

Société de compensation
en assurance médicaments
du Québec



Quebec Drug
Insurance Pooling
Corporation

L'ASSURANCE MÉDICAMENTS AU QUÉBEC

Modalités 2005

Document sur la mutualisation

Élaboré par le groupe de travail suivant:

Suzanne Caron
René Hamel
Ron Hoskins
Pierre Forget

La Survivance
SSQ GROUPE FINANCIER
La Financière Manuvie
Standard Life

Claude Di Stasio

ACCAP

Présenté au conseil d'administration de la Société de compensation en assurance médicaments du Québec le 22 octobre 2004

Les modalités de mutualisation sont révisées annuellement et ajustées lorsque nécessaire afin de refléter le marché. Les modalités en vigueur en 2004 ont été soumises au ministre de la Santé et des Services sociaux à l'automne 2003. Le document qui suit présente une révision de ces modalités.

Modalités 2005

Pour l'année 2005, le conseil d'administration recommande la majoration des seuils de mise en commun pour tous les niveaux de moins de 250 certificats et l'ajustement conséquent des facteurs annuels. Le nombre de strates et la formule de compensation par tranches dite pyramidale sont maintenus. Par ailleurs, la formule de compensation est ajustée pour reconnaître le montant de déboursés maximum annuel prévu par la *Loi sur l'assurance-médicaments* qui est passé de 839 \$ à 857 \$ en juillet 2004.

Étant donné la grande variabilité des résultats et l'incertitude quant au taux de croissance des coûts des médicaments et des réclamations, ces paramètres sont introduits pour l'année 2005 seulement.

ANNÉE 2005

Taille du groupe (nbre de certificats)	Seuil par certificat	Facteur annuel <i>Sans</i> personne à charge	Facteur annuel <i>Avec</i> personnes à charge
Moins de 10	2 000 \$	127 \$	351 \$
Entre 10 et 24	2 900 \$	85 \$	236 \$
Entre 25 et 49	6 900 \$	35 \$	97 \$
Entre 50 et 124	13 800 \$	15 \$	41 \$
Entre 125 et 249 *	23 000 \$	4 \$	12 \$
250 et plus **	50 000 \$	Pas de charge	Pas de charge

* Groupes assurés seulement – Couverture du régime privé

** Groupes assurés seulement – Couverture du RGAM

1. Pour les groupes de moins de 125 certificats, la mise en commun continue de s'appliquer pour les régimes assurés et non assurés. Les médicaments admissibles sont ceux couverts par le régime privé.
2. Pour les groupes de 125 à 249 certificats, la mise en commun s'applique aux régimes assurés seulement. Comme pour les groupes de moins de 125 certificats, les médicaments admissibles sont ceux couverts par le régime privé.
3. Les seuils de mise en commun ainsi que les paramètres de mutualisation sont modifiés en fonction d'une projection du volume de réclamations futures utilisant le ratio de croissance 2003/2002 par tranches comme hypothèse pour l'inflation du coût du médicament. Cette hypothèse tient compte des variations actuellement observées dans le marché.

4. La mutualisation en excédent de 50 000 \$ demeure pour les régimes assurés de 250 certificats et plus. Seuls les frais de médicaments couverts par le régime général continuent d'être admissibles. Aucune charge explicite ne s'applique.
5. La formule de compensation de 80% sur les premiers 4 285 \$ et 100% de l'excédent est basée sur le déboursé maximum annuel de 857 \$.
6. La formule de compensation actuelle est une formule de compensation par tranches dite pyramidale qui permet d'éviter les difficultés pour une strate donnée d'absorber un volume inusité de larges réclamations en les faisant partager par l'entière population mutualisée selon une approche cumulative par tranche.

[ANNEXE I - Rétrospective](#)

[ANNEXE II - Bilan quantitatif](#)