



Conseil d'examen
du prix des médicaments
brevetés

Patented
Medicine Prices
Review Board

sniump



Incidence des nouvelles formules de distribution des médicaments d'ordonnance sur les budgets des régimes publics d'assurance-médicaments

sniump
Série d'études analytiques

Système national d'information
sur l'utilisation des médicaments
prescrits

Novembre 2005

Canada

This report is also available in English under the title
"The Impact upon Public Drug Plans of Changes in Drug Distribution"

Pour obtenir un exemplaire du rapport, veuillez vous adresser au :

Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés
Centre Standard Life
B.P. 140
333, avenue Laurier ouest
Bureau 1400
Ottawa (Ontario)
K1P 1C1

Tél. : 1-877-861-2350
(613) 952-7360
Facsimilé : (613) 952-7626
ATME : (613) 957-4373

Courriel : pmprb@pmprb-cepmb.gc.ca

Vous trouverez également la présente publication sur notre site Web à l'adresse
<http://www.pmprb-cepmb.gc.ca>

Incidence des nouvelles formules de distribution des médicaments d'ordonnance
sur les budgets des régimes publics d'assurance-médicaments
ISBN : 0-662-69492-9 N° de catalogue : H81-1/1-2005

Remerciements

Le présent rapport a été préparé par le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB) au titre du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits (SNIUMP).

Le travail de préparation a été effectué en collaboration avec le Comité directeur du SNIUMP. Le CEPMB tient à remercier les différents membres du Comité directeur du SNIUMP pour leur collaboration inestimable.

Le CEPMB a également bénéficié dans le cours de la préparation du présent rapport des bons conseils d'un comité consultatif formé de membres du Comité directeur du SNIUMP. La contribution de ces membres, plus particulièrement au niveau des discussions et des suggestions concernant la méthodologie d'évaluation de l'incidence des nouvelles formules de distribution des médicaments d'ordonnance sur les budgets des régimes d'assurance-médicaments a été grandement appréciée. Les membres du Comité directeur du SNIUMP sont :

Colleen Janes*

Directrice
Services pharmaceutiques
Gouvernement de Terre-Neuve et Labrador
Ministère de la Santé et des Services
communautaires

Patrick Crawford

Expert-conseil en services pharmaceutiques
Soins de courte et de longue durée
Ministère de la Santé et des services sociaux
de l'Île-du-Prince-Édouard

John Hoar*

Économiste en services pharmaceutiques
Services pharmaceutiques
Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse

James Ayles

Expert-conseil en information sur la santé
Régime d'assurance-maladie/Programme des
médicaments d'ordonnance
Ministère de la Santé et du bien-être du
Nouveau-Brunswick

Brent Fraser*

Directeur adjoint intérimaire
Section de coordination des services
pharmaceutiques
Ministère de la Santé et des Soins de longue
durée de l'Ontario

Deborah Malazdrewicz

Gestionnaire
Services d'aide à la décision
Gestion de l'information relative à la santé
Politique de responsabilité en santé et Planification
Ministère de la Santé du Manitoba

Kevin Wilson

Président du Comité directeur du SNIUMP
et directeur exécutif
Direction générale du régime d'assurance-
médicaments et prestations complémentaires
Ministère de la Santé de la Saskatchewan

Marilyn Thornton

Directrice adjointe
Direction générale de la politique
pharmaceutique et des programmes
Ministère de la Santé et du bien-être
de l'Alberta

Brett Wilmer

Économiste principal
Pharmacare, Politiques et analyse de
programme
Ministère des services de santé
de la Colombie-Britannique

Dianne Tait

Gestionnaire
Programme d'assurance-médicaments
et des prestations complémentaires
Ministère des Services de santé du Yukon

Georges Nadon*

Expert-conseil en services pharmaceutiques
Direction des prestations
Direction générale de la Santé des
Premières nations et des Inuits
Santé Canada

Wayne Lepine

Gestionnaire
Politiques pharmaceutiques
Division de la qualité des soins, de la
technologie et des produits pharmaceutiques
Santé Canada

Michael Hunt

Gestionnaire, Services pharmaceutiques
Institut canadien d'information sur la santé

Paul De Civita

Directeur intérimaire
Direction des politiques et de l'analyse
économique
Conseil d'examen du prix des médicaments
brevetés

* Membres du Comité directeur.

Le CEPMB profite de l'occasion pour exprimer sa reconnaissance aux membres de l'équipe de recherche de la direction Politiques et analyse économique pour tous les efforts qu'ils ont investis dans la préparation du présent rapport. Le CEPMB tient également à remercier les membres de la direction Conformité et application pour leur participation dévouée.

Table des matières

| | |
|---|----|
| Faits saillants du rapport | 1 |
| 1. Introduction | 3 |
| 1.1 Objectifs du rapport | 3 |
| 1.2 Données utilisées aux fins du présent rapport | 4 |
| 2. Système de distribution des médicaments aux pharmacies de détail au Canada | 5 |
| 3. Tendances au niveau de la distribution de médicaments d'ordonnance | 7 |
| 3.1. Évolution du système de distribution de médicaments d'ordonnance | 7 |
| 3.2. Changements au niveau du secteur de la vente au détail | 8 |
| 3.3. Majoration de la valeur minimale de la commande | 8 |
| 3.4. Pourquoi le système de distribution des médicaments a-t-il changé ? | 9 |
| 4. Incidence sur les budgets des régimes publics d'assurance-médicaments | 10 |
| 4.1 La perspective des régimes publics d'assurance-médicaments | 10 |
| 4.2 Incidence sur les budgets des régimes d'assurance-médicaments des provinces | 10 |
| 5. Conclusion | 13 |
| Annexe 1 : Coûts des médicaments d'ordonnance remboursés par les régimes publics d'assurance-médicaments | 14 |
| Annexe 2 : Méthodologie – Incidence sur les budgets des régimes publics d'assurance-médicaments | 17 |
| Annexe 3 : Analyse appliquant des coûts de distribution de 2,5 % et de 7,5 % | 19 |



Faits saillants

Contexte

- Le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB) a effectué la présente analyse au titre du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits (SNIUMP). Le titre du rapport qui en a découlé est « Incidence des nouvelles formules de distribution des médicaments d'ordonnance sur les budgets des régimes publics d'assurance-médicaments ».
- Les membres du comité directeur du SNIUMP qui sont aussi chargés d'un régime public d'assurance-médicaments estiment que les changements apportés au mode de distribution des médicaments d'ordonnance peuvent avoir une incidence sur les coûts en médicaments des régimes publics d'assurance-médicaments.
- Le présent document se penche sur le système de distribution au détail des médicaments d'ordonnance au Canada. Il s'intéresse tout particulièrement aux changements apportés à ce système depuis le début des années 90 ainsi qu'aux incidences de ces changements sur les budgets des différents régimes provinciaux d'assurance-médicaments.
- Les médicaments sont livrés aux pharmacies directement par le fabricant et, indirectement, par le truchement des centres de distribution et (ou) des grossistes.
- Depuis le début des années 1990, les médicaments sont de plus en plus distribués aux pharmacies d'une façon indirecte, à savoir par l'intermédiaire de centres de distribution et (ou) de grossistes plutôt que directement par les fabricants. D'autre part, bon nombre de fabricants qui vendent encore leurs médicaments directement aux pharmacies ont majoré la valeur minimale des commandes qu'ils acceptent.
- La distribution indirecte des médicaments entraîne en bout de ligne des coûts additionnels pour ceux qui achètent les médicaments, en l'occurrence les régimes publics ou privés d'assurance-médicaments et les consommateurs, et qui assument les frais supplémentaires et les marges bénéficiaires.

Méthodologie et résultats

- L'analyse a été faite à partir des données recueillies auprès de sept juridictions, à savoir la Colombie-Britannique, l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse et le Programme des services de santé non assurés pour la période 1997-1998 à 2003-2004.
- L'incidence financière des nouvelles formules de distribution des médicaments d'ordonnance a été évaluée sur la base d'une marge bénéficiaire du distributeur de 5 %. D'autres évaluations ont été faites avec des marges de 2,5 % et de 7,5 %. Le taux de ventes indirectes aux pharmacies pour l'année 1993 a été utilisé pour évaluer l'incidence financière pour la période visée par la présente analyse.
- Au cours de la période 1997-1998 à 2003-2004 alors qu'un plus grand volume de médicaments était distribué aux pharmacies par voie indirecte, les sept juridictions et leurs bénéficiaires ont versé pour l'achat de médicaments d'ordonnance un montant additionnel de 103,9 millions de dollars avec une marge bénéficiaire du distributeur de 5 %, 51,9 millions avec une marge de 2,5 % et 155,8 millions avec une marge de 7,5 %.
- Les analyses établissent entre 51,9 et 155,8 millions la valeur de l'incidence financière des nouvelles formules de distribution des médicaments d'ordonnance sur les budgets des régimes d'assurance-médicaments des sept juridictions au cours des exercices 1997-1998 à 2003-2004.

Conclusion

- Les changements apportés au système de distribution des médicaments d'ordonnance ont entraîné des coûts additionnels pour les régimes d'assurance-médicaments ayant participé à la présente étude.
- Le système de distribution des médicaments d'ordonnance continuera de se transformer au rythme des changements qui seront apportés au secteur pharmaceutique.
- L'estimation de la valeur de l'incidence financière doit être utilisée avec réserve étant donné que la présente analyse a été faite à partir d'hypothèses.



Introduction

1

Au Canada, en 2004, la valeur des ventes de médicaments d'ordonnance au prix de détail¹ a totalisé 17,3 milliards de dollars.² Ces médicaments sont distribués aux pharmacies de détail directement par les fabricants ou indirectement par des intermédiaires comme des grossistes et des centres de distribution des chaînes de pharmacies. Le système de distribution de médicaments est complexe avec ses différents paliers, ses marges bénéficiaires, ses rabais et ses remises, ce qui influe inévitablement sur le prix à la consommation des médicaments.

Les membres du Comité directeur du SNIUMP qui sont aussi chargés d'un régime public d'assurance-médicaments ont exprimé l'avis que les changements apportés au système de distribution des médicaments peuvent avoir une incidence sur les coûts en médicaments des régimes d'assurance-médicaments. Le Comité directeur a donc confié au CEPMB la tâche d'évaluer les incidences financières que peuvent avoir les nouvelles formules de distribution des médicaments sur les budgets des régimes d'assurance-médicaments. Le présent rapport a été préparé par le CEPMB au titre du SNIUMP.

Le CEPMB a pour mandat de passer en revue les prix auxquels les fabricants vendent leurs médicaments brevetés. Le CEPMB n'a aucun droit de regard sur le choix du mode de distribution des médicaments, sur les marges bénéficiaires que pratiquent les grossistes et les pharmacies de détail et non plus sur les prix pratiqués par les grossistes et par les détaillants.

1.1 Objectifs du rapport

Le présent rapport poursuit les trois objectifs suivants :

- décrire le système de distribution des médicaments qui a actuellement cours au Canada
- présenter les changements apportés au système de distribution des médicaments depuis le début des années 1990, et
- voir si les changements apportés au système de distribution des médicaments d'ordonnance ont eu une incidence sur les budgets en médicaments des régimes publics d'assurance-médicaments.


1. Comprend les honoraires du pharmacien, les marges bénéficiaires du grossiste et du détaillant, mais non les ventes aux hôpitaux et autres établissements de soins de santé.
2. IMS Health.

1.2 Données utilisées aux fins du présent rapport

Le présent rapport utilise les données sur les coûts et sur l'utilisation faite des médicaments d'ordonnance obtenues des régimes d'assurance-médicaments de la Colombie-Britannique, de l'Alberta, de la Saskatchewan, du Manitoba, du Nouveau-Brunswick, de la Nouvelle-Écosse et du Programme des services de santé non assurés, du régime d'assurance-médicaments fédéral pour la santé des Premières nations, les Inuit et les Métis. Ces données portent sur les exercices 1997-1998 à 2003-2004.

Aux fins de la préparation du présent rapport, les renseignements de PPS Pharma (publiés par Total Pricing Systems Inc.), d'IMS Canada et de McKesson Canada, le plus important grossiste de médicaments du pays ont également été utilisés. Les rapports publiés par l'Association canadienne de la gestion de l'approvisionnement pharmaceutique (ACGAP)³ ont également été consultés.

3. Au Canada, les grossistes et les distributeurs de médicaments sont représentés par l'ACGAP. Cette association représente actuellement six distributeurs et trois chaînes de pharmacies.



Systeme de distribution des médicaments aux pharmacies de détail au Canada

Les médicaments sont livrés aux pharmacies directement par le fabricant ou indirectement par un centre de distribution à laquelle la pharmacie est affiliée ou, encore, par un distributeur indépendant, en l'occurrence le grossiste.

Les catégories de pharmacies sont les suivantes⁴ :

1. Les pharmacies indépendantes : Une pharmacie indépendante s'entend d'une pharmacie qui n'est affiliée à aucune bannière corporative, franchise ou chaîne de pharmacies. C'est le propriétaire de la pharmacie qui prend toutes les décisions concernant les achats et la commercialisation.
2. Une pharmacie associée à une bannière : Une bannière s'entend d'une pharmacie indépendante affiliée à un groupe et qui, en échange de redevances, utilise la raison sociale de ce groupe et bénéficie de meilleurs prix grâce à un groupement des achats.
3. Une pharmacie franchisée : Une pharmacie associée à une franchise appartient au franchisé, mais en règle générale le franchiseur exerce un contrôle très important sur la franchise. Le franchisé jouit quand même d'une certaine autonomie au niveau des achats de médicaments et de la commercialisation.
4. Une succursale d'une chaîne de pharmacies : Une succursale d'une chaîne de pharmacies appartient à une société qui l'exploite à partir de son siège social.
5. Les pharmacies situées à l'intérieur de magasin de grande surface : La loi du Québec prévoit que seul un pharmacien peut être propriétaire d'une pharmacie. Ainsi, les pharmacies ayant pignon à l'intérieur d'un magasin de grande surface sont exploitées par des franchisés. Dans les autres provinces du pays, les pharmacies appartiennent généralement à la société propriété du magasin de grande surface laquelle en confie la gérance à un pharmacien de profession.

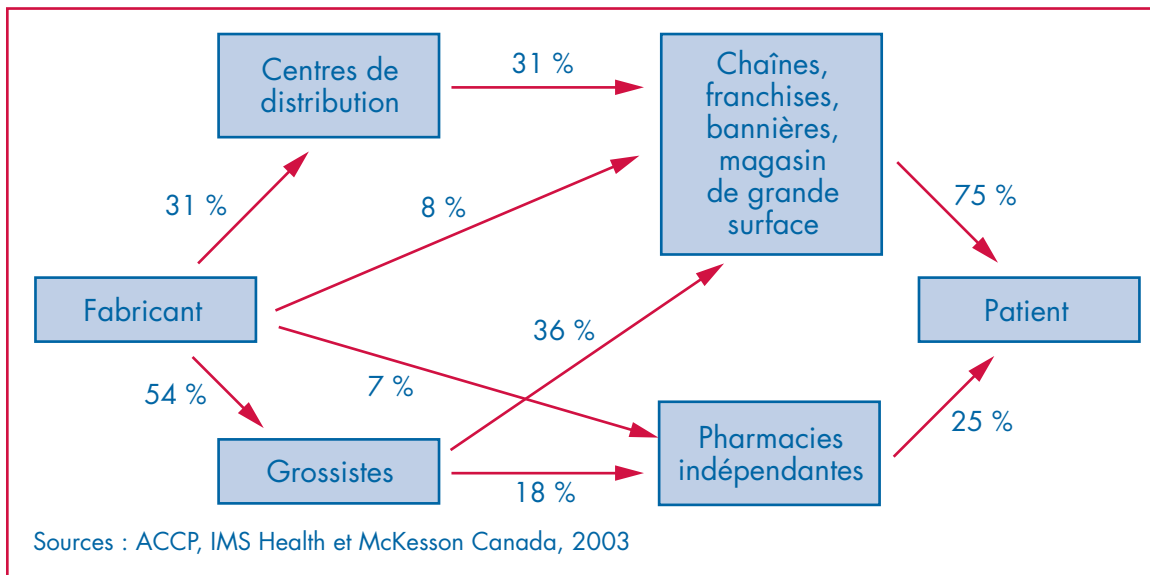
4. McKesson Canada, *Rapport tendances en pharmacie 2003*.

Les cinq plus importantes chaînes et bannières de pharmacies ont traité à elles seules 40 % de l'ensemble des ordonnances remplies au Canada en 2003. Dans certaines régions, elles effectuent presque les trois quarts de toutes les ventes de médicaments au détail.^{5,6}

Le graphique 1 qui suit illustre les principales avenues de distribution de médicaments au Canada et présente une estimation des pourcentages de médicaments vendus par celles-ci en 2003. En 2003, les pharmacies associées à une chaîne de pharmacies, à une franchise ou à une bannière ainsi que les pharmacies tenant boutique à l'intérieur d'un magasin de grande surface ont reçu 67 % des médicaments qu'elles avaient commandés d'un centre de distribution ou d'un grossiste et 8 %, directement des fabricants. Il convient de préciser que les grandes chaînes de pharmacies de détail, telles que *Shoppers Drug Mart* et *Jean Coutu*, ont leurs propres services de distribution de médicaments. Toutefois, ces chaînes ont encore recours aux grossistes et distribuent également des médicaments à d'autres pharmacies de détail. Les pharmacies de détail ont commandé auprès de grossistes 18 % des médicaments qu'elles vendent et 7 % directement auprès des fabricants. Pour tout résumer, 75 % des ordonnances de médicaments des pharmacies ont été remplies par des pharmacies associées à des chaînes de pharmacies, à des franchises, à des bannières ou, encore, par des pharmacies tenant boutique à l'intérieur d'un magasin de grande surface. D'autre part, 25 % des ordonnances ont été remplies par des pharmacies indépendantes.

Graphique 1

Distribution de médicaments aux patients avec estimés des parts des ventes en 2003



5. McKesson Canada, *Rapport tendances en pharmacie 2003*.

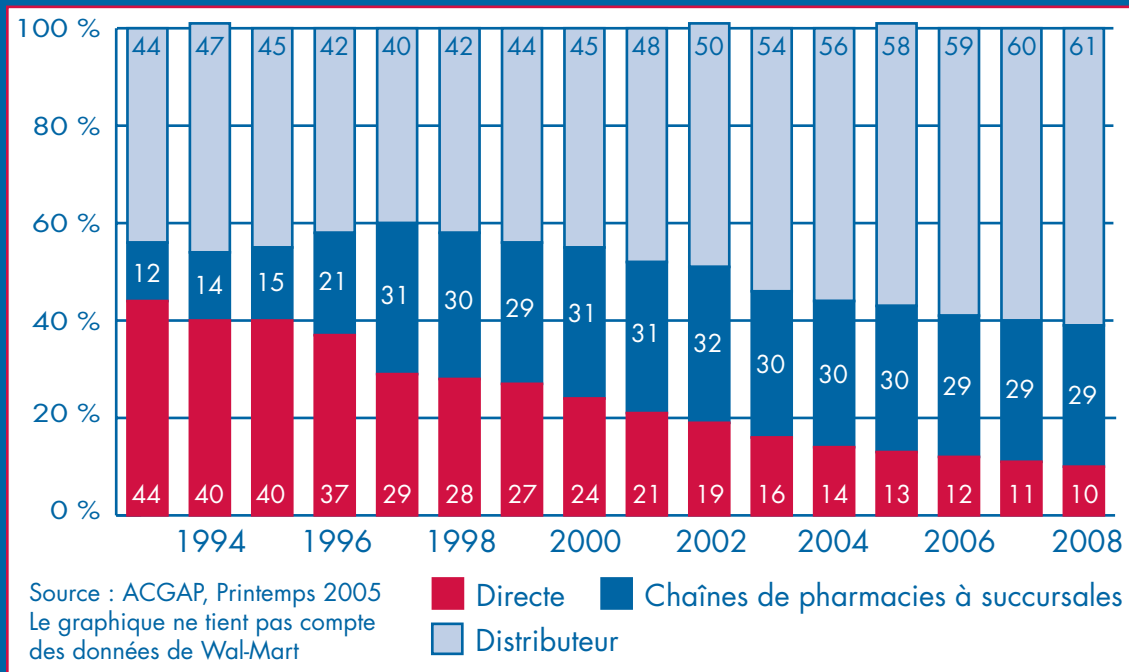
6. L'Association canadienne des chaînes de pharmacie (ACCP) représente 21 réseaux de pharmacies, dont des bannières, des pharmacies situées à l'intérieur de magasin de grande surface, des chaînes de pharmacies et des franchises de pharmacie. Plus de 70 % des quelque 7 500 pharmacies dénombrées au Canada sont membres de cette association. Ces pharmacies traitent 75 % de l'ensemble des ordonnances remplies au pays.

Tendances au niveau de la distribution de médicaments d'ordonnance

3.1 Évolution du système de distribution de médicaments d'ordonnance

Depuis le début des années 1990, la distribution de médicaments d'ordonnance se fait de plus en plus par voie indirecte alors que, auparavant, elle se faisait d'une façon essentiellement directe.

Dans l'édition du printemps 2005 de son rapport intitulé *Industry Trends Report 2005 Pharmacy Distribution*, l'ACGAP ventile les ventes directes et indirectes de médicaments d'ordonnance effectuées par les fabricants. Les ventes indirectes sont ventilées selon qu'elles ont été effectuées par des chaînes de pharmacies qui distribuent elles-mêmes les médicaments dans leurs différentes succursales ou, encore, par des distributeurs/grossistes. Le graphique 2 révèle que le pourcentage de médicaments d'ordonnance distribués directement aux pharmacies par le



Graphique 2

Tendances au niveau de la distribution des médicaments (1993-2004) et prévisions (2005-2008)

fabricant était de 44 % en 1993 et qu'il n'était plus que de 14 % en 2004. Le pourcentage de médicaments distribués par les chaînes de pharmacies à succursales a pour sa part augmenté passant de 12 % qu'il était en 1993 à 30 % en 2004. Quant au pourcentage de médicaments d'ordonnance distribués par l'intermédiaire de grossistes ou de distributeurs, il est passé de 44 % à 56 % entre 1993 et 2004. Autrement dit, le pourcentage de livraisons indirectes est passé de 56 % à 86 % entre 1993 et 2004.

Le graphique 2 prévoit également les tendances jusqu'en 2008. Ces tendances donnent à penser que la distribution indirecte devrait poursuivre sa croissance au cours des prochaines années.

3.2 Changements au niveau du secteur de la vente au détail

Selon McKesson Canada, 31 % des pharmacies étaient exploitées par des propriétaires indépendants en 1994. En 2003, cette proportion n'était plus que de 22 %. De plus, toujours selon McKesson Canada, les pharmacies indépendantes remplissaient en général plus d'ordonnances que les pharmacies situées dans des magasins de grande surface, mais cette tendance s'était renversée en 2003. En effet, les pharmacies indépendantes remplissaient en 2003 moins d'ordonnances que toute autre catégorie de pharmacie.⁷

Le secteur de la vente de médicaments d'ordonnance au détail doit aujourd'hui composer avec la venue de grossistes et de pharmacies installées à l'intérieur de magasins de grande surface. D'après l'ACGAP, le nombre de pharmacies exploitées à l'intérieur de magasins de grande surface a augmenté de plus de 15 % entre 1999 et 2001.

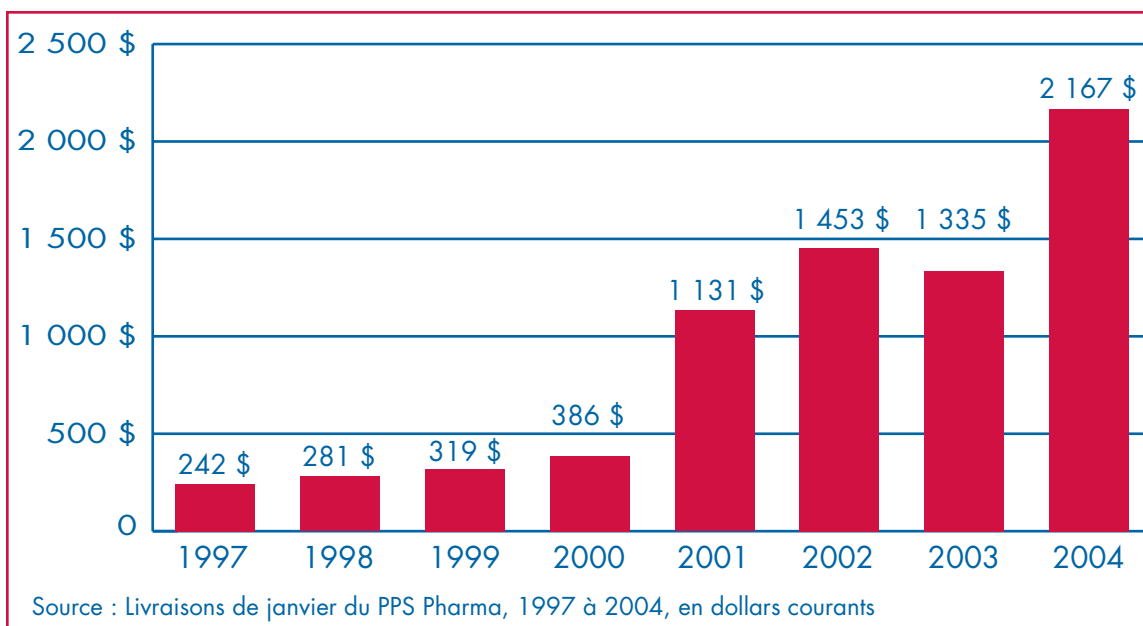
3.3 Majoration de la valeur minimale de la commande

Selon l'information tirée de PPS Pharma concernant les pratiques de distribution des fabricants de médicaments d'ordonnance, il semble que de moins en moins de fabricants distribuent leurs médicaments directement aux pharmacies. Ceux qui le font encore ont majoré la valeur minimale des commandes qu'ils acceptent. En 1999, par exemple, 78 % des fabricants nommés dans le PPS Pharma servaient directement les pharmacies de détail et 56 % de ces fabricants exigeaient une commande d'au moins 500 \$ à défaut de quoi ils chargeaient les frais de transport. En janvier 2004, seulement 53 % des fabricants nommés dans le PPS Pharma acceptaient les commandes des pharmacies de détail et seulement 33 % de ceux-ci imposaient une valeur minimale de commande.

Entre 1997 et 2004, une moyenne de 32 fabricants étaient inscrits dans le PPS Pharma. De ce nombre, environ 17 fabricants servaient directement les pharmacies de détail auxquelles ils imposaient une valeur de commande minimale. Par exemple, en 1997, Pfizer exigeait des commandes d'au moins 250 \$, mais en 2002 cette valeur était passée à 15 000 \$.⁸ Comme on peut le voir dans le graphique 3, à la page 9, la valeur minimale des commandes représentait une moyenne de 242 \$ en 1997 et 2 167 \$ en 2004, soit presque neuf fois plus qu'en 1997.

7. McKesson Canada, *Rapport tendances en pharmacie 2003*.

8. Catalogues de PPS Pharma de 1997 à 2004.



Graphique 3

Moyenne de la valeur minimale des commandes exigée par les fabricants, 1997-2004

3.4 Pourquoi le système de distribution des médicaments a-t-il changé ?

Le système canadien de distribution de médicaments d'ordonnance est complexe et ne cesse de se transformer au gré des besoins du marché. Le graphique 4 qui suit présente les principaux éléments ayant mené à la consolidation du système de distribution des médicaments d'ordonnance au Canada.

| Industrie pharmaceutique | Secteur de la vente au détail | Secteur de la distribution |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> – L'expérience de l'industrie révèle que les changements apportés au système de distribution ont peu ou pas d'incidence sur la croissance des ventes – L'industrie peut affecter ses ressources à des activités plus importantes pour sa croissance (par ex. commercialisation, R-D) | <ul style="list-style-type: none"> – Augmentation du nombre de magasins de grande surface optant pour un système consolidé de distribution des médicaments | <ul style="list-style-type: none"> – Consolidations, fusions et acquisitions dans l'industrie de la distribution des médicaments |
| <ul style="list-style-type: none"> – L'industrie est à la recherche d'une plus grande efficacité et à cette fin cherche à réduire ses coûts d'exploitation | <ul style="list-style-type: none"> – Pénurie de pharmaciens, souvent compensée par une consolidation de la distribution des médicaments d'ordonnance (l'accès à un fournisseur offrant tous les produits médicamenteux requis permet d'affecter le pharmacien à des fonctions plus spécialisées) | <ul style="list-style-type: none"> – Les grandes chaînes de pharmacies se dotent de leur propre système de distribution |
| <ul style="list-style-type: none"> – Transformation de la base de clients, par ex. l'augmentation du nombre de magasins de grande surface pose de nouvelles exigences au niveau de la distribution | <ul style="list-style-type: none"> – Économies au niveau des coûts d'exploitation (par ex. moins grand nombre de commandes à acheminer, de factures à payer, de bons d'expédition à traiter et coûts d'inventaire moins élevés) | <ul style="list-style-type: none"> – Améliorations au niveau de la technologie de distribution (par ex. informatisation de la gestion des commandes, gestion de l'offre) favorisent une meilleure compétitivité. |
| <ul style="list-style-type: none"> – Fusions et acquisitions donnant lieu à des changements au niveau de l'infrastructure des opérations et (ou) à des portefeuilles de produits exigeant une révision des stratégies de distribution. | <ul style="list-style-type: none"> – Consolidation du système de distribution permettant des livraisons fréquentes dans les délais requis | |

Source : Adapté de rapports et de présentations de l'ACGAP.

Graphique 4

Facteurs ayant mené à la consolidation du système de distribution des médicaments d'ordonnance

4

Incidence sur les budgets des régimes publics d'assurance-médicaments



4.1 La perspective des régimes publics d'assurance-médicaments

L'incidence des nouvelles formules de distribution des médicaments d'ordonnance sur les budgets des régimes d'assurance-médicaments varie selon le modèle de remboursement. Dans les provinces qui remboursent le coût d'achat réel (CAR), le coût unitaire payé par le régime d'assurance-médicaments est fonction du modèle de distribution. Ainsi, dans ces provinces, le pharmacien qui s'approvisionne directement auprès du fabricant obtiendra un remboursement correspondant au prix départ-usine. Toutefois, pour le pharmacien qui s'approvisionne auprès d'un grossiste, le montant du remboursement sera le prix payé au grossiste. Par exemple, si le prix départ-usine d'un comprimé est 1,00 \$ et que le grossiste pratique une marge bénéficiaire de 5 %, la pharmacie facturera le régime d'assurance-médicaments 1,00 \$ le comprimé s'il s'approvisionne directement auprès du fabricant ou 1,05 \$ s'il s'approvisionne auprès d'un grossiste, ce qui dans ce dernier cas se traduit par une augmentation de 5 % du coût des médicaments sans aucun autre avantage thérapeutique.

Les coûts des médicaments admissibles à un remboursement par des régimes publics d'assurance-médicaments peuvent varier selon le régime. Vous trouverez à l'annexe 1 une explication du modèle de remboursement utilisé dans les différentes juridictions.

4.2 Incidence sur les budgets des régimes d'assurance-médicaments des provinces

L'incidence financière des changements apportés au système de distribution de médicaments d'ordonnance a été calculée à l'aide des données sur les remboursements de médicaments de six provinces (Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Nouveau-Brunswick et Nouvelle-Écosse) et du Programme des services de santé non assurés pour les exercices 1997-1998 à 2003-2004. Le calcul des sommes payées en coûts de distribution se fonde sur le montant du « coût de l'ingrédient approuvé ». Ce dernier coût s'entend du coût de l'ingrédient seulement et ne comprend pas les autres coûts se greffant à l'ordonnance dont les honoraires du pharmacien.⁹ L'information présentée dans le

9. Le coût de l'ingrédient « approuvé » n'est pas le même que le coût de l'ingrédient « payé ». Ce coût comprend la part du bénéficiaire telle que le co-paiement et la franchise. Le coût final assumé par les régimes publics d'assurance-médicaments comprend le coût de l'ingrédient plus la marge bénéficiaire plus les honoraires du pharmacien moins les co-paiements applicables et (ou) les franchises payés par le bénéficiaire.

graphique 2 (page 7)¹⁰ a été utilisée pour calculer les sommes que les sept régimes publics d'assurance-médicaments ont remboursées pour des médicaments d'ordonnance que les pharmacies avaient achetés auprès d'un intermédiaire. Le coût de distribution est calculé avec une marge bénéficiaire de 5 %.¹¹ L'annexe 2 présente les analyses effectuées avec une marge bénéficiaire de 2,5 % et une autre de 7,5 %. Pour simplifier la méthodologie, nous avons assumé que les prix des produits pharmaceutiques étaient demeurés constants au cours de l'ensemble de la période visée par l'analyse.¹²

| Exercices | C.-B. | | Alberta | | Sask. | | Manitoba | | N.-B. | | N.-É. | | PSSNA ¹³ | |
|--------------|-----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|---------------------|----------------|
| | (1) | (2) | (1) | (2) | (1) | (2) | (1) | (2) | (1) | (2) | (1) | (2) | (1) | (2) |
| 1997-1998 | 13,2 \$ | 10,4 \$ | 6,6 \$ | 5,2 \$ | 4,1 \$ | 3,2 \$ | N.D. | N.D. | 1,6 \$ | 1,3 \$ | 2,8 \$ | 2,2 \$ | N.D. | N.D. |
| 1998-1999 | 14,2 \$ | 11,1 \$ | 7,5 \$ | 5,9 \$ | 4,6 \$ | 3,6 \$ | N.D. | N.D. | 1,8 \$ | 1,4 \$ | 3,3 \$ | 2,5 \$ | N.D. | N.D. |
| 1999-2000 | 16,3 \$ | 12,5 \$ | 9,4 \$ | 7,2 \$ | 5,2 \$ | 4,0 \$ | N.D. | N.D. | 2,1 \$ | 1,6 \$ | 3,5 \$ | 2,7 \$ | 3,9 \$ | 3,0 \$ |
| 2000-2001 | 19,7 \$ | 14,5 \$ | 11,3 \$ | 8,3 \$ | 6,1 \$ | 4,5 \$ | 4,4 \$ | 3,3 \$ | 2,6 \$ | 1,9 \$ | 3,8 \$ | 2,8 \$ | 4,7 \$ | 3,4 \$ |
| 2001-2002 | 22,9 \$ | 16,2 \$ | 14,1 \$ | 10,0 \$ | 7,2 \$ | 5,1 \$ | 5,7 \$ | 4,0 \$ | 3,1 \$ | 2,2 \$ | 4,3 \$ | 3,0 \$ | 5,7 \$ | 4,0 \$ |
| 2002-2003 | 25,1 \$ | 17,1 \$ | 16,6 \$ | 11,3 \$ | 8,7 \$ | 5,9 \$ | 6,9 \$ | 4,7 \$ | 3,6 \$ | 2,4 \$ | 4,9 \$ | 3,3 \$ | 6,9 \$ | 4,7 \$ |
| 2003-2004 | 23,8 \$ | 15,8 \$ | 19,9 \$ | 13,3 \$ | 9,8 \$ | 6,5 \$ | 8,1 \$ | 5,4 \$ | 4,1 \$ | 2,7 \$ | 5,5 \$ | 3,7 \$ | 7,9 \$ | 5,3 \$ |
| Total | 135,2 \$ | 97,7 \$ | 85,3 \$ | 61,1 \$ | 45,7 \$ | 32,9 \$ | 25,1 \$ | 17,4 \$ | 18,8 \$ | 13,5 \$ | 28,0 \$ | 20,3 \$ | 29,1 \$ | 20,4 \$ |

(1) : Estimation des coûts de distribution payés;
(2) : Estimation des coûts de distribution que les régimes d'assurance-médicaments auraient payés si les volumes de distribution indirecte étaient demeurés aux niveaux de 1993;
N.D. : non disponible.

Tableau 1

Estimation des coûts de distribution assumés par les régimes d'assurance-médicaments et par leurs bénéficiaires 1997-1998 à 2003-2004 (en millions de dollars)

Le tableau 1 présente les coûts de distribution assumés par les sept juridictions participantes et leurs bénéficiaires. La colonne (1) donne une estimation des coûts de distribution. En 1997-1998, le coût de l'ingrédient approuvé en Colombie-Britannique était de 372,7 millions.¹⁴ Selon les données présentées au graphique 2, le pourcentage des médicaments distribués aux pharmacies par voie indirecte était de 71 %, c.-à-d. le coût de l'ingrédient approuvé pour les médicaments achetés auprès d'un intermédiaire du fabricant s'élevait à 264,6 millions de dollars. Ce montant comprenait des coûts de distribution de 13,2 millions de dollars considérant une marge bénéficiaire du distributeur de 5 % (vous trouverez à l'annexe 2 une explication de la méthodologie suivie). La colonne (2) du tableau 1 présente les montants que les différentes juridictions auraient approuvés si les taux de distribution indirecte s'étaient maintenus aux niveaux de 1993.¹⁵ En 1993, le pourcentage des ventes indirectes aux pharmacies était de 56 % et le programme PharmaCare de la Colombie-Britannique et ses bénéficiaires auraient alors payé 10,4 millions de dollars en coûts de distribution.

10. Veuillez noter que les pourcentages de ventes indirectes inscrits dans le graphique 2 sont présentés par année civile. Les données relatives au Programme des services de santé non assurés (PSSNA) nous sont présentées par exercice financier.
11. Ce pourcentage a été retenu à la lumière de la correspondance avec l'ACGAP. Ce pourcentage a également été utilisé dans une analyse effectuée par Cap Gemini Ernst & Young pour le compte de l'ACGAP.
12. Par conséquent, l'incidence financière a été surestimée par rapport à l'incidence financière réelle attribuable aux changements apportés au système de distribution. Toutefois, cette surestimation ne devrait pas être importante étant donné que les études révèlent que l'inflation des prix des produits pharmaceutiques a été peu marquée au cours de la période visée par l'étude. L'indice des prix des produits industriels (IPPI) pour les produits pharmaceutiques n'a pratiquement pas bougé entre 1993 et 2001. Il a toutefois augmenté de 0,7 % en 2004 (Rapport annuel du CEPMB, page 27).
13. Le montant « payé » par le gouvernement du coût de l'ingrédient a été utilisé par le PSSNA.
14. Le tableau A-1 de l'annexe 2 présente les sommes payées par les sept juridictions au titre du coût de l'ingrédient approuvé.
15. Au moment où était effectuée la présente analyse, l'année 1993 était la première année pour laquelle les données sur la distribution des produits pharmaceutiques étaient ventilées selon que la distribution ait été directe ou indirecte.

Le tableau 2 illustre l'incidence des changements apportés au système de distribution. Il révèle le montant additionnel que les juridictions et leurs bénéficiaires respectifs ont payé suite à l'augmentation du pourcentage de médicaments d'ordonnance distribués par voie indirecte. En 1993, ce pourcentage était de 56 %. Par exemple, le tableau 2 révèle qu'en 1997-1998 la Colombie-Britannique a payé 2,8 millions de dollars de plus en coûts de distribution. Ce montant représente la différence entre le montant inscrit à la colonne (1) et celui inscrit à la colonne (2) dans le tableau 1. Sur une période de sept ans, la Colombie-Britannique a payé 37,5 millions de plus en coûts de distribution par rapport à ce qu'il aurait payé si les volumes de distribution indirecte de médicaments d'ordonnance étaient demeurés aux niveaux de 1993. Le tableau 2 qui suit montre que, sur une période de sept ans, les sept juridictions et leurs bénéficiaires respectifs ont déboursé un montant additionnel de 103,9 millions de dollars pour les coûts de distribution. L'incidence financière des changements apportés au système de distribution de médicaments d'ordonnance a augmenté de 93,5 % entre 2000-2001 (la première année pour laquelle nous avons toutes les données) et 2003-2004.

Tableau 2

Incidence des nouvelles formules de distribution des médicaments d'ordonnance sur les budgets des régimes publics d'assurance-médicaments (en millions de dollars)

| Exercice | C.-B. | Alberta | Sask. | Manitoba | N.-B. | N.-É. | PSSNA | Total |
|--------------|----------------|----------------|----------------|---------------|---------------|---------------|---------------|-----------------|
| 1997-1998 | 2,8 \$ | 1,4 \$ | 0,9 \$ | N.D. | 0,3 \$ | 0,6 \$ | N.D. | 6,0 \$ |
| 1998-1999 | 3,2 \$ | 1,7 \$ | 1,0 \$ | N.D. | 0,4 \$ | 0,7 \$ | N.D. | 7,0 \$ |
| 1999-2000 | 3,8 \$ | 2,2 \$ | 1,2 \$ | N.D. | 0,5 \$ | 0,8 \$ | 0,9 \$ | 9,4 \$ |
| 2000-2001 | 5,2 \$ | 3,0 \$ | 1,6 \$ | 1,2 \$ | 0,7 \$ | 1,0 \$ | 1,2 \$ | 13,8 \$ |
| 2001-2002 | 6,7 \$ | 4,1 \$ | 2,1 \$ | 1,6 \$ | 0,9 \$ | 1,2 \$ | 1,6 \$ | 18,3 \$ |
| 2002-2003 | 7,9 \$ | 5,3 \$ | 2,8 \$ | 2,2 \$ | 1,1 \$ | 1,5 \$ | 2,2 \$ | 23,0 \$ |
| 2003-2004 | 7,9 \$ | 6,6 \$ | 3,3 \$ | 2,7 \$ | 1,4 \$ | 1,8 \$ | 2,6 \$ | 26,4 \$ |
| Total | 37,5 \$ | 24,2 \$ | 12,8 \$ | 7,7 \$ | 5,3 \$ | 7,7 \$ | 8,6 \$ | 103,9 \$ |

N.D. : non disponible.



Conclusion

5

Au Canada, les médicaments sont de plus en plus distribués dans les pharmacies par des intermédiaires plutôt que directement par le fabricant. Le système de distribution continuera de s'adapter aux changements qui se produisent à l'intérieur du secteur pharmaceutique. Le Canada n'est pas le seul pays au monde à connaître une consolidation de son système de distribution des médicaments. En effet, les mêmes changements se produisent aux États-Unis et en Europe. Conjuguées à un changement de la structure de prix de l'industrie et aux nouveaux modèles de remboursement des régimes d'assurance-médicaments, ces tendances ont manifestement eu une incidence sur les coûts totaux du programme.

La présente étude a présenté un estimé de l'incidence financière des modifications apportées au système de distribution des médicaments. Il importe toutefois de préciser que les résultats présentés ne sont qu'approximatifs étant donné que l'analyse se fonde sur des hypothèses.

Annexe 1 : Coûts des médicaments d'ordonnance remboursés par les régimes publics d'assurance-médicaments



La présente annexe décrit les coûts des médicaments d'ordonnance que remboursent les régimes publics d'assurance-médicaments.¹⁶ Les provinces qui remboursent aux pharmaciens le coût d'achat réel (CAR) sont affectées par les changements apportés au système de distribution.

Colombie-Britannique :

PharmaCare rembourse aux pharmacies le CAR incluant les frais de livraison, jusqu'à concurrence de 7 % de plus que le prix de liste au gros du fabricant + les honoraires du pharmacien.

Alberta :

CAR + honoraires du pharmacien + Allocation sur l'inventaire

Il existe dans cette province trois politiques relatives au prix des médicaments : la politique de l'option la moins coûteuse, la politique du coût maximal autorisé et la politique de remboursement du coût d'achat réel.

Selon la *politique de l'option la moins coûteuse*, c'est le prix le moins élevé d'un médicament par rapport aux prix d'un ensemble de médicaments cliniquement équivalents. Les régimes de soins de santé complémentaires de l'Alberta paient le prix le moins élevé, considérant que des produits cliniquement équivalents (génériques) font tout autant l'affaire que les produits offerts à un prix plus élevé. Les bénéficiaires qui choisissent d'utiliser un produit qui se vend à un prix plus élevé doivent payer la différence de prix.

Selon la *politique du coût maximal autorisé*, c'est le coût unitaire maximal établi pour un médicament ou pour un groupe de médicaments cliniquement équivalents. Un plus petit nombre de médicaments sont visés par cette politique.

Enfin, en vertu de l'entente intervenue avec les pharmacies, les pharmaciens doivent charger le coût d'achat réel du médicament. En ce qui concerne les médicaments interchangeable, le pharmacien ne peut charger que le coût d'achat réel dans les limites du prix de l'option la moins coûteuse.

16. Source : Module d'information sur le SNIUMP, juin 2005, ICIS et Liste de médicaments, février 2005, Québec.

Saskatchewan :

Option la moins coûteuse : Le remboursement est fonction du prix le plus bas des médicaments de marque interchangeables inscrits au formulaire.

Prix maximal admissible : Les catégories de médicaments sont soumises à l'examen d'un comité composé d'experts qui déterminent le niveau d'innocuité des différents médicaments, leurs avantages et leur rapport qualité-prix. Les prix des médicaments qui se révèlent les plus efficaces sont considérés aux fins de l'établissement du prix maximal que remboursera le régime d'assurance-médicaments pour d'autres médicaments semblables utilisés pour traiter la même condition.

Coût de l'ordonnance : Le coût de l'ordonnance est établi en ajoutant au coût d'achat réel du médicament (lequel coût peut comprendre la marge bénéficiaire du grossiste), la marge bénéficiaire de la pharmacie (jusqu'à un maximum établi) et les honoraires du pharmacien (jusqu'à un maximum établi).

Manitoba :

CAR + honoraires du pharmacien

Ontario :

Prix consenti au régime d'assurance-médicaments (PRAM) + marge bénéficiaire + honoraires du pharmacien.

Lorsque le CAR est supérieur au PRAM + 10 %, les pharmaciens peuvent réclamer le CAR. Dans un tel cas, aucune marge bénéficiaire n'est payée.

Québec :

Prix d'achat : Pour pouvoir faire inscrire leurs médicaments au formulaire de la province, les fabricants doivent garantir un prix fixe pour chacun de leurs produits. Le prix que la Régie rembourse aux pharmaciens se fonde principalement sur le montant que garantit le formulaire provincial.

Prix de marché le moins élevé : Dans le cas des médicaments inscrits au formulaire provincial depuis 15 ans et plus et produits par au moins deux fabricants, le prix remboursé sera le prix de marché le moins élevé.

Montant maximal : Dans des circonstances exceptionnelles, le ministre de la Santé peut assujettir le prix de remboursement du médicament à un plafond.

Nouveau-Brunswick :

CAR ou PMA (Prix maximal autorisé) + honoraires du pharmacien

Nouvelle-Écosse :

Prix maximal autorisé + honoraires du pharmacien

Dans le cas des médicaments sans prix maximal autorisé, le prix facturé au régime d'assurance-médicaments sera le CAR, sans marge bénéficiaire, plus les honoraires du pharmacien. Dans le cas des produits injectables et des fournitures de stomisés, une marge bénéficiaire est autorisée en plus du CAR et des honoraires du pharmacien.

Île-du-Prince-Édouard :

Prix maximal autorisé + honoraires du pharmacien

Médicaments cliniquement équivalents distribués par des sources multiples

Le prix maximal autorisé est le prix unitaire le moins élevé établi pour un médicament appartenant à un ensemble de médicaments interchangeables.

Médicaments distribués par une source exclusive

Le prix maximal autorisé varie selon que le fabricant est classé « Direct » (c.-à-d. que les pharmacies peuvent s'approvisionner directement auprès du fabricant), ou « Grossiste » (les pharmacies doivent s'approvisionner auprès d'un grossiste).

Pour les médicaments distribués directement par le fabricant – le prix maximal autorisé est le prix de catalogue du fabricant


Pour les médicaments distribués par un grossiste : Le prix maximal autorisé est le prix de catalogue du fabricant majoré d'une marge bénéficiaire de 13 %.

Terre-Neuve :

Prix de liste + marge bénéficiaire autorisée (voir ci-après) + honoraires du pharmacien

PSSNA :

D'une façon générale, le PSSNA applique la politique de l'option la moins coûteuse de la façon dont le prévoit la liste de la juridiction de résidence du bénéficiaire du PSSNA. Le PSSNA fonctionne dans un environnement de coût défini (CD). Le CD, qui est inscrit dans le dossier de traitement des réclamations, se fonde sur deux sources : les prix publiés dans les formulaires des médicaments admissibles à un remboursement des différentes provinces lorsque le médicament est couvert par les différentes provinces et par le PSSNA et, dans le cas d'un médicament admissible à un remboursement exclusivement au titre du PSSNA, le prix de liste d'un grossiste d'envergure nationale ou, encore, le prix figurant sur la liste locale telle que la liste de prix de l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires (AQPP) pour le Québec ou de l'*Atlantic Pharmaceutical Services Inc.* (APSI) pour la Nouvelle-Écosse.



Annexe 2 : Méthodologie – Incidence sur les budgets des régimes publics d'assurance- médicaments

La méthode utilisée pour calculer l'incidence d'un changement de formule de distribution des médicaments sur les budgets des différents régimes d'assurance-médicaments du pays est la suivante :

Le tableau A-1 présente pour la période de 1997-1998 à 2003-2004 le coût de l'ingrédient approuvé par les régimes publics d'assurance-médicaments des sept juridictions ayant participé à l'étude. Le tableau a été utilisé pour calculer l'incidence des changements apportés au système de distribution sur les budgets des régimes d'assurance-médicaments. L'expression « coûts de l'ingrédient » désigne exclusivement le coût de l'ingrédient, lequel ne comprend pas les autres coûts associés à l'ordonnance dont, par exemple, les honoraires du pharmacien.


| Exercice | C.-B. | Alberta | Sask. | Manitoba | N.-B. | N.-É. | PSSNA |
|-----------|----------|----------|----------|----------|---------|----------|----------|
| 1997-1998 | 372,7 \$ | 185,2 \$ | 115,0 \$ | N.D. | 44,7 \$ | 79,4 \$ | N.D. |
| 1998-1999 | 395,1 \$ | 209,7 \$ | 128,2 \$ | N.D. | 50,5 \$ | 91,0 \$ | N.D. |
| 1999-2000 | 445,6 \$ | 256,5 \$ | 141,2 \$ | N.D. | 57,0 \$ | 96,6 \$ | 105,8 \$ |
| 2000-2001 | 518,4 \$ | 297,1 \$ | 161,6 \$ | 116,1 \$ | 67,7 \$ | 98,8 \$ | 122,7 \$ |
| 2001-2002 | 580,8 \$ | 356,9 \$ | 183,2 \$ | 143,2 \$ | 78,2 \$ | 108,0 \$ | 143,0 \$ |
| 2002-2003 | 611,5 \$ | 404,1 \$ | 212,4 \$ | 168,8 \$ | 87,5 \$ | 119,1 \$ | 167,5 \$ |
| 2003-2004 | 566,8 \$ | 473,4 \$ | 233,4 \$ | 193,5 \$ | 97,3 \$ | 130,4 \$ | 188,9 \$ |

N.D. : non disponible. Le coût de l'ingrédient payé par le PSSNA.

Tableau A-1

Coût de l'ingrédient approuvé par les juridictions
(en millions de dollars)

- Pour toute année, le coût de distribution est calculé comme suit : (coût de l'ingrédient approuvé X % de ventes indirectes X marge bénéficiaire du distributeur). Par exemple, en 1997-1998, la Colombie-Britannique a payé (372,7 millions de \$ x 71 % X 5 %) ou 13,2 millions de dollars en coûts de distribution. Le coût de distribution a été calculé pour les différentes juridictions sur une période de sept ans allant de 1997-1998 à 2003-2004.
- L'incidence d'une augmentation du volume des ventes indirectes aux pharmacies a été calculée en utilisant 1993 comme année de référence. En 1993, le pourcentage de ventes indirectes aux pharmacies était de 56 %. Le coût de distribution a été calculé en appliquant la formule susmentionnée à chaque juridiction et à chacune des années de la période de sept ans allant de 1997-1998 à 2003-2004. Par exemple, la Colombie-Britannique aurait assumé des coûts de distribution de (372,7 millions \$ x 56 % X 5 %) ou de 10,4 millions de dollars.
- L'incidence des changements du pourcentage de ventes indirectes aux pharmacies est illustrée par la différence entre le montant payé par le régime d'assurance-médicaments et le montant qu'il aurait payé si les taux de distribution indirecte de médicaments s'étaient maintenus au niveau de 1993. Par exemple, la Colombie-Britannique a assumé des coûts de distribution de 2,8 millions de dollars (13,2 millions \$ - 10,4 millions \$) de plus qu'en 1997-1998.



Annexe 3 : Analyse appliquant des coûts de distribution de 2,5 % et de 7,5 %

L'analyse a également été menée en appliquant des marges bénéficiaires du distributeur de 2,5 % et de 7,5 %. Les marges bénéficiaires du distributeur sont souvent négociées et peuvent être beaucoup moindres ou beaucoup plus élevées que la marge de 5 % utilisée dans le corps de l'analyse. Le tableau A-2 révèle que si une marge de 2,5 % avait été appliquée sur une période de sept ans, les sept juridictions auraient assumé des coûts additionnels totalisant 51,9 millions de dollars en raison d'une augmentation du volume de ventes indirectes aux pharmacies.

| Exercice | C.-B. | Alberta | Sask. | Manitoba | N.-B. | N.-É. | PSSNA | Total |
|--------------|----------------|----------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------|
| 1997-1998 | 1,4 \$ | 0,7 \$ | 0,4 \$ | N.D. | 0,2 \$ | 0,3 \$ | N.D. | 3,0 \$ |
| 1998-1999 | 1,6 \$ | 0,8 \$ | 0,5 \$ | N.D. | 0,2 \$ | 0,4 \$ | N.D. | 3,5 \$ |
| 1999-2000 | 1,9 \$ | 1,1 \$ | 0,6 \$ | N.D. | 0,2 \$ | 0,4 \$ | 0,4 \$ | 4,7 \$ |
| 2000-2001 | 2,6 \$ | 1,5 \$ | 0,8 \$ | 0,6 \$ | 0,3 \$ | 0,5 \$ | 0,6 \$ | 6,9 \$ |
| 2001-2002 | 3,3 \$ | 2,1 \$ | 1,1 \$ | 0,8 \$ | 0,4 \$ | 0,6 \$ | 0,8 \$ | 9,2 \$ |
| 2002-2003 | 4,0 \$ | 2,6 \$ | 1,4 \$ | 1,1 \$ | 0,6 \$ | 0,8 \$ | 1,1 \$ | 11,5 \$ |
| 2003-2004 | 4,0 \$ | 3,3 \$ | 1,6 \$ | 1,4 \$ | 0,7 \$ | 0,9 \$ | 1,3 \$ | 13,2 \$ |
| Total | 18,7 \$ | 12,1 \$ | 6,4 \$ | 3,9 \$ | 2,6 \$ | 3,9 \$ | 4,3 \$ | 51,9 \$ |

N.D. : non disponible.

Tableau A-2

Incidence sur les budgets des régimes d'assurance-médicaments des changements apportés au système de distribution entre 1997-1998 et 2003-2004, utilisant une marge bénéficiaire du distributeur de 2,5 % (en millions de dollars)

Le tableau A-3 qui suit révèle que, considérant une marge de 7,5 %, les sept juridictions auraient assumé sur la période de sept ans des coûts additionnels totalisant 155,8 millions de dollars par suite des changements apportés au système de distribution.

Tableau A-3

Incidence sur les budgets des régimes d'assurance-médicaments des changements apportés au système de distribution entre 1997-1998 et 2003-2004, utilisant une marge bénéficiaire du distributeur de 7,5 % (en millions de dollars)

| Exercice | C.-B. | Alberta | Sask. | Manitoba | N.-B. | N.-É. | PSSNA | Total |
|--------------|----------------|----------------|----------------|----------------|---------------|----------------|----------------|-----------------|
| 1997-1998 | 4,2 \$ | 2,1 \$ | 1,3 \$ | N.D. | 0,5 \$ | 0,9 \$ | N.D. | 9,0 \$ |
| 1998-1999 | 4,7 \$ | 2,5 \$ | 1,5 \$ | N.D. | 0,6 \$ | 1,1 \$ | N.D. | 10,5 \$ |
| 1999-2000 | 5,7 \$ | 3,3 \$ | 1,8 \$ | N.D. | 0,7 \$ | 1,2 \$ | 1,3 \$ | 14,1 \$ |
| 2000-2001 | 7,8 \$ | 4,5 \$ | 2,4 \$ | 1,7 \$ | 1,0 \$ | 1,5 \$ | 1,8 \$ | 20,7 \$ |
| 2001-2002 | 10,0 \$ | 6,2 \$ | 3,2 \$ | 2,5 \$ | 1,3 \$ | 1,9 \$ | 2,5 \$ | 27,5 \$ |
| 2002-2003 | 11,9 \$ | 7,9 \$ | 4,1 \$ | 3,3 \$ | 1,7 \$ | 2,3 \$ | 3,3 \$ | 34,5 \$ |
| 2003-2004 | 11,9 \$ | 9,9 \$ | 4,9 \$ | 4,1 \$ | 2,0 \$ | 2,7 \$ | 4,0 \$ | 39,6 \$ |
| Total | 56,2 \$ | 36,3 \$ | 19,3 \$ | 11,6 \$ | 7,9 \$ | 11,6 \$ | 12,9 \$ | 155,8 \$ |

N.D. : non disponible.

On peut donc conclure de la présente analyse que l'incidence approximative des changements apportés au système de distribution sur les budgets des régimes d'assurance-médicaments se situe entre 51,9 et 155,8 millions de dollars.