



Association québécoise
des pharmaciens
propriétaires



Mémoire et
argumentaire
économique
concernant
l'abolition de la
contribution exigée
des patients pour
l'obtention de
services cliniques en
pharmacie
communautaire
autant pour le
régime public que
les régimes privés

Document soumis au ministère des Finances

4 février 2020

Sommaire exécutif

Chaque jour, des patients québécois demandent à leur pharmacien pourquoi des frais s'appliquent pour les services cliniques en pharmacie alors que ces mêmes services sont offerts sans frais ailleurs dans le système de santé. Plusieurs patients choisissent ainsi de renoncer à ces services en pharmacie. Abolir la franchise et la coassurance sur les services cliniques en pharmacie mettrait fin à cette situation qui persiste depuis trop longtemps, qui nuit à l'efficacité du réseau et qui crée une iniquité majeure pour les patients qui souhaitent recourir à ces services en pharmacie.

Une offre de services élargie et plus accessible pour les patients

Si la contribution des patients était abolie sur les services cliniques en pharmacie, l'AQPP projette qu'il serait possible de quasiment doubler la quantité de ces services rendus dans les pharmacies communautaires dans le cadre du *projet de loi n°41* (le « **PL 41** »), en plus d'effectuer 1 million de nouveaux services cliniques en vertu du *projet de loi n°31* (le « **PL 31** ») (sous réserve de son adoption par l'Assemblée nationale). À noter que ce chiffre inclut la prescription et l'administration des vaccins, qui sera déjà exempt de franchise et de coassurance et qui représentera la grande majorité des activités cliniques effectuées par les pharmaciens dans le cadre du PL 31, ce qui signifie qu'une portion des coûts pour l'État pour les activités cliniques sont déjà prévus dans le budget de la Santé et des Services sociaux. **Si la contribution des patients est maintenue, l'AQPP estime que le volume d'activités liées au PL 31 sera similaire à celui observé pour les activités liées au PL 41 lors de la première année suivant l'adoption de la loi, ce qui totaliserait environ 400 000 services cliniques offerts en pharmacie annuellement. Toutefois, si la contribution était abolie, c'est plus de 1,3 million de services cliniques qui pourraient s'ajouter à ce nombre au bénéfice des assurés du régime public et des régimes privés.**

Au total, c'est donc **plus de 2 590 928 services cliniques qui pourraient être rendus en pharmacie communautaire chaque année. Ces 2,5 millions d'activités de plus se feraient à un coût total de 38,6 M\$.** En pratique, **ce montant pourrait être moindre** considérant que, pour les assurés du régime public, les frais de franchise ou de coassurance qu'un patient ne payerait plus sur un service du PL 41 ou du PL 31 seraient partiellement ou totalement récupérés lorsque ce patient paierait des frais de franchise et de coassurance au cours du même mois sur d'autres services en pharmacie (ex. : exécution d'une ordonnance). Toujours selon ces projections, nous estimons que **plus de 1,8 million de consultations seraient libérées ailleurs dans le réseau de la santé chaque année. C'est donc l'équivalent de plus de 93,1 M\$ en ressources qui pourraient être consacrés à meilleur escient dans les urgences et les cliniques médicales/GMF chaque année.**

Des réallocations de ressources pour l'État et pour les patients

Ainsi, **même en prenant à sa charge les activités cliniques des patients, l'État pourrait réaliser une réallocation de ressources nette annuelle de près de 54,5 M\$ pour la prise en charge de ces patients en pharmacie** plutôt qu'à l'urgence ou en clinique/GMF.

Exposé de la problématique

La part sans cesse grandissante qu'occupent les dépenses de programmes en santé dans le budget de l'État et les perpétuels défis d'accès aux soins de santé éveillent de plus en plus les acteurs du système de santé à l'importance d'utiliser chaque ressource de façon optimale. Le concept du bon professionnel au bon moment au bon endroit et au bon prix revêt toute sa pertinence afin d'améliorer l'accès à la première ligne de soins.

Améliorer l'accès à la première ligne

Le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) affirmait dans une étude comparative parue en 2016 que plus de 60 % des patients qui se présentent dans les urgences du Québec sont des patients dont l'état n'est pas critique ou qui ne nécessitent pas de soins urgents (P4 ou P5)¹. Il a émis en ce sens plusieurs recommandations pour améliorer la performance de la première ligne de manière générale. Certaines de ces recommandations concernaient l'intégration de divers professionnels de la santé, dont les pharmaciens, afin qu'ils fassent partie intégrante de la première ligne de soins.

Cette idée d'optimiser la première ligne de soins en utilisant les ressources disponibles dans le système de santé fait du chemin depuis longtemps. En 2011, le PL 41 octroyait aux pharmaciens le droit d'offrir de nouveaux services cliniques. Plus récemment, le PL 31 déposé en 2019 par la ministre de la Santé et des Services sociaux vise à améliorer l'accès à la première ligne de soins grâce à l'ajout de nouveaux services cliniques en pharmacie.

Dans cette perspective, l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires (l'« AQPP ») appuie la volonté du gouvernement d'utiliser les pharmaciens à leur plein potentiel et de profiter du réseau de près de 1 900 pharmacies communautaires déjà établies sur l'ensemble du territoire québécois. Les discussions entre l'AQPP et le ministère de la Santé et des Services sociaux (le « MSSS ») en lien avec l'implantation du nouveau modèle de rémunération, visant à moduler la rémunération des services pharmaceutiques en fonction de leur complexité, vont d'ailleurs dans ce sens.

Franchise et coassurance : un obstacle à l'accès aux services cliniques en pharmacie

Au cours des dernières années, il a été constaté sur le terrain que le fait d'exiger du patient une contribution monétaire constitue un frein majeur à l'utilisation des services cliniques en pharmacie. Certains patients s'opposent par principe : pourquoi payer des frais en pharmacie alors que le même service est sans frais ailleurs dans le système de santé? Pour d'autres, des contraintes budgétaires les découragent de recourir au pharmacien pour des services cliniques. Peu importe les raisons, les pharmaciens communautaires voient chaque jour des patients refuser un service lorsqu'ils constatent qu'ils devront déboursier de leur poche une portion ou la totalité du coût.

Un sondage mené auprès des patients québécois en mai 2019 par la firme Léger confirme le phénomène : **66 % des répondants s'opposent à l'idée de déboursier pour un service clinique en pharmacie lorsque ce même service est offert sans frais ailleurs dans le système de santé.** Dans le même sondage, les pharmaciens propriétaires affirment à 79 % que la contribution exigée aux patients constitue un frein à l'utilisation des services cliniques en pharmacie.

Franchise : Un montant fixe qui constitue la première portion du coût des médicaments et services pharmaceutiques que doit payer la personne assurée à l'achat de médicaments et services pharmaceutiques². Le montant de la franchise mensuelle est établi par la RAMQ et revu chaque année. Depuis juillet 2019, la franchise mensuelle est de 21,75 \$, payable lors du (des) premier(s) achat(s) du mois.

Coassurance : Le pourcentage du coût des médicaments et services pharmaceutiques qu'une personne assurée doit verser, une fois la franchise payée. Lorsque le coût des médicaments et services pharmaceutiques dépasse celui de la franchise, la personne paie seulement une portion de la différence : cette portion est la coassurance³. Le taux de coassurance est établi par la RAMQ et revu chaque année. Depuis juillet 2019, le taux de coassurance est de 37 % du coût de l'ordonnance, dont on a soustrait la franchise, s'il y a lieu.

Contribution du patient : La somme des montants payés en franchise et en coassurance par un même patient au cours d'un mois donné. La contribution mensuelle du patient est plafonnée à un certain montant au-delà duquel plus aucune contribution n'est exigée au cours du mois donné. Les montants plafonds sont établis par la RAMQ et revus chaque année. Depuis juillet 2019, la contribution maximale est de 93,08 \$ par mois (sauf pour certains patients faisant l'objet d'une exception qui limite la contribution à 54,08 \$ par mois).

Cas fréquemment vécu en pharmacie : Un patient demande conseil à sa pharmacienne pour soigner une conjonctivite. Au terme de la consultation, la pharmacienne propose de prescrire au patient un médicament qui traite cette condition. En apprenant qu'il devra non seulement payer une contribution pour obtenir le médicament, mais aussi déboursier 16,51 \$ pour se le voir prescrire, le patient se dirigera vers la clinique médicale ou verra sa condition se détériorer ayant décidé de ne rien faire, en espérant que la douleur n'augmente pas.

D'une part, si cette barrière était levée, les patients seraient certainement plus nombreux à recourir aux pharmaciens pour les services du PL 41, tout comme pour les services à venir en vertu du PL 31. Ce déplacement d'une partie des consultations vers les pharmacies communautaires permettrait de libérer, ailleurs dans le système de santé, un temps précieux aux médecins et autres professionnels de la santé dont l'expertise est requise pour la prise en charge de conditions de santé plus graves. **Il s'agit donc d'une réallocation de ressources dans le but d'en faire une utilisation optimale.**

D'autre part, la possibilité d'obtenir sans frais des services cliniques en pharmacie communautaire bonifierait considérablement l'accès des patients à la première ligne de soins, ce qui cadre parfaitement avec les orientations gouvernementales sur le plan de la décentralisation du système de santé.

Exposé de la situation actuelle

Au cours de l'exercice financier 2018-2019, les pharmaciens communautaires du Québec ont rendu 553 526 services découlant du PL 41 aux assurés du régime public d'assurance médicaments, à un tarif moyen de 14,89 \$.

Les services du PL 41 en pharmacie auprès des assurés du régime public

Exercice financier 2018-2019

Services	Nombre de services	Coût brut	Contribution des patients	Coût net pour le MSSS
Prescription pour conditions mineures ou lorsqu'aucun diagnostic n'est requis	122 500	1 975 344 \$	542 716 \$	1 432 628 \$
Prise en charge et suivi pour l'atteinte des cibles thérapeutiques	212 343	3 433 973 \$	734 164 \$	2 699 809 \$
Évaluation et prolongation d'une ordonnance pour plus de 30 jours	200 778	2 526 703 \$	604 745 \$	1 921 958 \$
Ajustement de la dose d'un médicament afin d'assurer la sécurité	4 300	86 430 \$	12 945 \$	73 485 \$
Administration d'un médicament à des fins d'enseignement	205	3 752 \$	222 \$	3 530 \$
Substitution thérapeutique d'un médicament en rupture d'approvisionnement	13 400	217 750 \$	49 466 \$	168 284 \$
Total	553 526	8 243 952 \$	1 944 258 \$	6 299 694 \$

Si aucune contribution n'avait été exigée des patients pour ces services découlant du PL 41 en 2018-2019 – et toutes choses étant égales par ailleurs – le coût net pour le MSSS serait passé de 6,3 M\$ à tout au plus 8,2 M\$, soit une augmentation maximale de 1,9 M\$. En réalité, l'augmentation du coût net serait vraisemblablement moindre sachant que, **dans plusieurs cas, le montant de franchise ou de coassurance qu'un patient ne payerait plus sur un service du PL 41 serait partiellement ou totalement récupéré lorsque ce même patient serait facturé pour un autre service en pharmacie** (ex. l'exécution d'une ordonnance) au cours du même mois.

Montants de franchise et de coassurance

Toujours au cours de l'exercice financier 2018-2019, la RAMQ a perçu un total de 899,8 M\$ en franchise et coassurance auprès des assurés du régime public d'assurance médicaments. De cette somme, **seulement 1,9 M\$ (soit à peine 0,2 %) provenaient des services cliniques découlant du PL 41**. Les 897,9 M\$ restants ont été prélevés sur les services relatifs au médicament, comme l'exécution d'ordonnances.

Contribution des patients couverts par la portion publique du RGAM

Exercice financier 2018-2019

Type de services en pharmacie	Franchise	Coassurance	Total à la charge des patients
Services relatifs aux médicaments	388,9 M\$	509,0 M\$	897,9 M\$
Services cliniques du PL 41	0,7 M\$	1,2 M\$	1,9 M\$
Total à la charge des patients	389,6 M\$	510,2 M\$	899,8 M\$

Services du PL 41 aux assurés des régimes privés

Les personnes couvertes par un régime privé d'assurance médicaments ont également accès aux services pharmaceutiques prévus dans le PL 41, et ce, aux mêmes tarifs que pour les personnes assurées à la RAMQ. Entre le 1^{er} avril 2018 et le 31 mars 2019, les assurés du privé ont obtenu 324 000 services en vertu du PL 41, pour un coût total brut de 5,0 M\$. Sur ce montant, les patients ont eu à déboursier 1,6 M\$ en franchise et coassurance.

Pour l'ensemble de la population québécoise, c'est donc plus de 877 000 services découlant du PL 41 qui ont été rendus en pharmacie communautaire au cours de l'année fiscale 2018-2019, ce qui représente en moyenne 1,26 service par jour par pharmacie.

Impact du PL 31 pour les assurés du régime public et des régimes privés

Durant l'étude détaillée du projet de loi 31, modifiant principalement la *Loi sur la pharmacie afin de favoriser l'accès à certains services [...]*, la ministre de la Santé et des Services sociaux a déposé un amendement modifiant l'Article 3 sur l'assurance maladie afin que « la Régie assume le coût des services déterminés par règlement qui sont requis au point de vue pharmaceutique et qui sont fournis par les pharmaciens ainsi que le coût des médicaments et des fournitures, de même que celui de la marge bénéficiaire du grossiste reconnu conformément à la loi sur l'assurance-médicaments s'y rapportant, dans les cas déterminés par règlement, pour le compte de toute personne assurée ».

Cet amendement visait à mettre certains services cliniques sous l'égide de l'assurance maladie dans les cas déterminés par règlement. Dans cette perspective, à titre d'exemple, si tous les services cliniques du PL 41 avaient été visés par ce règlement au cours de l'année fiscale 2018-2019, cela aurait signifié que les 877 526 services découlant du PL 41 rendus en pharmacie communautaire auraient été sous la charge de l'État. L'implication financière supplémentaire du gouvernement pour 2018-2019 aurait donc été le coût total brut de 5,0 M\$ pour les assurés des régimes privés ainsi que la contribution des patients couverts par le régime public qui se chiffrait à 1,9 M\$ pour un total de 6,9 M\$.

L'implication financière supplémentaire du gouvernement si tous les services du PL 41 étaient exempts de franchise et de coassurance en pharmacie pour les assurés du régime public et des régimes privés

Exercice financier 2018-2019

Services	Nombre de services	Coût brut	Contribution actuelle du gouvernement	Contribution actuelle des patients	Coût net supplémentaire pour le MSSS
Services cliniques du PL 41 pour le régime public	553 526	8,2 M\$	6,3 M\$	1,9 M\$	1,9 M\$
Services cliniques du PL 41 pour les assurés des régimes privés	324 000	5,0 M\$	0,0 M\$	1,6 M\$	5,0 M\$
Total	877 526	13,2 M\$	6,3 M\$	3,5 M\$	6,9 M\$

Dans le tableau ci-dessous, le 13,2 M\$ que débourserait l'État pour tous les services cliniques du PL 41 provient de la contribution déjà assumée par l'État pour les assurés du régime public (6,3 M\$) et de la contribution des patients pour la franchise et la coassurance des assurés du régime public (1,9 M\$), ce qui donne un coût brut total pour les assurés du régime public de 8,2 M\$ additionné au coût total brut de 5,0 M\$ des assurés des régimes privés.

Tous les services du PL 41 exempts de franchise et de coassurance en pharmacie pour les assurés du régime public et des régimes privés

Exercice financier 2018-2019

Services	Nombre de services	Coût brut	Contribution des patients	Coût net pour le MSSS
Services cliniques du PL 41 pour le régime public	553 526	8,2 M\$	0 \$	8,2 M\$
Services cliniques du PL 41 pour les assurés des régimes privés	324 000	5,0 M\$	0 \$	5,0 M\$
Total	877 526	13,2 M\$	0 \$	13,2 M\$

Multiplier les points de service sans frais en première ligne de soins

Selon le Portail santé mieux-être du gouvernement, on dénombre 1 340 cliniques médicales/GMF⁴ actives au Québec. À cela s'ajoutent 124 salles d'urgence⁵, ce qui équivaut à 1 464 points de services en première ligne de soins pour les patients québécois. En permettant aux 1 900 pharmacies communautaires de rendre des services cliniques exempts de franchise et de coassurance, le nombre de points de services sans frais pour les patients québécois s'en trouverait plus que doublé, passant de 1 464 à 3 240.

Impacts ailleurs dans le système de santé

Tous les services obtenus en vertu du PL 41 (ainsi que ceux prévus dans le PL 31) peuvent être rendus par d'autres professionnels ailleurs dans le système de santé québécois. Conséquemment, un service obtenu en pharmacie permet bien souvent d'éviter une consultation ailleurs dans le réseau.

Lorsqu'un patient choisit de ne pas avoir recours au pharmacien pour un service clinique pour lequel une contribution est exigée en pharmacie, ce patient se dirige souvent vers un autre professionnel de la santé auprès duquel ce même service est sans frais. Le tableau ci-dessous présente notre évaluation du déplacement de coûts qui en découle.

Destination d'un patient qui n'obtient pas un service en pharmacie

Type de consultation	Part des cas	Coût moyen
Cliniques médicales/GMF ^(a)	60 %	21,25 \$
Salle d'urgence ^(b)	10 %	231,83 \$
Aucune consultation dans le réseau public ^(c)	30 %	0,00 \$

Notes

(a) Pour une visite ponctuelle mineure chez un omnipraticien, les tarifs prévus à l'Entente avec le MSSS varient entre 15,15 \$ et 38,25 \$ (voir en Annexe le *Tableau synthèse des codes de facturation et des tarifs de l'onglet B – Consultation, examen et visite* de la Régie de l'assurance maladie du Québec). Aux fins de ce calcul, nous retenons un tarif moyen pondéré de 21,25 \$, détaillé en Annexe.

(b) Aux fins de cette analyse, nous avons établi le coût d'une consultation en salle d'urgence à 231,83\$ (montant basé sur des chiffres du MSSS cités dans un reportage de Radio-Canada⁶ en novembre 2017). Ce montant nous semble conservateur dans la mesure où il ne comprend pas le salaire des médecins ni les coûts des examens techniques.

(c) Dans certains cas, un patient pourrait choisir de ne pas recourir à des services cliniques ailleurs dans le système de santé pour régler une condition mineure donnée, après avoir refusé le service en pharmacie en raison de la contribution exigée. Soucieux de maintenir une approche réaliste, nous posons l'hypothèse conservatrice que 30 % des consultations qui ne se matérialisent pas en pharmacie ne se répercutent pas ailleurs dans le système de santé publique.

Projection

Abolir les frais de franchise et de coassurance n'impliquera pas une augmentation exponentielle des services cliniques découlant du PL 31 et du PL 41 au cours des prochaines années en raison de plusieurs facteurs limitatifs à la croissance de ces activités pouvant être offertes en pharmacie.

En effet, l'encadrement réglementaire restrictif des projets de loi sur les activités cliniques en pharmacie, le code de déontologie des pharmaciens encadrant la pratique des pharmaciens, le mode actuel de rémunération axé sur la distribution et non sur les services cliniques, ainsi que la capacité organisationnelle des pharmacies communautaires à offrir les services prévus au projet de loi 31 et à la loi 41 tout en effectuant adéquatement leurs autres obligations professionnelles seront des facteurs limitatifs.

En prenant en compte les quatre éléments mentionnés ci-haut, l'AQPP projette qu'il serait tout de même possible de quasiment doubler la quantité de ces services rendus dans les pharmacies communautaires dans le cadre du PL 41, en plus d'effectuer 1 000 000 de nouveaux services cliniques en vertu du PL 31 (sous réserve de son adoption par l'Assemblée nationale) à travers le réseau des pharmacies communautaires québécoises.

Sachant que tous les services obtenus en vertu du PL 41 (ainsi que ceux prévus dans le PL 31) peuvent être rendus par d'autres professionnels ailleurs dans le système de santé québécois; un service obtenu en pharmacie permet bien souvent d'éviter une consultation ailleurs dans le réseau et favorise la fluidité des soins de première ligne en plus d'optimiser les autres ressources dans le système de la santé.

Projection des coûts du PL 31 pour les assurés du régime public et des régimes privés

Le projet de loi 31 modifiant principalement la Loi sur la pharmacie afin de favoriser l'accès à certains services prévoit la possibilité pour les pharmaciens de rendre de nouveaux services dans le cadre de l'exercice de la pharmacie. Les conditions et modalités restant à être déterminées par règlement, il est difficile de faire une projection précise sur le nombre de services qui seront rendus par les pharmaciens communautaires du Québec dans ce contexte.

Cependant, si la contribution des patients était maintenue aux activités du PL 31, nous prévoyons que la demande se limiterait à un volume similaire à celui lié aux services du PL 41 lors de l'année de son introduction en pharmacie.

Par ailleurs, il est important de noter que l'une des activités principales du projet de loi, soit la prescription et l'administration des vaccins, sera déjà exempte de la franchise et de la coassurance et représentera la grande majorité des activités cliniques effectuées par les pharmaciens dans cette projection, ce qui signifie qu'une portion des coûts pour l'État pour les activités cliniques sont déjà prévus dans le budget de la Santé et des Services sociaux.

Le statu quo versus la projection de l'AQPP

Jusqu'ici, nous avons étayé nos arguments en posant l'hypothèse de l'élimination de la contribution des patients pour les services cliniques en pharmacie du projet de loi 41 sans tenir compte de la fluctuation de la demande et du projet de loi 31.

Projection du volume annuel total des activités cliniques découlant du projet de loi 41 et du projet de loi 31, exemptes de franchise et de coassurance, pour les patients du régime public et des régimes privés

	STATU QUO Avec contribution des patients	PROPOSITION AQPP Sans contribution des patients
Volume annuel PL 41	877 526	1 590 928
Volume annuel PL 31	400 000	1 000 000
Volume annuel total	1 277 526	2 590 928

Coût total brut (<i>tarif moyen 14,89\$</i>)	19,0 M\$	38,6 M\$
Contribution des patients	5,3 M\$	–
Coût pour l'État	13,8 M\$	38,6 M\$

Coûts évités aux urgences (<i>coût moyen 231,83 \$</i>)	29,6 M\$	60,1 M\$
Coûts évités en clinique/GMF (<i>coût moyen 21,25 \$</i>)	16,3 M\$	33,0 M\$
Coûts évités totaux	40,9 M\$	93,1 M\$

Coûts évités totaux	45,9 M\$	93,1 M\$
Coûts des mêmes services en pharmacie	13,8 M\$	38,6 M\$
Réallocation nette potentielle	32,1 M\$	54,5 M\$

En somme, nous croyons qu'il est dans l'intérêt des patients, du Trésor public et du système de santé qu'un plus grand nombre de services cliniques soient obtenus en pharmacie communautaire. L'abolition de la contribution des patients représente un coût modeste qui permettrait de réallouer des ressources financières bien plus importantes ailleurs dans le réseau, tout en contribuant à améliorer l'efficacité du système de santé.

L'abolition de la contribution des patients permettrait aux pharmaciens de réaliser 1 313 402 services cliniques de plus que dans l'éventualité d'un maintien de la franchise et de la coassurance pour les projets de loi 41 et 31 (statu quo). De ce fait, nous estimons que **plus de 1,8 M de consultations seraient libérées ailleurs dans le réseau chaque année en incluant les activités existantes**. Selon nos hypothèses, c'est donc potentiellement **plus de 93 M\$ qui pourraient être consacrés à meilleur escient dans les urgences et les cliniques médicales/GMF chaque année**.

	Nombre	Tarif moyen	Coût total
Consultations libérées en clinique médicale/GMF (60 % de 2 590 928)	1 554 556	21,25 \$	33,0 M\$
Consultations libérées dans les urgences (10 % de 2 590 928)	259 092	231,88 \$	60,1 M\$
Total			93,1 M\$

Qui plus est, l'État pourrait réaliser une réallocation de ressources nette annuelle de près de **54,5 M\$ pour la prise en charge de ces patients en pharmacie** plutôt qu'à l'urgence ou en clinique/GMF.

	Montants annuels
Coût ailleurs dans le système	93,1 M\$
Coût en pharmacie (voir tableau en page précédente)	38,6 M\$
Réallocation nette potentielle	54,5 M\$

Conclusion

Donner la possibilité aux pharmaciens d'effectuer davantage de services cliniques soutiendra le gouvernement dans l'atteinte de son objectif d'améliorer l'accessibilité aux soins de première ligne et contribuera à la réduction du temps d'attente dans le réseau de la santé.

Selon nos projections, l'élimination de la contribution des patients sur les services cliniques en pharmacie pourrait permettre aux pharmaciens d'offrir plus de 1,3 M de services cliniques additionnels chaque année, et ce, pour les assurés du régime public et des régimes privés si l'État assumait entièrement le coût de tous les services du projet de loi 41 et du projet de loi 31 dans la modification réglementaire prévue après l'adoption du projet de loi 31 (*sous réserve de son adoption par l'Assemblée nationale*). Nous estimons par ailleurs que les services dispensés en pharmacie coûtent moins cher à l'État que lorsqu'ils sont offerts ailleurs dans le réseau de la santé. Il en résulte donc qu'**une offre élargie pour les patients en pharmacie engendrerait un coût net moindre pour le gouvernement pour ses mêmes services, tout en tenant compte des montants de franchise et coassurance auxquels l'État renoncerait.**

En fin de compte, l'équation est simple : avec plus de patients qui profitent du bon professionnel au bon moment, c'est l'ensemble du réseau de la santé qui en sortira gagnant. Ainsi, les objectifs du gouvernement en ce qui a trait à l'amélioration de l'accès à la première ligne de soins auront davantage de chances d'être atteints si les pharmaciens peuvent effectuer plus de services cliniques, au bon tarif, et si la contribution des patients est abolie sur ces services.

ANNEXE

Tableaux synthèses des codes de facturation et des tarifs de l'onglet B – Consultation, examen et visite

	Clientèle inscrite (Nombre de patients)	CABINET ou DOMICILE en lien avec les activités du médecin en cabinet		CLSC, GMF-U en établissement ou à domicile en lien avec les activités du médecin en CLSC ou en GMF-U	
		Code	Tarif (\$)	Code	Tarif (\$)
VISITES SANS RENDEZ-VOUS, OU SUR RENDEZ-VOUS POUR UN PATIENT NON INSCRIT (Patient de moins de 80 ans inscrit ou non inscrit)					
Patient non vulnérable					
Visite ponctuelle mineure	moins de 500	15765	20,20	15765	15,15
	500 ou +	15766	23,30	15766	17,50
Visite ponctuelle complexe	moins de 500	15773	40,40	15773	30,35
	500 ou +	15774	46,60	15774	35,05
Patient vulnérable					
Visite ponctuelle mineure	moins de 500	15767	30,70	15767	23,30
	500 ou +	15768	33,80	15768	25,65
Visite ponctuelle complexe	moins de 500	15775	50,90	15775	38,45
	500 ou +	15776	57,10	15776	43,20
VISITES SANS RENDEZ-VOUS, OU SUR RENDEZ-VOUS POUR UN PATIENT NON INSCRIT (Patient de 80 ans ou plus inscrit ou non inscrit)					
Patient non vulnérable					
Visite ponctuelle mineure	moins de 500	15769	24,00	15769	18,05
	500 ou +	15770	27,75	15770	20,85
Visite ponctuelle complexe	moins de 500	15777	48,00	15777	36,10
	500 ou +	15778	55,50	15778	41,75
Patient vulnérable					
Visite ponctuelle mineure	moins de 500	15771	34,55	15771	26,20
	500 ou +	15772	38,25	15772	29,00
Visite ponctuelle complexe	moins de 500	15779	58,50	15779	44,20
	500 ou +	15780	66,00	15780	49,85

Hypothèses retenues

Patients de moins de 80 ans :	90 %
Patients de 80 ans et plus :	10 %
Patients non vulnérables :	80 %
Patients vulnérables :	20 %
Médecin avec moins de 500 patients :	50 %
Médecin avec 500 patients et plus :	50 %
Cabinet de médecin :	50 %
CLSC ou GMF-U :	50 %

Considérant que les services prévus aux PL 31 et PL 41 correspondraient vraisemblablement à des « visites ponctuelles mineures » chez les médecins, nous obtenons un **tarif moyen pondéré estimé de 21,25 \$** en vertu des hypothèses ci-dessus.

Notes

¹ Commissaire à la santé et au bien-être. Étude comparative des urgences du Québec, 2016. En ligne.
<https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2016/Urgences/CSBE_Rapport_Urgences_2016.pdf>

² *Loi sur l'assurance médicaments*, art. 11 et 26.

³ *Id.*, art. 11, 12 et 27.

⁴ Portail santé mieux-être, gouvernement du Québec. En ligne.
<<http://sante.gouv.qc.ca/repertoire-ressources/recherche>>

⁵ Commissaire à la santé et au bien-être. Étude comparative des urgences du Québec, 2016. En ligne.
<https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2016/Urgences/CSBE_Rapport_Urgences_2016.pdf>

⁶ Radio-Canada. Journaliste : Marie-Ève Tremblay. « *Je me suis pointée à l'urgence pour un mal de gorge* ». Émission : Corde sensible. Saison 2 - Épisode 6.