

06.05.03

PROPOSITION
9 février 1995

Marc Parent.

POSITION DE L'APES SUR LE PROGRAMME D'ASSURANCE MÉDICAMENTS
PROPOSITION: ASSURANCE SOINS PHARMACEUTIQUES

1 LES ENJEUX

1.1 Pour le Québec et ses citoyens

- Contrôler les coûts de santé
- Maximiser les retours sur les investissements de santé
- Maintenir le plus haut niveau de soins aux Québécois en tenant compte des moyens financiers disponibles

1.2 Pour l'APES et ses membres

- 1.2.1 Préserver et maximiser l'implication du pharmacien pour assurer un meilleur état de santé par une meilleure utilisation des médicaments;
- 1.2.2 Maintenir ou augmenter les emplois de pharmaciens sous la responsabilité de l'APES en développant de nouveaux champs d'application d'expertise du pharmacien d'établissement;
- 1.2.3 Maintenir et promouvoir une position forte de négociation pour nos membres.

APES # 16
16/2/96

2 LES ACQUIS

2.1 Pour le Québec et ses citoyens

- 2.1.1 Nous nous sommes doté d'un excellent système de santé
- 2.1.2 La croissance des coûts de santé au Québec est mieux contrôlée que la majorité des pays industrialisés.
- 2.1.3 85% des citoyens du Québec ont déjà investi dans une assurance-médicaments.
- 2.1.4 un système de santé public est à but non lucratif et par conséquent devrait coûter moins cher qu'un système privé
- 2.1.5 La santé est une valeur importante pour la population du Québec. Elle est même consentante à y investir plus (Actualité 1994 ?)
- 2.1.6 L'accès au système de santé est facile.
- 2.1.7 Le Québec est le bastion de la recherche pharmaceutique au Canada.

2.2 Pour l'APES et ses membres

- 2.2.1 Implanté dans tous les ^{établissements} hôpitaux;
- 2.2.2 Formation exclusive
- 2.2.3 Expertise exclusive
- 2.2.4 Installations existantes et amorties
- 2.2.5 Capacité d'être rapidement opérationnels
- 2.2.6 Image positive
- 2.2.7 Rémunération inférieure au coûts actuels des services pharmaceutiques à la RAMQ;
- 2.2.8 La plupart des services pharmaceutiques sont auto-finançables.
- 2.2.9 Rémunération indépendante de la vente des médicaments (pas d'incitatifs à la multiplication des actes; nos paramètres de rendement interne sont la performance en matière de gestion des médicaments et des budgets médicaments, quoiqu'en pense les fonctionnaires)
- 2.2.10 Avons développé un vaste réseau d'expertise en matière de

contrôle de l'utilisation des Rx et des coûts: RUM, Règles d'utilisation, formulaires, substitution, réunions multidisciplinaires, revue des ordonnances, consultations auprès des professionnels médecins (je me demande combien d'opinion pharmaceutiques facturées sont à la demande des médecins? Nous pourrions documenter qu'il existe un lien de fait avec les générateurs de coûts que sont les médecins), programmes TOP, achats regroupés etc...

Presque tous ces programmes ont en plus la vertu d'être aussi de programme de promotion de la qualité; peu de profession peuvent se targuer d'autant

- 2.2.11 Le système public est théoriquement le mieux placé pour fournir les médicaments et les services pharmaceutiques au meilleur prix.
- 2.2.12 Nos membres rendent des services avec des effectifs déjà 20% inférieurs à la moyenne canadienne, c'est déjà un gain de productivité appréciable sur lequel il faut miser.
- 2.2.13 L'APES est la seule association dont les membres peuvent offrir l'expertise dans la distribution des médicaments, la prestations de soins pharmaceutiques, les programmes de contrôle des coûts et les programmes de contrôle de qualité.
- 2.2.14 Dans ses recommandations en regards des coupures budgétaires sur l'AHQ recommande pour les médicaments: les soins pharmaceutiques et les RUM.

3 LES PROBLÈMES

3.1 Pour le Québec et ses citoyens

3.1.1 On ne peut plus se payer le système de santé tel qu'il est. Donc pas d'argent neuf. Il faut tenter de réallouer les sommes disponibles. (durée de séjour, délais pré-opératoire, chirurgie d'un jour)

L'ambition du contrôle des coûts a cependant précipité des décisions dont la valeur est incompatible avec la mission du système de santé.

3.1.2 L'accès au système de santé est facile mais les soins et services pharmaceutiques offrent peu de suivi. (Extension extra-hospitalière des interventions pharmaceutiques et vice-versa.

3.1.3 Les systèmes de couverture partielle des médicaments ont fait la preuve de leur inefficacité, de leur valeur discriminatoire.

3.1.4 La gestion des médicaments par des non pharmaciens coûte cher: infirmières sur étages, programme de vaccination.

3.1.5 Le médicament est au coeur des interventions thérapeutiques mais souventes fois ne sont pas couverts par les programmes alternatifs à l'hospitalisation. Le succès à moyen et long terme de ces interventions sera fort probablement mis en péril surtout chez les moins bien nantis

3.1.6 Il ne sert à rien d'investir du temps d'hospitalisation, des services diagnostiques et des appareils de haute technologie si on ne peut permettre l'accessibilité aux médicaments qui découlent pour le traitement suite à ces actes diagnostiques. Voir le per diem radiologie versus pharmacie en milieu hospitalier (Un consultant pourrait probablement valider cette hypothèse en \$\$\$)

3.1.7 Le médicament coûte cher et l'industrie pharmaceutique ne donne aucun signe de repli. Au Canada, pour la première fois cette année, les médicaments ont coûté plus cher que les honoraires médicaux.

- 3.1.8 Le coûts et l'utilisation de médicaments vont augmenter
- 3.1.9 Les médicaments vont remplacer (ou faciliter) des soins couteux (chirurgies). Impact ?
- 3.1.10 Dans les circonstances actuelles, l'accessibilité aux médicaments va diminuer
- 3.1.11 Actuellement, le manque d'intervenants qualifiés résulte en un taux de 20% d'hospitalisation dû aux effets indésirables des médicaments. (L. G-Gosselin, Hop Enfant-Jésus)

De plus, la non fidélité aux traitements médicamenteux (sous et sur utilisation) entraîne des frais directs et indirects de 100 milliards de dollars aux USA, donc approximativement \$2.5 milliards au Québec. (Ann Pharmacother 1993: supplément sur compliance thérapeutique)

3.2 Pour l'APES et ses membres

- 3.2.1 faire comprendre à l'AQPP qu'il n'ont pas avantage à amorcer une compétition à la baisse sur les honoraires pharmaceutiques puisque ceci aura un impact défavorable sur le marché des services pharmaceutiques tant pour les pharmaciens d'établissement que pour les pharmaciens communautaires. D'ailleurs les infirmières, même si elles auront certainement plus d'effectifs que de postes maintiennent un politique de plus-value.
- 3.2.2 accepter que la situation future entraîne une compétition et donc qu'il faudra se battre et être compétitif. Cette bataille se fera en démonstrations de productivité, d'impact (CPSS) et de marché (vs AQPP).
- 3.2.3 les négociations avec l'AQPP vont être difficiles et devront être entreprises, sinon il faudra compétitionner l'AQPP, faute de quoi les effectifs de l'APES, (lire les jobs) vont diminuer (j'estime une perte potentielle de 30% si on ne réagit pas)
- 3.2.4 il est difficile pour les pharmaciens d'être au coeur des débats puisqu'ils en sont souvent écartés

3.2.5 il est difficile pour les pharmaciens d'être au coeur des débats puisqu'ils en sont souvent sur la seule base des économies potentielles à court terme. Il n'y a pas de vision concertée et organisée dans le réseau de la santé.

4 LES PRÉDICTIONS

- 4.1 Les coupures de lits seront inévitables suite aux coupures budgétaires.
- 4.2 Les fermeture de lits vont dégager le l'argent. Il faut rediriger une partie vers l'accessibilité aux soins de base dont font partie les médicaments
- 4.3 Les fermetures de lits accentuent le virage ambulatoire

5 RECOMMANDATIONS

5.1 POUR LE QUÉBEC ET SES CITOYENS

- 5.1.1 Toute modification au système de santé doit maintenir l'accessibilité et l'universalité
- 5.1.2 Toute modification au système de santé doit assurer la continuité des soins préventifs, diagnostiques et thérapeutiques
- 5.1.3 Il faut maintenir l'accessibilité aux médicaments. Comme le coût individuel des médicaments ne diminuera pas et que l'utilisation prévisible des médicaments est à la hausse, il faut donc supporter les citoyens dans le paiement des médicaments. --> Assurance-médicament
- 5.1.4 Les budgets des médicaments et des services pharmaceutiques doivent être fusionnés à l'échelle de la province (établissements + RAMQ) afin de maximiser l'impact, faciliter le contrôle et le transfert des patients hors des institutions. (Globalisation et interchangeabilité des budgets)
- 5.1.5 Le programme d'assurance médicament doit couvrir de façon indépendante les services pharmaceutiques de gestion, de contrôle de l'utilisation des médicaments et de soins pharmaceutiques.
- 5.1.6 Le programme devrait être un sous-programme d'assurance soins pharmaceutiques inclus au programme d'assurance-maladie. Le programme chapeau devrait porter le nom d'assurance-santé.
- 5.1.7 Le programme d'assurance soins pharmaceutiques doit être géré par la Régie de l'assurance-maladie afin de faciliter les soins hors établissements.
- 5.1.8 Le gouvernement du Québec devrait réévaluer le rôle des CLSC par rapport aux entreprises privées de soins à domicile afin de fournir des soins à domicile au meilleur coût.
- 5.1.9 Le programme doit comprendre une couverture totale assortie d'une contribution modulée des usagers.
- 5.1.10 Le MSSS doit reconnaître la valeur des établissements de santé comme un point de rassemblement, d'échange d'idées et d'influence entre les médecins et les pharmaciens d'établissement.

5.2 POUR L'APES ET SES MEMBRES

- 5.2.1 Puisque les soins pharmaceutiques sont sous-financés au Québec et qu'ils ont un impact significatifs en terme de qualité et d'impact économique, l'APES doit démontrer le besoin de transfert de budget à l'intention des pharmaciens. La compétition vient des pharmaciens d'officine, des infirmières et des autres professions de la santé.
- 5.2.2 L'APES et ses membres doivent développer de nouveaux marchés. Cela inclu une façon différente de rendre et de facturer les services pour la clientèle qui quitte l'hôpital pour être traités en externe.
- 5.2.3 Les CLSC devraient engager des pharmaciens cliniciens (MSc) ou établir des contrats de services avec les établissements de soins aigus pour fournir les soins requis par ces nouveaux mandats ainsi que les mandats confiés aux CLSC dans le cadre du maintien à domicile des aînés.
- 5.2.4 Les pharmaciens d'établissements doivent pouvoir facturer aux assureurs privés et à la RAMQ, les actes et services requis par leur état et qui ne sont pas couverts par l'assurance hospitalisation.
- 5.2.5 Toute négociation avec le gouvernement doit mettre de l'avant des solutions qui auront un impact nul ou positif sur les membres de l'APES
- 5.2.6 L'APES doit amorcer rapidement des discussions avec le MSSS et véhiculer le message que le pharmacien est un investissement et non une dépense.
- 5.2.7 L'APES doit amorcer des discussions avec les compagnies pharmaceutiques novatrices pour permettre des prix plus compétitif et de maintenir le secteur de la recherche actif au Québec et dans les établissement universitaires du Québec.

De telles discussions doivent à tout prix maintenir la neutralité des pharmaciens par rapport aux décisions ultérieures.

6 SOURCES D'ÉCONOMIES

- 6.1 Centralisation des achats de groupe avec marge de manoeuvre pour le respect des besoins individuels.
- 6.2 Centraliser les opérations de gestion des médicaments dans les pharmacies pour tous les établissements de santé du Québec

- 6.3 Favoriser les programmes RUM
- 6.4 Favoriser l'implication clinique des pharmaciens
- 6.5 Un frais de responsabilité sociale (et non un frais modérateur) de \$2.00 devrait être chargé pour chacune des demandes de soins et de service au système de santé (vs autre forme de contribution qui ont un effet plus sélectif sur les soins consommés)
- 6.6 Les règles d'utilisations des médicament permettent une meilleure utilisation des médicaments.

Réponses aux questions d'Alain Boisvert

- 1) Oui. Voir 5.1.3
- 2) Oui. VOIR 2.1.3, 2.1.5, 2.2.8, 2.2.10
- 3) Oui. Voir 3.1.1., 3.1.3, 3.1.5, 3.1.8, 3.1.9, 3.1.10, 3.1.11
- 4) Oui, Voir 2.1.3, 2.1.4., 2.2.6, 2.2.8, 3.1.9, 3.1.11, 3.1.12, 4.2, 4.3,
- 5) OUI, voir mon rapport
- 6) Public. Voir 2.1.4, 2.2.5, 2.2.6, 2.2.8, 2.2.9., 3.1.6
- 7) Oui.
- 8) Voir 5.1.9., 6.5
- 9) Je ne sais pas, mais je crois que oui, argumentation incluse.
- 10) Couverture la plus étendue possible. Moduler selon la contribution de l'individu et sa capacité de payer.
- 11) Voir 2.2.8, 2.1.11,
- 12) RUM ambulatoire: Outil d'accès à l'information du patient requis. Je crains qu'en raison de l'absence de données, les coûts dépassent les bénéfices.
 - Substitution générique: Poussée à sa limite actuellement. Aller plus loin causera une augmentation des coûts des nouveaux médicaments et fera diminuer la recherche
 - Substitution thérapeutique: Devrait être un acte pharmaceutique ainsi que le droit d'évaluer une thérapie et de la prescrire. Droit de prescrire comparable aux infirmières cliniciennes
 - Opinion et refus: Opinion motivées avec recommandation. Inclus à mon avis les refus. Droit de demander des tests et accès au dossier est essentiels à des opinions pertinentes.

9 février 1995

- Durée de traitement: sous réserve

- Pharmacie postale: si le ph est pour jouer un rôle, elle tombera d'elle même. Sinon... Les ph seuls par leur comportement ont la réponse à cette question.

- Carte-santé: Très intéressante. Essentielle à une pharmacie dynamique et impliquée. Coût/bénéfice cependant à préciser dans le contexte actuel.

- divulgation honoraire: Oui

- Échange md/ ph: Why not ? Ne se favorise pas autrement que par l'implication individuelle des pharmaciens et par la pertinence de leurs interventions.

13) Rémunération à l'acte des pharmaciens

Voir:5.2.5

Rémunération à l'acte des md: Maintenir pour éviter diminution de productivité qui entraînerait une crise et réaugmentation des salaires.

14) Assez de pharmaciens et pharmacies. Très mal utilisés.

15) Prescription:

Pas une issue majeure selon moi sauf represcription (voir ci-haut) Cependant, s'il y a une volonté réelle d'étendre le droit de prescrire le ph doit soit s'opposer à tout autre professionnel ou obtenir pro-activement ce droit.