

British Columbia's PharmaCare Program: Fair or Foul?

IN THIS ISSUE OF *HEALTHCARE POLICY/POLITIQUES DE SANTÉ*, STEVE MORGAN and colleagues present a rigorous and comprehensive examination of pharmacare policy in British Columbia, specifically the introduction of co-payments for seniors in 2002, followed by an income-based "Fair PharmaCare" Program in 2003. Fair PharmaCare achieved its primary objective of reducing public expenditures on pharmaceuticals – an unsurprising accomplishment. Although politically hazardous, reducing pharmacare expenditures is technically straightforward; simply model co-payments and deductibles to achieve the budgetary target. The details of the plan, such as deductibles, co-payments and maximum contributions at different levels of family income, were designed to support other policy objectives, including a distribution of contributions and benefits more in line with ability to pay and improved access to medicines for low-income families. As Morgan and colleagues report, the first of these objectives was met. Although the second was not achieved, access was maintained – at least for two important and commonly used classes of medicine, antihypertensives and cholesterol-lowering agents (the only drugs examined).

Does the program qualify as "fair"? Several of Morgan and colleagues' findings raise questions about both the fairness and the adequacy of the program.

First, average private payments for prescription drugs as a proportion of household income increased for low-income families (and at all other income levels) following the introduction of Fair PharmaCare. The financial burden of prescription drugs was heightened rather than alleviated.

Second, average total public and private drug expenditures were positively related to household income for seniors and, except for households below the fourth percentile of income, were unrelated to income among non-seniors (Hanley et al. 2006). Given the strong relationship between income and health, this suggests that access to drug treatment in British Columbia under Fair PharmaCare – and its predecessor programs – is based less on need than ability to pay. The implications of these findings for the poor and sick are clear. Given the co-payments required under Fair PharmaCare, households that include people with chronic health problems, especially low-income households, face large and increasing private costs of prescription drugs. Although private payments are limited by maximum contribution levels that vary from

2% of gross household income for families with incomes less than \$15,000 to 4% of gross income for families with incomes greater than \$30,000, these sums are not trivial for low- and middle-income households.

Finally, for both antihypertensives and cholesterol-lowering drugs, discontinuations of treatment “varied by income strata, with the greatest number of discontinuations generally among those in the lowest income deciles” (Caetano et al. 2006). Further, there was little difference in the rate of initiation of these treatments across income strata. These patterns, which predated but continued under Fair PharmaCare, defy what would be expected if utilization were needs-based and suggest that low-income patients may be failing to obtain, fill and renew their prescriptions for long-term treatments because of cost considerations.

If we accept the premise (and not everyone does) that access to necessary medicines should be based on need and that contributions should reflect ability to pay, the obvious antidote to these concerns is a universal pharmacare program that provides first-dollar coverage (i.e., no deductibles or co-payments) funded from progressive taxation. As Morgan and colleagues point out (Morgan et al. 2006), an expanded fund-

ing role for government would increase its ability, as the sole or dominant purchaser of pharmaceuticals for the province, to control drug prices. Perhaps more importantly, a plan with first-dollar coverage would address the threat to social solidarity inherent in income-based programs. Citizens

Citizens who are more affluent ... pay more and receive less than poorer, sicker citizens and can comfortably pay privately, either through insurance or out of pocket, for the medications they need.

who are more affluent (and, as a consequence, more politically influential and, on average, healthier) have little stake in the adequacy of income-based pharmacare programs. They pay more and receive less than poorer, sicker citizens and can comfortably pay privately, either through insurance or out of pocket, for the medications they need. They may be content with – or even welcome – a public program that covers a narrow range of medicines and provides meagre subsidies. In contrast, “we’re all in it together” with universal, first-dollar coverage, as is now the case for physician and hospital services under Canadian medicare.

BC’s Fair PharmaCare program may be fairer than its predecessor, but it is still unworthy of emulation by other jurisdictions.

REFERENCES

- Caetano, P., C. Raymond, S. Morgan and L. Yan. 2006. "Income-Based Drug Coverage in British Columbia: The Impact on Access to Medicines." *Healthcare Policy* 2(2). <<http://www.longwoods.com/product.php?productid=18513&cat=458>>.
- Hanley, G.E., S. Morgan and L. Yan. 2006. "Income-Based Drug Coverage in British Columbia: The Impact on the Distribution of Financial Burden." *Healthcare Policy* 2(2). <<http://www.longwoods.com/product.php?productid=18514&cat=458>>.
- Morgan, S., R.G. Evans, G.E. Hanley, P.A. Caetano and C. Black. 2006. "Income-Based Drug Coverage in British Columbia: Lessons for BC and the Rest of Canada." *Healthcare Policy* 2(2): 115–27.



BRIAN HUTCHISON, MD, MSC, FCFP

Editor-in-chief

Le Régime d'assurance-médicaments de la Colombie-Britannique : équitable ou déloyal?

DANS CE NUMÉRO DE *HEALTHCARE POLICY/POLITIQUES DE SANTÉ*, STEVE Morgan et ses collègues présentent une étude exhaustive et rigoureuse de la politique d'assurance-médicaments de la Colombie-Britannique, plus particulièrement de l'introduction de la participation aux coûts pour les aînés en 2002, puis en 2003 du « Régime équitable d'assurance-médicaments » basé sur le revenu. Ce Régime a rempli son premier objectif qui visait la réduction des dépenses publiques en matière de médicaments, ce qui ne devrait surprendre personne! Quoique dangereuse sur le plan politique, la réduction des dépenses en matière d'assurance-médicaments est techniquement très simple, puisqu'il suffit de prendre comme modèles la participation aux coûts de même que les franchises afin d'atteindre la cible budgétaire. Les particularités du plan, telles que les franchises, la participation aux coûts et les contributions maximales à différents niveaux des revenus des ménages, ont été conçues afin de remplir d'autres objectifs de politique, y compris la répartition des contributions et des cotisations correspondant mieux à la capacité de payer et à une amélioration de l'accès aux médicaments pour les foyers à faible revenu. Tel que Morgan et ses collègues nous le rappellent, le premier de ces objectifs a été atteint. Bien que le deuxième, quant à lui, ne l'ait pas été, l'accès a été maintenu au moins pour deux catégories de médicaments

importants et couramment utilisés : les antihypertenseurs et les hypocholestérolémiants (ou statines) (les seuls médicaments ayant fait l'objet d'une étude).

Peut-on qualifier le Régime d'« équitable »? Plusieurs des conclusions de Morgan et de ses collègues soulèvent des questions concernant à la fois l'équité et le caractère adéquat du Régime.

En premier lieu, les paiements privés, en moyenne, pour les médicaments sur ordonnance comme portion du revenu des ménages ont augmenté en ce qui concerne les foyers à faible revenu (et à tous les autres niveaux de revenus) à la suite de l'introduction de ce Régime équitable d'assurance-médicaments. On a alourdi le fardeau financier des médicaments sur ordonnance plutôt que de le soulager.

En deuxième lieu, les dépenses totales publiques et privées en médicaments, en moyenne, se sont avérées, et cela de manière positive, en rapport avec le revenu des ménages pour les aînés et, à l'exception des ménages se situant en-dessous du quatrième centile des revenus, étaient sans rapport avec les revenus des personnes ne faisant pas partie de la catégorie des aînés (Hanley et al. 2006). Étant donné la relation très forte qui existe entre les revenus et la santé, cela suggère que l'accès aux traitements par médicaments en Colombie-Britannique, dans le cadre de ce Régime équitable d'assurance-médicaments ainsi que des précédents programmes, se fonde moins sur le besoin que la capacité de payer. Les conséquences de ces conclusions pour les personnes plus pauvres et malades sont claires. Étant donné que le Régime équitable d'assurance-médicaments exige une participation aux coûts, les ménages qui comptent parmi eux des personnes souffrant de problèmes de santé chroniques, surtout dans les ménages à faible revenu, doivent faire face à des coûts plus importants et en croissance constante pour les médicaments sur ordonnance. Bien que les paiements privés soient limités par des niveaux de contribution maximale, qui varient de 2 % du revenu brut des ménages dont les revenus sont inférieurs à 15 000 \$ à 4 % du revenu brut pour les ménages dont les revenus sont supérieurs à 30 000 \$, ces sommes ne sont pas insignifiantes pour les foyers à faible et à moyen revenu.

En dernier lieu, pour les antihypertenseurs et les statines, les interruptions de traitement « variaient selon l'échelle des revenus, avec un plus grand pourcentage de ces interruptions de traitement, généralement parmi les foyers appartenant aux centiles de revenus les plus bas » (Caetano et al. 2006). De plus, il y avait très peu de différence dans le taux d'initiation de ces traitements parmi les différentes catégories de revenus. Ces modèles, qui étaient antérieurs mais qui ont continué sous le Régime équitable d'assurance-médicaments, défieraient toutes nos attentes si l'utilisation était fondée sur les besoins et suggèrent que les patients à revenu faible pourraient éventuellement ne pas obtenir, exécuter ni renouveler leurs ordonnances pour des traitements à long-terme en raison des coûts trop élevés.

Si l'on part du principe (et les avis diffèrent!) que l'accès aux médicaments essentiels devrait se fonder sur les besoins et que les contributions devraient refléter la capacité

de payer, alors l'antidote parfaite à ces préoccupations réside dans un Régime universel d'assurance-médicaments qui fournit une couverture au premier dollar (soit aucune franchise ou de participation aux coûts) financée grâce à une taxation progressive. Comme Morgan et ses collègues le soulignent (Morgan et al. 2006), si le gouvernement jouait un rôle plus important au niveau du financement, il pourrait, en tant qu'acheteur, unique et dominant, des produits pharmaceutiques pour la province, contrôler les prix des médicaments de façon plus importante. Un régime doté d'une couverture au premier dollar éliminerait les atteintes à la solidarité sociale inhérentes aux programmes fondés sur les revenus et cela s'avère peut-être plus important. Les citoyens qui sont plus aisés financièrement (et, par conséquent, plus influents sur le plan politique et, en moyenne, en meilleure santé) ont peu à gagner dans le caractère adéquat des régimes d'assurance-médicaments basés sur les revenus. Ils payent davantage et reçoivent moins que les citoyens plus pauvres ou plus malades et peuvent payer leurs médicaments très confortablement de façon privée, soit grâce à leurs assurances individuelles ou directement en espèces. Il se peut qu'ils se satisfont ou même qu'ils accueillent fort bien un régime public couvrant une gamme étroite de médicaments et fournissant de maigres subventions. Par contre, « nous sommes tous inclus et tous concernés » dans une couverture universelle et dont le paiement de cotisation se fait à partir du premier dollar, comme c'est le cas d'ores et déjà en ce qui concerne les services fournis par les hôpitaux et les médecins dans le cadre du Régime canadien d'assurance-maladie.

Le Régime équitable d'assurance-médicaments de la C.-B. fait peut-être preuve de plus d'équité que son prédécesseur mais il se révèle encore indigne d'être imité par les autres juridictions provinciales.

RÉFÉRENCES

- Caetano, P., C. Raymond, S. Morgan et L. Yan. 2006. « Un régime d'assurance-médicaments fondé sur le revenu en Colombie-Britannique : Incidence sur l'accès aux médicaments ». *Healthcare Policy/Politique de Santé* 2(2). <<http://www.longwoods.com/product.php?productid=18513&cat=458>>.
- Hanley, G.E., S. Morgan et L. Yan. 2006. « Un régime d'assurance-médicaments fondé sur le revenu en Colombie-Britannique : Incidence sur la répartition du fardeau financier ». *Healthcare Policy/Politique de Santé* 2(2). <<http://www.longwoods.com/product.php?productid=18514&cat=458>>.
- Morgan, S., R.G. Evans, G.E. Hanley, P.A. Caetano et C. Black. 2006. « Un régime d'assurance-médicaments fondé sur le revenu en Colombie-Britannique : Leçons pour la C.-B. et le reste du Canada ». *Healthcare Policy/Politique de Santé* 2(2): 115–27.



BRIAN HUTCHISON, MD, MSC, FCFP

Rédacteur en chef