

**DE :** Monsieur Christian Dubé  
Ministre de la Santé et des Services sociaux

Le 24 août 2020

---

**TITRE :** Règlement modifiant le Règlement sur le régime général d'assurance médicaments

---

**PARTIE ACCESSIBLE AU PUBLIC**

---

**1- Contexte**

Le régime général d'assurance médicaments (RGAM) institué par la Loi sur l'assurance médicaments (chapitre A-29.01) (LAMED) garantit à l'ensemble de la population du Québec un accès raisonnable et équitable aux médicaments requis par l'état de santé des personnes. La protection prévue par le RGAM est assumée par les assureurs en assurance collective ou les administrateurs des régimes d'avantages sociaux du secteur privé, ou par la Régie de l'assurance maladie du Québec (Régie) par le biais du régime public d'assurance médicaments (RPAM). Environ 46 % de la population québécoise est couverte par le RPAM alors que le reste de la population est couverte par des régimes collectifs privés accessibles dans le cadre d'un emploi ou de l'exercice d'une profession.

La LAMED définit la participation financière qui peut être requise des personnes couvertes par le RGAM. Cette participation financière peut prendre la forme d'une prime et d'une contribution à l'achat que ces personnes paient à titre de franchise et de coassurance. Le montant qui peut être exigé à titre de contribution à l'achat est limité par période de référence d'un an conformément aux dispositions de l'article 13 de la LAMED. Par ailleurs, la LAMED prévoit que le montant de la contribution maximale annuelle et la proportion de coassurance du RPAM constituent les maxima qui sont également applicables aux régimes d'assurance médicaments du secteur privé.

Actuellement, seules trois catégories de personnes dont la couverture d'assurance est assumée par le RPAM ont à participer financièrement aux coûts du régime. Ces clientèles sont les personnes âgées de 18 à 64 ans qui ne sont pas tenues d'adhérer à un régime collectif privé (les adhérents), les personnes âgées de 65 ans ou plus qui ne reçoivent pas mensuellement de Supplément de revenu garanti (SRG) en vertu de la Loi sur la sécurité de la vieillesse (L.R.C. 1985, c. O-9) ainsi que celles qui reçoivent un SRG partiel (1 à 93 %). Les autres clientèles du RPAM sont totalement exemptées de participation financière.

La LAMED prévoit que le montant maximal de la prime annuelle et les paramètres de contribution (montant de la franchise, montant de la contribution maximale et proportion de coassurance) sont modifiés le 1<sup>er</sup> juillet de chaque année selon les taux d'ajustement déterminés par la Régie en application des règles prévues au Règlement sur le régime général d'assurance médicaments (chapitre A-29.01, r. 4). L'article 6.1 de ce règlement prévoit notamment que le montant maximal de la prime est ajusté en tenant compte de

l'accroissement des coûts du régime pour la clientèle des adhérents. L'ajustement des paramètres de contribution doit par ailleurs, en application des dispositions de l'article 6.2 de ce règlement, permettre le maintien de la proportion des coûts bruts assumée par les catégories de personnes assurées sujettes à contribution. Sans cet ajustement des paramètres, dans un contexte de croissance des coûts, notamment ceux associés aux médicaments onéreux, il s'ensuivrait un « phénomène d'érosion », c'est-à-dire une baisse de la proportion des coûts bruts découlant de l'insuffisance des contributions versus l'accroissement des coûts du régime.

L'ajustement de tous les paramètres de contribution, incluant la contribution maximale, au taux anticipé de croissance des dépenses en médicaments pourrait pallier à ce « phénomène d'érosion ». Cependant, cela impliquerait un fardeau financier plus élevé, particulièrement pour les personnes qui consomment plus de médicaments, soit une clientèle plus vulnérable. Cette situation n'est pas souhaitable et c'est pourquoi le législateur a limité le taux d'ajustement de la contribution maximale en fonction du taux d'augmentation de l'indice des rentes (TAIR) établi en vertu de la Loi sur le régime de rentes du Québec (chapitre R-9), soit environ au taux d'inflation général de l'ordre de 2 % par année. Historiquement, ce taux a presque toujours été en deçà du taux de croissance des dépenses en médicaments. Conséquemment, les taux d'ajustement de la franchise et de la proportion de coassurance doivent être ajustés bien au-delà de l'inflation et du taux de croissance des dépenses en médicaments afin de maintenir la proportion des coûts bruts assumée par les clientèles sujettes à contribution. Toutefois, cela induit un fardeau financier plus lourd pour les personnes qui consomment des médicaments.

Des modifications aux règles de fixation annuelle des taux d'ajustement sont par conséquent requises. Ces modifications s'inscrivent dans le cadre des pouvoirs du gouvernement prévus au paragraphe 7<sup>o</sup> du premier alinéa de l'article 78 de la LAMED de prendre, après consultation de la Régie, un règlement pour « déterminer, aux fins des articles 13.1 et 28.1, les règles suivant lesquelles les taux d'ajustement sont fixés annuellement et préciser, le cas échéant, à quelles catégories de personnes, dont la couverture est assumée par la Régie, auxquelles ils sont applicables ».

## **2- Raison d'être de l'intervention**

L'obligation de maintenir la proportion des coûts bruts assumée par les clientèles sujettes à contribution crée une forte pression à la hausse sur le montant de la franchise et la proportion de coassurance compte tenu que le taux d'ajustement annuel de la contribution maximale est limité au TAIR additionné de 0,5 %. Comme mentionné précédemment, s'il n'y a pas d'ajustement à la hausse de ces paramètres de contribution, l'augmentation annuelle du coût des médicaments entraînerait une « érosion » de la proportion des coûts bruts assumée par ces clientèles aux dépens de celle assumée par la Régie. Or, le RGAM, dans sa rédaction actuelle, exige que cette « érosion » soit entièrement contrée par des ajustements aux paramètres de contribution, ce qui signifie que le maintien de la proportion des coûts bruts doit être totalement financé par une hausse des contributions. Conséquemment, le fardeau financier de cette obligation revient principalement sur les épaules des personnes assurées qui consomment des médicaments.

Cette situation provoque un cercle vicieux puisque d'une part les grands consommateurs de médicaments ne contribuent pas à hauteur de leur proportion respective du coût de l'érosion et, d'autre part, les personnes dont la couverture d'assurance est assumée par la Régie et dont la consommation de médicaments est moindre doivent absorber plus que leur part des coûts. Par conséquent, plus le nombre de personnes dont la couverture d'assurance est assumée par la Régie et qui ont atteint le montant de la contribution maximale annuelle est élevé, plus ce cercle vicieux est exacerbé.

Ce phénomène est amplifié dans un contexte où l'on retrouve de plus en plus de médicaments onéreux sur le marché puisque les personnes atteignent rapidement la contribution maximale avec un seul médicament, et ce, sans compter la croissance annuelle de consommation en médicaments par la population. En conséquence, le montant de la franchise et la proportion de coassurance doivent être fréquemment ajustés à la hausse, et le niveau de ces ajustements est de plus en plus élevé à chaque année.

Par ailleurs, bien que les ristournes résultant des ententes d'inscriptions de médicaments onéreux ont un effet à la baisse sur le montant de la prime annuelle, elles n'ont absolument aucun effet sur le niveau des contributions exigées des personnes couvertes par le RPAM.

À l'heure actuelle, le montant de la franchise est de 21,75 \$ par mois, ce qui signifie que les premiers 22 \$ de médicaments par mois sont presque entièrement à la charge de la personne assurée. À ce montant s'ajoute la proportion de coassurance de 37 % qui représente plus du tiers de la facture en pharmacie. Par ailleurs, si la tendance se maintient, il est probable que la proportion de coassurance atteigne 40 % dès le 1<sup>er</sup> janvier 2021 et 50 % dans un horizon de cinq ans. À ces niveaux, le RPAM tend à devenir un régime de type « catastrophe », soit un régime d'assurance où une personne doit assumer elle-même la totalité des coûts de médicaments jusqu'à ce que ses dépenses atteignent un niveau prédéfini, ce qui la rend alors admissible à une assurance qui prend en charge la totalité des coûts bruts par la suite. L'accès aux médicaments requis pour les personnes assurées parmi les plus vulnérables de la société risque indubitablement d'être affecté et une intervention du législateur est requise afin que cette accessibilité ne soit compromise.

En modulant l'obligation de maintenir la proportion des coûts bruts assumée par les clientèles sujettes à contribution, une portion des coûts découlant de l'érosion anticipée des contributions pourrait être financée par la prime annuelle. Il serait ainsi possible de freiner, voire même d'endiguer, la majoration annuelle du montant de la franchise et de la proportion de coassurance. Cette portion des coûts serait alors assumée par un plus grand nombre de personnes, soit non seulement celles qui consomment des médicaments, mais également celles qui paient des primes.

À titre d'illustration, si les dispositions du Règlement modifiant le Règlement sur le régime général d'assurance médicaments sont en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2021, ce sont plus de 120 000 personnes assurées qui, malgré une hausse du montant de la prime annuelle, vont économiser minimalement entre 60 \$ et 90 \$ découlant d'une baisse substantielle du montant exigé sous forme de contributions.

### **3- Objectifs poursuivis**

Le but de la présente proposition est de maintenir un accès raisonnable et équitable aux médicaments requis par l'état de santé des personnes en freinant la majoration annuelle du montant de la franchise et en plafonnant la proportion de coassurance. Ce faisant, l'impact de la croissance des coûts sur la part assumée par la personne assurée lors de l'achat de médicaments est amoindri sans pour autant augmenter la proportion globale des coûts assumée par le RPAM.

La proposition vise également à répartir plus équitablement les coûts du RPAM, soit sur tous les assurés payeurs de prime, plutôt que de cibler presque uniquement le sous-groupe des personnes assurées qui consomment des médicaments mais qui n'atteignent pas le plafond de la contribution mensuelle. À cet effet, la prise en charge partielle ou totale, par la prime, des sommes qui auraient été nécessaires au maintien de la proportion des coûts bruts provenant des contributions permettra de répartir le fardeau de ce maintien sur les épaules d'une population élargie.

Le transfert de financement des contributions vers le montant de la prime annuelle favorisera ainsi l'équité puisqu'une proportion de plus en plus grande du financement proviendra des primes, lesquelles sont déterminées en fonction du revenu. Actuellement le niveau de la contribution maximale ne varie pas en fonction du revenu mais il existe une exception en ce qui concerne les personnes âgées de 65 ans ou plus recevant un SRG partiel qui bénéficient d'une contribution maximale réduite. Toutefois les adhérents ayant un revenu identique à ces personnes ne bénéficient pas de cette contribution réduite.

### **4- Proposition**

Les modifications au RGAM visent à freiner la majoration annuelle du montant de la franchise et de la proportion de coassurance par le financement, via la prime annuelle, des sommes qui auraient été nécessaires au maintien de la proportion des coûts bruts provenant des contributions, mais sans pour autant augmenter la proportion des coûts assumée par le Fonds consolidé du revenu.

Il est proposé que le taux d'ajustement de la proportion de coassurance ne puisse être supérieur à 0 % lorsque la proportion établie est supérieure à 35 %, alors que le taux d'ajustement du montant de la franchise sera limité au TAIR additionné de 0,5 %. À noter que la proportion de coassurance est présentement de 37 % et, en application des dispositions prévues à la proposition, elle demeurera à ce niveau jusqu'à une baisse ultérieure. En contrepartie, le financement des sommes qui auraient été nécessaires au maintien de la proportion des coûts bruts provenant des contributions seront compensées par une hausse additionnelle du montant de la prime annuelle.

Par ailleurs, il est proposé que le taux d'ajustement de la franchise puisse être inférieur au taux déterminé lorsque le montant de la franchise qui en résulte équivaut à plus de 20 % du montant de la contribution maximale.

## 5- Autres options

Une solution alternative à la solution proposée serait de supprimer l'obligation de maintenir la proportion des coûts bruts assumés par les adhérents, autrement dit, de geler les paramètres de contribution (franchise, coassurance et contribution maximale annuelle) comme c'est le cas actuellement dans la plupart des régimes collectifs privés. Cette option n'a pas été retenue parce qu'elle a un impact financier important sur le coût des médicaments et des services pharmaceutiques financés par l'État et dont le coût est estimé à 40 millions pour l'année budgétaire 2020-2021.

## 6- Évaluation intégrée des incidences

### Citoyens

En application de la solution proposée, les taux d'ajustement du montant maximal de la prime annuelle pourraient être plus élevés que ceux obtenus si le *statu quo* est maintenu et le montant maximal de la prime est susceptible d'augmenter plus rapidement dans le futur. Cependant, puisque la prime payée par les personnes est modulée selon le revenu, une hausse de ce montant favorise une plus grande équité et pénalise moins les personnes ayant un faible revenu qu'une hausse des paramètres de contribution.

À titre d'illustration, si les dispositions du Règlement modifiant le Règlement sur le régime général d'assurance médicaments sont en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2021, parmi les 2,3 millions de payeurs de primes, 1 million d'entre eux paieront entre 0,01 \$ et 20 \$ en prime additionnelle, soit un montant minime modulé selon leur revenu familial. Pendant ce temps, les personnes à faible revenu, notamment les 500 000 adhérents qui ne paient pas de prime en raison d'un revenu inférieur à 16 500 \$ pour une personne seule, économiseront des sommes pouvant atteindre 110 \$ sous forme de contributions moins élevées.

Par ailleurs, la solution proposée aura un impact significatif positif sur les personnes assurées au RPAM, notamment les personnes âgées de 65 ans et plus qui représentent 39 % de la clientèle assurée au RPAM, en leur donnant accès à des sommes qui devraient autrement être versées sous forme de contribution à l'achat en pharmacie si les règles suivant lesquelles les taux d'ajustement sont fixés ne sont pas modifiées.

Enfin, au regard de la Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale (chapitre L-7), les mesures proposées ont un impact direct et significatif sur le revenu des personnes ou des familles en situation de pauvreté qui n'auront pas à consacrer de sommes additionnelles importantes pour l'achat des médicaments requis par leur état de santé.

### Économique

L'ajustement des paramètres de contribution vise directement les citoyens qui adhèrent au RGAM. Indirectement, en application des dispositions de la LAMED, l'ajustement des paramètres de contribution vise les entreprises du secteur d'assurance qui ont des régimes miroirs au RPAM puisqu'ils ajustent annuellement les paramètres de contribution de leurs régimes. À cet égard, une analyse d'impact réglementaire n'est pas requise.

## **Régimes privés d'assurance médicaments au Québec**

La possibilité de limiter la hausse des paramètres de contribution et de financer les coûts qui en découlent par le montant maximal de la prime permettra au RPAM de se rapprocher davantage de ce qui est prévu pour les régimes collectifs privés. En effet, la plupart de ces régimes n'ajustent pas annuellement les montants des contributions maximales, de la franchise et de la coassurance que les assurés doivent payer, et ce, malgré la croissance anticipée du coût des médicaments. Les coûts relatifs à l'érosion de la part des coûts bruts assumée par les contributions des assurés sont financés par la prime. Ainsi, dans les régimes collectifs privés, les contributions demeurent à un niveau relativement bas et ne deviennent pas un frein à la consommation de médicaments.

D'autre part, le montant maximal de la prime du RPAM étant voué à croître plus rapidement dans le futur en raison de l'inter financement découlant de la solution proposée, l'écart entre celle-ci et les primes prélevées dans les régimes collectifs privés va croître moins rapidement. Ainsi, la solution proposée permettra de réduire le risque que le RPAM ne devienne trop attrayant pour les groupes ayant des coûts de médicaments élevés puisqu'un ralentissement de la croissance de l'écart entre le montant maximal de la prime annuelle du RPAM et celle prélevée dans le secteur privé est plus susceptible de réduire le risque que des groupes d'employeurs ou des regroupements professionnels optent pour l'abandon de leur régime

### **7- Consultation entre les ministères et avec d'autres parties prenantes**

La Régie et le ministère des Finances (MF) ont été consultés dans le cadre de l'élaboration de la modification réglementaire proposée et sont favorables à la proposition. Tout comme la Régie, le MF s'est dit très préoccupé par le niveau de coassurance établi actuellement à 37 % lequel pourrait atteindre 40 % dès le 1<sup>er</sup> janvier 2021.

### **8- Mise en œuvre, suivi et évaluation**

Il est souhaité que les nouvelles règles entrent en vigueur avant le 1<sup>er</sup> janvier 2021. Ainsi, les taux d'ajustement applicables à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2021 pourront être calculés en fonction des nouvelles règles. Une décision du Conseil des ministres à l'automne 2020 est visée.

### **9- Implications financières**

La solution proposée ne requiert aucun apport supplémentaire du Fonds consolidé du revenu au financement du RPAM, puisque les sommes qui ne seront pas financées par l'ajustement annuel des paramètres de contribution le seront via l'ajustement du montant maximal de la prime annuelle. En effet, un transfert s'opérera entre les deux sources de financement que constituent les contributions et les primes et le rééquilibrage du mécanisme d'indexation entre la prime annuelle et les paramètres de contribution à l'achat maintiendra la participation financière totale des personnes assurées bien qu'elle sera répartie différemment. Cet inter financement devrait tout particulièrement bénéficier

à la clientèle assurée ayant de faibles revenus mais dont la consommation de médicaments est relativement élevée.

## **10- Analyse comparative**

### **Régimes publics d'assurance médicaments dans les autres provinces**

Le Québec est la seule province canadienne qui prévoit une assurance médicaments obligatoire pour tous ses citoyens. Certaines provinces, comme par exemple l'Alberta, la Colombie-Britannique et le Nouveau-Brunswick, offrent une assurance médicaments optionnelle pour les personnes de moins de 65 ans non couvertes par un régime d'assurance collective privé, avec une proportion de coassurance de 30 % et une franchise ou une prime modulée selon le revenu familial, supérieure à la prime maximale actuelle du RPAM. D'autres provinces telles que l'Ontario, le Manitoba et Terre-Neuve-et-Labrador offrent des régimes sans primes d'assurance médicaments de type « catastrophe » avec une franchise élevée, modulée selon le revenu familial. La Saskatchewan offre également un régime sans prime avec une proportion de coassurance de 35 % pour les familles à faible revenu seulement.

En résumé, la prime actuelle du RPAM est très basse et les modalités sont avantageuses par rapport aux régimes d'assurance médicaments offerts sur base facultative aux personnes de moins de 65 ans résidant dans les autres provinces. Par contre, aucune autre province ne prévoit une proportion de coassurance supérieure à 35 % soit 2 % de moins que le taux actuel du RPAM de 37 %.

À noter que la plupart des autres provinces n'exige pas que les personnes âgées de 65 ans et plus paient une prime annuelle. Néanmoins, celles-ci ne sont pas nécessairement avantagées par rapport aux personnes âgées de 65 ans et plus résidant au Québec. En effet, en Ontario, aucune contribution maximale annuelle n'est prévue et il est exigé, pour les personnes ayant un revenu au-delà d'un certain seuil, le paiement d'une franchise annuelle de 100 \$ combinée à un montant fixe par ordonnance de 6,11 \$. Il en résulte qu'une personne âgée de 65 ans et plus qui consomme beaucoup de médicaments peut devoir assumer un montant bien supérieur à la contribution maximale annuelle de 1 144 \$ prévue pour un résident du Québec.

Le ministre de la Santé  
et des Services sociaux,

CHRISTIAN DUBÉ