

Société de compensation
en assurance médicaments
du Québec



Quebec Drug
Insurance Pooling
Corporation

**MODALITÉS DE MUTUALISATION DES
RISQUES EN ASSURANCE MÉDICAMENTS
PROPOSÉES
PAR L'INDUSTRIE DES ASSURANCES DE PERSONNES
AU
MINISTRE DE LA SANTÉ
CONFORMÉMENT À L'ARTICLE 43
DE LA LOI SUR L'ASSURANCE-MÉDICAMENTS DU QUÉBEC**

25 octobre 1996

TABLE DES MATIÈRES

Pages

SOMMAIRE DU SYSTÈME DE MUTUALISATION PROPOSÉ.....	3
1. ORIGINE.....	5
1.1 La loi sur l'assurance-médicaments du Québec	5
1.2 Processus de consultation	6
2. MÉCANISMES DE MISE EN COMMUN DES RISQUES	8
2.1 Objectif.....	8
2.2 Niveaux de mise en commun	8
2.3 Suffisance des mécanismes de mise en commun	10
3. IDENTIFICATION DES PARAMÈTRES DU SYSTÈME DUTUALISATION.....	12
3.1 Mise en commun globale ou partielle.....	12
3.1.1 De la clientèle.....	12
3.1.2 Des risques.....	13
3.2 Le seuil acceptable de risque.....	14
3.2.1 Utilisation de paliers.....	16
3.2.2 Facteur de mutualisation.....	17
3.3 Les médicaments admissibles.....	19
4. ÉTABLISSEMENT DU PROCESSUS DE COMPENSATION	21
4.1 Objectif.....	21
4.2 Processus de compensation.....	21
4.2.1 Nombre de certificats au 30 juin	21
4.2.2 Liste des réclamations au 1 ^{er} mai	22
4.3 Contrôle.....	22
4.4 Portée des modalités de mutualisation.....	23
ANNEXES.....	24

SOMMAIRE DU SYSTÈME DE MUTUALISATION PROPOSÉ

Objectif du gouvernement

Pour les régimes d'assurance collective et les régimes d'avantages sociaux, s'assurer que la protection du régime général d'assurance-médicaments demeurera accessible financièrement à tous les résidents du Québec, sans égard au profil d'expérience du groupe auquel il appartient.

Objectifs du groupe de travail

1. Rencontrer l'objectif du gouvernement;
2. Respecter les règles actuelles du marché;
3. Minimiser les montants en jeu;
4. Minimiser le processus d'administration.

Constats fondamentaux

- Les groupes de grande taille ont déjà la capacité financière d'assumer tous les risques inhérents aux médicaments ou de se protéger par des formules de mise en commun négociées avec leur assureur. Cette forme de mutualisation est répandue dans l'industrie.
- Seuls les petits groupes sont donc vulnérables aux fluctuations de sinistres.
- La mutualisation n'entraîne pas d'augmentation des primes des régimes privés, elle nivelle l'effet des mauvais risques sur une population élargie.

Hypothèses

- La mise en commun vise l'excédent d'un seuil de mutualisation.
- La mise en commun est faite sur base de certificat. Un certificat signifie un employé et l'ensemble des personnes à charge, si ces dernières sont couvertes par le régime.
- L'atteinte du seuil est déterminée sur la base des médicaments réclamés et admissibles selon le contrat émis par l'assureur ou l'administrateur d'avantages sociaux.
- L'étendue de la mutualisation est fixée en fonction de la capacité d'un groupe à absorber une augmentation de prime.

Tableau de mutualisation

Il s'agit d'une évaluation préliminaire établie à titre indicatif et non d'une prime versée au fonds de mutualisation.

Taille du groupe**	Facteurs annuels de mutualisation*		
	Seuil de mutualisation	Certificat individuel	Certificat familial
Moins de 10 certificats	750 \$	50 \$	137 \$
10 à 24	1 200 \$	32 \$	86 \$
25 à 49	3 000 \$	8 \$	21 \$
50 à 124	6 000 \$	3 \$	7 \$
125 et plus	Toute formule telle que désirée et négociée entre le groupe et l'assureur.		

* Applicable aux certificats du Québec seulement. Les facteurs n'incluent aucun frais d'administration, ni taxes.

** La taille du groupe est déterminée en fonction du nombre de certificats au Canada.

Administration

Un comité formé de membres de l'industrie verra à la bonne marche de la mutualisation.

Processus de compensation

Le total des sommes réclamées égal le total des sommes cotisées. Le facteur de mutualisation est revu au moment de la compensation afin d'assurer une compensation totale des sommes en jeu. Aucun déficit ou surplus n'est créé.

1. ORIGINE

1.1 La Loi sur l'assurance-médicaments du Québec

La Loi sur l'assurance-médicaments du Québec qui entrera en vigueur au 1er janvier 1997 oblige la couverture des médicaments apparaissant à une liste établie par le gouvernement pour toute personne admissible à une assurance collective ou à un régime d'avantages sociaux non assurés, son conjoint et ses enfants à charge sans tenir compte de son âge, de son sexe ou de son état de santé.

Cette exigence entraîne l'inclusion obligatoire de tous les Québécois admissibles à un régime d'assurance collective, quelque soit leur état de santé, ce qui aura assurément des conséquences sur la tarification qui pourraient s'avérer intolérables pour certains consommateurs.

Pour pallier aux effets de cette inclusion obligatoire, le législateur a adopté l'article 43 qui stipule :

"Tous les assureurs en assurance collective et tous les administrateurs d'un régime d'avantages sociaux qui offrent des garanties de paiement du coût de services pharmaceutiques et de médicaments doivent mettre en commun les risques découlant de l'application du régime général qu'ils assument, selon les modalités convenues entre eux.

Ces modalités doivent être communiquées au Ministre par les représentants des assureurs et des administrateurs de régime d'avantages sociaux, par écrit, au plus tard le 1^{er} novembre de chaque année. À défaut, elles sont déterminées par règlement du gouvernement, pour la période qu'il indique."

Le document suivant présente les modalités de mutualisation retenues au terme d'échanges et de consultations entre les différents intervenants de l'industrie de l'assurance collective.

1.2 Processus de consultation

Il n'y a pas d'organisme unique représentant à la fois les assureurs et les administrateurs d'avantages sociaux ou l'industrie de l'assurance. L'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes inc. (ACCAP) a pris l'initiative de réunir des représentants des différents intervenants. Nous croyons que le comité en résultant représente l'industrie. La liste complète des participants se trouve en annexe.

Le comité conjoint ainsi créé procéda à l'analyse de la faisabilité d'une mise en commun des risques, à l'identification des paramètres d'un mécanisme de mutualisation et à l'établissement d'un processus de compensation.

Le comité considère les objectifs suivants comme essentiels à la réussite d'un processus de mutualisation :

1. Rencontrer l'objectif du gouvernement;
2. Respecter les règles actuelles du marché;
3. Minimiser les montants en jeu;
4. Minimiser le processus d'administration

Il est important de noter que tout processus de mutualisation n'entraîne pas d'augmentation de primes des régimes privés, il nivelle l'effet des mauvais risques sur une population élargie.

Le projet de mutualisation en résultant a été soumis pour commentaires à tous les intervenants et les commentaires reçus ont été intégrés au projet. Le projet final reflète la position des parties représentées. Cependant il s'agit d'une formule générale qui quoique englobant la majorité des cas laisse la possibilité de cas d'exceptions. Si de tels cas devaient survenir, ils seront traités individuellement de façon à ce que les objectifs du processus de mutualisation soient rencontrés.

2. MÉCANISMES DE MISE EN COMMUN DES RISQUES

2.1 Objectif

La mise en commun des risques est la raison d'être de l'assurance mais dans un système de libre concurrence, certains risques ne sont pas assumés parce qu'ils provoqueraient une trop grande augmentation de la prime; dans un régime où tous les citoyens doivent adhérer et où tous les risques doivent être assumés par plusieurs intervenants, il faut aller plus loin dans la mise en commun des risques de façon à ce qu'aucun adhérent à l'assurance collective, son conjoint et ses personnes à charge ne soient privés de couverture à cause d'un niveau de prime intolérable qui résulterait de la mauvaise expérience du groupe auquel il appartient.

Il faut noter que le présent document se limite à l'assurance collective; en effet, les résidents du Québec qui ne peuvent pas adhérer à un groupe déterminé de personnes en raison d'un lien d'emploi, d'une profession ou de toute autre occupation habituelle doivent s'inscrire au programme public administré par la Régie de l'assurance-maladie du Québec.

2.2 Niveaux de mises en commun

Les assureurs regroupent en portefeuilles raisonnablement prévisibles des risques que les particuliers auraient peine à supporter individuellement. Les réassureurs, assureurs des assureurs, regroupent à leur tour en portefeuilles raisonnablement prévisibles des risques différents que les portefeuilles des assureurs auraient peine à supporter. Les rétrocessionnaires, les assureurs des réassureurs, regroupent eux aussi en portefeuilles raisonnablement prévisibles des risques que les réassureurs auraient peine à supporter individuellement.

En assurance collective, un autre niveau s'intègre également à cette chaîne. Entre les particuliers et les assureurs, le preneur de contrat (l'employeur, le syndicat ou autres) en regroupant des particuliers exposés à des risques similaires, parvient à niveler au moyen de ses contributions et des cotisations des participants l'ensemble des risques de ses employés en un tout qui devient raisonnablement prévisible.

En cascade, individus, preneurs de contrat, assureurs, réassureurs, rétrocessionnaires regroupent et nivellent sur des ensembles de plus en plus grand des risques imprévisibles pour en permettre la budgétisation; la grosseur de chacun des portefeuilles (de participants, d'assurance, de réassurance ou de rétrocession) dictant la vitesse à laquelle chacun fait appel au maillon supérieur de la chaîne pour assurer la sécurité intégrale du système.

Et la concurrence s'exerce par la capacité de chacun à identifier les risques, à les regrouper dans des ensembles équitables et à les tarifier de façon autosuffisante. C'est ainsi par exemple, que les employeurs compétitionnent entre eux sur la base de leurs coûts d'opération (dont celui des avantages sociaux) et que les assureurs compétitionnent entre eux sur la base de la qualité de la gestion des risques qu'ils regroupent et du niveau des primes qui découlent de cet avantage à « trier » les risques.

Et comme la prévisibilité s'obtient avec la grosseur des portefeuilles, il en découle que certains groupes ont la taille suffisante pour s'auto-assurer, d'autres, plus modestes, font appel à des assureurs pour répartir sur plusieurs années l'excédent des réclamations totales sur les primes; et d'autres, de très petite taille, s'en remettent à l'assureur pour répartir sur d'autres groupes de petites tailles l'excédent des réclamations totales sur les primes d'une année.

L'arrivée du régime universel amène un nouvel élément dans l'équation : le risque catastrophique de nature récurrente. Ce risque crée un problème nouveau au niveau du groupe et de l'assureur. D'une part, le groupe souhaite que, dans la mesure du supportable,

un profil de consommation positif soit reflété dans les coûts, qu'ils soient directs ou d'assurance. Selon sa grosseur, les mécanismes de mutualisation déjà en place pourraient devenir insuffisants. D'autre part, l'assureur étant dans le commerce de « trier » des groupes, doit maintenant faire face à un risque beaucoup moins aléatoire de par sa nature, l'évènement assuré pouvant prendre plusieurs années avant d'être pleinement indemnisé.

Or, les lois du marché nous forcent à doser ces deux ingrédients et une solution prometteuse semblait être dans la création d'un portefeuille neutre pour l'ensemble des assureurs, avec lequel ils pourraient protéger leur portefeuille, tout en répartissant sur une large collectivité la part des conséquences financières du risque lourd que les groupes, selon leur taille, ne sont pas prêts à supporter.

L'industrie connaissant bien la tolérance du marché aux augmentations de taux reliées au profil de réclamation, nous avons développé un modèle de simulation de renouvellements d'assurance collective où la charge au groupe est modulée selon sa taille.

2.3 Suffisance des mécanismes de mise en commun

En assurance-médicaments, les risques quoique pouvant représenter à l'occasion des sommes importantes, sont néanmoins plus faciles à budgétiser. Leur importance financière n'est aucunement comparable aux pertes découlant d'un sinistre décès ou invalidité qui peuvent représenter des sommes de l'ordre de plusieurs centaines de milliers de dollars. Ce fait rend la réassurance peu intéressante tant pour les assureurs que plus les réassureurs.

Notre recherche de programmes pour l'administration des soins de santé où les risques seraient gérés selon une formule de mise en commun administrée par les compagnies d'assurances s'est avérée infructueuse. Il y a bien le plan de facilité en assurance automobile du Québec, mais celui-ci est bâti en fonction d'individus et non en fonction de groupes; de

plus, les réclamations sont absorbées dans une seule année alors qu'en assurance-médicaments, la nécessité d'un médicament coûteux et souvent récurrente.

Nous nous sommes aussi intéressés aux programmes de mutualisation à l'intention des sociétés multinationales opérant dans plusieurs pays et souscrivant des contrats d'assurance collective auprès de plusieurs assureurs; ce type de mutualisation requiert les services d'un gestionnaire capable de relier les différents intervenants. Cette approche est applicable à un seul employeur ou groupe de compagnies affiliées et serait difficilement applicable à tous les groupes déterminés selon un lien d'emploi, une profession ou une occupation habituelle qui souscrivent des assurances collectives auprès de l'ensemble des assureurs. De plus, de tels programmes ont un caractère plutôt rigide pour les besoins de mise en commun identifiés en assurance-médicaments.

Les contrats d'assurance « arrêt de perte » souscrits par les assureurs se limitent quant à eux aux clients d'un même assureur et nécessitent des groupes d'une certaine taille auxquels une crédibilité élevée peut être accordée quant à l'expérience. Ce type de contrat prévoit qu'au-delà d'un niveau de risque fixé à l'avance comme étant le niveau imputable à l'expérience du groupe, les réclamations seraient alors réassurées moyennant une prime prévue à cet effet.

Si on veut solutionner le problème d'instabilité de l'expérience de ces groupes, un mécanisme de mise en commun de type grosses réclamations semble adéquat. Ce mécanisme a démontré sa validité et son fonctionnement est connu de l'industrie.

3. IDENTIFICATION DES PARAMÈTRES DU SYSTÈME DE MUTUALISATION

3.1 Mise en commun globale ou partielle

3.1.1 De la clientèle

Quel doit être le niveau de mise en commun? Doit-on mettre en commun tous les contrats d'assurance collective ou seulement ceux dont l'expérience offre moins de crédibilité? Dans un cas ou dans l'autre, la mutualisation doit conserver les risques à un niveau acceptable.

Une mutualisation uniforme de la clientèle ne reconnaîtrait pas les ententes existantes et son impact serait important puisqu'elle forcerait la mise en commun de tous les clients des différents assureurs, ce qui n'est pas nécessaire au plan technique pour les gros groupes compte tenu de la stabilité élevée de leur expérience.

Les plus petits groupes sont plus vulnérables aux fluctuations de sinistres. Pour ces groupes, il serait possible de maintenir l'augmentation des primes à un niveau comparable à ce qui est tolérable pour un grand groupe en utilisant des ententes financières ou en mettant en place un mécanisme de mise en commun des risques regroupant tous les contrats collectifs selon leur taille. Comme pour un groupe de 125 certificats, la probabilité qu'un cas extrême ne se produise est de l'ordre de 3 sur 100,000 ou encore une fois tous les 266 ans, ce niveau est retenu pour l'application des modalités de mutualisation. Le succès de ce mécanisme de mise en commun « élargie » implique tous les assureurs et tous les administrateurs de régimes visés.

3.1.2 Des risques

Doit-on mettre tous les risques des contrats visés en commun ou seulement une partie excédant un certain seuil? Il semble qu'il ne soit pas nécessaire de mettre tous les risques en commun puisque seuls les risques au-delà d'un certain seuil peuvent faire augmenter la prime à un seuil intolérable. Rappelons que le but de la mutualisation est de s'assurer que les risques nouveaux occasionnés par la l'introduction de la Loi sur l'assurance-médicaments du Québec ne causent pas d'augmentation désastreuse. De plus, laisser à l'assureur souscrivant le risque la gestion en dessous de ce seuil, incite celui-ci à une gestion plus responsable.

De nombreuses analyses actuarielles effectuées par différents membres du comité ont permis de dégager une règle empirique qui permet de fixer le seuil acceptable. Cette règle considère qu'un groupe peut supporter une grosse réclamation allant jusqu'à 120\$ multiplié par le nombre de certificats. Pour un groupe de 125 certificats, le seuil acceptable serait donc de 15 000 \$. Cette façon de faire respecte les principes des contrats d'arrêt de perte et minimise les montants en jeu dans le système de mutualisation.

Pour les groupes de petite taille cependant, la mise en commun à partir de 15 000 \$ n'empêche pas des augmentations de taux intolérables au renouvellement. Par contre la mise en commun à partir du premier dollar aurait pour effet d'évacuer complètement le risque de l'expérience de ce groupe; or il est désirable de maintenir au sein d'un groupe une notion de risque permettant la conscientisation des participants aux coûts de la santé et requérant d'eux une contribution au partage des risques. Il est possible d'atteindre un niveau d'augmentation de taux de renouvellement tolérable pour les groupes de petites tailles en utilisant des valeurs intérimaires ou des paliers qui mettront en commun une part des risques plus importante pour les plus petits groupes.

3.2 Le seuil acceptable de risque

Pour identifier les paramètres à utiliser dans un système de mutualisation à paliers pour les groupes de moins de 125 certificats, il convient d'étudier un échantillon de remboursement du coût des médicaments pour des participants à une assurance collective sans tenir compte de la taille du groupe ni des personnes à charge.

L'annexe 1 illustre l'effet qu'aurait une mutualisation pour un coût excédant certains niveaux sur un échantillon de 511 749 personnes en 1995 ajusté en dollars de 1997. Cet échantillon est jugé statistiquement suffisant pour être un bon indicatif du comportement de consommation de la population.

On constate que la valeur des grosses réclamations varie selon le seuil retenu. Ainsi, au-delà d'un seuil de 15 000 \$, on reporte seulement 0,50 \$ sur chaque participant alors qu'au-delà d'un seuil de 500 \$, il faut reporter 68,78 \$ par individu.

Toutefois, s'il faut attendre d'avoir atteint un seuil de 15 000 \$ pour commencer une mise en commun, il s'agirait d'un seuil intolérable pour les groupes de moins de 125 certificats.

L'annexe 2 illustre l'effet d'une réclamation de 20 000 \$ sur des groupes de différentes tailles avec certains seuils de mutualisation.

Pour ce faire, on a supposé certains facteurs de dépenses requis pour administrer le contrat. On a également supposé que, logiquement, les assureurs analyseront la rentabilité du contrat séparément pour la portion du risque qui n'est pas mutualisée. Une fois déterminée la prime requise pour cette portion du risque, ils y ajouteront le facteur de mutualisation et les frais afférents i.e. frais d'administration et taxes.

Chaque assureur utilisera la méthode qui lui convient selon sa philosophie d'affaires et ses particularités propres; nous croyons toutefois que l'approche illustrée à l'annexe est proche de la réalité.

Le scénario illustré est le suivant : tous les assurés d'un certain groupe, sauf l'un d'entre eux, encourrent des réclamations non mutualisées au niveau exactement prévu par l'assureur; le dernier assuré encourt, quant à lui, une grosse réclamation médicament de 20 000 \$.

L'assureur pourrait considérer qu'il s'agit d'une malchance. Il pondérerait alors la réclamation à la baisse; il en résulterait un renouvellement « tempéré ». Il pourrait aussi juger qu'il s'agit d'un cas chronique et ne pas pondérer la réclamation – autrement dit il lui laisserait sa pleine valeur dans son analyse de rentabilité. Cela donnerait un renouvellement « non tempéré ».

Les deux dernières colonnes de l'annexe 2 montrent le corridor à l'intérieur duquel l'augmentation de taux variera. Globalement, l'augmentation possible varie entre 3% et 18% selon la taille du groupe, avant l'ajout du facteur Tendance,¹ ce qui se situe à l'intérieur des tolérances du marché.

La probabilité qu'un cas extrême se produise est de l'ordre de 3 sur 100,000 ou encore une fois tous les 266 ans. Si de tels cas devaient survenir, ils seront traités individuellement de façon à ce que les objectifs du processus de mutualisation soient rencontrés.

Il faut noter qu'on parle d'une augmentation de taux seulement la première année suivant cette réclamation et non pas année après année. Quand la réclamation se terminera, une diminution de taux sera plausible, toute autre condition étant égale par ailleurs.

¹ Chaque année les assureurs ajustent leurs taux de prime à la hausse par le facteur Tendance et ce, même pour les groupes qui ont très peu utilisé leur couverture. Le facteur Tendance couvre un ensemble d'éléments, dont les principaux sont l'inflation et l'introduction de nouveaux médicaments dispendieux sur le marché.

3.2.1 Utilisation de paliers

En l'absence de mutualisation un groupe de 5 participants verrait sa prime augmenter d'un pourcentage qui pourrait atteindre 742% alors qu'un groupe de 125 participants verrait sa prime augmenter de 25% seulement.

En mutualisant à l'aide de paliers, on peut ramener la variation de prime à l'intérieur d'une augmentation de prime équivalente pour tous les participants qu'ils soient dans un très petit groupe ou dans un groupe important.

Les groupes de 125 certificats et plus continueront à négocier les conditions de contrats d'assurance collective selon la façon traditionnelle, y compris toutes méthodes de protection contre les fluctuations défavorables d'expérience.

Les groupes plus petits continueront aussi à négocier les conditions des contrats d'assurance collective selon la façon traditionnelle pour la partie sous le seuil de mise en commun, mais l'assureur mettra en commun avec les autres assureurs une partie de la prime pour les risques dépassant le seuil de chaque palier. Cette partie de la prime ou facteur de mutualisation permettra d'évaluer les sommes en jeu dans le système de mutualisation.

Le tableau ci-après indique les seuils établis selon la règle empirique mentionnée à la section 3.1.2.

Pour le groupe ayant une taille de moins de 10 certificats le seuil est fixé à 750 \$ qui par ailleurs est le niveau de contribution financière maximale déterminée au Régime général. Pour les paliers suivants, le seuil est obtenu en multipliant par 120 \$ le nombre de certificats au départ du palier.

TABLEAU : SEUIL DE MISE EN COMMUN RECOMMANDÉ PAR CERTIFICAT	
Taille du groupe	Seuil de mise en commun
Moins de 10 certificats	750 \$
10 à 24	1 200 \$
25 à 49	3 000 \$
50 à 124	6 000 \$

* La taille du groupe est déterminée en fonction du nombre de certificats au Canada.

Un groupe de moins de 125 participants ne sera pas considéré s'il est financièrement dépendant d'un autre groupe et que ces deux groupes réunis comptent 125 employés et plus. La dépendance financière doit être constatée par un écrit approprié, tel qu'une lettre d'entente financière. Ainsi par exemple, un groupe de 50 certificats au Québec faisant partie d'un groupe canadien de 500 certificats ne serait pas soumis à la mutualisation.

3.2.2 Facteur de mutualisation

On a vu que selon le seuil de mise en commun retenu, une plus grande part de la prime doit être mise en commun. Ainsi, selon l'annexe 1, un seuil de 500 \$ amène un facteur de 68,78 \$.

Le facteur de mutualisation pour le seuil de 750 \$ est obtenu en interpolant les données des deux premières bandes de dépenses brutes (1 à 500 \$ et 501 à 1 000 \$) de l'annexe 1. Le résultat est ensuite ajusté pour tenir compte de l'adaptation des contrats d'assurance

collective aux risques couverts par la Loi sur l'assurance-médicaments du Québec ainsi que du pourcentage moyen de remboursement selon la taille du groupe.

De plus lorsque le certificat comprend le participant et ses dépendants, le facteur doit être multiplié par 2.3 qui est un nombre correspondant au nombre moyen de personnes par famille. Par ailleurs, le risque d'atteindre le seuil étant plus élevé pour un certificat familial que pour un certificat individuel, un ajustement additionnel est nécessaire. Les données de l'industrie suggèrent que le facteur soit également multiplié par 1.2.

Les membres du comité s'entendent pour que le facteur de mutualisation préliminaire soit basé sur un régime dont les paramètres sont : aucune franchise et un pourcentage de coassurance à 80% des médicaments admissibles. De plus, les membres du comité s'entendent pour que le remboursement soit limité à 80 % des premiers 3 750 \$ de réclamation excédentaire et 100% au-delà.

Ainsi, le comité recommande à l'industrie les facteurs suivants selon le seuil de mise en commun :

FACTEURS ANNUELS DE MUTUALISATION		
RECOMMANDÉS*		
Seuil de mise en commun	Certificat individuel	Certificat familial
750 \$	50 \$	137 \$
1 200 \$	32 \$	86 \$
3 000 \$	8 \$	21 \$
6 000 \$	3 \$	7 \$

* Applicable aux certificats du Québec seulement. Les facteurs n'incluent aucun frais d'administration, ni taxes.

Le facteur de mutualisation annuel est le montant de la prime de chaque participant qui est mis en commun pour payer les dépenses admissibles de médicaments en excédant du seuil déterminé selon la taille du groupe auquel il appartient. Ce facteur n'a qu'un effet stabilisateur sur la prime payée par le participant qu'une réclamation majeure frappe ou non son groupe.

Les facteurs recommandés au tableau précédent comprennent une marge de fluctuation de 10% ainsi que des frais d'administration de l'ordre de $\frac{1}{4}$ de 1%; toutefois, le facteur annuel réel sera équivalent au total des réclamations soumises à la mutualisation et des frais d'administration encourus.

Le facteur annuel est le même pour un palier donné indépendamment de la prime chargée aux assurés compte tenu qu'il existe plusieurs listes de médicaments admissibles.

3.3 Les médicaments admissibles

La mutualisation peut se faire aussi bien sur la base des médicaments achetés que sur la base des médicaments remboursés par le régime. Toutefois, il y a un large consensus pour utiliser la base des médicaments achetés car cette approche égalise le risque. Il faut toutefois qu'il s'agisse d'un médicament admissible acheté au Canada.

La liste de référence pour les médicaments admissibles devrait idéalement être la même pour tous les assureurs. Une liste unique a pour effet de promouvoir la neutralité du système. En effet, si chaque assureur travaille avec sa propre liste, celui dont la liste couvre une gamme plus large de médicaments pourra recevoir une plus large compensation du système de mutualisation.

Cependant, il serait difficile d'en arriver à une liste commune sans uniformiser les médicaments couverts au-delà de la liste du régime général et il serait trop onéreux de soumettre uniquement la liste du régime général à la mutualisation puisque cela supposerait une double administration. Le comité propose donc d'accepter tous les médicaments admissibles du moins pour la première année du régime.

4. ÉTABLISSEMENT DU PROCESSUS DE COMPENSATION

4.1 Objectif

Le total des sommes réclamées en vertu du système de mutualisation devra être égal au total des sommes cotisées. De cette façon aucun fonds ne sera créé. Lorsque le processus de compensation sera terminé pour une année, il ne demeurera aucune somme en dépôt.

Le facteur de mutualisation annuel prévu au chapitre précédent est établi à titre indicatif pour l'année civile 1997. Il pourra être revu à la hausse ou à la baisse au moment de la compensation afin d'assurer la compensation totale des sommes réclamées en vertu du système de mutualisation.

Lors de la compensation, l'assureur compilera les réclamations en excédant du seuil de chacun des paliers identifiés et le facteur annuel fixé pour les certificats individuels et familiaux des paliers correspondants. La compensation se fera par palier.

Lorsque le montant ainsi contribué au niveau d'un palier excédera le montant des réclamations soumises, l'assureur sera débiteur de l'excédent envers le système de mutualisation. À l'inverse, l'assureur pour qui le montant contribué est inférieur aux réclamations aura droit à un crédit.

4.2 Processus de compensation

4.2.1 Nombre de certificats au 30 juin

Le 30 juin de chaque année et ce, à compter de 1997, tous les intervenants visés par le système de mutualisation, devront fournir à l'administrateur du système une liste

indiquant le numéro de contrat des groupes visés ainsi que le nombre de certificats individuels et familiaux et ce pour chaque palier défini.

4.2.2 Liste des réclamations au 1^{er} mai

Une liste indiquant les réclamations admissibles soumises par les certificats en excédant du seuil de chacun des paliers de mutualisation pour l'année terminée au 31 décembre devra parvenir à l'administrateur du système au plus tard le 1^{er} mai de chaque année. L'obligation de fournir ces informations commence avec la liste requise au 1^{er} mai 1998. En regard d'une réclamation provenant d'un groupe non identifié sur la liste au 30 juin, les administrateurs pourront exiger des justifications.

4.3 Contrôle

Des contrôles suffisants à la bonne gestion du processus de compensation devront être mis en place. De plus, en aucun cas ces contrôles ne doivent constituer un fardeau administratif pouvant influencer le niveau de tarification de l'assurance-médicaments.

Un comité formé de membres de l'industrie, soit quatre représentants de sociétés d'assurances, un représentant des administrateurs d'avantages sociaux et un représentant des employeurs, agira comme administrateur du système de mutualisation.

Ce comité aura notamment l'autorité :

- de désigner une partie neutre pour la gestion du processus de compensation;

- d'obtenir tous les renseignements nécessaires à la bonne marche du processus de compensation, y compris la vérification, le cas échéant et par la partie neutre désignée, des contrats soumis à la mutualisation et du bien-fondé de toute réclamation d'un assureur à recevoir une compensation;
- lors du processus de compensation, de cotiser les assureurs et de verser les compensations appropriées;
- d'accueillir toute demande de vérification du processus faite par un assureur et d'y donner suite de manière appropriée;
- de revoir toute vérification du processus faite par la partie neutre, ainsi que les résultats globaux de la mutualisation pour l'année écoulée;
- d'obtenir tous les renseignements nécessaires pour justifier la mise à jour des seuils et des charges annuelles;
- de soumettre les modalités de mutualisation au Ministre au plus tard le 1^{er} novembre de chaque année;

4.4 Portée des modalités de mutualisation

L'article 84 de la Loi sur l'assurance-médicaments du Québec stipule que tout assureur ou toute personne qui administre un régime d'avantages sociaux qui, en contravention de l'article 43, omet ou néglige de mettre en commun les risques que représentent ses adhérents, commet une infraction et est passible d'une amende d'au moins 1 000 \$ et d'au plus 10 000 \$.

ANNEXE 1

Cette annexe présente le profil de réclamation d'un échantillon de population de l'ordre d'un demi million de personnes. Cet échantillon est jugé statistiquement suffisamment large pour être un bon indicatif du comportement de consommation des groupes visés.

Le volume de réclamations a été projeté en 1997 pour refléter la tendance croissante des coûts.

ANNEXE 1									
FRAIS MÉDICAMENTS ADMISSIBLES SOUMIS PAR LES EMPLOYÉS SEULEMENT									
ÉCHANTILLON D'EXPÉRIENCE CANADIENNE 1995, AJUSTÉE EN DOLLARS 1997 ÉQUIVALENTS (X 1,15)									
NOMBRE D'EMPLOYÉS ASSURÉS 511,749									
(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)	(g)	(h)	(i)	(j)
bande de la dépense brute	nombre de réclamants dans la bande	à partir de cette bande	prob. de réclamer au moins cette bande	réclamations dans		réci. moyenne	réci. à partir de cette bande	par an/fête	monlant total
				cette bande	en % des prest. tot.				
1 - 500	225,123	275,425	53.8%	32,704,735	145	93,052,302	68,78	37.8%	35,196,567
501 - 1000	29,270	50,302	9.8%	20,501,077	700	60,347,567	36,77	20.2%	18,814,490
1001 - 2000	15,189	21,032	4.1%	20,839,219	1,372	39,846,490	14,31	7.9%	7,321,271
2001 - 3000	3,663	5,843	1.1%	8,780,298	2,397	19,007,271	7,20	4.0%	3,686,973
3001 - 4000	1,209	2,180	0.4%	4,121,607	3,409	10,226,973	4,34	2.4%	2,221,366
4001 - 5000	468	971	0.2%	2,085,528	4,414	6,105,366	2,98	1.6%	1,524,840
5001 - 6000	208	503	0.1%	1,131,082	5,438	4,039,840	2,23	1.2%	1,138,758
6001 - 7000	94	295	0.1%	603,811	6,424	2,908,758	1,75	1.0%	897,947
7001 - 8000	62	201	0.0%	464,263	7,488	2,304,947	1,42	0.8%	728,684
8001 - 9000	33	139	0.0%	279,973	8,484	1,840,684	1,19	0.7%	606,711
9001 - 10000	20	106	0.0%	189,370	9,469	1,560,711	1,00	0.5%	511,341
10001 - 11000	19	86	0.0%	199,224	10,485	1,371,341	0,85	0.5%	435,117
11001 - 12000	16	67	0.0%	183,378	11,461	1,172,117	0,74	0.4%	376,739
12001 - 13000	7	51	0.0%	86,467	12,352	988,739	0,65	0.4%	330,272
13001 - 14000	6	44	0.0%	81,059	13,510	902,272	0,57	0.3%	289,213
14001 - 15000	7	38	0.0%	100,845	14,408	821,213	0,50	0.3%	255,368
15001 - 16000	3	31	0.0%	46,415	15,472	720,368	0,44	0.2%	225,953
16001 - 17000	4	28	0.0%	65,674	16,419	673,953	0,39	0.2%	200,279
17001 - 18000	4	24	0.0%	69,780	17,445	608,279	0,35	0.2%	178,499
18001 - 19000	2	20	0.0%	36,947	18,474	538,499	0,31	0.2%	159,552
19001 - 20000	3	18	0.0%	58,654	19,551	501,552	0,28	0.2%	142,898
20001 -	15	15	0.0%	442,898	29,527	442,898	0,00	0.0%	-
	275,425			93,052,302	338				
(*) Exemple de mise en commun pour la première ligne de ce tableau :									
$[60,347,567 - (500 \times 60,302)]$									
$[60,347,567 - (500 \times 60,302)] / 511,749 = 68,78$									
$35,196,567 / 93,052,302 = 37,8\%$									

ANNEXE 2

Cette annexe illustre comment, avec les seuils de mutualisation proposés, la prime d'un groupe assuré serait ajustée lors du renouvellement.

Pour ce faire, on a supposé certains facteurs de dépenses requis pour administrer le contrat. On a également supposé que, logiquement, les assureurs analyseront la rentabilité du contrat séparément pour la portion du risque qui n'est pas mutualisée. Une fois la prime requise pour cette portion du risque déterminée, ils y ajouteront le facteur de mutualisation majoré des frais de rétention de l'assureur et de la taxe de vente.

Bien entendu, chaque assureur utilisera la méthode qui lui convient selon sa philosophie d'affaires et ses particularités propres; nous croyons toutefois que l'approche illustrée à l'annexe est proche de la réalité.

Le scénario illustré est le suivant : tous les assurés d'un certain groupe, sauf l'un d'entre eux, encourrent des réclamations non mutualisées au niveau exactement prévu par l'assureur; le dernier assuré encourt, quant à lui, une grosse réclamation médicament de 20 000 \$.

L'assureur peut considérer qu'il s'agit d'une malchance. Il pondère alors la réclamation à la baisse; il en résulterait un renouvellement « tempéré ». Il peut aussi juger qu'il s'agit d'un cas chronique et ne pas pondérer la réclamation – autrement dit il lui laisserait sa pleine valeur dans son analyse de rentabilité. Cela constitue un renouvellement « non tempéré ».

Les deux dernières colonnes de l'annexe 2 montrent le corridor à l'intérieur duquel l'augmentation de taux variera. Globalement l'augmentation varie entre 3% et 18%, selon la taille du groupe, avant l'ajout du facteur Tendance, ce qui se situe à l'intérieur des tolérances du marché.

Il faut noter qu'on parle d'une augmentation de taux seulement la première année suivant cette réclamation et non pas année après année. Quand la réclamation se terminera, une diminution de taux sera plausible, toute autre condition étant égale par ailleurs.

ANNEXE 3

Composition du comité :

Représentant les fiduciaires de santé :

Gilles Lemire, CCQ
Gaétan Lalumière, CCQ
Gilles Drapeau, Croix-Bleue
Gilbert Maltais, Croix-Bleue

Représentant les assureurs membres de l'ACCAP et porte-parole des administrateurs d'avantages sociaux :

Denis Morcel, La Mutuelle du Canada
Jacques Parent, l'Industrielle-Alliance
Élise Desrosiers, London Life
Bernard Ouimet, Sun Life
John Koloda, London Life
Frédéric Simard, La Métropolitaine
Pierre Saddik, St-Laurent Réassurance
Claude Di Stasio, ACCAP

Représentant les assureurs membres du RACQ et porte-parole des administrateurs d'avantages sociaux :

André Vincent, GVDL
Richard Bell, SSQ
Suzanne Caron, GVDL
Jean-Louis Fiset, AVDL

Représentant les employeurs :

Louise Dufour, Domtar, Regroupement des employeurs du Québec
Jacques l'Espérance, Mercer

Représentant les sociétés d'actuares-conseils :

Luc Beauchemin, Sedgwick Nobles Lowndes pour les clients tels les comités paritaires

Bruno Gagnon, Sobeco Ernst & Young pour les clients tels les employeurs de taille moyenne