



Bulletin d'information no 2

Le 13 décembre 2004

À l'attention des assureurs et des administrateurs de régimes d'avantages sociaux

Le système de mise en commun des risques

Depuis l'avènement de la *Loi sur l'assurance-médicaments* (la Loi), tous les assureurs et tous les administrateurs d'avantages sociaux (c'est-à-dire les preneurs dans le cas des régimes non assurés) ont l'obligation de mettre en commun les risques que présente le coût des médicaments selon des critères convenus entre eux, comme le requiert l'article 43 de la Loi. Pour respecter cette obligation, l'industrie a mis en place un système de mise en commun des risques. Le premier bulletin de cette série présentait la *Société de compensation en assurance médicaments du Québec* (Société de compensation), l'organisme chargé d'administrer ce système. Ce deuxième bulletin présente les paramètres de mise en commun des risques.

Le principe du système de mise en commun

Dans le cadre du régime d'assurance-médicaments en vigueur au Québec depuis 1997, les coûts des médicaments sont mis en commun au-delà d'un certain seuil. Ce seuil varie selon la taille des groupes d'assurés et la capacité de ces groupes d'absorber des augmentations importantes du coût de consommation de médicaments. L'objectif de cette mise en commun des risques est d'éviter qu'un groupe donné ne subisse seul une hausse de prime trop lourde. En vertu de ce système, une partie de la prime d'assurance (appelée « facteur de mutualisation ») est réservée à la mutualisation. Le facteur de mutualisation et le seuil à partir duquel s'effectue la mutualisation sont révisés une fois l'an. Le facteur de mutualisation est également revu au moment de procéder à la compensation des coûts de médicaments qui se trouvent en excédant du seuil, afin d'assurer une compensation complète des sommes en jeu. Ainsi, le total des sommes réclamées au terme d'une année équivaut au total des sommes cotisées. Aucun surplus ou déficit n'est jamais créé.

La détermination du seuil de mise en commun et du facteur de mutualisation

Le seuil de mise en commun et le facteur de mutualisation sont tous les deux déterminés par la taille du groupe. Plus le groupe est grand, plus la capacité d'absorber des augmentations de coûts est grande, plus le seuil est élevé et plus le facteur de mutualisation est faible. La taille du groupe est déterminée, pour sa part, selon le nombre de certificats d'assurance dans le groupe, un seul certificat pouvant viser à la fois l'adhérent et ses personnes à charge.

Les groupes bénéficient donc de la protection de leur régime particulier en deçà du seuil qui leur est applicable et, au-delà de ce seuil, de la protection offerte par la mutualisation administrée par la Société de compensation. Afin de bénéficier d'une prime la plus basse possible, en évitant notamment la superposition des protections, il est primordial que les seuils de mise en commun déterminés par la Société de compensation soient, en tout temps, adéquatement diffusés au sein de l'industrie.

Les groupes visés par le système de mise en commun

Les groupes visés par la mise en commun des risques sont ceux qui répondent aux normes émises par la *Loi sur l'assurance-médicaments*. Afin d'assurer une compréhension uniforme de ces normes, la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) précise l'intention du législateur à l'aide de bulletins d'information. Pour vérifier le statut d'un groupe donné, nous vous référons, entre autres, aux bulletins 'INFO assurance-médicaments' numéros 3, 3.1, 3.2 et 3.3 émis depuis 1997. Ces normes sont à la base de l'application de la mise en commun par la Société.

Plus particulièrement, la RAMQ mentionne au bulletin 'INFO Assurance-médicaments' numéro 3.3, « *qu'en cas d'erreur dans la détermination d'un groupe, les personnes qui en feraient partie auront à payer une double prime pour la couverture d'assurance-médicaments ; de plus, l'assureur s'expose à une déclaration judiciaire de nullité du contrat compte tenu des dispositions de la Loi sur l'assurance-maladie (L.R.Q., c. A-29) qui interdisent expressément de conclure un contrat ayant pour objet le paiement de services couverts par la Régie.* »

Conséquemment, un groupe ne répondant pas aux normes établies par la loi et précisées par les bulletins émis par la RAMQ ne serait pas admissible à la mise en commun. Cela pourrait priver les personnes composant ce groupe d'une assistance dans le paiement de larges réclamations pour la période visée.

Actuellement, tous les régimes assurés de moins de 250 certificats sont sujets à la mutualisation selon des paramètres préétablis. Il en est de même pour les régimes d'avantages sociaux non assurés (RASNA) de moins de 125 certificats. Pour ces régimes, la mutualisation vise tous les médicaments couverts par le régime privé. Par ailleurs, pour les groupes assurés de 250 certificats et plus, seuls les médicaments du formulaire du Régime général d'assurance-médicaments (RGAM) sont mutualisés.

Selon la *Loi sur l'assurance-médicaments*, les personnes ayant les qualités requises pour faire partie d'un groupe constitué en raison d'un lien d'emploi (ancien ou actuel), d'une occupation habituelle ou d'une profession et auquel s'applique un contrat d'assurance collective, doivent être couvertes par ce contrat à moins de détenir une couverture ailleurs au privé. Nous présentons ci-après trois types de groupes soit: employeur/employés, multi employeurs et associations.

❖ Le groupe de type < employeur/employés >

Généralement un groupe de type employeur/employés est constitué d'employés d'un même employeur. Le syndicat peut être le preneur et les personnes admissibles sont les employés qui répondent aux critères d'admissibilité du régime. Les travailleurs autonomes sont exclus de cette catégorie. En fait, les travailleurs autonomes doivent s'inscrire au régime public à moins d'avoir accès à un régime privé en raison de leur profession ou par l'entremise de leur conjoint. Pour le groupe, le seuil est établi en tenant compte de la taille du contrat maître.

Prenons l'exemple d'un régime constitué en vertu d'un seul contrat détenu par un employeur ou un syndicat et comptant 130 certificats, dont 30 au Québec. Tous les certificats sont conjointement et entièrement responsables du risque, la taille du groupe est 130 et le seuil de mise en commun correspondant est celui de la bande 125-249 pour les 30 certificats québécois mutualisables. Par contre, si ce régime est assuré en vertu de plus d'un contrat, à titre d'illustration supposons deux contrats, soit un contrat de 30 certificats au Québec et un autre de 100 certificats hors Québec, alors la taille du groupe est 30 et le seuil correspondant est celui de la bande 25-49 pour 30 certificats mutualisables.

Dans un groupe de type employeur-employés, le facteur déterminant le seuil de mise en commun et le facteur de mutualisation est le nombre de personnes physiques conjointement et entièrement responsables du risque.

❖ **Le groupe de type <multi employeurs>**

Un groupe de type multi employeurs est composé de personnes morales. La Société de compensation considère que le groupe sera mutualisé au total des certificats si les participants sont conjointement et entièrement responsables du risque, c'est-à-dire que l'ensemble des réclamations est assumé par tous les employeurs faisant partie du regroupement et, par conséquent, par tous les certificats émis et ce sans exception. Toutefois, si la tarification mentionne qu'un ou quelques-uns des sous-groupes de l'ensemble sont tarifés en partie selon leur expérience propre et en partie selon l'expérience globale, il s'agit alors d'une multitude de groupes devant être mutualisés séparément et non d'un seul groupe. Par conséquent, le seuil de mise en commun est établi pour chacun des sous-groupes faisant partie de l'ensemble en fonction de sa propre taille.

Par exemple, plusieurs employeurs oeuvrant dans le même domaine peuvent s'unir pour se donner des services communs, dont l'assurance collective. Chaque employeur participant peut adhérer à l'assurance collective ou faire cavalier seul. Dans ce contexte où les employeurs sont multiples, on peut retrouver un régime dit flexible, modulaire ou cafétéria comprenant un régime de base obligatoire d'assurance médicaments identique pour tous et un régime complémentaire facultatif de frais médicaux. Lorsque tous les employeurs ayant adhéré à l'assurance collective sont conjointement et entièrement responsables du risque, il résulte un seul groupe. Dans le cas contraire, il s'agit d'une multitude de groupes.

Dans un groupe de type multi employeurs, le facteur déterminant le seuil de mise en commun et le facteur de mutualisation est le nombre de personnes morales conjointement et entièrement responsables du risque.

❖ **Le groupe de type <association>**

La Régie de l'assurance-maladie du Québec précise qu'un regroupement d'achats de biens et de services ne constitue pas un groupe pouvant offrir de l'assurance médicament. Ainsi, les chambres de commerce, l'Association des femmes d'affaires, une association de propriétaires de commerces ou encore le bloc d'affaires d'un courtier ne constituent pas des groupes pouvant offrir de l'assurance médicaments. Ces contrats ne sont donc pas admissibles à la mutualisation.

Une association doit donc exister pour une raison autre que celle de fournir de l'assurance à ses membres et ses membres sont des personnes physiques ayant un lien de profession ou d'occupation habituelle. Si l'association offre une couverture d'assurance médicaments, ses membres doivent y adhérer à moins de détenir une couverture privée via leur emploi, leur profession ou par l'entremise de leur conjoint. Le seuil de mutualisation correspond à la taille du groupe établie selon le nombre total de certificats.

Les personnes intéressées par les règles entourant le groupe de type association peuvent consulter le bulletin Info assurance-médicaments numéro 3.2 de la RAMQ ou encore, le jugement de la Cour supérieure du Québec numéro 500-05-030244-972, daté du 23 juillet 1997.

Dans un groupe de type association, le facteur déterminant le seuil de mise en commun et le facteur de mutualisation est le nombre de personnes physiques conjointement et entièrement responsables du risque.

La détermination de la taille d'un groupe et la surveillance

Les modalités de mise en commun prévoient que la taille d'un groupe admissible est déterminée en fonction du nombre de certificats en vigueur au Canada au 31 décembre de l'année visée ou à la date de fin du contrat, même si seuls les certificats québécois sont mutualisés. Ainsi, un regroupement ne sera pas considéré seul s'il est financièrement dépendant d'un autre groupe. Dans ce cas, c'est le total de certificats pour ces deux groupes réunis qui déterminera la taille du groupe. La dépendance financière signifie que les participants sont conjointement et entièrement responsables du risque. Cette dépendance financière doit pouvoir être démontrée.

La Société de compensation établit annuellement les seuils de mise en commun et les facteurs de mutualisation qui varient selon la taille du groupe. La Société s'attend à ce que tous les régimes mutualisés assument la charge de mutualisation correspondant à leur niveau de risque (déterminé selon leur taille). Les participants à la mutualisation doivent assurer la cohérence quant à la taille d'un groupe utilisée pour fins de tarification et celle utilisée pour fins de mise en commun. Ils seront appelés à confirmer l'existence de cette cohérence au certificat de conformité soumis lors du processus de mutualisation pour l'année 2005.

❖ Le maintien de la légitimité d'un groupe

De façon courante, la légitimité d'un groupe au regard des lois applicables est validée au moment de l'établissement du contrat. Puis, à moins d'indication contraire au texte du contrat – soit en raison de l'existence de clauses de renouvellement automatique, de clauses de préavis ou de délais de renouvellement – un contrat collectif de type temporaire doit faire l'objet d'une validation de conformité au moment de chaque renouvellement. En effet, étant donné que les contrats d'assurance collective sont généralement des contrats renouvelables émis pour un terme d'un an, la validation de la légitimité d'un groupe doit être faite annuellement.

Par ailleurs, quoique l'obligation d'adhésion repose sur l'individu, l'assureur et l'administrateur d'avantages sociaux sont tenus de veiller à l'adhésion de tous ceux qui ont accès à un régime privé. Ainsi, lorsqu'un individu demande à être exclu du régime d'assurance collective sous prétexte qu'il détient déjà une couverture, le preneur du contrat conserve au dossier l'information justifiant cette exemption de participation. Et, puisque par définition un groupe compte au moins deux certificats, pour être admissible à la mise en commun, la déclaration de <groupes de un> signifie que l'information justifiant l'exemption de(s) l'autre(s) employé(s) est disponible. Une validation de cette information aura lieu lors de la vérification des données soumises au processus de mise en commun de l'année 2004, par le biais du certificat de conformité.

❖ Le certificat de conformité

Le certificat de conformité exigé par la Société de compensation vise à assurer l'intégrité de l'information soumise aux fins de la mutualisation. Dûment signé par la personne autorisée, il accompagne les données transmises au gestionnaire du processus de mise en commun.

Tous les assureurs et les administrateurs d'avantages sociaux participant au processus doivent soumettre un certificat de conformité. Sans ce certificat, les données reçues seront exclues de la mutualisation. Avec ce certificat de conformité, le participant atteste que les groupes qu'il présente à la mutualisation ont été établis et demeurent en conformité avec les lois applicables et qu'ils répondent aux exigences de la *Loi sur les assurances* et de la *Loi sur l'assurance-médicaments*, ainsi qu'à celles de leurs règlements. Il confirme également que les contrats liés par une entente financière demandée par le preneur de contrats ont été réunis sous un seul groupe et que les contrats liés par suite de politiques ou de décisions internes de l'assureur ou par suite d'un regroupement mis en place par un représentant en assurance de personnes dûment

autorisé (c'est-à-dire détenant un permis en assurance collective) ont été présentés séparément.

Ainsi, pour chacun des groupes visés, le participant confirme que sa pratique est conforme aux exigences de la mise en commun et notamment, que la taille du groupe est déterminée selon le principe de responsabilité conjointe et entière du risque.

Dans le prochain numéro

À lire, au printemps 2005, dans le bulletin d'information numéro 3 de la Société de compensation : la communication aux clients des paramètres de mise en commun des risques.

<p>NDLR : Ce bulletin d'information n'a pas force de loi. Il présente le point de vue de la Société de compensation en assurance médicaments du Québec relativement à différents sujets, en s'appuyant sur la <i>Loi sur l'assurance-médicaments</i> du Québec et sur les bulletins 'INFO assurance-médicaments' émis à ce jour par la Régie de l'assurance-maladie du Québec.</p>
--