à l'emploi ni par étudiants et autres personnes de moins de 18 ans.

Les deux tableaux suivants présentent les coûts totaux et par assurés de différentes classes d'individus au Québec pour les années 1999 et 2000 respectivement.

Pour l'année 2000, les dépenses totales des personnes assurées par le régime public d'assurance médicaments monteront à près de 1,77 milliard de dollars, soit une augmentation de 18 % par rapport à 1999. Les montants versés par la Régie de l'assurance maladie du Québec sont passés de 1,17 milliard de dollars en 1999 à 1,42 milliard de dollars en 2000, soit une augmentation de plus de 21 %. Ainsi, non seulement l'augmentation dans le coût des médicaments est-il impressionnant si on la compare à l'augmentation du coût de la vie en général (l'inflation en 2000 se situant à environ 2,5 %), mais en plus les coûts pour le régime d'assurance médicaments augmentent plus rapidement que les coûts des médicaments en général.

Lorsqu'on sépare l'augmentation dans les coûts du régime par catégorie de personnes, on se rend compte que les déboursés de la RAMQ par assuré annuellement ont augmenté de 31,5 % pour les prestataires d'assurance emploi (de 431,72 \$ à 567,88 \$), de 23,2 % pour les personnes âgées (de 718,86 \$ à 885,65 \$) et de 15,5 % pour les adhérents (de 374,64 \$ à 453,22 \$). Pour les sous-catégories des enfants de moins de 18 ans et des étudiants à temps plein, l'augmentation fut d'un peu plus de 5 % pendant la même période.

**TABLEAU I – COÛT DES MÉDICAMENTS POUR LES PERSONNES ASSURÉES
PAR LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC : PAR CATÉGORIE D'ASSURÉ (1999)**

Catégorie	Nombre d'assurés	Coût total (\$)	Coût RAMQ (\$)	% RAMQ	Coût RAMQ par assuré
Sans-emploi	640 895	304 264 636	276 688 930	91%	431,72 \$
Personnes âgées	874 204	830 890 866	628 434 103	76%	718,86 \$
Adhérents	1 609 848	363 207 878	265 620 194	73%	165,00 \$
Total	3 124 947	1 498 363 380	1 170 743 227	78%	374,64 \$
Sous-catégorie					
Moins de 18 ans	559 136	41 895 173	41 895 173	100%	74,93 \$
Étudiants à temps plein	78 860	11 107 749	11 107 749	100%	140,85 \$

TABLEAU 2 – COÛT DES MÉDICAMENTS POUR LES PERSONNES ASSURÉES PAR LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC : PAR CATÉGORIE D'ASSURÉ (2000)

Catégorie	Nombre d'assurés	Coût total (\$)	Coût RAMQ (\$)	% RAMQ	Coût RAMQ par assuré
Sans-emploi	599 429	356 036 045	340 392 958	96%	567,86 \$
Personnes âgées	859 026	986 012 124	760 797 055	77%	885,65 \$
Adhérents	1 675 605	430 106 861	319 217 158	74%	190,51 \$
Total	3 134 060	1 772 155 030	1 420 407 171	80%	453,22 \$
Sous-catégorie					
Moins de 18 ans	556 939	43 994 512	43 994 512	100%	78,99 \$
Étudiants à temps plein	80 344	11 925 115	11 925 115	100%	148,43 \$

Nous sommes ainsi à se poser la question du pourquoi de l'augmentation si marquée du coût des médicaments des prestataires d'assurance-emploi comparativement à l'augmentation du coût des médicaments des étudiants et des enfants.

D'autres questions se posent également lorsqu'on sépare les hommes des femmes pour toutes les catégories de participants; les participants étant les assurés ayant remplis au moins une réclamation auprès du régime d'assurance médicaments dans l'année.

Quand on fait cet exercice, on se rend compte que bien que le coût total des médicaments consommés par les adhérents soit sensiblement le même pour les hommes que pour les femmes, les femmes payent en moyenne vingt dollars de plus par année de leur poche. Pour ce qui est des prestataires d'assurance emploi et des personnes âgées, on se rend également compte que les femmes payent en moyenne plus de leurs poches que les hommes. Ces constats sont aussi vrais pour 1999 que pour 2000.

L'augmentation dans le coût du régime public d'assurance médicaments est assurément hors de contrôle. Nous croyons que les trois dichotomies qui ont été présentées dans la section précédente expliquent partiellement ces augmentations. Bien que des recherches plus poussées soient nécessaires, les constats préliminaires sont peu reluisants. Si rien n'est fait, il est très probable que les coûts en médicaments continueront d'augmenter dans le futur à un rythme qui poussera le gouvernement à éliminer le programme – ce qui serait une erreur grossière – ou à le modifier de fond en comble. Toute modification devra être axée sur le but que le gouvernement veut atteindre, soit la santé des citoyens de la province, et non sur les volontés partisans de différents groupes de pression dévoués à conserver leurs acquis au détriment du bien-être de la population en général. Dans la dernière section du document, nous formulons des recommandations qui pourront sauver le régime d'assurance médicaments, sinon le régime d'assurance santé dans son ensemble.

5. IMPLICATIONS ET RECOMMANDATION

Nous avons argué dans cet article que l'absence d'une assurance médicaments peut causer des inefficiences attribuables à la substitution des soins plus dispendieux pour la société et subventionnés par le gouvernement au détriment des soins moins dispendieux pour la société, mais déboursés par les individus. Ceci est spécialement vrai

TABLEAU 3 – COÛT PAR PARTICIPANT DES MÉDICAMENTS ASSURÉS PAR LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC : PAR SEXE ET CATÉGORIE DES PARTICIPANTS (1999)

Catégorie (Sexe)	Nombre de participants	Coût total par participant	Coût RAMQ par participant	Coût pour les participants	Proportion du coût payée par les participants
Sans-emploi (F)	251 885	649,93 \$	581,26 \$	68,67 \$	10,57 %
Sans-emploi (H)	184 952	759,97 \$	704,39 \$	55,58 \$	7,31 %
Personnes âgées (F)	455 122	1 070,98 \$	803,35 \$	267,63 \$	24,99 %
Personnes âgées (H)	300 036	1 144,75 \$	875,94 \$	268,81 \$	23,48 %
Adhérents (F)	580 531	375,43 \$	266,67 \$	108,75 \$	28,97 %
Adhérents (H)	388 651	373,76 \$	285,37 \$	88,39 \$	23,65 %

TABLEAU 4 – COÛT PAR PARTICIPANT DES MÉDICAMENTS ASSURÉS PAR LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC: PAR SEXE ET CATÉGORIE DES PARTICIPANTS (2000)

Catégorie (Sexe)	Nombre de participants	Coût total par participant	Coût RAMQ par participant	Coût pour les participants	Proportion du coût payée par les participants
Sans-emploi (F)	237,717	803.71 \$	759.26 \$	44.46 \$	5.53 %
Sans-emploi (H)	176,989	932.15 \$	903.47 \$	28.67 \$	3.08 %
Personnes âgées (F)	463,773	1,255.94 \$	962.87 \$	293.07 \$	23.33 %
Personnes âgées (H)	307,348	1,312.98 \$	1,022.44 \$	290.54 \$	22.13 %
Adhérents (F)	601,848	428.99 \$	310.55 \$	118.44 \$	27.61 %
Adhérents (H)	388,651	442.35 \$	340.44 \$	101.91 \$	23.04 %

dans le cas des médicaments puisque les autres types de soins médicaux (médecins, hôpitaux, médicaments consommés au sein même de l'hôpital) sont pleinement couverts par le régime public d'assurance. En d'autres termes, les individus qui ne sont pas couverts par un régime d'assurance médicaments voudront éviter de dépenser de leurs poches, pour ces médicaments sur ordonnance, en rendant visite aux médecins de manière plus fréquente ou en se pointant plus fréquemment à l'hôpital afin d'y consommer les médicaments gratuitement, même s'il en résulte une dépense plus importante pour la société dans son ensemble.

En plus de consommer les médicaments à l'hôpital plutôt qu'à la maison, ce qui entraîne une dépense inutile en soins hospitaliers, l'absence d'une assurance médicaments adéquate peut mener les patients à consommer une quantité sous-optimale de médicaments disponibles sans ordonnance. Il est primordial de se rappeler que ce type de substitution n'engendre non seulement une dépense supplémentaire dans le cadre des remboursements pour frais de médicaments, mais également une dépense supplémentaire en médecins (qui doivent signer les ordonnances) et en hôpitaux (qui doivent accommoder les patients lors de leur visite). Malheureusement, bien que l'accès à une assurance médicaments enrayer en partie ces inefficacités allocationnelles, les problèmes d'aléa moral demeurent toujours présents de telle sorte que les patients vont toujours vouloir consommer plus de médicaments que ce qui serait socialement optimal.

Pour répondre au problème d'aléa moral, il serait aisé d'implémenter certaines réformes au système de santé actuel (au-delà de la mise en place d'un régime d'assurance médicaments) afin de réduire cette surconsommation de médicaments au maximum. Introduire des co-paiements et des franchises qui forceraient les individus à « internaliser » les coûts des soins qu'ils consomment et ainsi de leur permettre de mieux apparier ces coûts aux bénéfices qu'ils retirent de cette consommation.

Bien que l'ensemble de la population qui consomme la majorité des médicaments pourrait bénéficier à long terme de l'introduction de co-paiements, il nous faut se préoccuper de la baisse de consommation pour certains types d'individus. Pour certains individus, toute baisse de consommation de médicaments pourrait avoir un impact néfaste sur la société dans son ensemble. Un bon exemple est celui des médicaments qui traitent la schizophrénie. Si la consommation de ces médicaments est assez sensible à leur prix, toute contribution personnelle des individus réduira leur volonté de consommer ces médicaments. Ces réductions dans la consommation sont toutefois

dangereuses et insensées. La gestion de ces cas spécifiques ne pose toutefois aucun problème pour deux raisons. Premièrement, les schizophrènes font partie d'un groupe socio-médical très bien identifiable dont les médicaments ont une très faible probabilité d'être consommés par des non-schizophrènes. Deuxièmement, il est très peu probable qu'on observe une surconsommation de ces médicaments. Nous pourrions ainsi exclure d'un tel régime d'assurance médicaments certains groupes socio-médicaux facilement identifiables.

Les problèmes d'aléa moral qui mènent à la surconsommation de médicaments seraient toutefois mieux gérés au moyen d'un système efficace de contrôle de l'offre de médicaments. Un tel système pourrait être mis en place pour inciter financièrement les médecins à utiliser plus efficacement leur pouvoir de prescription de médicaments. Un bon exemple de ce type de système à budget fixe (*fundholding*) nous est donné au Royaume-Uni. Dans ce système de soins de santé, les médecins reçoivent un budget fixe par patient qu'ils enrôlent afin de couvrir toutes leurs dépenses médicales, incluant les médicaments sur ordonnance. Ainsi, on donne aux médecins une incitation à rendre efficace la consommation de médicaments puisqu'ils peuvent bénéficier personnellement de toute épargne dans l'achat et la consommation de médicaments moins chers mais tout de même aussi efficaces. De plus, les médecins n'ont plus d'incitations à surprescrire des médicaments puisqu'ils doivent assumer indirectement les coûts de ces prescriptions.

Il est également important de mentionner qu'un tel système à budget fixe aura un impact non négligeable sur la surconsommation des visites chez le médecin. En effet, un patient qui estime faible ses chances d'obtenir une ordonnance de la part de son médecin et qu'il devra de toute façon se tourner vers les médicaments disponibles sans ordonnance voudra, à la marge, éviter complètement le médecin et aller se procurer directement ces médicaments à la pharmacie.

Toutefois, ce système n'est pas une panacée à tous les problèmes liés aux soins de santé. En effet, certains problèmes peuvent survenir, comme les incitations pour un médecin d'attirer dans sa pratique les patients qui sont le moins à risque. Cet écrémage pourrait inciter les médecins à pratiquer dans des quartiers où les individus sont moins à risque de nécessiter des soins. De plus, un médecin pourrait vouloir se débarrasser de ses patients à haut risque avec lesquels il ne fait pas d'argent et qui lui coûtent énormément de temps⁸. Nous pourrions également être témoins d'une sous-offre de soins médicaux et médicinaux. Il serait alors important de mettre sur pied un système de vérification (bâton) afin de balancer les incitations

d'un système à budget fixe à être efficace au niveau du coût (carotte) avec la nécessité d'offrir des soins de qualité. Dans un article récent, Léger⁹ montre qu'il est possible de structurer les mécanismes d'incitation des médecins afin de réduire le gaspillage tout en offrant des services de santé adéquats à la population.

6. CONCLUSION

Nous avons présenté dans cet article certains problèmes liés à un programme d'assurance santé qui considère différemment différents traitements. À cause des différentes dichotomies que nous avons présentées, il est normal de voir des augmentations sensibles dans les coûts liés au régime public d'assurance santé. Dans le cas de l'assurance médicaments, nous avons vu que l'augmentation des dépenses du régime public québécois d'assurance médicaments est plus importante que l'augmentation du coût des médicaments. Il semblerait ainsi que le régime public d'assurance est trop généreux pour les patients, ou du moins mal géré. Cette gestion inefficace s'observe facilement dans les données quand on remarque que l'augmentation des dépenses du régime d'assurance médicament est disproportionnellement plus grande pour les prestataires d'assurance-emploi (30 % d'augmentation) que pour les enfants et les étudiants (5 % d'augmentation).

Les recommandations présentées dans ce document pourraient être mises en application relativement facilement. Nos recommandations se basent sur le principe que le but de tout régime d'assurance santé est d'augmenter le bien-être de la population. Or, il nous apparaît important de ne pas discriminer dans les différents traitements offerts à la population, faute de quoi des inefficacités importantes seraient occasionnées; le résultat serait une allocation sous-optimale des ressources rares, des pénuries et des files d'attente pour le type de traitement le plus en demande, et des surplus et du gaspillage pour le type de traitement le moins en demande.

Notes

1. Voir M. Rothschild et J. Stiglitz (1976). Equilibrium in Competitive Insurance Markets: An Essay on the Economics of Imperfect Information. *Quarterly Journal of Economics*, 90: 630-49.

2. Manning, W. G., J. P. Newhouse et N. Duan (1987). Health Insurance and the Demand for Medical Care : Evidence from a Randomized Experiment. *American Economic Review*, 77 : 251-277.

3. Aussi, avec des maladies chroniques, il est souvent plus efficace pour la société que le patient consomme de manière constante ses médicaments puisqu'ils permettent de réduire à long terme les coûts hospitaliers.

4. C'est ce système qui prévaut présentement pour la majorité des Canadiens.

5. Voir Leibowitz, A. (1989). Substitution Between Prescribed and Over-the-Counter Medications. *Medical Care*, 27 : 85-94. Voir également Leibowitz, A., W. G. Manning et J. P. Newhouse (1985). The Demand for Prescription Drugs as a Function of Cost-Sharing. *Social Science Medicine*, 21 : 1063-1069.

6. Dans certains cas, la réduction de la consommation suite à l'introduction de co-paiements pourrait être sous optimale pour la société; le cas des schizophrènes est un exemple évident des dangers qui guettent la société si les patients réduisent leur consommation de médicaments. Dans de tels cas toutefois, il est facile d'identifier le segment de la population pour lequel une réduction de la consommation serait trop coûteuse pour la société. Comme dans le cas des traitements contre les maladies transmises sexuellement, on pourrait facilement envisager que certains types de traitements médicaux pourraient être exclus de tout co-paiement. Blomqvist a tenu un discours similaire dans une lettre ouverte dans le *Globe & Mail* du 19 décembre 2001 (page A15).

7. Voir le site de la Régie de l'assurance maladie du Québec à l'adresse www.ramq.gouv.qc.ca.

8. Voir Ellis, R. P. (1998). Creaming, Skimping and Dumping : Provider Competition on the Intensive and Extensive Margins. *Journal of Health Economics*, 17 : 537-555.

9. Léger, P.T. (2000). Quality Control Mechanisms Under Capitation Payments for Medical Services. *Canadian Journal of Economics*, 33 : 562-586.