



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

Comité permanent de la santé

HESA



NUMÉRO 051



1^{re} SESSION



42^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le mardi 2 mai 2017

Président

M. Bill Casey

Comité permanent de la santé

Le mardi 2 mai 2017

• (1200)

[Traduction]

Le président (M. Bill Casey (Cumberland—Colchester, Lib.)): Nous allons ouvrir la séance pour poursuivre notre étude sur l'assurance-médicaments.

Nous sommes très privilégiés d'entendre aujourd'hui des témoins des Pays-Bas et de la Suède.

Nous vous sommes très reconnaissants de participer à notre réunion au Canada. Je ne sais pas quelle heure il est pour vous, mais je vous remercie beaucoup de votre participation. Nous étudions un programme national d'assurance-médicaments, et nous essayons d'éviter les pièges dans la mesure du possible. Je suis certain que votre témoignage nous sera utile.

Tout d'abord, nous avons Sofia Wallström, qui est directrice générale de Dental and Pharmaceutical Benefits Agency, un organisme suédois. Nous accueillons également Aldo Golja, conseiller principal en politiques liées à l'établissement des prix et au remboursement des médicaments au Dutch Ministry of Health.

Je vais commencer les questions par M. Kang.

M. Darshan Singh Kang (Calgary Skyview, Lib.): Je veux bien, mais je pensais que nous allions entendre les témoignages.

Le président: C'est une erreur de ma part. Désolé, monsieur Kang.

Nous invitons les deux témoins à nous faire une déclaration liminaire de 10 minutes, s'ils en ont préparé une, pour nous aider.

Mme Sofia Wallström (directrice générale, Dental and Pharmaceutical Benefits Agency): Merci beaucoup, monsieur le président. Comme vous l'avez dit, je m'appelle Sofia Wallström. Je suis directrice générale de la Dental and Pharmaceutical Benefits Agency, la TLV, qui est un organisme suédois. Je vous remercie de m'avoir invitée à comparaître devant votre comité, et j'espère que ce que nous avons appris par expérience sera utile à votre travail.

Je vais tout d'abord situer un peu le contexte. La Suède est un pays européen de taille moyenne. Sa population a atteint 10 millions d'habitants en janvier dernier. La densité de la population est d'environ 22 habitants par kilomètre carré. La population est toutefois répartie de façon inégale sur le plan géographique. Comme au Canada, les régions situées à l'intérieur des terres et au nord de la Suède sont moins peuplées, tandis que les grands centres urbains se trouvent le long de la côte au sud du pays.

Les soins de santé suédois sont regroupés dans un système de service national de santé. La prestation des soins est régie par une loi qui prévoit non seulement un accès égal aux services en fonction du besoin, mais qui insiste également sur le principe d'égalité d'accès aux soins de santé pour tous. Le système de santé fournit une couverture à tous les résidents de la Suède, indépendamment de leur

nationalité. Il est fortement décentralisé et composé de trois ordres gouvernementaux indépendants: le gouvernement national, les conseils de comté à l'échelle régionale ainsi que les municipalités à l'échelle locale. Chaque ordre de gouvernement contribue à la prestation des soins de santé.

Les conseils de comté sont les principaux responsables de la prestation des soins. Vingt-et-un conseils de comté possèdent et exploitent la plupart des établissements de santé, notamment les hôpitaux et les centres de soins primaires. Les 290 municipalités sont responsables de la prestation des soins infirmiers à domicile, des services sociaux et de l'aide au logement pour les personnes âgées.

Le système de santé suédois est principalement financé par les impôts, et les conseils de comté ainsi que les municipalités ont le droit de prélever des impôts et de déterminer le taux d'imposition. Les principaux objectifs et cadres stratégiques relatifs à la politique de santé sont établis au niveau national, mais la prestation concrète des services est assurée par les conseils de comté et les municipalités. Les conseils de comté sont les seuls responsables du financement des dépenses pharmaceutiques destinées aux patients hospitalisés. Les coûts des produits pharmaceutiques destinés aux patients non hospitalisés sont officiellement financés par les conseils de comté, mais le gouvernement accorde une subvention spéciale qui couvre le coût des médicaments destinés à ces patients.

Les patients paient une petite partie du coût réel des visites et des traitements. Ils déboursent des frais lorsqu'ils visitent un centre de soins de santé et lorsqu'ils sont traités dans un hôpital. Le montant annuel maximal est de 1 100 couronnes suédoises, soit environ 116 euros, et comprend le traitement pharmaceutique. Dans un système distinct, les patients versent une quote-part plafonnée à 2 200 couronnes suédoises, soit environ 230 euros par année, pour les produits pharmaceutiques obtenus à l'externe, lesquels sont inclus dans le régime de prestations.

L'agence suédoise chargée de la réglementation du remboursement des produits pharmaceutiques et dentaires, la TLV, est l'organisme responsable des décisions relatives à l'établissement des prix et au remboursement des nouveaux médicaments employés pour les soins aux patients non hospitalisés. Les critères d'admissibilité à un remboursement sont énoncés dans la loi suédoise sur l'assurance-médicaments et peuvent se résumer en trois principes: le principe de la valeur humaine; le principe du besoin et de la solidarité; et le principe de la rentabilité. Tous ces critères doivent être pris en considération et soupesés dans leur ensemble par la TLV, ce qui signifie que la TLV s'appuie grandement sur les analyses des effets sur la santé et sur les analyses économiques pour prendre ses décisions relatives aux nouveaux produits pharmaceutiques.

Le prix des produits commercialisés depuis un certain nombre d'années dont le brevet n'avait pas encore expiré ou qui n'avaient pas été remplacés par un médicament générique était très élevé en Suède il y a quelques années. Pour nous attaquer au problème, nous avons adopté en 2013 une nouvelle mesure législative, et nous procédons dorénavant à une réduction automatique de 7,5 % lorsqu'un produit est sur le marché depuis 15 ans.

Par ailleurs, la Suède bénéficie de certains des prix les plus faibles en Europe sur le marché des médicaments génériques. Dans les pharmacies, les produits pharmaceutiques génériques sont obligatoires depuis 2002. Dans le cas des produits faisant l'objet de ce genre de concurrence, les pharmacies sont tenues d'offrir le produit équivalent au plus bas prix unitaire. Tous les mois, la TLV annonce quel produit dans chaque groupe de formats d'emballage a le plus faible prix de détail unitaire et doit être distribué dans les pharmacies ce mois-là. Le produit privilégié est désigné à l'occasion d'enchères mensuelles organisées à la TLV, où l'on décide quels produits les pharmacies doivent offrir.

● (1205)

La concurrence entre fabricants a donné lieu à une importante réduction du prix des produits pharmaceutiques. Après trois mois, le prix diminue déjà en moyenne de 40 %, et au bout de deux ans, il dégringole davantage, pour atteindre 35 % du prix obtenu avant le jeu de la concurrence. À mesure que les prix baissent, les volumes augmentent, ce qui signifie qu'un plus grand nombre de patients ont accès à un traitement efficace. De plus, des ressources financières sont disponibles pour offrir d'autres soins, puisque la réduction de prix est supérieure à l'augmentation du volume.

Je vais maintenant faire quelques observations sur notre travail face aux défis associés aux nouveaux produits pharmaceutiques. Nous constatons que beaucoup de nouveaux produits pharmaceutiques répondent à de grands besoins médicaux non satisfaits et sont considérés comme ayant un bon rapport risques-avantages. Ils posent toutefois souvent un défi, car ils coûtent cher. Il est donc difficile de prendre une décision relative au prix et au remboursement lorsque de nombreux nouveaux médicaments sont commercialisés plus tôt dans les étapes de mise au point alors qu'il existe une plus grande incertitude sur le plan documentaire. Pour faire face à ces difficultés, la TLV a créé une plateforme nationale de collaboration et de dialogue avec les sociétés pharmaceutiques et les conseils de comté. Une entente sur l'introduction gérée entre les conseils de comté et une société pharmaceutique peut figurer parmi plusieurs facteurs pris en compte lorsque la TLV détermine le prix et l'admissibilité au remboursement. Le partage des risques au moyen d'ententes sur l'introduction gérée est un outil de plus en plus important pour gérer les incertitudes associées aux données limitées.

Les ententes sur l'introduction gérée entre les conseils de comté et les sociétés pharmaceutiques pourraient également s'avérer des outils puissants pour stimuler la concurrence et la dynamique des prix dans des domaines thérapeutiques établis où, pour diverses raisons, il n'y a pas de concurrence ni de pression exercée sur les prix. Prenons l'exemple des produits biologiques, qui sont rarement soumis à la concurrence, en dépit de l'introduction sur le marché des biosimilaires. Des mesures concrètes sont maintenant prises en ce sens, et jusqu'à maintenant, des ententes ont été conclues dans plusieurs domaines, y compris pour ce qui est de l'hépatite C, de l'insuffisance cardiaque et du cancer.

Nous allons maintenant de l'avant en institutionnalisant ces modèles de partage des risques et en élargissant leur utilisation. Nous intensifions nos efforts afin d'inclure un plan adéquat pour renouveler nos décisions, à l'aide d'un suivi et de la production de

données probantes après le lancement d'un produit. Nous voulons en faire plus pour rendre possible une prise de décisions et un accès rapides et pour favoriser ainsi le développement continu des connaissances.

En résumé, le système suédois offre une couverture universelle d'assurance-médicaments qui est principalement financée par les impôts. Les patients hospitalisés et les patients externes sont tous les deux couverts. Pour les patients non hospitalisés, il existe un système de quotes-parts plafonnées visant les produits pharmaceutiques concurrencés par des produits génériques. Après l'expiration des brevets, nous avons certains des prix les plus faibles en Europe. Lorsqu'un produit vieux de 15 ans n'a pas d'équivalent générique, son prix est automatiquement réduit de 7,5 %, ce qui nous procure une bonne condition préalable pour faire face aux défis, comme le prix très élevé des nouveaux médicaments novateurs visant à soigner des maladies rares. Bien entendu, nos décisions relatives aux prix de remboursement deviennent plus complexes à mesure que la mise en marché des produits pharmaceutiques se fait plus rapidement et dans une plus grande incertitude sur le plan documentaire. Notre travail et la prise de décisions deviennent plus complexes compte tenu des données limitées. Notre approche axée sur la valeur, qui est assortie d'une évaluation des technologies de la santé, est une assise importante, et nous sommes actuellement en voie de l'exploiter davantage pour faire face à ces nouveaux défis.

Voilà qui conclut mon exposé. Je vous remercie encore une fois de me donner l'occasion de témoigner.

● (1210)

Le président: Merci beaucoup de nous avoir donné autant d'information en si peu de temps. C'est excellent.

Nous allons maintenant passer à M. Golja, conseiller principal en politiques liées à l'établissement des prix et au remboursement des médicaments, qui témoigne à partir des Pays-Bas.

M. Aldo Golja (conseiller principal en politiques liées à l'établissement des prix et au remboursement des médicaments, Service des affaires pharmaceutiques et de la technologie médicale, Dutch Ministry of Health, Welfare and Sports): Chers membres du Comité permanent de la santé, merci de me donner l'occasion de témoigner aujourd'hui au nom de notre ministre de la Santé, Edith Schippers. C'est un honneur de pouvoir vous dresser un tableau du système néerlandais d'établissement des prix et de remboursement des produits pharmaceutiques pour les patients non hospitalisés.

Notre ministre accorde une grande importance à la collaboration volontaire entre pays dans le domaine des produits pharmaceutiques. Sur la scène internationale, les Pays-Bas ont toujours préconisé la création d'un environnement qui permet un accès à long terme aux médicaments innovateurs à un coût abordable. La diffusion des connaissances et la compréhension des politiques des différents pays sont une composante précieuse de l'accès aux produits pharmaceutiques. J'espère que nos échanges aujourd'hui vous aideront à surmonter les défis dans votre propre régime pharmaceutique, et qu'ils profiteront aux patients canadiens.

Comme l'a fait ma collègue suédoise, je vais essayer de vous donner un petit aperçu du système pharmaceutique néerlandais.

Les Pays-Bas sont un pays légèrement plus grand que la Suède, qui compte environ 17 millions d'habitants. Nous avons essentiellement un système privé d'assurance-maladie, qui vise à offrir à tout le monde la même assurance-maladie et le même accès aux soins. Le système comprend une assurance obligatoire ainsi qu'une acceptation obligatoire des patients et des civils, sans primes différenciées.

Parmi ses caractéristiques, notons qu'il est basé sur l'admissibilité et que la norme minimale de soins est établie juridiquement par le gouvernement. La couverture de base est la même pour toutes les compagnies d'assurance, ce qui signifie qu'elles doivent toutes offrir la même protection de base. Il y a un vaste ensemble de prestations, et le paiement direct maximum est d'environ 385 euros par année, ce qui correspond à peu près à 574 \$ CA. La couverture prévoit également des quotes-parts pour les produits pharmaceutiques.

Essentiellement, le marché est composé de quatre grandes compagnies d'assurance, qui contrôlent environ 90 % du marché, ainsi que de quelques petites compagnies. Les primes sont fixées par les compagnies d'assurance. La concurrence à laquelle se livrent ces compagnies vise à maintenir les primes à un niveau abordable.

Les fournisseurs de soins de santé proprement dits sont majoritairement privatisés, mais ce sont surtout des organismes à but non lucratif, notamment dans le cas des hôpitaux. Dans le secteur des soins externes, les omnipraticiens sont bien entendu des fournisseurs de soins de santé privés.

En observant le système, on constate que la concurrence est réglementée, ce qui signifie que les personnes admissibles, peu importe leur origine, leur revenu ou leur santé, sont libres de choisir leur assureur; et elles peuvent changer d'assureur chaque année. Par conséquent, les assureurs se livrent concurrence en ce qui a trait aux primes, à la qualité de la couverture et au niveau de services. Les fournisseurs de soins de santé se livrent quant à eux concurrence pour obtenir auprès des assureurs les contrats assortis du meilleur prix et de la meilleure qualité de soins.

En regardant le secteur des soins externes ou le cycle de vie des produits pharmaceutiques, on constate qu'en situation de monopole, lorsqu'un produit est le premier de sa catégorie, les forces du marché sont évidemment limitées. Elles commencent à se manifester lentement lorsqu'émanent de la concurrence des produits de source unique ayant les mêmes avantages thérapeutiques, mais qui n'ont toujours pas les mêmes substances actives.

L'entrée sur le marché de produits génériques favorise la concurrence. C'est également ce qui définit le système pharmaceutique néerlandais. Lorsqu'un produit entre sur le marché, un prix de référence extérieur est établi et s'applique à tous les médicaments mis sur le marché. Il s'agit d'une moyenne du prix du médicament en Belgique, au Royaume-Uni, en Allemagne et en France. Le prix de référence extérieur est recalculé tous les six mois.

Il y a une liste positive des médicaments destinés aux patients non hospitalisés, ce qui signifie qu'avant qu'un médicament soit remboursé dans le système de santé national, une évaluation complète des technologies de la santé doit être effectuée. Cette évaluation comprend l'analyse de l'effet thérapeutique et des aspects pharmacoéconomiques, ce qui signifie qu'on procède également à une évaluation de la rentabilité.

Cette évaluation est effectuée par l'institut de santé néerlandais, qui est un organisme gouvernemental, mais un organisme indépendant sur le plan scientifique. Selon les conseils de l'institut, le ministre approuve ou non le remboursement des médicaments.

● (1215)

Le remboursement repose sur les effets thérapeutiques. Lorsque des produits sont remboursés, et une fois que d'autres produits offrent les mêmes avantages thérapeutiques, des grappes de produits comparables sont créées. Cela signifie que différentes substances actives ayant des effets thérapeutiques comparables font essentiellement l'objet du même remboursement au sein d'une grappe. Une fois que les médicaments génériques commencent à faire leur entrée

sur le marché, ils se retrouvent également dans la même grappe que tous les produits ayant le même avantage thérapeutique.

Le remboursement des produits se trouvant dans les grappes est basé sur le premier produit à avoir été mis en marché. Il s'agit essentiellement du prix de référence extérieur du produit. Les coûts qui dépassent le remboursement maximum sont couverts par les patients. Autrement dit, lorsque le prix d'un médicament est plus élevé que le plafond fixé pour les produits de la grappe, le coût supplémentaire doit être payé par le patient, ce qui arrive relativement rarement. C'est également dû au fait qu'au moins un produit ne doit pas être visé par une quote-part additionnelle. En effet, chaque grappe doit comprendre au moins un produit sans quote-part, ce qui signifie que la hausse éventuelle des coûts sera couverte par le système de remboursement.

Comme je l'ai dit, le cycle de vie d'un produit est assorti d'entrée de jeu d'un prix de référence extérieur. On pourrait d'ailleurs qualifier cela de grande ingérence du gouvernement. Par la suite, après l'arrivée des médicaments génériques, les compagnies d'assurance peuvent jouer le rôle qui leur revient dans un marché fonctionnel, ce qui, en fait, signifie qu'elles commencent à lancer des appels d'offres pour obtenir des produits génériques. Les prescripteurs doivent alors prescrire un produit visé par une dénomination commune internationale. Ils concluent ensuite un contrat avec les compagnies d'assurance pour les soins offerts, et des mesures incitatives sont prises pour l'utilisation adéquate et l'ordonnance de génériques lorsque c'est possible. Les compagnies d'assurance peuvent ainsi lancer des appels d'offres pour obtenir des produits génériques une fois que ces produits sont commercialisés et elles peuvent demander le prix le plus faible qui soit.

Les pharmacies sont ensuite également liées par contrat aux compagnies d'assurance. Elles reçoivent des honoraires pour la préparation de chaque ordonnance ainsi qu'une marge de profit sur les produits. Dans le cas des produits génériques, cela signifie que les compagnies d'assurance se sont engagées par contrat à leur accorder une marge de profit pour la distribution de chaque produit générique visé par une entente. En ce qui a trait aux produits spécialisés, la marge de profit dépend de la remise propre au produit. Les pharmacies reçoivent également des honoraires pour les services supplémentaires qui sont offerts sous forme de soins pharmaceutiques.

Quand on examine l'effet de la capacité des compagnies d'assurance à lancer des appels d'offres — les quatre compagnies le font pour obtenir des produits génériques — on constate qu'il est relativement énorme.

On pourrait m'accuser d'avoir volé pour ma présentation une diapositive de la TLV suédoise, qui indique que les prix des médicaments génériques en Suède, qui a un système relativement centralisé d'achat et de remboursement des médicaments, sont similaires aux prix néerlandais. Nous avons un système qui a recours au marché et qui permet d'obtenir les mêmes prix. La seule différence, c'est qu'il est plus centralisé. Je trouve que c'est intéressant. Dans le marché des produits génériques, par exemple, quand on regarde les ordonnances de 2016, on constate que 74,1 % de celles-ci dans le marché global des ordonnances aux Pays-Bas concernaient des médicaments génériques destinés aux patients non hospitalisés, alors que ce chiffre est de 25,9 % pour les médicaments spécialisés. En revanche, les médicaments génériques représentaient 16,8 % des dépenses dans le secteur des patients non hospitalisés, par rapport à 83,2 % pour ce qui est des médicaments spécialisés. Donc, 74,1 % des ordonnances se rapportaient à des médicaments génériques, mais ils ne représentaient que 16,8 % de l'ensemble des dépenses. En passant, le total des dépenses pour les patients non hospitalisés a atteint 4,7 milliards de dollars l'année dernière.

Nous avons un taux de substitution relativement élevé qui se situe à 96 %, ce qui signifie — et je pense que ma collègue suédoise l'a déjà mentionné — qu'un grand nombre de patients se fait prescrire très rapidement l'équivalent générique d'un médicament dès que le brevet expire et que les compagnies d'assurance signent à cette fin un contrat avec les sociétés pharmaceutiques. Le changement est observé dès qu'un médicament générique entre sur le marché.

• (1220)

Nous serons confrontés à certains dilemmes. On a déjà parlé des produits biosimilaires, qui ne semblent avoir aucune concurrence — ou du moins une concurrence très restreinte — lorsqu'ils font leur entrée sur le marché.

Nous gérons cet ensemble de produits d'une autre façon. Nous avons constaté que notre système de soins externes ne pouvait pas offrir des prix plus bas. Nous les avons transférés vers le secteur hospitalier. En règle générale, les hôpitaux sont maintenant responsables du coût des produits biosimilaires, ce qui veut dire que les compagnies d'assurance passent des marchés avec les hôpitaux; ils passent aussi des marchés pour la prescription de produits biologiques ou biosimilaires. Maintenant que les hôpitaux sont motivés à réduire les prix, à utiliser leur volume, à utiliser le prescripteur et à conclure de bonnes ententes avec leurs médecins internes qui prescrivent les médicaments, on constate une chute des prix. Toutefois, cette baisse n'est pas aussi importante que celle de la Suède. Je crois qu'en Suède, les produits biosimilaires permettent une économie de 90 % par rapport au prix d'origine. À l'heure actuelle, nous sommes à 50 %, mais les prix diminuent. C'est donc prometteur.

En ce qui a trait aux nouveaux médicaments pour les cliniques de soins externes et les hôpitaux qui affichent un prix élevé, les Pays-Bas ont depuis plusieurs années un système en place qui assure un processus d'introduction pour certains médicaments qui ont une grande incidence sur les budgets, qui entraînent des coûts élevés pour les patients ou qui sont associés à une grande incertitude. Il s'agit d'un système national, et non d'un système géré par les compagnies d'assurance. Avant que les produits ne soient visés par les régimes d'assurance et ne fassent l'objet d'un remboursement, le ministère gère leur introduction sur le marché en collaboration avec la société. Ce sont des produits choisis et non tous les produits: on parle de 5 à 10 produits par année qui sont associés à un appel d'offres.

L'idée derrière cela, c'est que le marché peut miser sur ses forces pour réduire les prix ou pour négocier des ententes sur le prix, mais lorsqu'il s'agit de produits qui font l'objet d'un monopole, qui ont une grande incidence sur le budget et qui entraînent des avantages importants pour les patients, il est très difficile pour les compagnies d'assurance de réduire les prix. La seule façon de le faire consiste à conclure des ententes relatives à l'introduction sur le marché à l'échelle nationale.

Notre système diffère donc de celui de la Suède. Il est moins centralisé et se fonde sur les stimuli et les forces du marché. Il tente de créer cette force dans la mesure du possible. Cela entraîne des résultats intéressants.

Merci.

• (1225)

Le président: Merci beaucoup.

Nous allons maintenant passer à la période de questions.

Nous allons commencer par M. Kang. Vous disposez de sept minutes, monsieur.

M. Darshan Singh Kang: Merci, monsieur le président.

Je vous remercie tous deux pour vos déclarations préliminaires. Je crois que plus on en entend sur ce sujet, plus les choses se compliquent. Vous avez présenté un point de vue intéressant. J'ai beaucoup de questions à vous poser.

Les pays de l'OCDE sont confrontés à des défis communs en vue d'aborder la question des médicaments spécialisés onéreux utilisés pour le traitement du cancer, de l'hépatite C, de l'hypertension pulmonaire, de la sclérose en plaques et des maladies rares. Dans plusieurs pays, ces médicaments ne sont pas abordables ni accessibles pour les patients qui en ont besoin. Inversement, les médicaments onéreux n'entraînent pas toujours de bons résultats en matière de santé.

Comment votre pays aborde-t-il les défis associés aux médicaments spécialisés onéreux? Quelles sont les meilleures pratiques dans ce domaine, dans votre pays ou ailleurs, dont le Canada pourrait s'inspirer?

Mme Sofia Wallström: En Suède, nous avons recours à une approche fondée sur la valeur, ce qui signifie que la TLV utilise l'évaluation des technologies de la santé à titre d'outil décisionnel. Lorsque nous évaluons un nouveau médicament, nous tenons compte à la fois de ses effets thérapeutiques et de son coût d'utilisation dans la pratique clinique. De plus, nous tenons compte de la gravité de la maladie et des produits de remplacement offerts.

Il est difficile de procéder à une évaluation préliminaire des produits pharmaceutiques qui entrent sur le marché et qui sont associés à des données incertaines. C'est pourquoi nous avons mis en place cette plateforme nationale en collaboration avec les sociétés pharmaceutiques et les conseils de comté. Dans le cadre de ces négociations tripartites, nous développons des outils pour procéder à une évaluation préliminaire, rembourser le produit à un petit groupe de patients et procéder à la collecte de données réelles, à titre de complément aux essais cliniques randomisés.

Ce que nous souhaitons, c'est que ces données réelles nous permettent de faire un suivi et que les médicaments soient aussi efficaces que prévu, de sorte que nous puissions utiliser les données pour accroître la population de patients et offrir et rembourser un plus grand nombre de patients. Je ne dirais pas que nous avons réglé le problème, mais je crois que notre travail nous permet de relever certains défis en fonction du cadre de collaboration.

M. Darshan Singh Kang: Vous dites qu'avec les données, vous tentez d'utiliser une approche globale pour tous les patients, le même médicament...

Mme Sofia Wallström: Dans le cadre des projets pilotes visant la collecte de données réelles que nous avons lancés cette année, le suivi au cours des étapes préliminaires et auprès des petits groupes de patients dans la pratique clinique est essentiel.

M. Darshan Singh Kang: Merci.

Vous avez parlé de patients hospitalisés et de patients non hospitalisés. Lorsqu'un patient est à l'hôpital, il bénéficie d'une couverture complète: il n'a pas de quote-part à payer. Les patients externes doivent quant à eux payer cette quote-part.

Est-ce bien cela?

• (1230)

Mme Sofia Wallström: Oui, c'est comme cela qu'on fonctionne.

M. Darshan Singh Kang: D'accord.

Monsieur Golja, voudriez-vous ajouter quelque chose?

M. Aldo Golja: Oui.

Je crois que dans notre système, nous avons...

M. Darshan Singh Kang: Soyez bref, s'il vous plaît; j'aimerais poser d'autres questions.

M. Aldo Golja: Oui, d'accord.

Nous nous fions à l'évaluation des technologies de la santé pour les nouveaux produits qui entrent sur le marché et qui font l'objet d'un remboursement, surtout pour les cliniques de soins externes. Nous examinons le rapport coût-efficacité. Ce n'est pas un critère absolu, mais c'est une mesure importante qu'on utilise par exemple pour les produits qui ont une grande incidence sur le budget, notamment les produits oncologiques qui arrivent sur le marché du secteur hospitalier.

Nous utilisons l'évaluation des technologies de la santé pour entreprendre les négociations avec les sociétés pharmaceutiques en vue de conclure des ententes sur l'introduction gérée. Lorsqu'on a un aperçu clair des avantages thérapeutiques et du rapport coût-efficacité, on établit un accord financier; on peut recueillir des données supplémentaires au besoin.

C'est particulièrement utile lorsqu'on parle avec les prescripteurs de l'usage approprié. Si les produits sont sur le marché, s'ils sont utilisés et si les patients en tirent un avantage, alors les patients devraient avoir accès à ces produits. Il faut aussi s'assurer dès le départ que ces produits soient utilisés de manière appropriée et veiller à ce que leur effet thérapeutique dans la vraie vie montre qu'ils présentent un avantage ajouté comparativement à d'autres produits, pour encourager les prescripteurs à agir le plus tôt possible.

C'est l'un des éléments importants du système: la communication avec les prescripteurs.

M. Darshan Singh Kang: Merci, monsieur.

Vous avez un formulaire. Combien de médicaments sont couverts en vertu du formulaire de médicaments: 100, 50, 70, 60?

M. Aldo Golja: Je ne sais pas combien de médicaments font l'objet d'un remboursement, mais en gros, chaque médicament qui présente un avantage thérapeutique est remboursé.

M. Darshan Singh Kang: Combien de médicaments sont visés par le formulaire? 50?

M. Aldo Golja: Je crois que ce sont des milliers; c'est très vaste.

Le président: Allez-y, madame Harder.

Mme Rachael Harder (Lethbridge, PCC): Nous vous remercions de prendre le temps de témoigner devant nous aujourd'hui et de nous transmettre vos connaissances.

Ma première question s'adresse à M. Golja.

Vous dites que 75 % des coûts des produits pharmaceutiques visent seulement 25 % des prescriptions du pays. Est-ce vrai? Est-ce que j'ai bien compris?

M. Aldo Golja: Ce que j'ai dit, c'est que dans le secteur des soins en consultation externe, 74 % des produits prescrits sont de nature générique; ils représentent 16,8 % des coûts totaux dans ce secteur.

Mme Rachael Harder: Très bien. Merci.

Je vais en profiter pour vous poser une autre question. Quelle est la population des Pays-Bas?

M. Aldo Golja: Nous sommes 17 millions de personnes.

Mme Rachael Harder: D'accord, 17 millions.

Vous avez parlé des primes à taux fixe, des petites franchises et de l'imposition associée à l'offre d'un programme universel d'assurance-médicaments. Quel est le montant de l'impôt sur le revenu exigé aux contribuables?

M. Aldo Golja: Aux Pays-Bas?

Mme Rachael Harder: La prime à taux fixe correspond à 574 \$ CA, si je comprends bien. Les contribuables doivent aussi payer une petite franchise, en plus de payer de l'impôt.

Quel est le montant de l'impôt sur le revenu destiné à ce programme?

M. Aldo Golja: Le système néerlandais est un peu différent. Les personnes assurées versent une prime nominale destinée à l'assurance maladie. J'ai fait le calcul, et cela varie d'une compagnie d'assurance à l'autre, mais je crois que c'est environ 110 euros par mois. Ce sont les frais nominaux mensuels que doivent verser les personnes assurées à leur compagnie d'assurance. On offre une subvention aux personnes à faible revenu, qui est calculée en fonction du revenu moyen.

Certains fonds fiscaux servent au fonctionnement du système, mais ils ne sont pas facturés directement aux personnes assurées.

En gros, tout le monde paie 110 euros et doit payer une quote-part maximale de 574 \$ CA par année s'il a recours aux soins de santé.

• (1235)

Mme Rachael Harder: Pardon, mais avec tout le respect que je vous dois, les bénéficiaires reçoivent une facture directe: l'impôt sur le revenu.

Quel montant le gouvernement investit-il dans ce programme? Quelles sont les dépenses annuelles?

M. Aldo Golja: Je n'ai pas les dépenses exactes en matière d'assurance-santé. On ne finance pas le programme d'assurance-médicaments de façon spécifique. On finance le système d'assurance-santé national.

Je peux toutefois vous transmettre ces chiffres.

Mme Rachael Harder: Oui, ce serait utile. Merci.

Je m'adresse maintenant à Mme Wallström.

Pouvez-vous me dire quels sont les coûts? Combien d'argent le gouvernement injecte-t-il dans ce programme?

Mme Sofia Wallström: Pour le régime d'assurance-médicaments des patients non hospitalisés?

Mme Rachael Harder: Oui.

Mme Sofia Wallström: Environ 25 milliards de couronnes suédoises, ce qui représente environ 2,5 milliards d'euros par année.

Mme Rachael Harder: D'accord. C'est donc 2,5 milliards d'euros.

Quelle est la population de votre pays?

Mme Sofia Wallström: Nous sommes 10 millions de personnes.

Mme Rachael Harder: C'est 10 millions. D'accord.

Pardonnez-moi, je ne connais pas bien votre histoire. À quel moment êtes-vous passés de l'ancien système à un régime universel d'assurance-médicaments? Ou est-ce le seul régime que vous ayez connu?

Mme Sofia Wallström: Le régime est en place depuis un bon moment. Mon organisme a été fondé en 2002. Même avant cela, la Suède avait un régime d'assurance-médicaments universel, mais l'établissement des coûts et les méthodes de remboursement n'étaient pas les mêmes. Il s'agissait plutôt d'un remboursement automatique lorsque de nouveaux produits entraient sur le marché. Bien sûr, dans les années 1970 et 1980, ce système fonctionnait assez bien, mais la Suède a connu une crise financière dans les années 1990. On a revu la réglementation de plusieurs systèmes et on a renforcé le contrôle des coûts.

Mme Rachael Harder: Merci.

Pouvez-vous m'expliquer comment vous approuvez les nouveaux médicaments sur le marché? Qui approuve les nouveaux médicaments inscrits au formulaire?

Mme Sofia Wallström: En Europe, les travaux de réglementation sont harmonisés; c'est donc la même chose pour tous les pays de l'Union européenne. Une agence européenne, l'EMA, approuve les médicaments. C'est une réglementation conjointe pour tous les pays.

Mme Rachael Harder: Désolée, j'aurais dû préciser ma question. Je parlais du formulaire... en d'autres termes, les médicaments qui sont couverts en vertu du régime.

Mme Sofia Wallström: Bien sûr. Lorsque le produit est sur le marché, la TLV détermine son prix et le remboursement connexe selon le régime d'assurance-médicaments. Les 21 conseils de comté ont recours à un appel d'offres pour déterminer le prix et l'utilisation des médicaments pour les patients hospitalisés.

Mme Rachael Harder: Parfait. Merci beaucoup.

Monsieur Golja, je vous pose la même question.

Pouvez-vous m'expliquer comment vous désignez les médicaments qui seront visés par le formulaire et les médicaments qui seront couverts?

M. Aldo Golja: L'Institut national des soins de santé des Pays-Bas est un organisme scientifique qui procède à l'évaluation des

technologies de la santé. Il conseille le ministre sur l'ajout de certains médicaments au formulaire et sur le remboursement. Il évalue les médicaments. Il procède aussi à une analyse du rapport coût-efficacité des médicaments en fonction du prix proposé par la société et conseille le ministre à cet égard. Au bout du compte, le ministre décide du remboursement maximal pour les médicaments destinés aux patients non hospitalisés.

• (1240)

Mme Rachael Harder: Est-ce que vous...?

Le président: Votre temps est écoulé.

Mme Rachael Harder: En fait, non, il ne l'est pas.

Le président: Selon l'horloge, oui.

Monsieur Davies, vous avez la parole.

M. Don Davies (Vancouver Kingsway, NPD): Merci, monsieur le président.

Nous vous remercions, monsieur Golja et madame Wallström, de votre présence ici aujourd'hui.

Comme vous le savez sûrement, l'un des objectifs de notre étude est de trouver une façon d'offrir une assurance-médicaments universelle aux Canadiens, ce qu'ils n'ont pas présentement.

Ma première question est simple et la réponse est peut-être évidente.

Je vais commencer par vous, madame Wallström. Votre système vise-t-il à offrir une couverture universelle à tous les Suédois?

Mme Sofia Wallström: Je dirais que oui.

M. Don Davies: Monsieur Golja, est-ce l'un des objectifs de votre système?

M. Aldo Golja: Oui.

M. Don Davies: D'accord.

Ironiquement, on estime que le Canada se situe entre le deuxième et le quatrième rang — selon la personne à qui l'on demande — des pays où les médicaments sont les plus chers. De plus, nous n'offrons pas de couverture universelle.

J'aimerais savoir où se situe votre pays par rapport au reste du monde, à l'Union européenne ou à l'OCDE en ce qui a trait au prix des médicaments.

Madame Wallström, vous pourriez peut-être répondre en premier.

Mme Sofia Wallström: En Suède, nous avons des dépenses relativement élevées en soins de santé, mais nous obtenons aussi un excellent rapport entre la qualité des résultats médicaux et les ressources investies.

Pour ce qui est du volet pharmaceutique de ces dépenses, le montant correspond à la moyenne européenne. Nos prix de produits brevetés sans concurrence sont légèrement supérieurs à la moyenne de l'Union européenne. Quant aux médicaments non brevetés pour lesquels les produits génériques se font concurrence, la Suède et les Pays-Bas offrent les prix les plus faibles de l'Europe. Dans l'ensemble, je dirais donc que nous nous situons dans la moyenne.

M. Don Davies: Merci.

Monsieur Golja.

M. Aldo Golja: Je répondrai la même chose. Nos dépenses totales en santé sont légèrement supérieures à la moyenne. En ce qui concerne les produits faisant l'objet d'un monopole, je dirais que leurs prix de référence extérieurs correspondent à la moyenne de l'Union européenne. De même, comme Mme Wallström l'a dit, les prix de nos médicaments génériques sont parmi les plus faibles de l'Europe.

M. Don Davies: Je vais maintenant essayer de comprendre pourquoi c'est ainsi.

Monsieur Golja, je vais commencer avec vous. Vous semblez réussir à offrir un régime universel à vos citoyens tout en contrôlant plutôt bien les coûts. À quoi cela est-il attribuable? Quel facteur explique cette réussite?

M. Aldo Golja: Je pense que c'est une combinaison des responsabilités et des moteurs du système. Nous avons essayé d'encadrer le marché pour que l'assurance soit obligatoire. Ainsi, les sociétés d'assurance ont des obligations, mais sont aussi encouragées à maintenir les cotisations abordables tout en couvrant les soins dispensés aux patients. On pourrait donc dire que cela les incite à trouver les prix les plus bas sur le marché.

Étant donné que ceux qui prescrivent les médicaments font l'objet d'un contrat, quand vient le temps de prescrire des médicaments génériques conformément aux lignes directrices établies, les parties intéressées ont intérêt à maintenir la charge financière la plus légère possible pour le réseau. C'est une sorte d'équilibre du marché.

M. Don Davies: Merci.

Madame Wallström, je vous pose la même question.

Mme Sofia Wallström: Je dirais que le système efficace qui favorise la concurrence entre les médicaments génériques est important. Il laisse place à l'innovation et nous met en bonne posture, compte tenu de notre volonté relative de payer pour de nouveaux médicaments qui apportent une valeur ajoutée. Je pense qu'il a également été utile d'adopter une démarche axée sur la valeur et d'essayer de prendre les décisions ultérieures de façon à payer au rendement ou aux résultats, et de relier le tout à notre travail et aux données du monde réel.

Comme mon confrère l'a dit, c'est une combinaison des deux volets, et c'est aussi attribuable à notre cadre de collaboration qui permet le dialogue avec les conseils de comté et les compagnies pharmaceutiques.

•(1245)

M. Don Davies: Voici ce que certains craignent si le Canada adopte un régime universel: certains nous avertissent — je pense que ce sont surtout des représentants de l'industrie — que les Canadiens n'auraient plus autant de choix et ne pourraient pas obtenir les médicaments qu'ils souhaitent vraiment et dont ils ont vraiment besoin.

Avez-vous vécu quelque chose de semblable en Suède et aux Pays-Bas? Pouvez-vous garantir à vos patients qu'ils obtiendront le médicament dont ils ont besoin au sein d'un régime universel?

Madame Wallström, vous pouvez répondre la première.

Mme Sofia Wallström: Dans le système suédois, tous les médecins travaillent pour les conseils de comté. Aucun n'est entièrement à son compte. Il y a donc tout un système qui les relie entre eux, lorsqu'il est question de choix et d'accès.

Je dirais que dans les rares situations où nous n'avons pas pu rembourser de nouveaux médicaments importants, le réseau national a pu composer avec la situation. À ce jour, l'appareil politique a aussi pu intervenir à ce chapitre. Cela veut aussi dire qu'il y a des exceptions, de sorte que nous pouvons maintenir nos décisions auprès des prescripteurs et du reste des conseils de comté et du système de santé.

M. Don Davies: Merci.

Monsieur Golja, veuillez répondre brièvement.

M. Aldo Golja: Je suis d'accord sur ce qui vient d'être dit. Notre réseau laisse une liberté de choix au prescripteur. Celui-ci a donc de nombreuses possibilités et peut prescrire le médicament qui, à son avis, répondra le mieux au besoin du patient.

Ce n'est pas comme si les entreprises avaient quitté les marchés, et que le système laissait libre cours aux produits génériques, compte tenu de la capacité à lancer des appels d'offres permettant à différentes sociétés d'assurance d'y participer. Même dans le milieu des médicaments génériques, plusieurs fournisseurs se font concurrence.

En ce qui a trait aux nouveaux médicaments, les Pays-Bas semblent être relativement au début d'une série de lancements de sociétés, et nous n'avons pas encore manqué d'un nouveau médicament introduit au pays.

Je n'ai donc pas l'impression que les patients n'ont pas accès aux médicaments qu'ils devraient avoir.

Le président: Le temps est écoulé.

Madame Sidhu, vous avez sept minutes.

Mme Sonia Sidhu (Brampton-Sud, Lib.): Merci, monsieur le président.

Madame Wallström, monsieur Golja, je vous remercie de vous joindre à nous aujourd'hui.

Je vais commencer par Mme Wallström. Pourriez-vous, s'il vous plaît, nous dire si l'achat en masse de médicaments fait partie de votre politique? Dans l'affirmative, pourriez-vous nous expliquer l'incidence d'une telle pratique sur le coût des médicaments sur ordonnance qu'un citoyen doit assumer?

Mme Sofia Wallström: Vous voulez dire qu'un volume d'achat supérieur fait baisser les prix? Et bien, cette pratique ne fait pas expressément partie de notre politique. Mais il va sans dire que l'évaluation des technologies de la santé repose sur un modèle selon lequel une population de patients plus importante donne souvent une plus grande valeur. De ce point de vue, le prix devrait être inférieur. Mais dans notre processus décisionnel, je dirais qu'il s'agit plutôt d'un facteur implicite, à l'exception des médicaments génériques, bien sûr, qui font appel à un tout autre genre de processus décisionnel.

Mme Sonia Sidhu: Lorsque vous décidez quels médicaments seront couverts par votre système de soins de santé, pourriez-vous, s'il vous plaît, nous expliquer comment vous faites en sorte que les décisions relatives à la liste des médicaments soient à l'abri de toute ingérence politique? Ces décisions ne sont-elles pas influencées par votre point de vue politique? Ou par le système?

•(1250)

Mme Sofia Wallström: Je vous prie de m'excuser, mais je dois mieux comprendre ce que...

Mme Sonia Sidhu: Pouvez-vous expliquer comment vous protégez les décisions relatives à la liste des médicaments que vous achetez? Ces décisions ne sont-elles pas influencées par le système politique?

Mme Sofia Wallström: C'est la TLV, un organisme indépendant, qui prend ces décisions, et le processus décisionnel repose sur la législation et la Loi sur les prestations des produits pharmaceutiques. Bien sûr, je suis nommée par le gouvernement, de sorte que je n'ai aucune allégeance politique. C'est plus ou moins ainsi que le système suédois fonctionne pour la majorité des processus décisionnels semblables. Nous sommes indépendants dans notre relation avec le ministère et le gouvernement.

Mme Sonia Sidhu: Je crois savoir que malgré le régime de prestations pharmaceutiques, les citoyens doivent payer des quotes-parts pour leurs médicaments, ce qui incite certains à sauter des doses ou à ne pas remplir leur prescription. Nous avons le même problème au Canada, où 20 % des gens n'ont parfois pas les moyens de payer leurs médicaments. Pouvez-vous nous dire si vous avez constaté une baisse de ce genre de cas depuis la mise en place de votre régime de prestations pharmaceutiques?

Mme Sofia Wallström: À l'heure actuelle, il y a un certain nombre de patients qui, pour des raisons économiques, ne vont pas chercher leurs médicaments. Le gouvernement a d'ailleurs entrepris des réformes ciblant certains groupes de patients, notamment les jeunes femmes qui utilisent des contraceptifs. Prenons l'exemple récent de tous les médicaments du régime de prestations pharmaceutiques à l'intention des enfants et des jeunes adultes de moins de 18 ans, pour lesquels il n'y a aucune quote-part. Le gouvernement a donc apporté des modifications aux plafonds coûteux pour éviter ce genre de problème.

Mme Sonia Sidhu: Monsieur Golja, pourriez-vous, s'il vous plaît, nous expliquer les différentes classifications de médicaments sur ordonnance, ainsi que l'incidence de cette classification sur le montant remboursé? Pourriez-vous nous expliquer le tout?

M. Aldo Golja: Qu'entendez-vous exactement par les différentes classifications?

Mme Sonia Sidhu: Pourriez-vous nous expliquer les différentes classifications de médicaments sur ordonnance et leur incidence sur le montant remboursé?

M. Aldo Golja: Parlez-vous des regroupements de produits?

Mme Sonia Sidhu: C'est exact.

M. Aldo Golja: Bien. Nous avons des regroupements de produits dont l'effet est le même. Par exemple, l'évaluation des technologies de la santé peut démontrer que deux substances actives ont le même effet thérapeutique, de sorte que le patient recevra le remboursement maximal pour ce groupe de médicaments. Le prescripteur est libre de prescrire l'un ou l'autre de ces produits. Mais lorsqu'il y a une quote-part à payer pour un des médicaments — disons que le prix maximal est de 100 \$, qu'un des produits coûte tout au plus 100 \$, alors que l'autre dépasse le plafond avec un coût de 120 \$ —, les prescripteurs auront souvent tendance à opter pour le médicament sans quote-part additionnelle pour le patient. Ce genre de tendance se dessine.

Lorsqu'il y a un médicament générique sur ce marché, ce produit bénéficie essentiellement du même remboursement maximal que le produit original. Mais puisqu'il s'agit d'un médicament générique, dès qu'il y a une concurrence sur ce marché, comme c'est le cas pour la majorité des produits, le prix chutera considérablement étant donné que c'est la société d'assurance qui détermine ce qu'elle paiera pour le médicament en question. Selon le volume attendu au sein de

la population assurée, il arrive souvent que les grandes sociétés d'assurance, dont la population de patients peut atteindre 1 à 2 millions de citoyens, soient en mesure de négocier un prix inférieur auprès d'un fournisseur donné de médicaments génériques. Par la suite, étant donné que le produit est associé à un produit visé par une dénomination commune internationale, 96 % de la population adopteront presque immédiatement le produit générique proposé.

Ai-je bien répondu à la question?

• (1255)

Mme Sonia Sidhu: Oui, merci.

Le président: Bien, merci beaucoup.

Nous allons maintenant passer au tour d'interventions de cinq minutes, à commencer par M. Carrie.

M. Colin Carrie (Oshawa, PCC): Merci beaucoup, monsieur le président.

Je tiens à remercier les témoins de nous aider à répondre à nos interrogations sur les programmes d'assurance-médicament.

Je remarque aussi que le système de chaque pays a évolué un peu différemment, de sorte que vous avez trouvé vos propres solutions. Monsieur Golja, j'observe les systèmes des Pays-Bas, et je constate que dans les années 1990, vous aviez essentiellement un système semblable à celui du Canada, composé de régimes publics et privés d'assurance-maladie. Vous avez ensuite commencé à les réunir dans ce que vous appelez un modèle de concurrence encadrée, dans lequel chaque citoyen est tenu, s'il le peut, de contracter lui-même une assurance privée, mais dont les prestations sont précisées dans la loi. Vous fonctionnez ainsi depuis 2006. Étant donné que votre régime ressemblait à celui du Canada, j'aimerais que vous nous éclairiez. Quels défis les Pays-Bas a-t-il dû relever pour transformer son régime d'assurance-maladie, qui est passé d'une combinaison d'assurances publiques et privées à un modèle unique de concurrence encadrée?

M. Aldo Golja: Nous pourrions dire que les défis ont été nombreux. Je m'y connais un peu mieux dans le volet pharmaceutique, mais de façon générale, nous pourrions dire qu'un des grands défis que nous avons dû relever après 2006 a été de permettre aux différents joueurs de grandir dans leur rôle. Par exemple, les sociétés d'assurance venaient d'un milieu non concurrentiel où elles représentaient une clientèle plus ou moins établie. Elles n'avaient pas l'habitude d'acheter des soins ou de conclure des contrats. Elles ont dû s'habituer à ce rôle leur demandant de trouver des façons efficaces de conclure des contrats relatifs aux soins, tout en veillant à ce que la qualité des soins soit à la hauteur, et que les patients assurés soient satisfaits des soins reçus. C'était un long cheminement. Ces dernières années, en ce qui concerne l'interaction entre les prescripteurs, les sociétés d'assurance et les sociétés pharmacologiques, il a fallu du temps avant de trouver l'équilibre optimal entre les coûts et les soins. Il y a encore des difficultés du côté des sociétés d'assurance, surtout lorsqu'il s'agit d'assurer le meilleur soin possible. Lorsqu'il est question d'une utilisation appropriée, par exemple, ou de soins oncologiques, on veut s'assurer d'en avoir pour son argent, comme les Américains le disent. À ce stade-ci, je pense qu'un des plus grands défis consiste donc à essayer de trouver une façon scientifique ou impartiale de conclure ce genre de contrats.

M. Colin Carrie: Nous avons reçu un certain nombre des témoins qui aimeraient que le Canada adopte un système public de soins de santé à payeur unique, qui se rapproche davantage du monopole. Quant à vous, vous avez plutôt opté pour ce modèle de concurrence. Pourriez-vous expliquer pourquoi le modèle de concurrence encadrée a été privilégié au régime public et unique d'assurance maladie? À votre avis, quels sont les avantages et les inconvénients de ces deux modèles?

Je vous vois sourire. C'est une question amusante.

M. Aldo Golja: En effet, la question est fort intéressante.

Il arrive que les choses évoluent à partir de décisions ou de motivations politiques, ce qui peut aussi avoir une incidence.

Auparavant, il y avait plus ou moins de différence entre les sociétés d'assurance. Elles étaient plutôt régionales. Elles n'étaient pas autosuffisantes, mais c'étaient des organisations relativement autonomes. C'étaient des organisations non gouvernementales. Compte tenu de la posture des sociétés d'assurance et des fournisseurs de soins qui existaient déjà, l'objectif était de leur fournir les outils nécessaires pour créer un système non centralisé, ou non monopolistique, une sorte de système de libre marché. Le mécanisme était déjà là, et il devait être réglementé correctement...

M. Colin Carrie: Bien. J'aimerais simplement conclure en disant que je suis très surpris que les manoeuvres politiques jouent un rôle aussi important là-bas. Cela n'arriverait jamais ici.

Merci.

• (1300)

Le président: Merci beaucoup.

Nous allons maintenant écouter M. Oliver.

M. John Oliver (Oakville, Lib.): Merci beaucoup.

Je vous remercie de vos exposés.

Vos deux pays utilisent un modèle de quote-part; soit un montant initial est versé et suivi d'une quote-part, soit il y a directement une quote-part à payer. Je me demande si votre décision d'opter pour la quote-part fait suite à une politique gouvernementale. Sinon, est-ce simplement pour rendre la structure abordable en essayant de réduire les coûts initiaux du gouvernement?

En deuxième lieu, certains nous ont avertis de ne pas opter pour un modèle de quote-part, compte tenu de l'inégalité des revenus et du fait que les personnes à faible revenu auraient plus de mal à y avoir accès, et ne rempliraient pas leurs prescriptions par manque de moyens.

D'une part, la décision visait-elle seulement à réduire les coûts? Sinon, pourquoi avez-vous choisi un modèle de quote-part? D'autre part, est-ce que l'un d'entre vous a constaté que le modèle entravait l'accès aux citoyens défavorisés?

Mme Sofia Wallström: Je dirais que la Suède utilise ce système de quote-part depuis fort longtemps, de sorte que je ne peux pas vraiment vous dire ce qui a motivé ce choix au départ. Bien sûr, les plafonds ont évolué au fil du temps, et ils sont naturellement plus élevés maintenant qu'ils ne l'étaient au début.

Je dirais que c'est principalement attribuable à l'ambition politique visant à réduire les coûts et à assurer un accès égal, mais j'ajouterais qu'il est clair que le coût ne doit pas être nul. Il doit y avoir une quote-part assez importante, étant donné que nous avons constaté que les patients ont tendance à prendre trop de médicaments lorsqu'ils n'ont aucuns frais à payer. Aussi, les médicaments ne sont pas utilisés correctement, de sorte que nous nous retrouvons avec des

problèmes d'observations et de médicaments jetés, ce qui pose aussi un problème pour l'environnement et le reste.

M. John Oliver: Et comment ça s'est passé aux Pays-Bas?

M. Aldo Golja: Notre système a toujours exigé une quote-part assez petite. Il y a un certain temps, on aurait essayé de faire assumer aux assurés une partie du coût des médicaments, mais ça n'a pas eu de lendemain après qu'il a été démontré que beaucoup étaient opposés à ce système. Dans le nouveau système, en vigueur depuis 2006, on impose donc une quote-part générale de 385 euros, dont j'ai parlé. Elle couvre essentiellement tous les soins qu'une personne reçoit en une année, sauf ceux des omnipraticiens. Essentiellement, chacun est libre de les consulter. Ils sont les portiers de notre système, qui laissent entrer les patients qui ont besoin de soins. Aucun seuil n'existe...

M. John Oliver: Aucun de vous n'a constaté une inégalité dans l'accès en raison du coût, alors? Rien ne montre que, pour les plus pauvres dans votre économie, l'accès aux produits pharmaceutiques est difficile?

Mme Sofia Wallström: Je dirais que, dans le système suédois, le seuil est assez bas et qu'il l'est même beaucoup par rapport à celui d'autres pays...

M. John Oliver: Donc vous ne voyez aucun problème d'accessibilité?

Mme Sofia Wallström: Pour certains groupes peut-être. D'après moi, la détermination de l'ampleur du problème, qu'il soit général ou relié à l'accès aux médicaments, et de sa solution optimale est une question politique. Les réformes que j'ai évoquées pour les enfants et les jeunes femmes, dans le cas des contraceptifs, sont une réponse politique qui se traduit par l'ajustement des seuils.

M. John Oliver: D'accord. Merci.

Ma dernière question, aux Pays-Bas: Quelle est la valeur ajoutée des compagnies d'assurance dans le modèle où le médecin rédige l'ordonnance et le patient la fait exécuter?

M. Aldo Golja: Essentiellement, en limitant les dépenses pour les médicaments, elle peut consacrer une part plus importante des primes à d'autres formes de soins.

M. John Oliver: Ces compagnies, donc, négocient le prix des produits pharmaceutiques?

• (1305)

M. Aldo Golja: Dans le cas des produits génériques, particulièrement, c'est vrai. Ce l'est moins pour celui des produits de source exclusive qui sont aussi efficaces.

M. John Oliver: D'accord.

Le président: Merci beaucoup.

Monsieur Webber.

M. Len Webber (Calgary Confederation, PCC): Merci, monsieur le président. Je vous remercie vous aussi tous les deux pour votre témoignage.

Madame Wallström, revenons aux paiements assumés par les citoyens. Je sais que Mme Sidhu vous a questionnée à ce sujet.

Environ 10 % des Canadiens se passent de leurs médicaments faute, essentiellement, de pouvoir se les permettre. D'après les notes de la Bibliothèque du Parlement, environ 6 % des Suédois font de même. Ces coûts assumés par les citoyens piquent ma curiosité. Le plafond imposé à ces paiements pour les produits pharmaceutiques d'ordonnance a-t-il augmenté ou diminué au fil du temps? Si oui, qu'est-ce qui l'explique?

Mme Sofia Wallström: Le seuil est en vigueur depuis un bon nombre d'années. Je n'ai pas les chiffres sous les yeux, mais je dirais que, pendant peut-être 10 ans, il n'a pas bougé. Puis, il y a deux ou trois ans, le gouvernement a décidé de le relever, et il se situe maintenant à environ 230 euros par année. Je dirais que le gouvernement y a été incité parce que ça demeure un montant assez bas et qu'il fallait s'adapter de façon générale à l'évolution de la situation.

Divers gouvernements se sont succédé pendant les dernières législatures et le nouveau gouvernement, plus à gauche, a décidé ces réformes pour abaisser le seuil pour certains groupes de patients. Je dirais que, en Suède, il n'y a pas de débat politique sur le régime d'assurance-médicaments et le paiement des coûts assumés par les patients pour les médicaments. D'autres sujets, les soins dentaires, par exemple, pour lesquels les Suédois dépensent beaucoup plus, retiennent davantage l'attention sur le plan politique.

M. Len Webber: Je vois. Merci.

Mon collègue Colin Carrie avait des questions. Je lui cède le reste de mon temps.

Allez-y.

M. Colin Carrie: Merci beaucoup.

Monsieur Golja, concernant ce modèle de concurrence encadrée, s'il décidait de l'adopter, quelles leçons le Canada pourrait-il retenir des Pays-Bas, quand ce pays cherchait à réformer son système d'assurance-santé? Pourriez-vous nous conseiller pour nous faciliter la tâche, vu que vous êtes passés par là?

M. Aldo Golja: Malheureusement, ce n'est pas vraiment mon rayon. Je serais bien en peine d'expliquer ce qui est arrivé en 2006. Je n'ai pas vraiment de conseils très précis à donner.

Si vous deviez adopter un tel système, vous devriez sans aucun doute trouver le juste milieu entre les parties prenantes et toujours veiller au bon fonctionnement de vos règlements et du marché. C'est important. Bien sûr, ce « marché » est plutôt un système contrôlé.

Prenez, si vous permettez, l'exemple des biosimilaires, quand nous avons constaté, à l'arrivée sur le marché de ces médicaments pour les patients non hospitalisés, ou du moins considérés comme tels, l'absence presque totale de concurrence dans le système au début. Après analyse, ayant constaté que les différents acteurs dans le système semblaient pouvoir obtenir des prix inférieurs, nous avons dû trouver le moyen de rétablir l'équilibre. Nous y sommes parvenus en l'intégrant dans le secteur interne et en autorisant la négociation du budget à l'intérieur du secteur hospitalier.

Nous essayons donc vraiment d'obtenir un réglage fin et d'autoriser des mécanismes qui amortissent les effets négatifs, pourrait-on dire, parce que nous parlions jusqu'ici des coûts assumés par les citoyens. Bien sûr, dans l'un des débats, particulièrement à l'occasion des dernières élections, qui se sont déroulées il y a quelques semaines, beaucoup de joueurs ont préconisé une baisse des montants annuels.

Il y a donc un débat, par exemple, sur les patients vulnérables qui reçoivent beaucoup de soins et qui, automatiquement, paient immédiatement leur quote-part, et ils doivent effectivement le faire

chaque année. De plus, il faut y ajouter toutes les sortes de différentes dépenses supplémentaires qu'ils doivent faire quotidiennement. L'une des caractéristiques de notre système est d'autoriser les mécanismes permettant d'atténuer ces effets négatifs...

• (1310)

M. Colin Carrie: Merci.

Le président: Monsieur Eyolfson.

M. Doug Eyolfson (Charleswood—St. James—Assiniboia—Headingley, Lib.): Merci beaucoup. Quel plaisir que de vous écouter tous les deux. Et le hasard a voulu que beaucoup de questions que je me préparais à poser aient trouvé réponse grâce à d'autres membres du groupe de témoins.

Veillez me pardonner si vous avez déjà répondu à cette question-ci.

Madame Wallström d'abord, puis monsieur Golja, vous avez parlé des coûts assumés par les citoyens et dit que certains médicaments n'étaient pas couverts par ces paiements, que c'est la même chose pour certains groupes, pour les enfants, ce genre de choses. Quelles sont les dispositions pour protéger les gens sans ressources au point de ne pouvoir faire aucune sorte de paiement?

Mme Sofia Wallström: En Suède, une telle disposition existe, et un système de sécurité sociale autorise des subventions pour ces patients. Souvent, ils ont besoin d'aide pour plus que seulement le paiement de leur quote-part pour les médicaments.

M. Doug Eyolfson: Merci.

Monsieur Golja.

M. Aldo Golja: Même chose ici. Chacun paie, tous les mois, un montant normal, mais, en même temps, il est prévu une subvention calculée d'après les revenus, pour les moins nantis, ce qui diminue leurs primes mensuelles. Mais il reste la question du copaiement.

M. Doug Eyolfson: Je vois.

M. Aldo Golja: Pour ces patients ou pour les personnes incapables de payer ce montant, il existe des dispositions particulières. Par exemple, des municipalités réassurent les copaiements pour un groupe très limité. Différents mécanismes sont en place.

M. Doug Eyolfson: Très bien. Seriez-vous tous les deux d'accord pour dire que, essentiellement, personne n'est oublié à cause de son incapacité de payer? Cette affirmation générale serait-elle juste?

Mme Sofia Wallström: Je pense que c'est généralement vrai, mais, bien sûr, de toute manière, certains arrivent à se fourrer dans le pétrin. Mais, en général, je serais d'accord.

M. Doug Eyolfson: Très bien.

M. Aldo Golja: Moi aussi.

M. Doug Eyolfson: Merci.

Changeons un peu le sujet. La Suède a un point commun avec le Canada. C'est l'un des pays d'Europe où la tranche de population des personnes âgées est la plus nombreuse. Bien sûr, ça devrait se maintenir en raison de la chute des taux de natalité. Le Canada a pas mal le même problème. Notre population vieillit, ce qui entraîne son lot de maladies. Nous prévoyons une augmentation des coûts de la santé et des problèmes de santé.

Tout d'abord, pouvez-vous dire si la Suède a préparé ses systèmes d'assurance-médicaments et de santé à la gestion de ces coûts?

Mme Sofia Wallström: Oui.

Mais on peut se demander si ces mesures sont suffisantes et si elles visent en temps opportun les bons problèmes. Bien sûr, il y a des discussions et des préparatifs. En ce qui concerne le régime d'assurance-médicaments, je ne dirais pas que nous avons changé nos méthodes. D'autres organismes suédois privilégient plus de lignes directrices et ils s'attaquent aux problèmes de la consommation exagérée de médicaments par les personnes âgées. Des réformes gouvernementales ont visé à réduire le nombre de produits pharmaceutiques consommés par les personnes âgées, particulièrement ceux sans bons conseils d'hygiène. Ce travail se poursuit depuis quelques années. Nous constatons qu'il faudra l'intensifier dans les années à venir.

• (1315)

M. Doug Eyolfson: Merci beaucoup.

Monsieur Golja?

M. Aldo Golja: Je ferais la même réponse.

Actuellement, des programmes s'adressent aux prescripteurs relativement à la consommation appropriée de médicaments par les personnes âgées et aux lignes directrices sur les prescriptions pour cette clientèle, compte tenu, particulièrement et comme vous l'avez dit, du nombre de médicaments qui interagissent les uns avec les autres, et de choses comme ça. À part ça [*inaudible*].

M. Doug Eyolfson: Merci beaucoup.

Le président: Merci.

Maintenant, notre dernier intervenant, M. Davies.

M. Don Davies: Merci, monsieur le président.

Je veux savoir comment chacun de vos systèmes réagit aux coûts élevés des médicaments spécialisés pour les maladies rares, qui, parfois, atteignent des dizaines ou une centaine de milliers de dollars par année. Votre système a-t-il pu en fournir aux patients qui en ont besoin?

Vous d'abord, madame Wallström.

Mme Sofia Wallström: Ces médicaments présentent une difficulté particulière. Dans le régime d'assurance-médicaments, nous n'avons refusé un produit pharmaceutique pour maladie rare qu'une seule fois ces cinq à sept dernières années. Beaucoup de ces médicaments sont destinés à des patients hospitalisés. Ça signifie que la TLV n'est pas vraiment responsable des décisions. Bien sûr, nous accordons beaucoup d'appui et nous évaluons les technologies de la santé pour appuyer les décisions des conseils de comité. Nous sommes tous unis pour répondre au problème des médicaments spécialisés.

Nous sommes d'autant plus disposés à délier les cordons de la bourse quand les médicaments sont efficaces contre des maladies rares et vraiment graves contre lesquelles manquent d'autres bons médicaments de rechange. En fait, nous sommes même allés plus loin. L'année dernière, la TLV s'est dite disposée à déboursier encore plus d'argent. Nous avons trouvé le moyen de subventionner et de

rembourser les coûts de la majorité de ces médicaments. Cependant, il en reste quelques-uns qui nous posent vraiment un problème, et nous essayons d'élaborer notre propre système pour y répondre. Une plus grande collaboration avec les autres pays scandinaves et européens nous semble désormais une solution d'avenir.

M. Don Davies: Merci, madame Wallström. Je vous arrête ici, parce que je dispose de peu de temps et que je veux donner à M. Golja la chance de répondre. Merci.

Monsieur Golja.

M. Aldo Golja: Je suis d'accord. Les économies réalisées grâce aux produits génériques nous ont permis, tout comme aux Suédois, de tempérer la croissance supplémentaire du prix des médicaments spécialisés. Notre budget des produits pharmaceutiques a donc été relativement constant. Ça nous a permis d'accepter des produits plus coûteux, par exemple les produits orphelins.

Cependant, dans le cas de ces médicaments orphelins, nous allons conclure des ententes sur leur introduction encadrée. Comme je l'ai dit, on tient compte de l'impact budgétaire. Si cet impact est important, nous entamerons des pourparlers avec la compagnie, sur des éléments financiers, avant de les rembourser — ce que nous faisons aussi pour les médicaments pour patient non hospitalisé. Particulièrement dans le cas des médicaments orphelins dont le coût par patient est élevé, nous demanderons aux sociétés pharmaceutiques de rassembler des données supplémentaires et de trouver leur utilisation appropriée, la bonne façon de cibler la bonne population pour ces médicaments. Nous ajoutons ces conditions à nos remboursements.

Jusqu'ici, nous avons eu la très bonne fortune de pouvoir le faire, d'intégrer les produits les plus efficaces dans notre régime de remboursement, mais c'est de plus en plus difficile. Voilà pourquoi aussi, sur la scène internationale, nous avons commencé à collaborer avec la Belgique, le Luxembourg et l'Autriche, tout comme le forum de collaboration nordique, où nous discutons de politique des produits pharmaceutiques et où nous nous engageons dans des négociations mixtes.

• (1320)

M. Don Davies: Merci.

Le président: Merci beaucoup.

C'est ici que se terminent les témoignages. Je tiens à remercier très chaleureusement nos témoins. Pour nous aider, nous soumettre vos mémoires et venir témoigner, vous avez été très généreux de votre temps. Vous nous avez donné un aperçu de deux programmes tout à fait différents. Si le Canada se donne un programme d'assurance-médicaments, vous pourrez certainement vous vanter d'avoir contribué à sa décision. Au nom du comité, je tiens à vous remercier beaucoup.

Merci aussi aux techniciens, parce que, aujourd'hui, tout s'est absolument bien déroulé. Les communications entre les trois pays ont été parfaites. Ce n'est pas un mince exploit.

Je tiens à remercier le comité pour ses excellentes questions, et, encore une fois, je tiens à vous remercier de nouveau au nom du comité. Merci beaucoup de votre temps.

Mme Sofia Wallström: Pareillement.

M. Aldo Golja: De même.

Le président: Nous ferons une petite pause, puis nous nous occuperons des travaux du comité.

Monsieur Oliver.

M. John Oliver: Je pense que c'est notre dernière séance sur l'assurance-médicaments avant de recevoir le nouveau rapport du directeur du budget. J'ai une motion de procédure:

Que les analystes soient avisées d'utiliser la période requise entre aujourd'hui et la reprise des travaux parlementaires à l'automne pour préparer un résumé de la preuve et des témoignages reçus jusqu'à maintenant dans le cadre de l'étude sur l'élaboration d'un programme national d'assurance-médicaments en privilégiant les témoignages scientifiques validés par des spécialistes de la discipline.

Je dépose cette motion pour qu'elles puissent commencer le travail. Nous ne voulons pas le commencer seulement à l'automne, quand nous recevons le rapport du directeur parlementaire du budget.

Le président: Nous voulons les tenir vraiment occupées tout l'été.

M. John Oliver: Absolument.

Des députés: Oh, oh!

Le président: Des opinions sur cette motion?

Mme Karin Phillips (attachée de recherche auprès du comité): J'ai besoin d'éclaircissements sur la préséance accordée à l'information validée par des spécialistes de la discipline. Je sais bien ce dont il s'agit, mais, dans le cas des mémoires, nous résumons habituellement tous les témoignages, puis, en fin de compte, quand vous nous donnez les consignes pour la rédaction, vous pouvez décider ce que vous voulez élaguer et conserver.

M. John Oliver: Au début, un certain nombre de témoins nous ont remis de l'information qu'ils avaient rassemblée et qui ne semblait pas cadrer avec celle d'autres témoins. Cette information

n'avait pas été validée par des spécialistes de la discipline et elle ne possédait pas la même rigueur. Elle semblait relever davantage d'une opinion que de faits avérés. Ma motion vise certains de ces premiers mémoires.

Le président: Certains étaient presque anecdotiques.

Karin, ça vous éclaire?

Mme Karin Phillips: Nous résumons tout parce qu'il nous est difficile de comparer tel mémoire à tel autre. Ces questions d'appréciation sont difficiles, parce qu'elles peuvent prendre une dimension politique, selon qui a proposé tel témoin.

Le président: Monsieur Carrie.

M. Colin Carrie: Je propose de seulement demander un résumé des témoignages, sans se préoccuper de privilégier quoi que ce soit. Plus tard, nous pourrions débattre des mérites politiques respectifs des témoins.

Nous pourrions en reparler à tête reposée après l'été.

Le président: Est-ce acceptable?

M. John Oliver: Bien sûr. Je comprends les attachées de recherche et la difficulté que ça représente pour elles.

(La motion est adoptée. [Voir le *Procès-verbal*].)

Le président: Nous poursuivons la séance à huis clos pour discuter des témoins de l'étude sur la thalidomide. Nous devons discuter très brièvement de la motion M-47 et du projet de loi C-211.

[La séance se poursuit à huis clos.]

Publié en conformité de l'autorité
du Président de la Chambre des communes

PERMISSION DU PRÉSIDENT

Il est permis de reproduire les délibérations de la Chambre et de ses comités, en tout ou en partie, sur n'importe quel support, pourvu que la reproduction soit exacte et qu'elle ne soit pas présentée comme version officielle. Il n'est toutefois pas permis de reproduire, de distribuer ou d'utiliser les délibérations à des fins commerciales visant la réalisation d'un profit financier. Toute reproduction ou utilisation non permise ou non formellement autorisée peut être considérée comme une violation du droit d'auteur aux termes de la *Loi sur le droit d'auteur*. Une autorisation formelle peut être obtenue sur présentation d'une demande écrite au Bureau du Président de la Chambre.

La reproduction conforme à la présente permission ne constitue pas une publication sous l'autorité de la Chambre. Le privilège absolu qui s'applique aux délibérations de la Chambre ne s'étend pas aux reproductions permises. Lorsqu'une reproduction comprend des mémoires présentés à un comité de la Chambre, il peut être nécessaire d'obtenir de leurs auteurs l'autorisation de les reproduire, conformément à la *Loi sur le droit d'auteur*.

La présente permission ne porte pas atteinte aux privilèges, pouvoirs, immunités et droits de la Chambre et de ses comités. Il est entendu que cette permission ne touche pas l'interdiction de contester ou de mettre en cause les délibérations de la Chambre devant les tribunaux ou autrement. La Chambre conserve le droit et le privilège de déclarer l'utilisateur coupable d'outrage au Parlement lorsque la reproduction ou l'utilisation n'est pas conforme à la présente permission.

Aussi disponible sur le site Web du Parlement du Canada à l'adresse suivante : <http://www.parl.gc.ca>

Published under the authority of the Speaker of
the House of Commons

SPEAKER'S PERMISSION

Reproduction of the proceedings of the House of Commons and its Committees, in whole or in part and in any medium, is hereby permitted provided that the reproduction is accurate and is not presented as official. This permission does not extend to reproduction, distribution or use for commercial purpose of financial gain. Reproduction or use outside this permission or without authorization may be treated as copyright infringement in accordance with the *Copyright Act*. Authorization may be obtained on written application to the Office of the Speaker of the House of Commons.

Reproduction in accordance with this permission does not constitute publication under the authority of the House of Commons. The absolute privilege that applies to the proceedings of the House of Commons does not extend to these permitted reproductions. Where a reproduction includes briefs to a Committee of the House of Commons, authorization for reproduction may be required from the authors in accordance with the *Copyright Act*.

Nothing in this permission abrogates or derogates from the privileges, powers, immunities and rights of the House of Commons and its Committees. For greater certainty, this permission does not affect the prohibition against impeaching or questioning the proceedings of the House of Commons in courts or otherwise. The House of Commons retains the right and privilege to find users in contempt of Parliament if a reproduction or use is not in accordance with this permission.

Also available on the Parliament of Canada Web Site at the following address: <http://www.parl.gc.ca>